

Laparoscopic surgery of hepatic hydatid cyst: A case report

A. Aghaei*

SR. Mohamadi**

A. Divanbeigi***

*General Surgeon, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Specialist of Internal Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

***Researcher Physician, Shefa Neurosciences Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Abstract

Hydatid cyst disease is endemic in rural areas of Iran. Attention to the clinical symptoms and considering the diagnostic procedures are the key points in the diagnosis of hydatid cyst. Laparoscopic hydatid cystectomy is controversial in this regard. In this report, a patient with hepatic hydatid cyst is introduced and the importance of clinical findings, diagnostic procedures and laparoscopic surgical procedure are discussed.

Keywords: Hydatid Cyst, Laparoscopy, Liver

Corresponding Address: Ashkan Divanbeigi, Shefa Neurosciences Research Center, Keshavarz Blvd., Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: adivanbeigi@farabi.tums.ac.ir

Tel: +98-938-3896397

Received: 18 Apr 2012

Accepted: 16 Oct 2012

گزارش یک مورد جراحی لاپاروسکپی کیست هیداتید کبدی

دکتر آرمان آقائی*

دکتر سعیدرضا محمدی**

دکتر اشکان دیوان‌بیگی***

* متخصص جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** متخصص بیماری‌های داخلی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

*** پزشک و محقق مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا دانشگاه علوم پزشکی تهران

آدرس نویسنده مسؤول: تهران، بلوار کشاورز، تقاطع خیابان قدس، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن ۰۹۳۸۳۸۹۶۳۹۷

Email: adivanbeigi@farabi.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۲۵

* چکیده

بیماری کیست هیداتید در بیشتر مناطق روستایی ایران بومی محسوب می‌شود. توجه به علامت‌های بالینی و در نظر گرفتن روش‌های تشخیصی نکته‌های کلیدی در تشخیص بیماری به شمار می‌آیند. خارج کردن کیست به روش جراحی لاپاروسکپی از موضوع‌های بحث‌انگیز در این رابطه است. در این گزارش، به معرفی یک بیمار با کیست هیداتید کبدی پرداخته و اهمیت معاینه بالینی، روش‌های تشخیصی و روش انجام جراحی لاپاروسکپی بحث می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کیست هیداتید، لاپاروسکپی، کبد

* مقدمه

بیماری کیست هیداتید در بیش‌تر مناطق روستایی ایران بومی محسوب می‌شود. این بیماری در انسان اغلب در اثر خوردن مواد غذایی آلوده به انگل اکینو‌کوکوس گرانولوز ایجاد می‌شود. کبد شایع‌ترین محل درگیری است و می‌تواند کیست‌هایی به اشکال تک حفره‌ای یا چند حفره‌ای ایجاد کند.^(۱) کیست هیداتید کبدی متشکل از دو لایه اکتوسیت و اندوسیت است. اندوسیت ناشی از خود انگل است و دو بخش بیرونی و درونی (لایه ژرمینال) دارد. اکتوسیت ناشی از واکنش میزبان به انگل به صورت لایه فیبروزی متراکم است که آن را احاطه می‌کند. لایه ژرمینال در افزایش حجم کیست و پهن شدن کپسول‌های حاوی اسکولکس‌های شناور در مایع داخل کیست و کیست‌های دختر نقش دارد.

تشخیص قطعی براساس یافته‌های سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن و آزمایش‌های سرولوژیک تیترا آنتی بادی است. درمان براساس تشخیص بیماری، محل، اندازه و نوع کیست متغیر است و می‌تواند به صورت جراحی باز یا

لاپاروسکپی برای خارج کردن کیست انجام شود.^(۳) در این مقاله در مورد جراحی لاپاروسکپی در یک بیمار مبتلا به کیست هیداتید و لزوم توجه به علامت‌های بالینی و تطابق با روش‌های تشخیصی بحث می‌شود.

* معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۳۲ ساله با درد ناحیه اپی‌گاستر و دیس‌پپسی بود که با تشخیص گاستریت در اندوسکوپي تحت درمان دارویی قرار داشت. با توجه به عدم پاسخ مناسب به درمان دارویی، سونوگرافی و آزمایش‌های کبدی درخواست شد. در سونوگرافی کیسه صفرا حاوی سنگ‌های متعدد گزارش شد و آزمایش‌های کبدی طبیعی بودند. برای بیمار مشاوره جراحی درخواست شد. با توجه به وجود توده قابل لمس در معاینه بالینی و این که سنگ کیسه صفرا به تنهایی نمی‌تواند توده قابل لمس ایجاد کند و عدم همخوانی با گزارش سونوگرافی، تصمیم به انجام لاپاروسکپی تشخیصی گرفته شد. طی انجام لاپاروسکپی،

* بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد جراحی کیست هیداتید کبدی در بیمار به روش لاپاروسکپی موفق‌آمیز بود. اهمیت این گزارش در انجام لاپاروسکپی تشخیصی و سپس تأکید بر انجام لاپاروسکپی درمانی بود. علت عدم تطابق گزارش سونوگرافی با علامت‌های بالینی می‌تواند وجود کیست‌های دختر و دبری‌های داخل آن و مجاورت با کیسه صفرا باشد که نمای مشابه با سنگ‌های متعدد کیسه صفرا پیدا می‌کند و متخصص رادیولوژی را به اشتباه می‌اندازد.^(۴)

امروزه موارد استفاده جراحی لاپاروسکپی در حال گسترش است. اغلب مسایلی که در روش جراحی باز کیست هیداتید کبدی وجود دارد در لاپاروسکپی نیز مشهود است. تکرار و تمرین در انجام روش جراحی باز، مهیاکننده شرایط برای انجام عمل به روش لاپاروسکپی است. کیست‌های ساده با موقعیت محیطی که ارتباطی با سیستم صفراوی ندارند و کیست‌های با اندازه کم‌تر از ۱۵ سانتی‌متر، از جمله موارد کاربرد این نوع عمل به روش لاپاروسکپی هستند. موارد عدم کاربرد انجام لاپاروسکپی عبارتند از: موقعیت عمقی توده در داخل نسج کبد، چسبندگی‌های شدید اطراف کیست، کیست‌های با موقعیت خلف کبدی که دسترسی به آن‌ها مشکل است، وجود بیش از سه عدد کیست، کیست‌هایی که دیگر اعضای بدن را درگیر کرده باشند، کیست‌های دارای کلسیفیکاسیون جدار و ضخیم، هیداتیدوز ثانویه و کیست‌های بزرگ.^(۴)

بزرگ‌ترین نقطه ضعف انجام جراحی لاپاروسکپی کیست هیداتید کبدی خطر نشت محتویات داخل کیست به حفره صفاقی است. البته هنوز روش کارآمد، مؤثر و استاندارد جهت جلوگیری کامل از نشت محتویات کیست مشخص نشده و این نکته که آیا کاهش فشار داخل شکم می‌تواند در پیشگیری از نشت سودمند باشد، همچنان مورد بحث است. امروزه وسایل جدیدی جهت ورود و تخلیه محتویات کیست ساخته و به بازار عرضه شده است.^(۳) برای کیست‌های ساده تروکارهای شماره

توده‌ای منشاء گرفته از لوب راست کبد مشاهده شد که از خلف به جدار قدامی کیسه صفرا چسبندگی داشت. پس از آزادسازی چسبندگی‌های امتنوم به جدار کیسه از قدام و جدا کردن کیسه صفرا از خلف، توده مذکور با نمای کیست هیداتید مشخص شد. در بررسی، کیسه صفرا سالم و عاری از سنگ بود.

با توجه به موقعیت کیست، لاپاروسکپی ادامه داده شد. پس از عبور گازهای آغشته به سالین ۲۰ درصد از داخل تروکار شماره ۱۲ و قراردادن آن در مجاورت کیست، سوزن ورست وارد کیست و مایع داخل آن ساکشن شد. سپس نیترات آرژانت داخل کیست تزریق و پس از ۱۰ دقیقه مایع داخل کیست ساکشن شد. (جدار کیست به طور کامل از نسج لوب راست کبد جدا و لایه ژرمینال به همراه کیست‌های دختر درون اندوبگ قرار داده شد. سپس اندوبگ از طریق تروکار شماره ۱۲ اپی‌گاستر به طور کاملاً سالم خارج شد). پس از اطمینان از هموستاز و عدم نشت صفرا از مجاری صفراوی، دو لبه کبد به هم بخیه شد. پس از شستشوی محل جراحی و خارج‌سازی گازها، یک عدد درن کاروگیت در بستر کبد کارگذاری و پس از دو روز درن بیمار خارج شد (شکل شماره ۱). بیمار ۴۸ ساعت پس از جراحی با دستور مصرف آلبندازول خوراکی به میزان ۱۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم با حال عمومی خوب مرخص شد.

در سونوگرافی کنترل که شش هفته پس از جراحی انجام شد کیسه صفرا فاقد هرگونه سنگ و اسلاژ صفراوی بود. طی دو ماه پی‌گیری، هیچ‌گونه عارضه ناشی از جراحی مشاهده نشد.



