

گزارش یک مورد نادر کیست هیداتید مخچه

دکتر عبدالناصر فرزانه^۱، دکتر جمشید آیت‌اللهی^۲

چکیده

کیست هیداتید یا بیماری اکینو کوزیس، توسط انواع اکینو کوک که از خانواده سستودها می‌باشد، ایجاد می‌شود. کرم بالغ این انگل در روده سگ و مرحله لاروی آن در پستاندارانی مثل انسان، گوسفند، گاو، بز، شتر و اسب دیده می‌شود. انسان میزبان واسط این انگل محسوب شده و کیست آن در هر نقطه‌ای از بدن ممکن است مشاهده شود. شایعترین محل کیست آن در انسان کبد و سپس ریه‌ها و بندرت در CNS گزارش می‌شود. کیست هیداتید در مغز بسیار نادر است و ۲٪ تمام سیستم‌های بدن را شامل می‌شود. کیست هیداتید مغز معمولاً فوق چادرینه، منفرد، بزرگ و اولیه می‌باشد. در موارد نادر می‌تواند متعدد باشد که به صورت آمبولی از کیست هیداتید بطن چپ و یا ثانویه به پارگی کیست اولیه مغزی بصورت خودبخود و یا ضمن عمل باشد. شایعترین محل آن در مغز در نیمکره‌ها در محدوده شریان مغزی - میانی خصوصاً در پاریتال (۹۰٪) می‌باشد. در مخچه، هسته‌های قاعده‌ای، قنات سیلویوس غیر معمول است. در این گزارش موردی بسیار نادر که در مخچه پسری ۸ ساله اتفاق افتاده و قبل از عمل، CT Scan و MRI کیست هیداتید را مطرح نکرده بودند، مورد بحث قرار می‌گیرد. باشد که با مطالعه این مقاله همیشه در ضایعات فضاگیر CNS یکی از تشخیصهای افتراقی کیست هیداتید باشد. در بررسیهای انجام شده در ایران تا بحال کیست هیداتید مخچه گزارش نشده است و در بررسی از مدلاین و اینترنت نیز از سال ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۱ نیز موردی یافت نشد.

واژه‌های کلیدی: کیست هیداتید - مخچه - جراحی

مقدمه

می‌شود (۳،۲،۱). محل زندگی کرم بالغ، در روده باریک سگ می‌باشد و تخمها از طریق مدفوع دفع و اگر توسط انسان یا سایر میزبانهای واسط خورده شود، در روده، لاروها آزاد و جدار روده را سوراخ و سپس وارد گردش خون می‌شوند و از طریق جریان خون به هر نقطه‌ای از بدن وارد و تبدیل به کیست می‌شوند. شایعترین محل تشکیل کیست کبد و ریه‌ها بوده ولی همانطور که توضیح داده شد در هر نقطه‌ای از بدن کیست‌ها

بیماری اکینو کوزیس (Echinococcosis) در انسان توسط مرحله لاروی اکینو کوزیس گرانولوزوس (E. Granulosus) و اکینو کوزیس مولتی لوکولاریس (E. Multilocularis) و اکینو کوزیس وجلی (E. Vogeli) ایجاد

۱- استادیار گروه جراحی اعصاب

۲- استادیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

کیست نشود. زیرا پاره شدن آن سبب شوک آنافیلاکسی شدید و گسترش ضایعه بصورت کیستهای متعدد خواهد شد. کیست باید بصورت Delivery با شستشو، مانور والسالوا و تغییر وضعیت سر خارج شود آلبندازول در مواردی که حدس پاره شدن کیست داده شود و یا در مواردی که کیست در ضمن عمل پاره شود، ضرورت دارد^(۱۲). راه پیشگیری از بیماری، رعایت بهداشت، درمان سگهای آلوده با پرازی کوانتل، جلوگیری از تغذیه سگها از بافتهای آلوده حیوانات و واکسیناسیون گوسفندها می باشد^(۵،۴،۳،۲).

