



گزارش یک مورد پارگی کیست هیداتیک راجعه کبدی به داخل مجاری صفراوی

پیام مهریان^{۱*}، رضا قاسمی خواه^۲، حسین سرمدیان^۳

^۱بخش رادیولوژی، بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۲گروه انگل شناسی پزشکی، بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۳گروه بیماری‌های عفونی، بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

چکیده

در اغلب موارد انسداد مجرای صفراوی مشترک به دلیل نئوپلاسم‌ها، سنگ مجاری صفراوی، ترومای علل ایاترولوژیک می‌باشد. با این وجود بهویژه در نواحی اندمیک انگل‌ها نباید فراموش شوند. پارگی کیست هیداتیک کبدی به داخل مجاری صفراوی یکی از مهم‌ترین علل انگلی انسداد مجرای صفراوی مشترک می‌باشد و باید در همه بیماران مبتلا به انسداد مجرای صفراوی مشترک که سابقه عفونت هیداتیک را دارند به عنوان یکی از تشخیص‌های افتراقی مطرح شود. در این مقاله ما یک مورد غیر معمول از عود کیست هیداتیک کبدی پس از ۱۳ سال که همزمان با عود، کیست به داخل سیستم صفراوی پاره شده و باعث انسداد مجرای صفراوی مشترک شده است را معرفی می‌کنیم.

واژه‌های کلیدی: پارگی داخل صفراوی، کیست هیداتیک، مجرای صفراوی مشترک، عود

دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۱۹ - پذیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۱۸

* دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه رادیولوژی بیمارستان ولیعصر (عج)

مقدمه

سطحی‌تر آن، برخی از مواردی هستند که احتمال پاره‌شدن کیست را افزایش می‌دهند، این رقم می‌تواند تا ۱۳ درصد افزایش یابد (۶، ۷ و ۱۰).

معرفی بیمار

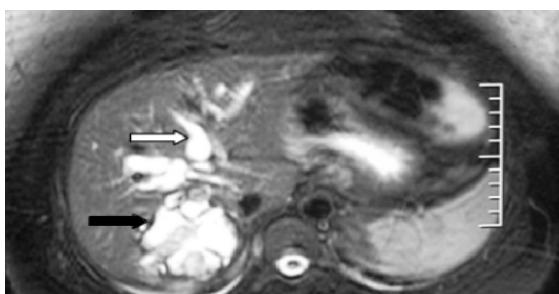
خانمی خانه‌دار ۳۷ ساله و ساکن یکی از روستاهای شهرستان اراک بهدلیل درد در ناحیه اپی گاستر و ربع فوکانی سمت راست شکمی همراه با تهوع و استفراغ‌های مکرر در بیمارستان بستری شد. بیمار از ۷ روز پیش از بستری این علائم را داشت. درد بیمار حالت مبهم و ثابت داشت و کمی به ناحیه کتف تیر می‌کشید. درد بیمار با خوردن غذا به ویژه غذای‌های چرب تشدید می‌شد. در معاینه بالینی لبه تحتانی کبد زیر لبه دندن‌های راست لمس می‌شد؛ ولی علائمی از تب، زردی، لنفادنونیاتی یا اسپلنو-مگالی دیده نشد. آزمایشات شمارش سلول‌های خونی، SGPT و SGOT نرمال بوده و آزمایش ALK و بیلی‌رویین مستقیم حداکثر نرمال بودند. بیمار سابقه ۲ بار عمل سزارین قلبی و یکبار عمل لپاراتومی به دلیل کیست هیداتیک را ۱۳ سال پیش داشت.

