

گزارش يك مورد کیست هیداتی عفونی شده با تظاهر سندرم بودکیاری دکتر زهره روحانی*، دکتر علیرضا خزاعی**

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، تاریخ انتشار مقاله: ۱۳۸۸، گروه رادیولوژی
** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷، گروه جراحی عمومی

چکیده

کیست هیداتی د شایع‌ترین کیست کبدي و عامل آن انگلي به نام اكي نوکوکوس گرانولوزوس مي باشد. ميزبان اصلي انگل سگ سانان و انسان ميزبان واسطه تصادفي است. شایع‌ترین محل درگیری در 70 درصد موارد کبد می باشد. این بیماری معمولاً فاقد علامت است و در صورتی که خیلی بزرگ شود به صورت سوء هاضمه، درد و لمس توده در RUQ تظاهر می کند. تظاهرات دیگر آن انسداد مجاری صفراوی، یرق آن و عفونت ثانویه می باشد. همان‌طور که در این مورد گزارش می شود کیست هیداتی عفونی شده سبب اثر فشاری بر ورید اجوف تحتانی و سندرم بودکیاری شده است. مورد فوق به وسیله سونوگرافی و CT اسکن تشخیص و به طور موفقیت آمیزی با عمل جراحی رزکشن ناقص کبد و تخلیه آبنسده درمان شد. (مجله طبیب شرق، سال هفتم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۴، ص ۳۲۹ تا ۳۳۲)

مقدمه

کیست هیداتی شایع‌ترین نوع کیست کبدي است و عامل آن مرحله لاروي انگل اكي نوکوکوس گرانولوزوس می باشد. این بیماری بین انسان و حیوان مشترک است و انسان در چرخه آلودگی نقش میزبان واسطه تصادفی را دارد. آلودگی در کشورهای مختلف به ویژه در کشورهای دامپروری رواج دارد، مانند جنوب آفریقا، شیلی، پاراگوئه، آرژانتین، استرالیا، تازانیا، برزیل، سیبری، ترکمنستان، مغولستان، شمال چین، جنوب ژاپن، ویتنام، فلسطین، سوریه، عراق، ایران، عربستان سعودی، اسرائیل و غیره به صورت بومي (اندمیک) وجود دارد. این بیماری از دسته بیماری‌های شغلی است که در چوپانان و قصاب ها بیشتر دیده می‌شود. (1)

کیست هیداتی به صورت بومي در تمام نقاط کشور ما شایع است و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های انگلی از نظر ایجاد بیماری و ضایعه

های عفونی، عوارض و مرگ و میر در کشور است. (2) کبد در 50 تا 70 درصد، ریه در 20 تا 30 درصد و کمتر از 10 درصد سایر نواحی مثل مغز و استخوان ها درگیر می شود. (3) کیست هیداتی بیشتر در زنان روستایی مشاهده می‌شود و لوب

راست کبد سه برابر لوب چپ درگیر می‌شود. (4) کبد در حدود دو سوم موارد عفونت ناشی از اكي نوکوکوس گرانولوزوس و تقریباً در همه عفونت های ناشی از اكي نوکوکوس مولتی لوکولاریس درگیر می‌شود. (5)

شیوع کیست هیداتی کبد با افزایش سن به تدریج افزایش می یابد، کیست متعدد و یا درگیری ارگان‌های متعدد در 20 تا 40 درصد موارد می باشد. (6)

عوارض کیست هیداتی کبد شامل بزرگی کبد با یا بدون توده قابل لمس، درد در قسمت یک چهارم پائینی و راست شکم، درد اپی گاستر، تهوع، استفراغ، (6) فشار

بر روی مجاری صفراوی یا تراوش مایع کیست به داخل مجاری صفراوی و تقلید کوله لتیازیس مکرر، انسداد صفراوی و یرقان می باشد. پاره شدن یا تراوش حمله ای کیست ممکن است سبب تب، خارش، کهیر، ائوزنیوفیلی یا آنافیلاکسی شود.⁽⁵⁾ نفوذ به دیافراگم، پرده جنبی و ریه و ایجاد پلو رزی چرکی، فیستول کبدی بر برونشی⁽⁴⁾، اضافه شدن عفونت و تشکیل آبسه⁽⁷⁾ از عوارض دیگر آن است.