معرفی بیمار

بیمار پسر بچه ۸ ساله ای اهل و ساکن یزد می باشد که تا قبل از بیماری اخیر از سلامت کامل برخوردار بوده و از حدود ۴ ماه قبل از مراجعه سردردهای بیمار شروع و بتدریج افزایش یافته است. ۲ ماه پس از شروع سردرد، استفراغ و تب نیز به علامت فوق اضافه شده است. برای بیمار آزمایشات مختلفی درخواست شد. در آزمایش CBC انجام شده، $Hgb=11.5g/dl$ ، $WBC=8.5 \times 10^3/\mu l$ و پلاکت $272000 \mu l$ و پولی مورف 70% و لنفوسیت 30% گزارش شد. $FBS=100mg/dl$ و $BUN=30mg/dl$ و $Na=0.45Meq/l$ $K=3.9meq/l$ و $ESR=8mm$ و آزمایشات اسیداوریک، کلسترول، تری گلیسرید، بیلروبین، آنزیمهای کبدی (ALT,AST) و الکالین فسفاتاز و آمیلاز همگی نرمال بود. در معاینه عصبی بجز عدم تعادل در راه رفتن و ادم پایی دوطرفه که همراه با خونریزی دیسک اوپتیک دوطرفه بود، نکته مثبت دیگری پیدا نشد. در گرافی رخ و نیمرخ جمجمه، ضایعه پاتولوژیک دیده نشد، سل توراسیک دارای اندازه و حجم نرمال و کلسیفیکاسیون پاتولوژیک اینتراکرانیاال گزارش نشد. برای بیمار MRI مغز با و بدون کنتراست درخواست که ضایعه شبیه کیست در همی سفر (مخچه چپ) گزارش که باعث جابجایی چهارمین و نتریکول به طرف قدام و میانی شده است و ضایعات را به نفع کیستهای آراکنوئید و یا Cystic Asteroctoma دانسته بودند. در سی تی اسکن مغز با و بدون تزریق ماده حاجب که یک روز قبل از آن انجام شده بود

ممکن است مشاهده شوند. تظاهرات بیماری در مغز نیز مثل سایر نقاط بدن بستگی به اندازه کیست و محل قرار گرفتن آن دارد و اغلب باعث علائم افزایش فشار داخل جمجمه و علائم موضعی عصبی مثل سردرد و استفراغ، اختلال بینایی، همی پارزی، اختلال حس، آتاکسی، ترمور و ندرتاً تشنج می شود^(۱). گاهی با دیدن عدم قرینگی در جمجمه و یا حتی دیدن توده ای در پوست سر به علت تخریب استخوان تشخیص اولیه داده می شود. تشخیص بیماری با ظن به این کیست و بوسیله روشهای مختلف رادیولوژیکی شامل گرافی ساده، CT Scan، MRI و سونوگرافی امکان پذیر است. در گرافی ساده علائم افزایش فشار داخل جمجمه مثل باز شدن سوچورها ممکن است مشاهده شود^(۲). در CT Scan یک ضایعه گرد بزرگ منفرد با جدار ایزودنس و مرکز هیپودنس بدون ادم اطراف که ماده حاجب را جذب نمی کند مشاهده می شود. گاهی کلسیفیکاسیون Eggshell اطراف کیست مشاهده می شود^(۳،۱). تجربه تشخیص توسط MRI به علت نادر بودن کیست محدود است. در MRI در T1 و T2 ایزوایننس و در Proton Density (PD) کیست نسبت به CSF هیپردنس می باشد. Low Intensity جدار کیست در MRI از مشخصات کیست هیداتید می باشد. MRI با تزریق جذب پارشیل ماده حاجب را نشان می دهد.

تشخیص افتراقی با کیست آراکنوئید، پورانسفالیکی است. تومورهای اولیه مغزی، آبسه های مغزی، درموئید و اپیدرموئید و نروسیستی سیرکوزیس و گلیوما می باشد.

