

مورد نگاری

گزارش یک مورد کیست هیداتید لگنی با ادم اندام تحتانی

تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۲۱

خلاصه

مقدمه

بیماری هیداتید یک عفونت انگلی ناشی از مرحله لاروی کرم پهن سگ سانان (اکینوکوکوس گرانولوزوس) در انسان (میزبان واسطه اتفاقی) می باشد. انسان در اثر خوردن آب یا سبزیجات آلوده به تخم کرم، مبتلا می شود. محل های شایع درگیری در انسان به ترتیب کبد و ریه ها است. درگیری نواحی دور دست نظیر لگن از تظاهرات بسیار نادر این بیماری محسوب می شود، لذا در این مقاله به معرفی یک مورد کیست هیداتید لگنی با تظاهرات ناشایع پرداخته می شود.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۷۵ ساله ایست که در حدود ۴ ماه قبل به دلیل تورم اندام تحتانی چپ با تشخیص احتمالی DVT بستری شده است. پس از آن بیمار دچار دردهای شکمی ژنرالیزه با برتری در ناحیه LLQ شده که همراه با ضعف، بی حالی و کاهش اشتها بوده است. در سونوگرافی و سی تی اسکن لگن، توده کیستیک در طرف چپ لگن گزارش شد که مطرح کننده کیست هیداتید بوده است. سرانجام پس از تائید سرولوژیک، بیمار با تشخیص کیست هیداتید لگنی تحت عمل جراحی قرار گرفت و پاتولوژی کیست خارج شده نیز مؤید این تشخیص بوده است.

نتیجه گیری

حفره لگنی محل شایعی برای کیست هیداتید نمی باشد. در مقالات معدودی که از کیست های لگنی منتشر شده است، علائمی همچون دردهای شکمی، تکرر ادراری، کاهش جریان ادراری، احتباس ادراری، دردهای رادیکولر اندام تحتانی یا افتادگی پائین به اثر فشاری بر روی مثانه و شبکه عصبی لومبوساکرال گزارش شده است. در این بیمار کیست هیداتید لگنی باعث یافته های ناشایعی همچون تورم اندام تحتانی چپ و درد شکمی به علت اثر فشاری بر روی عروق لنفاوی و ارگان های مجاور شده است.

کلمات کلیدی: کیست هیداتید، اکینوکوکوس گرانولوزوس، لگن

۱ امیر منصور کلالی*
۲ سید محمد علوی
۳ فرید یوسفی
۴ محمد ندیمی

۱- متخصص بیماری های عفونی، بیمارستان رازی، اهواز، ایران
۲- دانشیار بیماری های عفونی، بیمارستان رازی، اهواز، ایران
۳- استادیار بیماری های عفونی، بیمارستان رازی، اهواز، ایران
۴- رزیدنت بیماری های عفونی، بیمارستان رازی، اهواز، ایران

* اهواز- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، بیمارستان رازی، بخش بیماری های عفونی و گرمسیری

تلفن: ۰۵۰-۳۳۳۳-۶۱۱-۹۸+

فاکس: ۰۵۱۳-۳۳۳۶-۶۱۱-۹۸+

email: Amirmansourkalali@
yahoo.com

مقدمه

بیماری هیداتید یک عفونت انگلی ناشی از مرحله لاروی کرم پهن سگ سانان (اکینو کوکوس گرانولوزوس) در انسان (میزبان واسطه اتفاقی) می باشد. انسان به طور اتفاقی و در اثر خوردن آب یا سبزیجات آلوده به تخم کرم، مبتلا می شود. محل های شایع درگیری در انسان به ترتیب کبد و ریه ها می باشند ولی باشیوع کمتر مغز، قلب، استخوان ها و کلیه ها در گیر می شوند. تشخیص بیماری اکثرا اتفاقی و در حین عمل جراحی و پس از تائید پاتولوژیک یا از طریق تصویر برداری صورت می گیرد که با انجام آزمایشات سرولوژیک تائید می شود. حساسیت و ویژگی نست سرولوژیک برای کیست هیداتید کبد بالا و حدود ۹۰٪ و ۹۵٪ می باشد ولی برای نواحی دیگر بدن خیلی کم است (۲۵٪) (۱). درگیری نواحی دور دست نظیر لگن از تظاهرات بسیار نادر این بیماری محسوب می شود. در این مقاله یک مورد کیست هیداتید لگنی گزارش می شود که آشنایی با علائم بالینی و یافته های آن می تواند مفید باشد.