در سی‌تی اسکن با ماده حاجب خوراکی و تزریقی (تصویر ۱) و سونوگرافی شکمی یک توده $70 \times 65\text{mm}$ میلی‌متری چند حجره‌ای در قسمت خلفی لوب راست کبد یافت شد که بیشتر مطرح کننده کیست هیداتیک بود. در کیسه صفرا سنگ یا نکته پاتولوژیک دیگری یافت نشد، ولی مجاری صفوراوی داخل و خارج کبدی متسع بودند. یافته‌های مگنتیک رزونانس (MRI) و کلائزیوپانکراتوگرافی (MRCP) (تصویر ۲) و تصویربرداری مگنتیک رزونانس (MRI) (تصاویر ۳-الف و ۳-ب) که یک هفته بعد انجام شد، یافته‌های

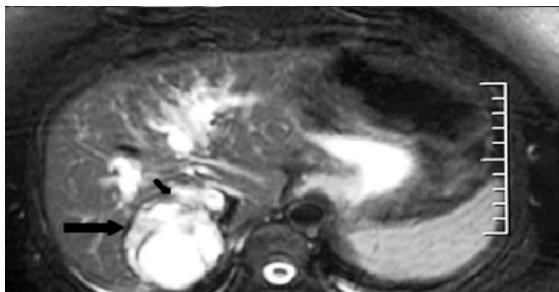
کیست هیداتیک تک حفره‌ای مرحله لاروی سستودی به نام اکینوکوکوس گرانولوزوس می‌باشد. کرم بالغ در روده کوچک سگ (میزان نهایی) زندگی کرده و خوردن تخم‌های دفع شده از آن می‌تواند ایجاد ضایعات کیست مانند در احشای انسان و دام (میزان واسط) نماید. کبد و ریه شایع‌ترین اعضای درگیر به شمار رفته و ۹۵ درصد از موارد آلدگی را شامل می‌شوند (۱-۳).

احتمال عود کیست هیداتیک در کبد پس از جراحی ۳ تا ۱۰ درصد است؛ در صورتی که کیست‌های هیداتیک مستقر در احشاء در اثر ضربه و یا هر علت دیگری پاره شوند، پروتواسکولکس‌های موجود در آن در احشاء مجاور پخش شده و کیست‌های ثانویه را ایجاد می‌کنند به طوری که پارگی به داخل سیستم صفوراوی در ۵ الی ۲۵ درصد از بیماران مشاهده شده است. شایع‌ترین نشانه‌های بالینی عبارتند از درد در ناحیه راست شکم، تهوع، استفراغ است (۴-۶). این بیماری در اکثر نقاط جهان به ویژه در کشورهایی که در آنها دامپروری رایج است شایع می‌باشد و سالانه خسارات بهداشتی و اقتصادی قابل ملاحظه‌ای به بار می‌آورد (۱ و ۲).

با توجه به اهمیت پاتوفیزیولوژی کیست هیداتیک در بدن، تشخیص درست و به موقع بیماری از اهمیت بالایی برخوردار است. تاریخچه بیمار، معاینه بالینی، آزمایشات سرولوژی، بیوشیمی، هماتولوژی و همچنین سی‌تی اسکن، تصویربرداری مگنتیک رزونانس (MRI) و سونوگرافی می‌توانند در تشخیص بیماری بسیار مفید باشند. بهترین روش پیگیری درمان تصویربرداری می‌باشد که از بین رفتن یا کوچک شدن و چروکیده شدن کیست به عنوان نشانه پاسخ مثبت به درمان تلقی می‌گردد. سن پایین بیمار، اندازه بزرگتر کیست و محل



تصویر ۳-الف) تصویربرداری مغنتیک رزونانس



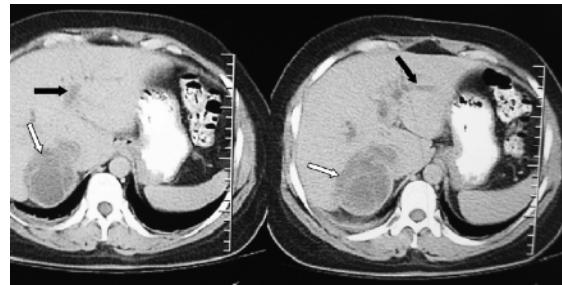
تصویر ۳-ب) تصویربرداری مغنتیک رزونانس

اتساع مجرای صفراء داخل کبدی (پیکان سفید تصویر ۳-الف) دیده می‌شود. در لوب راست کبدی تصویر یک کیست دارای دیواره‌های داخلی و دیواره خارجی (پیکان سیاه تصویرهای ۳-الف و ۳-ب) با سیگنال پایین دیده می‌شود. دیواره خارجی در قسمت قدامی در جایی که کیست در مجاورت یک مجرای صفراء داخل کبدی متسع قرار دارد گستینگی نشان می‌دهد (پیکان سیاه کوچک تصویر ۳-ب). این یافته یک علامت معتبر حاکی از پارگی کیست به داخل سیستم صفراء می‌باشد.