تشخیص اختصاصی بیماری با اسپیراسیون مایع و دیدن اسکولکس ها می باشد ولی چون امکان نشت مایع و انتشار عفونت و یا واکنش های آنافیلاکتیک وجود دارد بطور معمول این کار انجام نمی شود. آزمایشات سرولوژی نیز برای تشخیص کمک کننده بوده ولی منفی بودن آنها باعث رد بیماری نمی شود. تعیین آنتی بادیهای ضد آنتی ژن های اختصاصی اکتینوکک بوسیله ایمونوبلاتینگ (Immunoblotting) از بقیه آزمایشات اختصاصی تر می باشد^(۴،۱). درمان ایده آل کیست هیداتید مغزی، برداشتن کامل کیست بدون اسپیراسیون می باشد می بایست دقت نمود در حین عمل موجب باز شدن و پاره شدن

ورید باب به کبد رسیده و بیش از ۷۵٪ موارد در کبد، ۱۵٪ در ریه‌ها و در ۱۰٪ باقیمانده در سایر ارگانها نظیر طحال، کلیه‌ها و غیره جایگزین می‌شود. ابتلای دستگاه عصبی مرکزی در حدود ۲ تا ۳۰٪ موارد گزارش شده است^(۱). در یک مطالعه انجام شده در تهران، ۲٪ کرانیوتومی‌های انجام شده برای ضایعات فضاگیر مغزی، به علت کیست هیداتید بوده و در همین مطالعه ۷۵٪ بیماران مبتلا به کیست هیداتید مغزی را کودکان تشکیل می‌دادند که نشان می‌دهد که هیداتیدوز مغزی بیشتر بیماری گروه سنی کودکان می‌باشد^(۲). در مقاله فوق ۶ کودک دچار آتروفی نیمه بدن بودند که مؤید ابتلای بیماران فوق در سنین خیلی پائین کودکی می‌باشد. در مطالعه دیگری که در یزد انجام شده^(۳) در بین ۶۷ مورد بیمار مبتلا به کیست هیداتید ۲۴ مرد و ۴۳ نفر زن بودند که در این تحقیق فراوانی بیماری کیست هیداتید در زنان بیشتر از مردان بوده است. در مطالعه فوق بیشترین درصد شغلی زنان خانه‌دار و کشاورزان تعیین شد. از ۶۷ بیمار فوق ۴۸ نفر ابتلای کبد، ۱۳ نفر ریه و ۶ نفر باقیمانده محل گرفتاری طحال، فمور، خارج ریه و روی دیافراگم، بیضه، پل تحتانی کلیه و یک مورد پستان بوده است و هیچ موردی از گرفتاری CNS گزارش نشده است. در مطالعه فوق بیشترین درصد گرفتاری در سنین ۸۰-۵۵ سال و کمترین آن در سنین ۳۹-۰ سال مشاهده گردید. در مطالعه دیگری که در عربستان انجام شد^(۴) از ۶۷ بیمار، ۳۶ نفر (۵۳٪) مرد و ۳۱ نفر زن (۴۶٪) و سن بیماران بین ۴ تا ۸۵ سال و بیشترین تعداد بین ۲۰ تا ۳۹ سال مشاهده شد^(۵). در این مطالعه نیز بیشترین تعداد موارد مشاهده شده در خانمهای خانه‌دار بود. کیستهای مشاهده شده به ترتیب فراوانی در کبد ۳۶ نفر و ریه ۱۸ نفر و کلیه ۶ نفر و سپس سایر ارگانها و هیچ موردی از کیست هیداتید در CNS گزارش نگردیده است در مطالعه دیگری نیز که در زنجان انجام گردیده^(۶) از ۵۶ مورد، ۵۷٪ در زنان و بالاترین سن ابتلا ۷۰ سالگی و شایعترین محل گرفتاری کبد و بیشترین درصد ابتلا از لحاظ شغلی در افراد خانه‌دار گزارش گردیده و ابتلا CNS گزارش نشده است. در یک مطالعه دیگر در همدان^(۷) از ۵۵ مورد کیست هیداتید عمل شده ۶۱٪ زن و ۳۸٪ مرد و حداقل سن ۱۲ و حداکثر

