



گزارش یک مورد کیست هیداتیک مغزی در بیمار مبتلا به سندرم بهجت

حسین سرمیدیان^{۱*}، محسن دالوندی^۲، رضا قاسمی خواه^۳، پیام مهریان^۴، مجید اسدی^۵

^۱ گروه عفونی بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۲ گروه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۳ گروه انگل شناسی پزشکی، آزمایشگاه بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۴ گروه رادیولوژی، بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک

^۵ مرکز تحقیقات پزشکی هسته‌ای خلیج فارس، پژوهشکده زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

کیست هیداتیک یک عفونت زئونوز است که به علت مرحله لاروی کرم اکیونوکوکوس گرانولوزوس می‌باشد. اگرچه هر ارگانی ممکن است درگیر شود، درگیری استخوان، قلب و مغز ناشایعند. درگیری مغز در بیماری هیداتیدوز نادر و با شیوع ۲ درصد است. در این گزارش، بیمار آقای ۲۷ ساله‌ای است که سابقه ده ساله بیماری بهجت داشته و با کیست هیداتیک مغزی که توسط یافته‌های ام‌آرآی و هیستوپاتولوژی، تشخیص داده شده معرفی شده است. جراحی برداشت کیست هیداتیک با موفقیت انجام شد، سپس آلبندازول (۴۰۰ میلی گرم دوبار در روز) برای ۴ هفته پس از جراحی تجویز و معرفی شد.

واژگان کلیدی: کیست هیداتیک مغزی، آلبندازول، ام‌آرآی، بهجت

دریافت مقاله: ۸۹/۳/۲۴ - پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۶

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

E-mail:hoss92001@yahoo.com

مقدمه

بیماری هیداتیدوزیس^۱ یک بیماری مشترک بین انسان و دام می باشد که توسط مراحل لاروی سستوهای^۲ جنس اکینوکوکوس^۳ ایجاد می شود. کرم بالغ اکینوکوکوس در روده حیوانات گوشت خوار مانند سگ، گرگ و شغال (میزبان نهایی) زندگی می کند و تخم های دفع شده از کرم از طریق مدفوع این حیوانات در محیط پراکنده می شود. خوردن تخم های اکینوکوکوس گرانولوزوس^۴ توسط حیوانات علفخوار و گاه انسان باعث ضایعات کیستیک در اندام هایی مثل کبد، ریه، مغز، طحال، کلیه ها، استخوان و غیره می شود (۵-۱).

بیماری بهجت نیز یک بیماری مزمن است که سیستم های مختل بدن را درگیر و از نظر بالینی با آفت های دهان و ژنیتال، ضایعات پوستی و تظاهرات چشمی، عصبی و گوارشی بروز می کند.

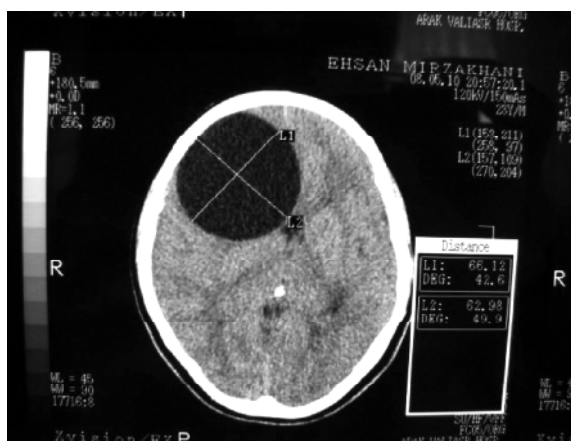
کیست هیداتیک^۵ در اکثر نقاط جهان به ویژه در کشورهای که در آنها دامپروری رایج است شایع می باشد و سالانه خسارات بهداشتی و اقتصادی قابل ملاحظه ای به بار می آورد (۶).

کیست هیداتیک اولیه مغز بیشتر منفرد است و برداشتن آن در عمل جراحی مغز اغلب امکان پذیر می باشد، ولی گاهی ممکن است به دلیل پارگی و نشت از کیست موجب ایجاد کیست های متعدد مغزی شود. همچنین برداشتن کیست هیداتیک عفونی شده بدون پارگی، مشکل است که در این موارد درمان با آلبندازول باید تجویز شود.

