

گزارش یک مورد کیست هیداتید حاوی چربی در لگن با نمای کیست درموئید تخمدان

دکتر پروانه لایق^۱، دکتر محدثه طاهری نژاد^{۲*}، دکتر سیده حورا موسوی واحد^۳

۱. استادیار گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دستیار تخصصی گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

خلاصه

مقدمه: اکینوкокوس گرانولوزوس، شایع‌ترین عامل کیست هیداتید در جهان است. معمولاً اولین ارگان درگیر در این بیماری کبد می‌باشد که شایع‌ترین تظاهرات گوارشی شامل: درد شکم، بزرگی کبد، بی‌اشتهایی، تهوع و زردی می‌باشد. درگیری اولیه حفره لگن در این بیماری نادر است و علائم بیماران معمولاً ناشی از اثرات فشاری بر ارگان‌های مجاور نظیر مثانه و رکتوم و روده‌ها است.

معرفی بیمار: در این مطالعه خانم ۲۲ ساله با علائم بی‌اشتهایی و درد شکم در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد بستری شد که در سونوگرافی شکم و لگن تصویر کانون کیستیک حاوی سپتا و اکوی داخلی و در سی تی اسکن به صورت کانون کیستیک دارای دانسیته چربی در حفره لگن با منشأ احتمالی تخمدان چپ رؤیت شد که بیمار با تشخیص احتمالی کیست درموئید تحت جراحی قرار گرفت، ولی در حین عمل جراحی و تأیید پاتولوژی، تشخیص کیست هیداتید داده شد.

نتیجه‌گیری: در مناطق شایع از نظر هیداتید، کیست هیداتید باید در تشخیص افتراقی هر ضایعه کیستیک در هر ارگانی در بدن مدنظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اکینوкокوس گرانولوزوس، کیست درموئید، کیست هیداتید

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محدثه طاهری نژاد؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک: d.m.tahery@gmail.com

مقدمه

اکینوкокوس گرانولوزوس، شایع‌ترین عامل کیست هیداتید در جهان است (۱). معمولاً اولین ارگان درگیر در این بیماری کبد می‌باشد که شایع‌ترین تظاهرات گوارشی شامل: درد شکم، بزرگی کبد، بی‌اشتهایی، تهوع و زردی می‌باشد (۲). کیست هیداتید، یک عفونت انگلی ناشی از کرم نواری اکینوкокوس گرانولوزوس می‌باشد. این بیماری در اروپای شرقی، آمریکای جنوبی، خاورمیانه، آفریقای شرقی، کشورهای مدیترانه و استرالیا شایع است. این بیماری در مناطق مختلف ایران نیز شایع می‌باشد (۳). میزبان قطعی سگ است و گوسفند، خوک، گاو، بز و انسان، میزبان‌های واسطه‌ای هستند. کبد و ریه، شایع‌ترین ارگان‌های درگیر در بیماری هیداتید هستند. بیماری هیداتید سایر ارگان‌ها مانند طحال، تخمدان، مغز، استخوان و قلب را نیز درگیر می‌کند. بیماری هیداتید لگن بسیار نادر است و اکثر بیماران بدون علامت هستند، ولی با رشد کیست در حفره لگن علائم مختلف ناشی از اثر فشاری کیست بر ارگان‌های مجاور ایجاد می‌شود (۴). در این مقاله یک مورد از کیست هیداتید لگنی با نمای کیست درموئید تخمدان گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۲ ساله با علائم بی‌اشتهایی، درد هایپوگاستر، کاهش وزن (۸ کیلوگرم در طی ۳ ماه) و تکرر ادرار بود که در بخش زنان بیمارستان امام رضا (ع) مشهد بستری شد. بیمار علائم تب و تهوع یا استفراغ نداشت. در معاینه بیمار تندرست ناحیه هایپوگاستر گزارش شده بود. در سونوگرافی انجام شده از ناحیه شکم و لگن تصویر کانون کیستیک حجیم دارای سپتا و اکوهای داخلی و جزء سالیید با منشأ احتمالی تخمدان رؤیت شد. تخمدان راست رؤیت نشد، ولی تخمدان چپ نرمال گزارش شد.