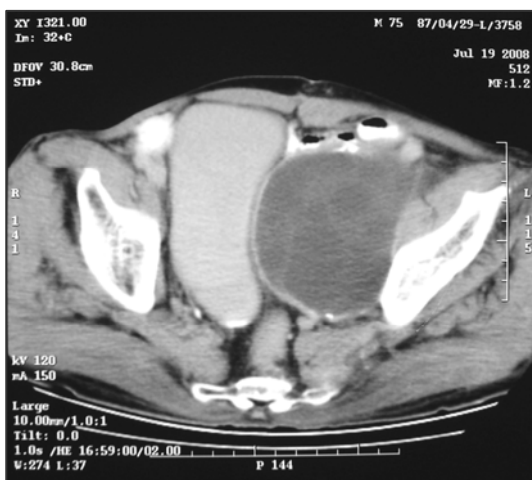
معرفی بیمار

بیمار مرد ۷۵ ساله ایست که با شکایت ضعف، بی حالی و کاهش اشتها مراجعه کرده است. وی در حدود ۴ ماه قبل به دلیل تورم اندام تحتانی چپ با تشخیص احتمالی DVT بستری شده و به علت طبیعی بودن سونوگرافی داپلر وریدهای اندام تحتانی چپ مرخص گردیده است. پس از آن بیمار دچار دردهای شکمی ژنرالیزه با برتری در ناحیه LLQ شده که همراه با ضعف، بی حالی و کاهش اشتها بوده است. در معاینه شکم تندر نس LLQ وجود دارد و اندام تحتانی چپ نسبت به سمت راست افزایش قطر نشان می دهد. بیمار سابقه عمل جراحی کاتاراکت دو طرفه و BPH را در سال های اخیر داشته است. در سونوگرافی لگن نواحی مولتی کیستیک به اندازه 78×85 mm در طرف چپ لگن و بالای مثانه گزارش شده است. درسی تی اسکن انجام شده، توده کیستیک با Internal septation در طرف چپ لگن با کلسیفیکاسیون جدار و اثر فشاری روی مثانه در قدام عضله پسواس دیده می شود که مطرح کننده کیست هیداتید است، لذا سرولوژی به روش الیزا درخواست شد و در نتیجه آنتی بادی هیداتید بالاتر از حد طبیعی گزارش گردید (شکل ۱).

[Patient(OD):0.580Normal(OD):<0.320] در سایر بررسی های انجام شده ضایعه ای به نفع کیست هیداتید در کبد و ریه ها دیده نشد. سرانجام بیمار با تشخیص کیست هیداتید لگنی تحت عمل جراحی قرار گرفت و پاتولوژی کیست خارج شده نیز مؤید این تشخیص بوده است. در پاتولوژی مقاطعی از بافت متشکل از pericyst layer و laminated layer حاوی ارتشاح التهابی مزمن و فیروز گزارش شده است. پس از چند روز بیمار با حال عمومی خوب و بهبود علائم قبلی مرخص گردید.

بحث

شایعترین محل ایجاد کیست هیداتید، کبد (۶۰٪) و ریه ها (۲۰٪) می باشد ولی می تواند با شیوع کمتر در سایر جاها از جمله مغز، قلب، استخوان، کلیه ها، طحال و پانکراس نیز دیده شود. عفونت اولیه همیشه بدون علامت است ولی در صورت اثر فشاری بر ارگان های مجاور، پارگی کیست و عفونت آن می تواند علامت دار گردد (۲). کیست کبدی می تواند باعث هپاتومگالی، درد RUQ، تهوع، استفراغ و ایکنر انسدادی شود و در موارد غیر قابل عمل ممکن است تبدیل به سیروز یا سندرم بودکیاری گردد (۳،۴). درگیری ریوی می تواند باعث سرفه مزمن، هموپتیزی، درد قفسه سینه، پلوریت، تنگی نفس، پنوموتوراکس و آبسه ریه شود (۵). کیست مغزی می تواند باعث تشنج، علائم افزایش فشار مغزی و سایر علائم نورولوژیک گردد. کیست هیداتید باید به عنوان یکی از علل سکنه مغزی در افراد جوان در نظر گرفته شود (۶).



شکل ۱- سی تی اسکن لگن

در مقالات معدودی که از کیست های لگنی منتشر شده است، علائمی همچون دردهای شکمی، تکرر ادراری، کاهش جریان ادراری، احتباس ادراری، دردهای رادیکولر اندام تحتانی یا افتادگی پا، ثانویه به اثر فشاری بر روی مثانه و شبکه عصبی لومبوساکرال گزارش شده است و قبل از تشخیص نهایی ممکن است با تومورهای لگنی اشتباه گردند (۱۴-۲۱).

نتیجه گیری

در این بیمار کیست هیداتید لگنی باعث یافته های ناشایعی همچون تورم اندام تحتانی چپ و درد شکمی به علت اثر فشاری بر روی عروق لنفاوی و ارگان های مجاور شده است و قبل از تشخیص نهایی برای وی DVT مطرح شده است، لذا در مناطق اندمیک در بیماران دچار ادم اندام تحتانی و مشکوک به DVT، ضایعات فضا گیر شکم و لگن از جمله کیست هیداتید می توانند به عنوان تشخیص افتراقی های ناشایع مطرح گردند.

