

گزارش یک مورد پارگی کیست هیداتیک کبد به درون پريتون به دنبال ضربه به شکم

گزارش مورد | Case Report

دکتر محمدهادی ملصقی^۱، دکتر حلیم بردی طعنه^{۲*}

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. فوق تخصص جراحی کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

نویسنده مسئول: دکتر حلیم بردی طعنه، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

ایمیل: dr.taneh5532@gmail.com تلفن: 09113773119

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۱۸

چکیده

مقدمه: کیست هیداتیک یک بیماری انگلی است که بیشتر موارد در کبد دیده می شود و می تواند بی علامت تا طیف گسترده ای از علائم ایجاد کند. معمولاً بیمار با شکایت ناشی از اثرات فشاری توده یا پارگی کیست مراجعه می کند.

معرفی مورد: بیمار کودک پسر ۱۱ ساله که با شکایت درد شکم مراجعه و بستری شده بود. بیمار شرح حالی از تروما به شکم ۲ روز قبل از مراجعه را ذکر می کرد. در معاینه بیمار ضایعات کهیری ژنرالیزه بخصوص در تنه و ران داشت که خارش دهنده بودند. در سونوگرافی شکم، یک توده هیپواکو همراه با مایع آزاد فراوان در شکم دیده شد. در CT اسکن بعمل آمده نمای Water lily sign دیده شد. بیمار تحت جراحی باز شکم قرار گرفت. توده خارج شد و حفره صفاق توسط بتادین و مایع هیپرتونیک لاواژ شد. ۷ روز پس از جراحی بیمار با حال عمومی خوب و توصیه دارویی آلبندازول مرخص شد.

بحث: پارگی کیست هیداتیک به دنبال تروما جدی ترین عارضه این بیماری است که می تواند باعث آنافیلاکسی و مرگ بیمار شود و غالباً نیازمند جراحی اورژانس می باشد.

واژگان کلیدی: کیست هیداتیک، خارش، ترومای شکم



کسیت هیداتیک کبد می تواند تظاهرات متفاوتی داشته باشد. تظاهر حاد بیماری بصورت پارگی درون حفره پریوتون، نادر (بروز ۱٪ تا ۸٪) می باشد (۱، ۲). پارگی درون صفرای فرم دیگری از تظاهر حاد می باشد و شایع تر از فرم درون پریوتون است (۳). بدنبال پارگی درون پریوتون تظاهر بیماری حاد و با علائم شکمی مانند گاردینگ و ریباند تندرینس همراه با واکنش انافیلاکتیک در ۱٪ تا ۱۲.۵٪ می باشد. کومار و همکاران یک مورد پسر نوجوان که با پریوتونیت در اثر پارگی تروماتیک، کسیت هیداتیک کبد را گزارش کرد (۱). نقش بررسی بالینی و سونوگرافی جهت تشخیص سریع و اداره موفق این وضعیت شکم حاد بسیار پررنگ شده است.

معرفی مورد

بیمار پسر ۱۱ ساله به ظاهر سالم که با شکایت درد حاد در ناحیه میانی شکم از ۲ روز قبل مراجعه کرده بود. وی شرح حالی از یک ترومای بلانت خفیف به شکم حین بازی را ۲ روز قبل ذکر میکرد. بیمار همچنین از خارش آزار دهنده در تمام بدن بخصوص در تنه و اندام ها که پس از ضربه آغاز شده بود نیز شاکی بود. بیمار درحالت خوابیده قرار داشت و زانو ها را به درون شکم جمع کرده بود و وضعیت ضد درد به خود گرفته بود، پالس ۱۰۰ bpm و فشار ۱۰۰/۶۰ mmHg داشت. رنگ پریدگی نداشت. ضایعات شبیه به کهیر در تمام ران و تنه دیده می شد. معاینه شکمی بیمار تندرینس و ریباند تندرینس ژنرالیزه در تمام شکم داشت و گاردینگ واضح نداشت. شکم مقداری متسع بود. در بررسی های اولیه، گرافی شکم توده رادیو اوپک در ناحیه فلانک راست نشان داد. در سونوگرافی شکم، ناحیه کیستیک با حدود نامنظم و جدار اکوژن با ابعاد تقریبی ۶۶x۶۷ mm در قسمت خلفی لوب راست کبد دیده شد، مایع آزاد فراوان در حفره شکم گزارش شد. همه آزمایشات اولیه بجز لکوسیتوز (28500 mm^3) نرمال بودند. برای بیمار بررسی تست های آزمایشگاهی کبد درخواست شد که ALT-14U/L و ALP-215 U/L و AST-46 U/L داشت.