بحث

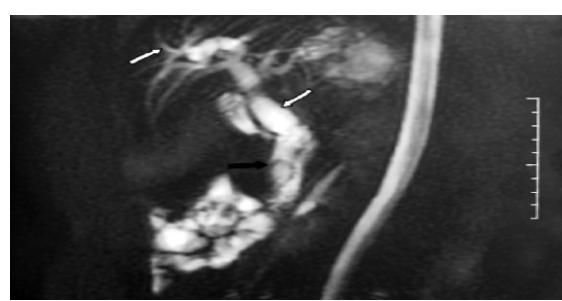
کیست هیداتیک در سی‌تی اسکن معمولاً دارای دیواره‌های داخلی است و پس از تزریق ماده حاجب افزایش تراکم نشان می‌دهد. در برخی موارد کلسفیکاسیون در دیواره کیست و غشاء‌های داخلی پاره شده نوسان دار^۳ دیده می‌شود (۹ و ۱۱). شن‌ها و کیست‌های هیداتیک در مجرای صفراء مشترک می‌توانند باعث اتساع مجرأ شوند. در این حالت ذرات با تراکم پایین در داخل مجرأ دیده می‌شوند. گاهی محل پاره شدن کیست به داخل سیستم صفراء به صورت یک ناحیه گستینگی در جدار کیست در مجاورت یک مجرای صفراء متسع دیده می‌شود. در برخی موارد سی‌تی اسکن، مواد با تراکم بالاتر از صفرا را در محل گستینگی جدار

قبلی را تأیید کرد. علاوه بر آن یک نقص پرشدگی^۱ با حدود مشخص در قسمت انتهایی مجرای صفراء مشترک دیده شد و احتمال ارتباط آن با کیست‌های دختر هیداتیک مطرح شد.



تصویر ۱) سی‌تی اسکن با ماده حاجب خوراکی و تزریق کیست هیداتیک (پیکان‌های سفید) در قسمت خلفی لوب راست کبدی دیده می‌شود. اتساع مجرای صفراء داخل کبدی (پیکان‌های سیاه) نیز دیده می‌شود.

در لپاراتومی کیست هیداتیک لوب راست کبد برداشته شد، در کاوش مجرای صفراء مشترک^۲ کیست‌های دختر متعددی یافت شد. بیمار تحت کله سیستکتومی و کله دوکوززنوتومی قرار گرفت. پس از چند روز بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد و در بررسی‌های هیستوپاتولوژیک نیز تشخیص کیست هیداتیک تایید شد.



تصویر ۲) مغنتیک رزونانس کلائزیوپانکراتوگرافی (MRCP)

اتساع مجرای صفراء داخل و خارج کبدی (پیکان‌های سفید) مشاهده می‌شود. یک نقص پرشدگی هالی شکل (پیکان‌های سیاه) در ثلث انتهایی مجرای صفراء مشترک دیده می‌شود. پس از جراحی معلوم شد که این نقص پرشدگی به دلیل کیست‌های هیداتیک دختر می‌باشد.

¹Filling Defect

²CBD Exploration

³Undulating

پایین داشت که این یافته‌ها قویاً مطرح‌کننده کیست هیداتیک بود. وجود گستینگی در این دیواره در قسمت قدامی در محلی که کیست در مجاورت یک مجرای صفوراوی داخل کبدی متسع بود علامت قابل اعتمادی از پارگی به داخل سیستم صفوراوی بود (تصاویر: الف-۳ و ب-۳).