عارضه خطرناک آن پارگی و انتشار ثانویه کیستهای دختر به داخل نواحی مختلف بدن می باشد که بزرگی آنها سبب نارسایی یک یا چند ارگان شده و در کمتر از 10 درصد موارد چنین عوارضی پیدا می کنند.⁽³⁾ تاکنون گزارشی از ایجاد سندرم بودکیاری همراه با عفونت اکی نوکوکوس گرانولوزوس نشده است. اگر چه هیپرتانسیون پورت و سندرم بودکیاری از عوارض اکی نوکوکوس مولتی لوکولاریس می باشد.⁽³⁾

گزارش مورد

بیمار خانم 34 ساله، متأهل، اهل و ساکن سراوان که با شکایت بزرگی شکم و تورم اندام تحتانی مراجعه نمود. بیمار یک ماه قبل از مراجعه زایمان طبیعی داشته ولی تغییر واضحی در اندازه شکم پس از زایمان ایجاد نشده بود. دو هفته قبل از مراجعه دچار تورم دردناک انتهای اندام تحتانی دو طرف شده که به تدریج به بالا گسترش یافت. در معاینه اتساع شکم، ماتیتة متحرک مثبت و بزرگی کبد (12سانتی متر زیر لبه دنده)، ادم گوده گذار +3 در اندام تحتانی راست و +1 در اندام تحتانی چپ داشته و سایر معاینات بیمار طبیعی بود.

در آنالیز مایع آسیت، سلول های سفید خون 2 عدد، سلول های قرمز خون 14400 عدد، میزان گلوکز مایع 147 و پروتئین مایع 1226/9 گزارش شد. در سونوگرافی انجام شده یک کانون کیستیک بزرگ حاوی دبری و نواحی اکوژن در ل و ب راست کبد به ابعاد $140 \times 124 \text{ mm}$ به نفع آبسه یا کیست هیداتید همراه با مایع آزاد در شکم و لگن گزارش شد. اکوی پارانشیم کبد طبیعی بود. در سونوگرافی داپلر اثر فشاری بر روی ورید اجوف تحتانی و ورید کبدی راست و فقدان جریان خون مشاهده شد. در CT اسکن بدون کنتراست وریدی کانون گرد با دانسیته پائین و کاهش دانسیته لوب راست کبد مشاهده شد که با تزریق وریدی کنتراست دانسیته اطراف کیست همچنین اثر فشاری بر ورید اجوف تحتانی و ورید کبدی لوب راست، افزایش دانسیته غیر یکنواخت و Patchy پارانشیم لوب راست کبد و مایع آزاد مشاهده شد. این یافته ها مطرح کننده کیست هیداتید عفونی شده با تظاهر سندرم بودکیاری بود. بیمار با تشخیص فوق تحت عمل جراحی رزکشن ناقص کبد و تخلیه آبسه قرار گرفت و پس از عمل با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث

آلودگی به کیست هیداتید در سراسر جهان وجود دارد و در تمام نقاط کشور ما شایع است و یکی از مهم ترین عوامل از نظر ایچ اد بیماری و ضایعه های عفونی و مرگ و میر در کشور است.⁽²⁾ مطالعات اخیر نشان می دهد که بیش از نیمی از موارد این بیماری بدون علامت است و اگر اندازه کیست کمتر از 5 سانتی متر بماند ممکن است برای چند سال بدون علامت باقی بماند. فشار بر روی بافت مجاور،

اشاره نشده تصمیم به معرفی این مورد خاص نموده تا مورد توجه متخصصین مربوطه قرار گیرد و این اندیشه را در ذهن پزشک ایجاد نماید که یکی از علل نادر سندرم بودکیاری به ویژه در مناطق اندمیک می تواند کیست هیداتی باشد.