شکل ۱- محل جراحی حین آزادسازی و پس از خارج نمودن کیست

آن چه اهمیت دارد توجه دقیق به یافته‌های بالینی و تشخیصی و انتخاب مناسب بیمار برای انجام این روش و داشتن تجربه کافی در این زمینه است.

* مراجع:

1. Mamishi S, Sagheb S, Pourakbari B. Hydatid disease in Iranian children. *J Microbiol Immunol Infect* 2007 Oct; 40 (5): 428-31
2. Turgut AT, Akhan O, Bhatt S, Dogra VS. Sonographic spectrum of hydatid disease. *Ultrasound Q* 2008 Mar; 24 (1): 17-29
3. Busić Z, Lemac D, Stipančić I, et al. Surgical treatment of liver echinococcosis-the role of laparoscopy. *Acta Chir Belg* 2006 Nov-Dec; 106 (6): 688-91
4. Polat FR. Hydatid cyst: open or laparoscopic approach? A retrospective analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2012 Jun; 22 (3): 264-6
5. Chen W, Xusheng L. Laparoscopic surgical techniques in patients with hepatic hydatid cyst. *Am J Surg.* 2007 Aug; 194 (2): 243-7
6. Sharma D, Babu R, Borgharia S, et al. Laparoscopy for liver hydatid disease: where do we stand today? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009 Dec; 19 (6): 419-23
7. Palanivelu C, Senthilkumar R, Jani K, et al. Palanivelu hydatid system for safe and efficacious laparoscopic management of hepatic hydatid disease. *Surg Endosc* 2006 Dec; 20 (12): 1909-13
8. Palanivelu C, Jani K, Malladi V, et al. Laparoscopic management of hepatic hydatid disease. *JLS* 2006 Jan-Mar; 10 (1): 56-62

۱۰ تا ۱۲ تعبیه می‌شوند. برخی تغییرات در کارگذاری تروکار با توجه به اندازه و موقعیت کیست لازم است. طی این عمل استفاده از دو عدد ساکشن لازم است که با مسیرهای جداگانه و با یک رابط به یک مخزن با قدرت مکش بالا اتصال دارند. اطراف محل ورود سوزن به داخل کیست با گازهای آغشته به سالین ۲۰ درصد پوشانده می‌شود. محتویات کیست با یک سوزن درشت که قابلیت اتصال به ساکشن را داشته باشد، تخلیه و ساکشن دیگر در اطراف محل ورود سوزن نگه داشته می‌شود. با این روش امکان اسپیراسیون حجم زیاد مایع فراهم می‌شود. پس از تخلیه کیست، قابلیت تزریق مایع اسکولوسیدال و در نهایت برداشتن جدار کیست به وسیله جداکننده دستگاه اولتراسونیک مهیا می‌شود.^(۸،۷) مراحل بعدی این روش جراحی مانند روش جراحی باز است. بازبینی جدار داخلی کیست به وسیله لاپاروسکپ برای پیدا کردن مجاری صفراوی مرتبط با کیست بسیار آسان است. اگر دبری‌های هیداتید در داخل مجرای صفراوی مشترک گزارش شد (به وسیله سونوگرافی حین جراحی یا کالانژیوگرافی حین جراحی) کلدوکتومی، اسپیراسیون و شستشوی داخل مجرای صفراوی مشترک به همراه کارگذاری لوله تی لازم است.^(۵،۴) تبدیل جراحی لاپاروسکپی به روش باز در شرایط زیر لازم است: سطح دید نامطمئن و نامناسب، رضایت‌بخش نبودن دسترسی به کیست، خون‌ریزی غیرقابل کنترل حین جراحی، عدم اطمینان کافی از چسبندگی مجاری صفراوی به جدار کیست و نشت صفراوی. میزان عوارض این نوع جراحی در حدود ۸ تا ۲۵ درصد و میزان مرگ و میر حدود ۰/۳ درصد است. موارد عود در مدت زمان کوتاهی پس از جراحی، صفر تا ۹ درصد است که این میزان در روش جراحی باز کم‌تر است. میانگین مدت زمان بستری در این روش ۳ تا ۱۲ روز و در روش باز ۹ تا ۲۰ روز است. از نظر زیبایی نیز این روش برای بیمار سودمند است.^(۶،۴)

نتایج حاصل از درمان جراحی لاپاروسکپی فقط سودمند بودن انجام جراحی به روش کم‌تهاجمی نیست.