در این مطالعه آقای ۲۷ ساله ای که سابقه ده ساله سندرم بهجت داشته و به دلیل عدم مصرف دارو دچار کوری شده است و همچنین دچار کیست هیداتیک منفرد مغزی گردیده، معرفی شده است.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۲۷ ساله ایست که با سابقه آفت های دهانی مکرر و تشخیص قطعی سندرم بهجت از حدود ده سال پیش که کوری هر دو چشم شده است، بیمار به صورت ناقص درمان هایی را دریافت می کرده و اخیراً، درمانی را برای سندرم بهجت دریافت نکرده است. سابقه اخیر ترومبوز ورید اندام تحتانی (Deep vein thrombosis) در اندام تحتانی راست از زانو به پایین را داشته است. از حدود دو هفته قبل از بستری دچار سردرد و استفراغ شده بود و در معاینه مغز و اعصاب اسپاسم همی فاشیال سمت راست داشت در سی تی اسکن مغزی انجام شده، کیست هیداتیک ۶۲ میلی متری در لوب فرونتال راست گزارش شد (تصویر ۱)، MRI مغزی نیز مؤید کیست هیداتیک بود (تصاویر ۲-الف و ۲-ب). در بررسی های بالینی، آزمایشگاهی و تصویربرداری انجام شده اثری از کیست ریه و کبد مشاهده نگردید.



عکس (۱) سی تی اسکن: تصویر ضایعه کیستیک داخل پارانشیم مغزی با جدار صاف و منظم، بدون جزء جامد و بدون دیواره های داخلی در لوب فرونتال راست دیده می شود.

¹ Hydatidosis

² Cestoda

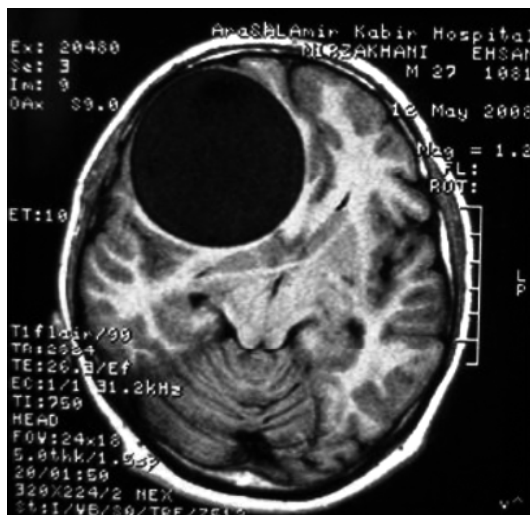
³ Echinococcus

⁴ Echinococcus Granulosus

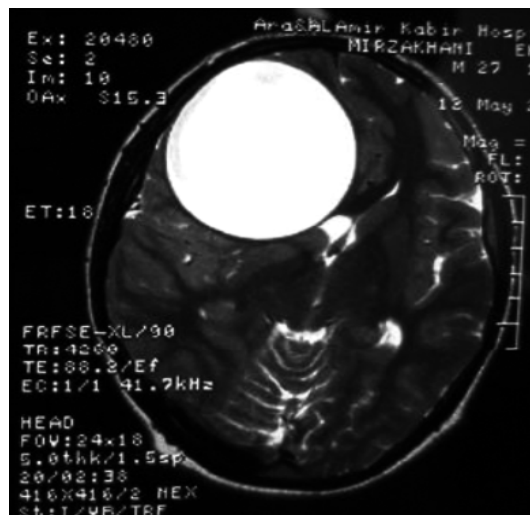
⁵ Hydatid Cyst

بیمار پس از مشاوره با متخصصین عفونی و روماتولوژی بلافاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت و کیست به طور کامل خارج گردید و جهت آزمایش پاتولوژی ارسال گردید (شکل ۳). بیمار به مدت پانزده روز در بخش جراحی اعصاب بستری بود که تحت درمان با آلبندازول

(۴۰۰ میلی گرم دوبار در روز) قرار گرفت و با حال عمومی خوب و بدون تب، سردرد، استفراغ و علائم و نشانه های نورولوژی ترخیص شد. پس از ترخیص، درمان به صورت سرپایی برای ۴ هفته کامل ادامه یافت.



عکس ۲-ب) MRI با پروتکل T2



عکس ۲-الف) MRI با پروتکل T2

کوچک شدن و چروکیده شدن کیست به عنوان نشانه پاسخ مثبت به درمان تلقی می گردد (۳).

اهمیت پاتوفیزیولوژی کیست هیداتیک مغزی در بدن هنگامی که با بیماری دیگری مانند بهجت همراه باشد می تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد.

شیوع درگیری سیستم عصبی در بیماری بهجت بین ۳/۵ درصد تا ۳۰ درصد و شایع ترین محل درگیری ساقه مغز و گانگلیون های قاعده مغز است. درگیری سیستم اعصاب در این بیماری می تواند باعث معلولیت شدید شود. از علائم دیگر این بیماری می توان به درگیری سیستم پیرامید، با یا بدون مننکو آنسفالیت، افزایش فشار درون جمجمه ای، ترومبوز سینوس دورال و ادم پایی اشاره کرد (۸-۱۰).