اتساع بطنهای لاترال و بطن سوم به علت هیدروسفالی غیرارتباطی و تصویر توده هیپودنس به قطر ۵ سانتیمتر در همی‌سفر چپ مخچه که دارای اثر فشاری شدید بر روی بطن چهارم بوده و آنرا به سمت قدام و راست منحرف نموده ولی جذب ماده حاجب (Enhancement) واضح در جدار آن مشاهده نمی‌شود، گزارش شد و در نهایت ضایعه فضاگیر نظیر Astrocytoma یا کیست آراکنوئید مطرح شده بود. با توجه به تجربیات قبلی نویسنده از کیست هیداتید مغز در CT Scan و با ظن قوی به کیست هیداتید مغزی پس از مشورت با همکاران گروه عفونی برای بیمار آلبندازول ۱۵mg/kg در روز شروع و یک هفته بعد بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت که پس از بازکردن دورا و جداکردن پیا، کیستی به ابعاد ۵×۷ سانتیمتر بطور کامل از مخچه چپ خارج گردید که چند قطعه از نمونه جدا شده از کیست جهت مطالعه به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال که جواب آن به شرح زیر بود:

در بررسی اسلایدهای تهیه شده از نمونه جدار یک کیست، بافتهای شفاف و لایه‌لایه مشاهده و در اطراف جدار کیست و اکنش خفیف جسم خارجی و یک پروتواسکولکس دیده می‌شود و در نهایت کیست هیداتید مطرح شده بود.

پس از بهبودی نسبی با ادامه تجویز آلبندازول برای ۶ هفته، بیمار مرخص و طی ۷ ماه گذشته بیمار چندین نوبت مراجعه که حال عمومی بیمار خوب، استفراغ و سردرد بطور کامل برطرف، معاینه ته چشم نرمال و راه رفتن بیمار طبیعی شده است و CT Scan پس از عمل که یک هفته و چهار ماه بعد انجام شده، کیست جدیدی را نشان نداده است. کودک در حال حاضر بطور عادی مشغول به تحصیل می‌باشد.

بحث

هیداتیدوز انسانی از قدیم شناخته شده و مورد توجه سقراط، گالن و ابن سینا بوده است. در قرن یازدهم میلادی جرجانی، حکیم ایرانی تحت عنوان کیست سردکبدی آنرا معرفی کرده است^(۸). انسان به عنوان میزبان اتفاقی واسط با خوردن سبزیجات آلوده با تخم انگل اکینوкокوس گرانولوزوس مبتلا می‌شود. جنین آزاد شده در روده‌ها از راه

۸۵ سال و بیشترین تعداد در گروه سنی ۳۹-۲۰ سال دیده شد. از نظر شغلی مانند مطالعات بالا بیشترین تعداد در خانمهای خانه‌دار و بالاترین محل گرفتاری کبد و سپس ریه‌ها و بقیه ارگانها بوده و موردی در CNS گزارش نشده است. مطالعه دیگری که در تهران انجام گرفته از ۴۰ بیمار، ۳۳ نفر آنها زن و از میان خانمهای اکثراً خانه دار و بیشترین عضو گرفتار کبد و سپس ریه و در مراحل بعدی طحال، پانکراس و کلیه بوده و موردی از گرفتاری CNS گزارش نشده است^(۱۱).

در مجموع می توان از مطالعات فوق نتیجه گیری نمود که اکثر بیماران مبتلا به کیست هیداتیک از جنس مؤنث و خانه‌دار بود و در سنین بالا بیش از سنین پائین و شایعترین محل گرفتاری کبد و سپس ریه می‌باشد هرچند هر نقطه‌ای از بدن ممکن است که گرفتار شود و گرفتاری CNS در بسیاری از مقالات به آن اشاره نشده که بعلت شیوع کم گرفتاری CNS و یاعدم امکانات تشخیصی در شهرستانهای کوچک می‌باشد. در مناطقی که گوسفند نگه داری می‌شود ۶-۱/۵٪ توده‌های فضاگیر مغز بعلت کیست هیداتید می‌باشد^(۱). با اختلاف ناچیزی مردان بیش از زنان مبتلا به این فرم بیماری شده و برخلاف فرمهای دیگر بیماری در کودکان بیشتر دیده می‌شود (۲ تا ۵ برابر)^(۱۲،۱۱).