سپاسگزار
بدینوسیله از زحمات آقای
دکتر سید خلیل شریفی که در
انجام این مطالعه ما را یاری
نمودند، تشکر و قدردانی
می‌گردد.

اثر بر روی عملکرد ارگان و عفونت ثانویه سبب علامت دار شدن بیماری می شود. (8) شایع ترین عارضه کیست هیداتی پارگی آن به داخل مجاری صفراوی است، دومین عارضه شایع آن عفونت ثانویه و تبدیل آن به آبسه چرکی است که منجر به هیاتومگالی همراه با تندرین، لرز و تب های نیزه ای می شود. (5) انسداد مجاری صفراوی، آنافیلاکسی، فیستول کبدی برونشی، پاره شدن کیست و انتشار کیست های دختر در ارگان های مختلف از عوارض دیگر کیست هیداتی می باشد. (5) از آنجائیکه به تظاهر کیست هیداتی کبدی به صورت سندرم بودکیاری در هیچ یک از منابع و مقالات مورد مطالعه ما

References

منابع

1. دکتر عزیز فریدون، دکتر حاتمی حسین، دکتر جان قربانی محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری های شایع در ایران. چاپ دوم، انتشارات خسروی، سال 1383، ص 4 - 403.
2. نورجاه ناهید، غلامحسینی صهبا. هیداتیدوزیس و زیان ناشی از هیداتیدوزیس در ایران. سمینار بازآموزی کیست هیداتی و بیماری های ناشی از آن. دانشگاه علوم پزشکی کاشان، خرداد ماه سال 1369، ص 137.
3. Charles HK. Cestodes. In: Mandell G, Bennet JE, Dolin R. Principles and practice of infectious disease. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. PP. 3290-2.
4. لطفی محمود، دکتر ربیعی هاشمی سید محمود، دکتر احمدی سید حسین و دکتر فرزاد محمود. بیماری انگلی کیست هیداتی در ایران و جهان. چاپ سحاب، ناشر مولف، سال 1378، ص 7 - 26.
5. White C, Weller PF. Cestodes. In: Braunwald K, Jameson HL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. PP.1275-80.
6. Peter MS. Echinococcosis. In: Guerrant RL, Walker DH, Weller P. Essentials of tropical and infectious disease. First ed. New York: Churchill Livingstone; 2001. PP. 481.
7. Dick R, Davies ER, Richard W, et al. Liver and spleen. In: Sutton D. Text book of Radiology and Imaging. 6th ed. London: Churchill Livingstone; 2002. PP.1013.
8. Armstrong D, Cohen J. Infectious Disease. First ed. London: Mosby; 1999. PP.29-7.
9. Gillespie SH, Pearson RD. Principles and Practice of Clinical Parasitology. London: Wiley; 2001. PP. 602.

An infected Hydatid cyst with Budd – chiari syndrome manifestation in Zahedan

Rohani Z., MD*; Khazae AR., MD**

Hydatid cyst is among the most common etiologies of hepatic cysts and is caused by Echinococcus granulosus. Dogs are definitive host and human may be infected accidentally. Liver is the most common site of involvement (70%). Generally the cysts remain asymptomatic only if its size expanded too much it causes symptoms such as dyspepsia, a mass in right lower quadrant, pain and other manifestation such as obstructive jaundice and secondary infection.

As it is reported here, an infected hydatid cyst in this case became large enough to put pressure on IVC and hepatic vein causing Budd – chiari syndrome. The patient presentation was ascitis and lower limb edema because of portal vein hypertension. After imaging studies she became candidate for operation, and she underwent successful incomplete Liver resection, abscess drainage, hepatoraphe and billiary drainage.

KEY WORDS: *Hydatid cyst, Echinococcosis granulosus, Budd – chiari syndrome*

* Radiology Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.

**Surgery Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.