

مجله پزشکی کوثر

دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴

صفحات ۲۲۳-۲۲۶

کیست هیداتیک اولیه عضلات پاراورتبرال (گزارش یک مورد)

جمال اخوان مقدم^{*} M.D.، شعبان مهرورز^{*} M.D.، فرزاد پناهی^{*} M.D.

چکیده

بیماری هیداتیک یکی از بیماریهای شایع انگلی است که بوسیله کرم پهن *Echinococcus Granulosus* بوجود می‌آید. در این بیماری درگیری تمام ارگانها محتمل است ولی معمولاً کبد و ریه بصورت اولیه گرفتار شده و درگیری سایر اعضا ثانویه به ابتلاء این دو عضو است. هیداتیدوز سیستم اسکلتی - عضلانی بسیار نادر است و در حدود ۱ الی ۵/۴ درصد موارد را شامل می‌شود که معمولاً شبیه تومورهای خوش خیم نسج نرم تظاهر می‌کند. جراحی اساس درمان را تشکیل می‌دهد ولی درمان همزمان با داروهای ضد انگل نظیر آلبندازول نیز ممکن است مفید باشد. در مناطق آندمیک پزشکان باید با تشخیص، درمان و تظاهرات متنوع این بیماری آشنا باشند تا قادر به درمان مناسب با حداقل میزان عوارض و عود باشند. در این گزارش یک مورد کیست هیداتیک اولیه عضلات پاراورتبرال بعنوان یکی از تظاهرات نادر این بیماری معرفی شده و روش درمان مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: بیماری هیداتید، کیست هیداتیک داخل عضلانی، تیناکیونوکوکوس

مقدمه

بیماری هیداتیک یکی از بیماریهای شایع در خاورمیانه، استرالیا و آمریکای جنوبی است و در کشورهای در حال توسعه یکی از مشکلات بهداشتی محسوب می‌شود. این بیماری از طریق بلع تخم انگل *Echinococcus Granulosus* به انسان منتقل می‌شود. در چرخه حیاتی انگل، انسان یک میزبان واسطه تصادفی محسوب می‌شود. کیست‌های هیداتیک معمولاً بصورت توده‌های فضاگیر کبد (۶۵٪) و ریه (۱۵٪) را درگیر می‌کنند. (۲،۱) هر چند تمام ارگانهای دیگر ممکن است گرفتار شوند ولی این گرفتاری معمولاً ثانویه به درگیری احشائی است.

هیداتیدوز سیستم عضلانی - اسکلتی امری ناشایع بوده و در حدود ۵/۴ - ۱٪ موارد را تشکیل می‌دهد. (۳-۵) بعلا شایع بسیار کم و شباهت این ضایعات به توده‌های نسج نرمی، تشخیص قبل از عمل در این بیماری مشکل بوده و در بسیاری از موارد تشخیص حین عمل و یا پس از بررسی هیستولوژیک نمونه داده می‌شود، به همین جهت احتمال انجام جراحی در شرایط نامناسب (مطب و ...) بدون آمادگی کافی و در نتیجه گسترش آلودگی وجود دارد. (۴،۶)

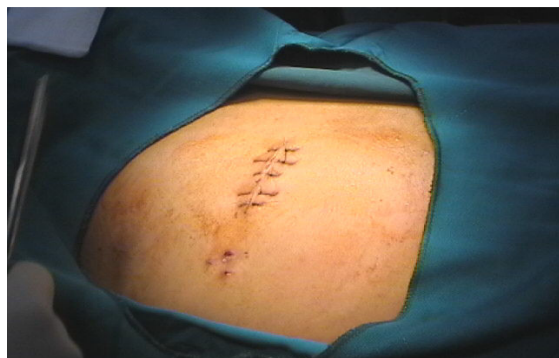
بررسی‌های رادیولوژیک نظیر سونوگرافی، CT- Scan و MRI جزء مفیدترین روشهای تشخیصی محسوب می‌شوند. در

دریافت مقاله ۸۴/۵/۴، پذیرش مقاله ۸۴/۹/۳

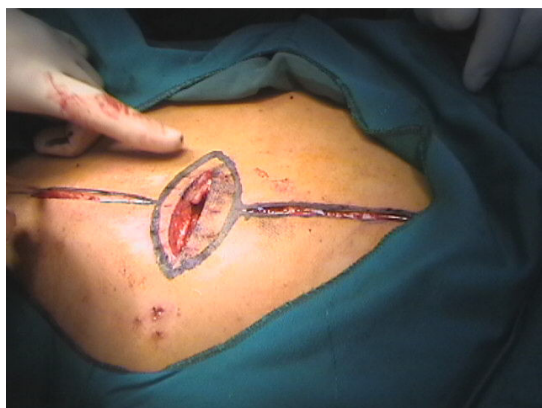
کجه نویسنده مسئول: گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»، *گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

آدرس پست الکترونیکی: akhavan_j@yahoo.