مایع درمانی با دوز اولیه رینگرلاکتات (۲۰ ml/kg) آغاز شد و با دکستروز ۵ درصد در نرمال سالین ادامه یافت. درطول مایع درمانی هیدروکورتیزون و همراه با آنتی بیوتیک تزریقی پروفیلاکتیک (مروپنم) تجویز شد. با شک به کسیت هیداتیک کبد، همزمان با شروع آلبندازول (۱۵ mg/kg/day) جهت بدست آوردن اطلاعات بیشتر برای بیمار سونولوژی از نظر کسیت هیداتیک کبد و CT شکم و لگن با کنتراست درخواست شد. سونولوژی منفی بود و در CT سایز کبد افزایش یافته بود، تصویر یک توده هیپواکو

با جدار ضخیم و سپتا و جذب کنتراست و مایع آزاد درون شکم دیده شد. علائم بالینی بصورت درد ناگهانی ژنرالیزه شکم همراه با راش و یافته های سونوگرافیک و CT اسکن علیرغم منفی بودن سونولوژی مطرح کننده کسیت هیداتیک کبدی بود. بیمار جهت لاپاراتومی درمانی به اتاق عمل برده شد. حفره شکم با حدود ۲ لیتر مایع کدر لکوله پر شده بود که ساکشن شد. در مشاهده قسمت اعظم لوب راست کبد توسط کسیت هیداتیک پر شده بود و لوب راست بزرگتر از معمول بنظر می رسید. کسیت هیداتیک مذکور بوسیله پارشیال پری سیستکتومی برداشته شد. تمام حفره پریوتون بوسیله بتادین و نرمال سالین لاواژ شد. بستر کسیت از نظر نشت صفرا بررسی شد. باتوجه به اینکه شواهدی از ارتباط بزرگ سیستوبیلیاری وجود نداشت، حفره با امنتم پر شد، یک تیوب جهت درناژدر فضای ساب هیپاتیک راست قرار داده شد. نمونه جهت پاتولوژی ارسال شد که موید کسیت هیداتیک کبد بود.

دوره پس از عمل بدون هیچ مشکلی طی شد. لکوسیتوز بیمار به تدریج کاهش یافت. تست های کبدی نرمال شد و ضایعات پوستی بتدریج محو شدند. درن ۷ روز پس از عمل خارج شد. آلبندازول (۱۵ mg/kg/day) برای بیمار ادامه یافت و ادامه درمان برای ۳ ماه برنامه ریزی شد.

بحث

بیماری هیداتید یک بیماری انگلی است که توسط اکینوкокوس گرانولوزوس ایجاد می شود، کبد شایع ترین ارگان درگیر شونده در این بیماری می باشد. این بیماری در منطقه خاور میانه اندمیک است (۴، ۵). گوسفند میزبان واسطه و انسان میزبان واسطه اتفاقی برای این بیماری می باشد. بیماری از طریق خوراکی و مصرف غذای آلوده به انسان منتقل می شود، (۶) که در این مورد شرح حالی از مصرف جگر گوسفند در چند ماه قبل وجود داشت. علائم بالینی می تواند از آسیمپتوماتیک تا آنافیلاکسی تهدید کننده حیات متغیر باشد. شکایات معمول بیماران بصورت درد شکم، دیس پپسی، احساس توده و پری شکم، استفراغ است (۶، ۷). پاره شدن کسیت هیداتیک بدنبال تروما تظاهر ناشایعی از بیماری بخصوص در مناطق غیراندمیک است. کسیت می تواند در ۲۶٪ موارد به درون پریوتون و در بقیه موارد به پلور، پریکارد، مجاری صفراوی یا دستگاه گوارش پاره شود. ری و همکاران یک مورد پارگی خودبخودی کسیت هیداتیک کبدی را به درون مجرای صفراوی در یک مرد ۳۴ ساله گزارش کرده اند (۸). Ahuja و همکاران پارگی کسیت

کوتاه تری دارد (۱، ۱۰).

پس از خارج سازی کامل کیست و محتویات آن، حفره پریتونئال باید بوسیله مایع انگل کش و نرمال سالین به مقدار زیاد لایه لایه شود. مواد متفاوتی از جمله سالین هیپرتونیک جهت این کار در مقالات معرفی شده اند (۱۱). Gargouri اولین بار از سالین ۳-۵ درصد با کارایی یکسان با تاکید بر مدت زمان تاثیر استفاده کرد (۱۳). در مورد ارتباط سیستوبیلیاری باید به سائز فیستول توجه شود. برای ارتباطات بزرگ باید درناژ به کمک تی-تیوب یا کولودو کونودونوستومی یا اسفنکترتومی انجام شود. استنت گذاری اندوسکوپیک در درمان فیستول های صفراوی ارزشمند بوده است (۱۴).