درگیری قلبی می تواند باعث پریکاردیال افیوژن، تامپوناد، بلوک کامل قلبی و مرگ ناگهانی شود (۷-۹). کیست های استخوانی معمولاً بدون علامتند مگر اینکه باعث شکستگی پاتولوژیک شوند. ستون مهره ها، لگن و استخوان های بلند شایعترین محل درگیری می باشند. کیست های کلیوی می توانند باعث هماچوری یا درد پهلوها گردند (۱۰). گلو مریولونفریت، سندرم نفروتیک و آمیلوئیدوز ثانویه نیز گزارش شده است (۱۱، ۱۲). پارگی کیست می تواند باعث شوک آنافیلاکسی شود و پارگی آن در درخت صفراوی ممکن است باعث کولیک صفراوی، ایکتر انسدادی، پانکراتیت و کلانژیت گردد که در ۵-۲۵٪ بیماران رخ می دهد. کیست هیداتید ممکن است دچار عفونت ثانویه شود. اغلب کیست های ریوی عفونی می شوند ولی فقط حدود ۹٪ کیست های هیداتید کبیدی دچار این عارضه می گردند که اندیکاسیون عمل جراحی فوری می باشد (۱۳). حفره لگنی محل شایعی برای کیست هیداتید نمی باشد.

References:

- 1- Mandell G, Bennett J, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. New York: Churchill Livingstone; 2005.p.3290-3291.
- 2- Cook GC, Zumla AI. Manson's tropical diseases. 21st ed. London: Saunders; 2003. p.1561-1568.
- 3- Craig PS, McManus DP, Lightlowers MW, Chabalgoity JA, Garcia HH, Gavidia CM, *et al.* Prevention and control of cystic echinococcosis. *Lancet Infect Dis* 2007; 7:385.
- 4- Moreno-Gonzalez E, Segurola CL, García Ureña MA, García García I, Gómez Sanz R, Jiménez Romero C, *et al.* Liver transplantation for Echinococcus granulosus hydatid disease. *Transplantation* 1994; 58:797-800.
- 5- Vijayan VK. How to diagnose and manage common parasitic pneumonias. *Curr Opin Pulm Med* 2007; 13:218-224.
- 6- Benomar A, Yahyaoui M, Birouk N, Vidailhet M, Chikili T. Middlecerebral artery occlusion due to hydatid cysts of myocardial and intraventricular cavity cardiac origin: 2 cases. *Stroke* 1994; 25:886-888.
- 7- Yagmur O, Demircan O, Atilla E. Cardiac tamponade due to rupture of hydatid cyst into the pericardium. *Dig surg.* 1992; 9:329-331.
- 8- Agarwal DK, Agarwal R, Barthwal SP. Interventricular septal hydatid cyst presenting as complete heart block. *Br Heart J* 1996; 75: 266.
- 9- Sinha PR, Jaipuria N, Avasthey P. Intracardiac hydatid cyst and sudden death in a child. *Int J Cardiol* 1995; 51:293-295.
- 10- Gogus C, Safak M, Baltaci S, Turkolmez K. Isolated renal hydatidosis: experience with 20 cases. *J Urol* 2003; 169:186-189.
- 11- Gelman R, Brook G, Green J, Ben-Itzhak O, Nakhoul F. Minimal change glomerulonephritis associated with hydatid disease. *Clin Nephrol* 2000; 53:152-155.
- 12- Ali-Khan Z, Rausch RL. Demonstration of amyloid and immune complex deposits in renal and hepatic parenchyma of Alaskan alveolar hydatid disease patients. *Ann Trop Med Parasitol* 1987; 81:381-392.
- 13- Salinas JC, Torcal J, Lozano R, Sousa R, Morandeira A, Cabezali R. Intracystic infection of liver hydatidosis. *Hepatogastroenterology* 2000; 47:1052-1055.
- 14- Bounaim A, Sakit F, Janati IM. Primary pelvic hydatid cyst: a case report. *Med trop (Mars)* 2006; 66:279-281.
- 15- Emir L, Karabulut A, Balci U, Germiyanoqlu C, Erol D. An unusual cause of urinary retention: a primary retrovesical echinococcal cyst. *Urology* 2000; 56:856.
- 16- Halefoqlu AM, Yasar A. Huge retrovesical hydatid cyst with pelvic localization as the primary site: a case report. *Acta Radiol* 2007; 48:918-920.
- 17- Safioleas M, Stamatakos M, Zervas A, Agapitos E. Solitary hydatid cyst in the pelvis: A case report. *Int Urol Nephrol* 2006; 38: 491-492.
- 18- Yurdakul T, Pişkin MM. Pelvic hydatid disease causing renal failure. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2006; 59:80-82.
- 19- Sanal HT, Kocaoglu M, Bulakbasi N, Yildirim D. Pelvic hydatid disease: CT and MRI findings causing sciatica. *Korean J Radiol* 2007; 8:548-551.
- 20- Gupta A, Kakkar A, Chadha M, Sathaye CB. A primary intrapelvic hydatid cyst presenting with foot drop and a gluteal swelling: a case report. *J Bone joint Surg [Br]* 1998; 80-B: 1037-1039.
- 21- Varedi P, Saadat Mostafavi SR, Salouti R, Saedi D, Nabavizadeh SA, Samimi K, *et al.* Hydatidosis of the pelvic cavity: a big masquerade. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2008; 2008:782621.