برش طولی به موازات و در سمت راست ستون فقرات برای دسترسی حداکثر به عضلات پاراورتبرال و یک انسیزیون عرضی الیپتیکال در اطراف انسیزیون جراحی قبلی برای حذف تمام مسیر بالقوه آلوده جراحی قبلی روی پوست داده شد (تصاویر ۱ و ۲). الیاف عضلات پاراورتبرال راست در محور عمودی از هم باز (Split) شد و جداره کیست با محتویات آن شامل کیست‌های دختر به صورت کامل به همراه حاشیه‌ای از عضلات سالم مجاور برداشته شد. محدوده جراحی با محلول اسکولسید Scolecide بطور کامل شستشو داده شده و زخم بسته شد و آلبندازول خوراکی به مدت ۴ هفته برای بیمار ادامه یافت (تصاویر ۳ و ۴).



تصویر ۱. زخم عرضی بخیه شده محل جراحی اول می باشد.



تصویر ۲. عمل جراحی دوم: انسیزیون عرضی محل عمل جراحی اول است که بخیه های آن برداشته شده و ۲ انسیزیون طولی جهت تخلیه کامل کیست ایجاد شده است.

واقع بسیاری از بیماران بدون علامت اغلب با مشاهده یک ضایعه کیستیک در بررسی‌های رادیولوژیک تشخیص داده می‌شوند. بعلاوه بررسی‌های رادیولوژیک در تعیین اندازه، تعداد و ارتباط آناتومیک کیست با اعضاء مجاور مفید هستند. (۸،۷،۵)

گزارش مورد

بیمار مرد ۳۶ ساله‌ای است که به علت یک توده بدون درد در ناحیه پاراورتبرال راست مراجعه نموده است. توده مذکور از حدود ۱۰ سال قبل مشخص شده و در این مدت به آهستگی رشد نموده است. در بررسی سیستمها و سابقه پزشکی هیچ نکته مهمی وجود نداشت. در معاینه فیزیکی، یک توده ۲/۵ سانتیمتری بدون حساسیت موضعی در ناحیه پاراورتبرال راست درست زیر نوک استخوان اسکاپولا یافت شد. رادیوگرافی قفسه صدری و بررسی‌های آزمایشگاهی معمول، طبیعی بودند. بیمار با تشخیص لیپوما جهت انسیزیون بصورت سرپائی پذیرش شد. جراحی در وضعیت prone و تحت بی‌حسی موضعی آغاز شد و پوست با یک انسیزیون عمودی ۳ سانتیمتری بر روی توده باز شد. بلافاصله پس از باز شدن پوست تعداد زیادی کیست سفیدرنگ به همراه مقداری مایع زلال از زخم بیرون ریخت که تشخیص بیماری هیداتیک را در هنگام جراحی قویا مطرح نمود. اطراف محل عمل بسرعت محصور شده و کیست‌های باقی مانده تا حد امکان خارج شد. پس از تخلیه کیست‌ها حفره بزرگی در عضلات پاراورتبرال راست باقی ماند که عمق و ارتباطات آناتومیک آن در شرایط قابل بررسی نبود. لذا حفره با محلول نیترا نقره ۰/۵٪ شستشو داده شده و زخم بسته شد. بیمار برای بررسی بیشتر و جراحی قطعی بستری شد. در بررسی‌های رادیولوژیک پس از عمل هیچ اثری از بیماری هیداتیک در ارگانهای شکمی، توراکس و مغز یافت نشد. در MRI، یک ضایعه کیستیک بزرگ در عضلات پاراورتبرال راست مشاهده شد. برای بیمار آلبندازول خوراکی با دوز ۸۰۰ میلی گرم در روز شروع شده و برای انسیزیون رادیکال جراحی آماده شد. عمل جراحی دوم در وضعیت Prone و تحت بیهوشی عمومی انجام شد. انسیزیون طراحی شده شامل دو قسمت بود، یک