برای جلوگیری از عود بیماری درمان با البندازول الزامی است. درمان باید سرعت آغاز شده و برای مدت طولانی ادامه یابد. پیگیری درمان به مدت ۶ ماه بوسیله تصویربرداری روشی محتاطانه برای یافتن عود بیماری است.

هدف از این گزارش مورد افزایش حساسیت جراحان به منظور در نظر داشتن پارگی کسیت هیداتیک کبد بعنوان یک تشخیص افتراقی در موارد تروما به شکم است. از این جهت گرفتن شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی مناسب می تواند کمک کننده باشد.

منابع

1. Dhua AK, Sharma A, Sarin YK. Intraoperative Rupture of Hepatic Hydatid Cyst Following Blunt Abdominal Trauma. APSP journal of case reports. 2012;3(2):10.
2. Mouaquit O, Hibatallah A, Oussaden A, Maazaz K, Taleb KA. Acute intraoperative rupture of hydatid cysts: a surgical experience with 14 cases. World Journal of Emergency Surgery. 2013;8(1):1.
3. Akcan A, Sozuer E, Akyildiz H, Ozturk A, Atalay A, Yilmaz Z. Predisposing factors and surgical outcome of complicated liver hydatid cysts. World journal of gastroenterology: WJG. 2010;16(24):3040.
4. Kalantari N, Bayani M, Abbas-zadeh M. Rupture of Hydatid Liver Cyst into Peritoneal Cavity Following Blunt Abdominal Trauma; a Case Report. Emergency. 2015;3(1):45.
5. Atabek C, Caliskan M, Guven A, Demirbag S, Surer I. PO-0906 Intraoperative Rupture Of Hepatic Hydatid Cyst Following Blunt Abdominal Trauma In A 7-year-old Boy. Archives of Disease in Childhood.

هیداتیک را در فضای ساب دیافراگماتیک و پریکاردیال در یک کودک ۱۰ ساله گزارش کردند (۹). تظاهرات ممکن است کاملاً چشم گیر باشد، چون ورود محتویات کیست هیداتیک نه تنها باعث پریتونیت می شود بلکه می تواند باعث واکنش های آنفیلاکتیک شود. در صورتیکه نشئت صفرا وجود داشته باشد می تواند باعث واکنش التهابی در پریتونئال شود (۵).

تشخیص قبل از عمل ممکن است در بعضی از موارد گاهی سخت باشد. بخصوص بیمار ما که هیچ شرح حال مطرح کننده کیست هیداتیک بجز ضایعات پوستی شبیه کهیر نداشت. سونوگرافی و CT هردو برای اثبات بیماری از حساسیت بالایی برخوردار هستند (۱، ۴). اگرچه ترکیب معاینه بالینی و یافته های سونوگرافی می تواند تشخیص اولیه را به سرعت مشخص کند که متعاقباً در تست های آزمایشگاهی به اثبات خواهد رسید. تست های سرلوژی جهت یافتن آنتی بادی های اختصاصی و آنتی ژن های درون خون مورد استفاده قرار می گیرد. شایع ترین روش انجام این بررسی ها، روش الیزا برای یافتن IgG ضد اکینوکوکوس در سرم است. مثبت کاذب تست می تواند در فرد نرمال که در مناطق اندمیک یا در مواردی که فرد بوسیله یک عفونت انگلی دیگر آلوده شده رخ دهد. همچنین منفی کاذب نیز در مواردی که بیمار سطوح آنتی بادی پایینی دارد نیز ممکن است رخ دهد (۱، ۶، ۱۰).