جهت بررسی تکمیلی سی‌تی اسکن از شکم و لگن بیمار انجام گردید که تصویر کانون کیستیک حجیم به ابعاد (۴۸*۱۰۴*۱۴۱ میلی‌متر) در حفره لگن دارای سطح

چربی / مایع رؤیت شد که نمای کیست درموئید در حفره لگن را داشت (تصویر ۱). پاتولوژی دیگری در حفره شکم و لگن گزارش نگردید و عکس قفسه سینه نیز نرمال گزارش شد. تمامی آزمایشات و تومور مارکرهای بیمار شامل AFP، CA125، LDH، CA19-9، CEA، biochemistry tests و CBC در محدوده نرمال بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و تصویر ضایعه کیستیک حجیم به ابعاد ۲۰*۵۰*۱۵۰ میلی‌متر با چسبندگی شدید به امنتوم و رحم و رکتوسیگموئید در حفره لگن حاوی کیست‌های دختر فراوان رؤیت شد. کیست خارج گردید و حفره پریتوئن با سالیین ایزوتونیک شستشو داده شد.

در بررسی بافت‌شناسی تصویر غشاهای چندلایه در دیواره کیست به همراه لایه ژرمینال داخلی و چربی رؤیت شد. با توجه به موارد فوق، تشخیص کیست هیداتید لگنی تأیید گردید (تصویر ۲).

فالوآپ بیمار ۳ ماه بعد از جراحی انجام شد و قرص آلبندازول با دوز ۸۰۰ میلی‌گرم روزانه طی ۳ ماه جهت بیمار تجویز گردید. کشت خون و آنزیم‌های کبدی در طی درمان بیمار انجام شد که نرمال بود. بعد از ۳ ماه در سونوگرافی شکم و لگن بیمار ضایعه‌ای رؤیت نگردید.

بحث

هیداتوزیس اولیه لگنی بسیار نادر می‌باشد (۰/۷٪) و بیماران معمولاً با علائم فشاری شامل تکرر ادرار، یبوست و غیره مراجعه می‌کنند. کیست هیداتید لگنی می‌تواند نمای مشابه بدخیمی‌های حفره لگن را تقلید کند، برای مثال کیست‌های دختر با نمای مشابه سپتا می‌تواند مقلد سیست آدنوکارسینومای تخمدان باشد. بنابراین در مناطق شایع از نظر هیداتید، کیست هیداتید لگنی باید در تشخیص افتراقی ضایعات کیستیک حفره لگن قرار بگیرد (۴).

اکینوкокوس گرانولوزوس کرم نواری شکل عامل کیست هیداتید می‌باشد. کبد و ریه، شایع‌ترین ارگان‌های درگیر این بیماری می‌باشند، ولی هر ارگانی در بدن توسط این انگل می‌تواند درگیر شود (۵).

گزارشی از وجود چربی در کیست هیداتید حفره لگن داده نشده بود.

نتیجه گیری

کیست هیداتید اولیه حفره لگن باید در تشخیص افتراقی هر ضایعه کیستیک، در حفره لگن در مناطق اندمیک مدنظر قرار گیرد، هرچند یافته دیگری در سایر ارگان‌های بیمار نظیر کبد یا سایر احشاء یافت نشود. تشخیص قبل از عمل این ضایعه نادر بسیار مهم است و باعث جلوگیری از پارگی کیست در حین عمل و ایجاد عوارض می‌شود. شرح حال بیمار، تست‌های سرولوژیک و یافته‌های تصویربرداری جهت تشخیص زودرس و درمان مناسب کمک کننده می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و مساعدت بیمار و خانواده ایشان، آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد و واحد زنان و مامایی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد تشکر و قدردانی می‌گردد. از نظر تعارض منافع در مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافع وجود نداشت.