اولیه (بصورت مستقل و بدون ضایعه اولیه احشایی) در ارگانهایی نظیر قلب، سیستم عروقی، سیستم اعصاب مرکزی، استخوانها و عضلات بسیار نادر است (۵/۰٪)، با این وجود در مناطق آندمیک هر جراحی دارای تجربیات شخصی از برخورد با تظاهرات نادر بیماری هیداتیک نظیر انسداد شریانی بعلت آمبولی کیست هیداتیک، کیست‌های استخوانی و نظایر آن می‌باشد. (۱۰،۹)

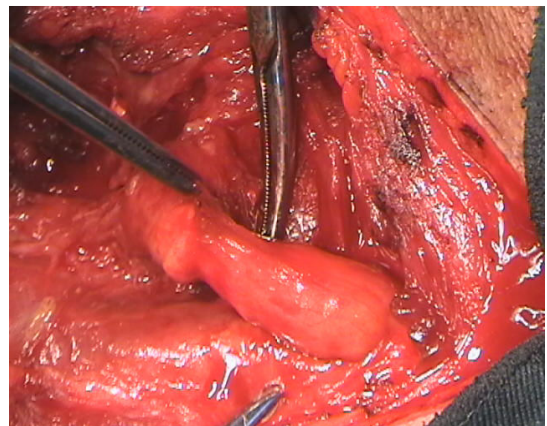
در کشورهای توسعه یافته، کیست هیداتیک اولیه سیستم عضلانی - اسکلتی جزء تظاهرات بسیار نادر و نامعمول بیماری هیداتیک محسوب می‌شود، اما در نواحی آندمیک باید در تشخیص افتراقی توده های کیستیک (بویژه توده‌های با رشد آهسته) در تمام نواحی آناتومیک بدن قرار گیرد. (۶، ۱۱)

در چنین شرایطی نواحی آناتومیک شایعتر نظیر کبد و ریه برای یافتن منشاء احتمالی اولیه بیماری باید بررسی شوند. از آنجا که کیست هیداتیک اولیه سایر ارگان‌ها بدون درگیری احشایی بسیار نادر است این بیماری معمولاً قبل از عمل تشخیص داده نمی‌شود، اینگونه ضایعات معمولاً حین جراحی با هنگام بررسی نمونه در پاتولوژی تشخیص داده می‌شوند.

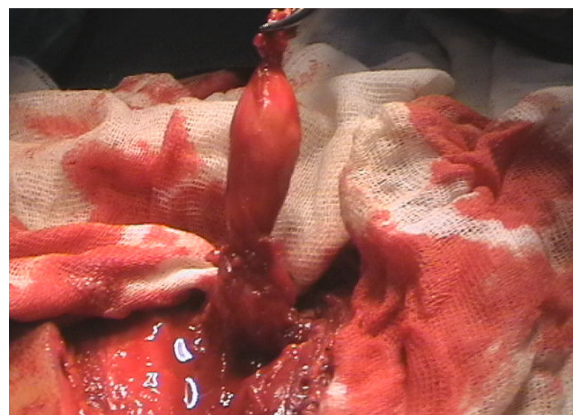
در صورت وجود احتمال بیماری هیداتیک، باید از بیوپسی پرهیز کرد چرا که از یک سو احتمال آلودگی مسیر بیوپسی وجود دارد و از سوی دیگر بیمار ممکن است با خطر شوک آنافیلاکتیک مواجه گردد. (۳، ۱۲) جراحی و خارج نمودن

کیست درمان انتخابی این بیماری محسوب می‌شود. (۶، ۱۳) برخورد با کیست‌های هیداتیک پاره شده جزء مشکلات جراحی است. در اینگونه موارد درمان شامل اکسیژون جداره کیست پاره شده و قسمتی از عضلات اطراف (در نسوج عضلانی) است. تکمیل درمان با شستشوی محل با یک عامل ضد انگل موضعی (Scolicide) با عث کاهش احتمال عود بیماری می‌شود. (۱۴)

نتیجه گیری: جراحی و خارج نمودن کیست درمان انتخابی این بیماری محسوب می‌شود. برخورد با کیست‌های هیداتیک پاره شده جزء مشکلات جراحی است. در اینگونه موارد درمان شامل اکسیژون



تصویر ۳. نمای کیست باقیمانده در حین عمل جراحی دوم



تصویر ۴. نمای کیست پس از جدا کردن از عضلات پاراورتبرال

در یک دوره پیگیری ۱ ساله هیچکدام از بررسی‌ها شامل تست‌های سرولوژیک و تکرار بررسی‌های رادیولوژیک، یافته‌ای دال بر عود موضعی و یا وجود درگیری اولیه احشایی بعنوان منشاء بیماری را نشان ندادند.