درمان باید به سرعت برای جلوگیری از گسترش پریتونیت و جلوگیری از گسترش پریتونئال انگل اکینوکوکوس انجام شود. در مورد اپروچ درمانی حمایتی یا جراحی هنوز در بین پزشکان بحث وجود دارد و هنوز پزشکان به اتفاق نظر نرسیده اند. در شرایط اضطراری، درمان حمایتی نتایج قابل قبولی را نشان داده است (۱۱، ۱۲). روش های جراحی جهت درمان و انگل زدایی متفاوتی از جمله omentoplasty، capitonage و inflexion در مقالات ارائه شده اند. بعضی از جراحان از روش پری سیستکتومی و برداشتن قسمتی از کبد بعنوان درمان، حمایت کرده اند (۱۰). پری سیستکتومی هنگامی که کیست از ساختارهای صفراوی و عروقی اصلی دور است بعنوان درمان ترجیح داده می شود. بعضی از اقسام برداشت کبد در شرایط اضطراری فقط در صورتیکه کیست حاشیه ای و دارای پایه است، قابل انجام است (۳). برای این بیمار ما پری سیستکتومی و درناژ انجام دادیم. Akan همکاران در سری از ۳۷۲ بیمار با کیست هیداتیک کبد در ۷۰ درصد از بیماران روش پری سیستکتومی را بعنوان روش ارجح دانستند (۳). نویسندگان مقالات این روش را ارجح به سایر روش ها دانستند، چون راحت است و برای اکثر کیست ها بدون در نظر گرفتن مکان آن قابل انجام است. همچنین زمان جراحی

- 2014;99(Suppl 2):A546-A7.
6. Shahidi dM, Gheisari M, Rahimi H, Lotfi S, Sobhiye Mr. Itching after blunt trauma to the abdomen, the initial presentation of hydatid cyst ruptured. 2009.
 7. Yilmaz M, Akbulut S, Kahraman A, Yilmaz S. Liver hydatid cyst rupture into the peritoneal cavity after abdominal trauma: case report and literature review. *International surgery*. 2012;97(3):239-44.
 8. Ray S, Das K. Spontaneous intraperitoneal rupture of hepatic hydatid cyst with biliary peritonitis: a case report. *Cases journal*. 2009;2.
 9. Ahuja S, Karande S, Koteyar S, Kulkarni M. Hepatic hydatid cyst rupturing into sub-diaphragmatic space and pericardial cavity. *Journal of postgraduate medicine*. 2001;47(1):37.
 10. Chautems R, Bühler LH, Gold B, Giostra E, Poletti P, Chilcott M, et al. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by *Echinococcus granulosus*. *Surgery*. 2005;137(3):312-6.
 11. Ozturk G, Aydinli B, Yildirgan MI, Basoglu M, Atamanalp SS, Polat KY, et al. Posttraumatic free intraperitoneal rupture of liver cystic echinococcosis: a case series and review of literature. *The American Journal of Surgery*. 2007;194(3):313-6.
 12. Forero MV, Moncada JS, Leon MC, Arquiniño LS, Brown RA. An Unusual Case of Anaphylaxis after Blunt Abdominal Trauma. *The Journal of emergency medicine*. 2016;50(3):e143-e6.
 13. Gargouri M, Amor NB, Chehida FB, Hammou A, Gharbi HA, Cheikh MB, et al. Percutaneous treatment of hydatid cysts (*Echinococcus granulosus*). *Cardiovascular and interventional radiology*. 1990;13(3):169-73.
 14. Sharma B, Agarwal N, Garg S, Kumar R, Sarin S. Endoscopic management of liver abscesses and cysts that communicate with intrahepatic bile ducts. *Endoscopy*. 2006;38(3):249-53.



شکل شماره ۱: کات اگزیکال CT که نشان دهنده نمای Water lily sign می باشد.

A Case Report on the Intraperitoneal Rupture of Liver Hydatid Cyst due to the Abdominal Trauma

Mohammad Hadi Molseghi¹, Halim Berdi Taneh^{2*}

1. School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

2. Dep. Surgery, School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

*Corresponding Author: Dr Halim Berdi Taneh , Dep. Surgery, School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Tel :09113773119 . E-mail: dr.taneh5532@gmail.com

Abstract

Introduction: Hydatid disease is a parasitic disease that occurs mostly in the liver and can be asymptomatic to a wide range of symptoms. The patient usually complains of the mass pressure effects or cyst rupture.

Case: The patient was 11-year-old boy who presented with abdominal pain. Patients noted a history of trauma to the abdomen 2 days before admission. On physical examination, patient has generalized urticarial rashes, especially on the trunk and thighs that were pruritus. In abdominal ultrasound image of a hypoechoic mass with a lot of free fluid in the abdomen was seen. In CT scan a view of the Water lily sign was seen. For patient open abdominal surgery was performed. Masses were removed and the peritoneal cavity was lavaged with povidone iodine and hypertonic fluid. 7 days after surgery, the patient was discharged with good condition and Albendazole order.

Discussion: Traumatic rupture is the most serious complication of hydatid cyst that can cause anaphylaxis and death and usually needs emergent surgery.

Keywords: hydatid cyst, pruritus, blunt trauma