در MRCP مشاهده یک نقص پرشدگی هلالی شکل بسیار شبیه به نمای سنگ مجرای صفوراوی می‌باشد. با این وجود به دلیل داشتن سابقه کیست هیداتیک و وجود کیست هیداتیک در لوب راست کبد کیست‌های دختر هیداتیک به عنوان اولین تشخیص مطرح شدند. به طور خلاصه به ویژه در نواحی اندمیک بیماری کیست هیداتیک باید در تشخیص افتراقی همه توده‌های کیستیک در همه محل‌های آناتومیک مطرح شود. MRI در موارد دشوار مانند پارگی به داخل سیستم صفوراوی و نیز در مواردی که سی‌تی اسکن و سونوگرافی تشخیص قطعی را بدست نمی‌دهند، می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی مفید بکار گرفته شود.

کیست و نیز در داخل مجرای صفوراوی داخل کبدی یا مجرای صفوراوی مشترک نشان می‌دهد (۱۰). در مورد بیمار معرفی شده اتساع مجرای صفوراوی داخل و خارج کبدی همراه با یک کیست چند حجره‌ای دیده می‌شود. این کیست دارای دیواره‌های داخلی است. دیواره خارجی این کیست و دیواره‌های داخلی آن پس از تزریق ماده حاجب افزایش تراکم داشته‌اند (تصویر ۱).

در MRI شدت ضعیف سیگنال دیواره خارجی کیست هیداتیک یک سر نخ مهم برای افتراق آن از سایر انواع کیست‌ها می‌باشد. گسیختگی در این دیواره با سیگنال پائین^۴ تؤمن با دفع محتویات کیست علامت مستقیم^۵ پارگی می‌باشد. علائم غیر مستقیم^۶ شامل سطح مایع، وجود هوا داخل کیست و تغییرات شدت سیگنال کیست نسبت به بررسی‌های قبل می‌باشد. کیست‌های دختر معمولاً سیگنال‌های کمتری ایجاد می‌کنند (۶ و ۱۱). در MRI این بیمار نیز کیست، دیواره خارجی با سیگنال

⁴ Low Intensity

⁵ Direct Sign

⁶ Indirect Signs

References:

- 1.Sozuer EM, Ok E, Arslan M. The perforation problem in hydatid disease. Am J Trop Med Hyg 2002; 66: 575-7.
- 2.Ebrahimi Ab, Assadi Ma, Saghari Mo, et al. Whole body bone scintigraphy in osseous hydatositis: a case report. J Med Case Reports 2007; 1: 93.
- 3.Elshazly AM, Manar SA, ElBeshbishi SN, et al. Hepatic hydatid disease: four case reports. Cases J 2009; 2: 58.
- 4.Ozturk G, Aydinli B, Yildirgan MI, et al. Posttraumatic free intraperitoneal rupture of liver cystic echinococcosis: a case series and review of literature. Am J Surg 2007; 194: 313-6.
- 5.Tekinbas C, Turedi S, Gunduz A, et al. Hydatid cyst disease of the lung as an unusual cause of massive hemoptysis: a case report. J Med Case Reports 2009; 3: 21.
- 6.Kumar R, Reddy SN, Thulkar S. Intrabiliary rupture of hydatid cyst: diagnosis with MRI and hepatobiliary isotope study. Br J Radiol 2002; 75: 271-4.
- 7.Stamatakos M, Kontzoglou K, Tsaknaki S, et al. Intrahepatic bile duct rupture of hydatid cyst: a severe complication for the patient. Chirurgia (Bucur) 2007; 102: 257-62.
- 8.Gulalp B, Koseoglu Z, Toprak N, et al. Ruptured hydatid cyst following minimal trauma and few signs on presentation. Neth J Med 2007; 65: 117-8.
- 9.Sumer A, Caglayan K, Altinli E, et al. spontaneous liver hydatid cyst rupture in a child: a case report . Isr J Emerg Med 2009; 9:13-6.
- 10.De U, Basu M. Hydatid cyst of common bile duct mimicking type I choledochal cyst. J Indian Assoc Pediatr Surg 2007; 12: 83-4.
- 11.Erkan N, Haciyanli M, Yildirim M, et al. A case report of the unusual presence of hydatid disease in the pancreas and breast. Jop 2004; 5: 368-72.