بحث

بیماری هیداتیک معمولاً بصورت توده‌های کیستیک کبد و ریه را درگیر می‌کند. هر چند تمام ارگانهای دیگر ممکن است گرفتار شوند ولی این گرفتاری معمولاً ثانویه به درگیری احشایی است. هیداتیدوز سیستم عضلانی - اسکلتی امری ناشایع بوده و در حدود ۴/۵-۱٪ موارد را تشکیل می‌دهد. (۳-۵) درگیری

psoas muscle. A propos of ۳ cases. *Ann Chir* ۱۹۹۰; ۴۴(۴): ۲۹۹-۳۰۱.

۹. Khatami SM: Acute lower limb ischemia due to femoropopliteal embolism of hydatid cyst. *MJIRI* ۱۹۹۸; ۱۲(۲): ۱۶۳-۱۶۵

۱۰. Kouhsari MR, Manzar HA: Inguinal hydatid cyst: Report of a rare case. *MJIRI*. ۱۹۹۸; ۱۲(۲): ۱۷۷-۱۷۹

۱۱. Audoin J, Cenac A, Develoux M, Lamothe F, Warier A, Kosso T : Hydatid cyst of the thyroid. A propos of a case in the Republic of Niger. *Bull Soc Pathol Exot Filiales* ۱۹۸۸; ۸۱(۳):۳۶۰-۴.

۱۲. Gokce C, Patiroglu T, Aksehirii S, Durak AC, Kelestimur F. Hydatid cyst in the thyroid gland diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Thyroid* ۲۰۰۳; ۱۳(۱۰): ۹۸۷-۹

۱۳. el Ouakdi M, Ben Fadhel S, Ayed M, Zmerii S. Isolated retroperitoneal hydatid cyst. A propos of ۴ cases. *J L Jrol (Paris)* ۱۹۸۸; ۹۴(۹-۱۰): ۴۴۵-۸.

۱۴. Saidi F, Nazarian T: Surgical treatment of hydatid cysts by freezing of cyst wall and instillation of ۰.۵% silver nitrate sodium . *N Engi J Med* ۱۹۷۱; ۲۸۴:۱۳۴۶.

جداره کیست پاره شده و قسمتی از عضلات اطراف (در نسوج عضلانی) است. بعنوان درمان تکمیلی و به منظور کاهش احتمال عود بیماری با ید محل را با یک عامل ضد انگل موضعی scolecide شستشو داد. تجویز داروهای ضد انگل (Anti-Helminthic) نظیر آلبندازول بویژه در بیماران مبتلا به کیست هیداتیک پاره شده برای جلوگیری از انتشار آلودگی و یا عود توصیه می‌شود.

References

1. Saidi F. Surgery of hydatid disease. London: W B Saunders Co. ۱۹۷۰; P, ۲, ۲۷-۳۲.
2. Jlidi R, Yaakoubi MT, Ladeb MF, Ben Ayeche ML, Ghannouchi G, Moula T. Bone hydatidosis. ۱۲ cases. *Ann Pathol* ۱۹۹۲; ۱۲(۲): ۹۸-IOL.
3. Orhan Z, Kara H, Tuzuner T, Sencan I, Alper M. Primary subcutaneous cyst hydatid disease in proximal thigh: an unusual localization: a case report. *BMC Musculoskelet Disord* ۲۰۰۳; ۴(۱): ۲۵.
4. Bayram M, Sirikci A: Hydatid cyst located ntermuscular area of the forearm: MRI imaging findings. *Eur J Radiol* ۲۰۰۰; ۳۶(۳): ۱۳۰-۲.
5. Ben M'Rad S, Mathlouthi A, Merai S, Ghrairi H, Mestiri I, BenMi:edM'RadK, Djenayah FJ : Multiple hydatid cysts of the thigh: the role of magnetic resonance imaging . *Radiol* ۱۹۹۸; ۷۹(۹): ۸۷۷-۹
6. Danila N, Chifan M, Prescornita L, Andronic D, Tarasi C, Crumpei F. Rare location of a hydatid cyst- in the upper mediastinum migrating into the spinal channel. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* ۲۰۰۱; ۱۰۵(۳):۵۷۳-۵.
7. Barthod F, Molinier N, Farah A, PatelJC. Hydatid cyst of the psoas Muscle. *J Chir (Paris)*. ۱۹۹۵; ۱۳۲(۱): ۳۸-۴۲.
8. Saad H, Harndi A, Gargouri R, Zouari K, Sghaier MS, Balti MH, Tabka H, Achour H: Hydatid cyst of the