نتیجه گیری: در کشورهایی مثل ایران که دام و سگ باهم نگه‌داری شده و سیکل عفونت همیشه برقرار است، بیماری که با علائم متنوع گرفتاری CNS مراجعه می‌کنند باید از نظر کیست هیداتید علاوه بر بیماریهای دیگر، بررسی شوند. باتوجه باینکه باز کردن کیست، آسپیراسیون آن و یا پارگی آن در ضمن عمل می‌تواند سبب شوک آنافیلاکسی و یا گسترش ضایعه شود و یک فاجعه غیرقابل جبران می‌باشد و کامل خارج کردن آن برای همیشه شفا بخش است باید در تشخیص ضایعات فضاگیر کیستیک مغزی، بخصوص در مناطق آندمیک، کیست هیداتید را در نظر داشت.

References

- 1- Ameli N.O, Abbassioun K . *Hydatid Disease of the Nervous System*, Tehran, Ketab Sara Company, 1995, 21-34.
- 2- Harrison's ; Principles of Internal Medicine, Hydatid Cyst, 15 th , ed McGraw - Hill , 2001. 1248-1250,
- ۳- عطائیان. علی . «اهمیت مبارزه و کنترل هیداتیدوز» دارو و درمان، سال دهم، شماره مسلسل ۱۱۴ تیرماه ۷۲. صص ۲۰-۱۵ .
- ۴- ناصری فر . راضی ، مسعود . جعفر . « بررسی میزان هیداتیدوز حیوانی در شهرستان ایلام » فصل نامه علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شماره ۸ و ۹ ، پائیز و زمستان ۱۳۷۴ . صص ۲۴-۱۸ .
- ۵- رضا ، محمد ، نظری ، رضا قلی ، «میزان شیوع کرم تنیا کینو کک در سگهای ولگرد تهران» ، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال شانزدهم، شماره ۳ و ۴ صص ۲۴-۱۷ .
- ۶- عباسیون - کاظم «کیست هیداتید مغزی» خلاصه مقالات سمینار سراسری بیماری هیداتید ، دانشگاه علوم پزشکی همدان، معاونت پژوهشی، آذرماه ۱۳۷۲ ، صص ۵۱-۵۰
- ۷- شیریزدی - سیدمصطفی ، میرشمسی - محمدحسین ، حسینی - بهناز ، عبادی - محسن . « مشخصات بیماران مبتلا به کیست هیداتید در استان یزد بین سالهای ۲۷-۱۳۷۰ » مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد ، سال ۸ ، شماره اول ، بهار ۱۳۷۹ صص ۳۰-۲۵ .
- 8- Awatif. A , Alam.A . *Epidemiology of Hydatid Diseasein Riyadh: A Hospital - based study*, Annals of Saudi Medicine, Vol 19, No 5, 1999. 450-452.
- ۹- نوریان - عباسعلی ، ضرغام . داریوش ، نوری زاده . حبیب . «بررسی موارد جراحی شده کیست هیداتیک در بیمارستان شفیعیه زنجان از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۲» مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، شماره ۱۶ . صص ۲۳-۲۲ .
- ۱۰- فلاح . محمد ، ولدان . مهرناز ، فشندکی . فریبا . «بررسی موارد کیست هیداتیک در ۱۰ سال اخیر در همدان» ، دارو و درمان ، سال نهم ، شماره مسلسل ۱۰۲ تیر ۷۱ . صص ۳۱-۲۷ .
- ۱۱- هاشمی . مرتضی ، مورکی . احمد . «بررسی کیست هیداتیک از سال ۱۳۶۰ لغایت ۱۳۶۸ در بیمارستان امیرالمومنین (ع) و گزارش موارد نادر» ، دارو و درمان ، سال ۹ ، شماره مسلسل ۹۸ اسفندماه ۷۰ صص ۳۲-۲۶ .
- 12- Youmans. Principles of Neurosurgery. 1996 : 3259-60.