بیماری هیداتید را می‌توان به وسیله آنتی‌بادی‌های خاص در سرم به وسیله تست‌های ایمونولوژی تشخیص داد. این تست‌ها شامل (ELIZA)¹ با استفاده از مایع داخل کیست هیداتید (اختصاصیت پایین)، (antigen purified (B- cystic E, EM2-Alveolar E, antigen immunoblot analysis immuno electrophoresis و تشخیص IGg 4 می‌باشد. روش‌های سرولوژیک در تشخیص بیماری هیداتید در استخوان، عضله و مغز ناکارآمد است و علت آن پاسخ آنتی‌بادی کمتر می‌باشد (۶). کیست هیداتید می‌تواند حاوی گاز، سطح مایع/مایع، سطح مایع/هوا و یا چربی باشد که علت آن می‌تواند عفونت و یا ارتباط با احشای توخالی یا مجاری صفراوی باشد (۷).

چربی در کیست هیداتید ندرتاً در مقالات گزارش شده است. در مقاله سال (۲۰۱۶)، چربی در کیست هیداتید گزارش شد که به علت پارگی کیست هیداتید و ارتباط آن با مجاری صفراوی بوده است (۷).

Beric و Blomley در مقاله ای در سال ۱۹۹۷ اظهار داشتند که دژنراسیون ممبران‌های کیست هیداتید می‌تواند عامل ایجاد سطح مایع /چربی در کیست هیداتید باشد، چون چربی نقش اساسی در متابولیسم کیست‌های هیداتید کبدی دارد. پروسه‌های تخریبی در کیست هیداتید می‌تواند منجر به افزایش کلسترول درون کیست شود، بنابراین وجود چربی در کیست هیداتید می‌تواند ناشی از بلوغ یا دژنراسیون کیست باشد (۸).

هیداتوزیس اولیه لگنی نادر است و مکانیسم دقیق آن مشخص نیست، اما گسترش از طریق لنفاتیک می‌تواند علت ایجاد این ضایعه در حفره لگن باشد.

در بیمار گزارش حاضر، وجود چربی و کلسیفیکاسیون در کیست هیداتید حفره لگنی یافته نادری است، در حالی که در درموئید یافته شایع‌تری می‌باشد. هرچند وجود چربی در کیست‌های هیداتید کبدی به علت ارتباط با مجاری صفراوی گزارش شده بود، ولی تاکنون

¹ Enzyme Linked Immunosorbent Assay

1. Nosrati A, Soleymani E, Davoodi L. Ovarian cancer or hydatidosis? A case report. Iranian journal of parasitology 2018; 13(3):500.
2. Varedi P, Saadat Mostafavi SR, Salouti R, Saedi D, Nabavizadeh SA, Samimi K, et al. Hydatidosis of the pelvic cavity: a big masquerade. Infectious diseases in obstetrics and gynecology 2008; 2008.
3. Grosso G, Gruttadauria S, Biondi A, Marventano S, Mistretta A. Worldwide epidemiology of liver hydatidosis including the Mediterranean area. World journal of gastroenterology: WJG 2012; 18(13):1425.
4. Sing P, Mushtaq D, Verma N, Mahajan NC. Pelvic hydatidosis mimicking a malignant multicystic ovarian tumor. The Korean journal of parasitology 2010; 48(3):263.
5. Sachar S, Goyal S, Sangwan S. Uncommon locations and presentations of hydatid cyst. Annals of medical and health sciences research 2014; 4(3):447-52.
6. Srinivas MR, Deepashri B, Lakshmeesha MT. Imaging spectrum of hydatid disease: usual and unusual locations. Polish journal of radiology 2016; 81:190.
7. Mehta P, Prakash M, Khandelwal N. Radiological manifestations of hydatid disease and its complications. Tropical parasitology 2016; 6(2):103.
8. Tandon AS, Saxena D. Fat within hepatic hydatid cysts: a report of three cases. Hong Kong J Radiol 2014; 17(3):198-202.