تشخیص سریع بیماری در فرد مورد نظر، بدلیل درگیری اعصاب مرکزی (بیماری بهجت) و همچنین

تصاویر ۲-الف و ۲-ب ضایعه کیستیک بزرگ با سایز تقریبی ۶/۶×۶/۲ در لوب فرونتال راست با سیگنال مشابه مایع دیده می شود. اثر فشاری به صورت شیفت بطن طرفی راست دیده می شود. دیلاتاسیون بطن طرفی راست به دلیل اثر فشاری کیست در محل اتصال بطن راست به بطن سوم است. به تصویر کیست های دختر کوچک منفرد در قدام و سمت راست ضایعه کیستیک توجه شود.

بحث

درگیری مغز در بیماری هیداتیدوزیس نادر و با شیوع ۲ درصد است (۷). هرچند تاریخچه بیمار، معاینه بالینی، تست های آزمایشگاهی، سی تی اسکن، ام آر آی و سونوگرافی می توانند در تشخیص بیماری کیست هیداتیک بسیار مفید می باشند. بهترین روش پیگیری درمان، تصویربرداری می باشد که از بین رفتن،

اپیدرموئید مطرح است که کیست آراکنوئید معمولاً کناره داخلی نامنظم دارد و کیست اپیدرموئید نیز بر مبنای نمای لوبوله و شکل‌گیری ضایعه بر مبنای آناتومی ارگان‌های مجاور تشخیص داده می‌شود.

در صورت نیاز از نمای FLAIZR در ام‌آر‌آی نیز جهت افتراق می‌توان استفاده کرد. کیست هیداتیک مغزی اغلب در بخش Supratentorial جایگزین می‌شود. لوب پاریتال شایع‌ترین محل درگیر است که همه چهار موارد گزارش شده توسط Dharker و همکاران و سه مورد از پنج بیمار گزارش شده کیست هیداتیک داخل مغزی توسط Bala subramaniam و همکاران درگیری لوب پاریتال داشتند (۱۳ و ۱۴). در بیمار بحث شده در این مطالعه ضایعه کیستیک بدون enhancement، بدون جزء جامد و با جدار صاف و منظم در لوب فرنثال راست مغزی دیده شده است.

ابتلا به کیست هیداتیک مغزی اهمیت زیادی دارد چون شانس مرگ و میر و عوارض زودرس بیماری کاهش پیدا می‌کند (۹-۱۱).

کیست‌های هیداتیک داخل مغزی معمولاً به صورت ضایعات کیستیک با حدود مشخص بدون ادم و بدون enhancement در تصاویر رادیولوژی دیده می‌شوند. هرچند گاهی به‌ویژه وقتی بزرگ باشند می‌توانند اثر فشاری و هیدروسفالی ایجاد کنند. گاهی ضایعات می‌توانند مولتی کیستیک بوده و ادم اطراف آنها دیده شود. این کیست‌ها معمولاً در حوزه شریان مغزی میانی دیده می‌شوند و کودکان بیش از بالغین مبتلا می‌شوند (۷ و ۱۲).

ادم و enhancement در صورت وجود در کیست هیداتیک می‌تواند مربوط به وجود التهاب باشد. دانسیته کیست هیداتیک مغزی در سی تی اسکن و شدت سیگنال آن در ام‌آر‌آی معمولاً مشابه مایع مغزی نخاعی است. در تشخیص افتراقی این کیست، کیست آراکنوئید و کیست

References:

- 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.
- Bouree P. Hydatidosis: Dynamics of transmission. *World J Surg*, 2001; 25: 4-9.
- Weaver KD, Bullitt EB. Parasitic infections of the central nervous system, In: Batjer HH, Loftus CM, editors. *Textbook of Neurological Surgery. Principles and Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003, 3165-73.
- Dalimi-Asl A, Ghasemikhah R, Hashemi-Malayeri B. The lethal effect of low voltage of direct electrical current of the hydatid cyst protoscoleces. *Exp parasitol* 2005; 109: 237-40.
- Greenberg SM. *Handbook of Neurosurgery*. 1st ed. New York: Thieme Medical Publisher; 2001: 238-9.
- Dalimi A, Motamedi G, Hossini M, et al. Echinococcosis/hydatidosis in western Iran. *Vet Parasitol* 2002; 105: 161-71.
- Erşahin Y, Mutluer S, Güzelbağ E. Intracranial hydatid cysts in children. *Neurosurg* 1993; 33: 219-24.
- Kone-Paut I, Chabre B, Riss JM. Neurologic onset of Behcet's Disease. A diagnostic enigma in childhood. *J Child Neurol* 1997; 12: 237-41.
- Hashimoto T, Takeuchi A. Treatment of Behcet's disease. *Curr Opin Rheumatol* 1992; 4: 30-4.
- Allen NB. Miscellaneous vasculitis syndromes including Behcet's disease and central nervous system vasculitis. *Curr Opin Rheumatol* 1993; 5: 51-6.
- Wechsler B, Vidailhe M, Piette JC. Cerebral venous thrombosis in Behcet's disease: clinical study and long term follow up of 25 cases. *Neurology* 1992; 42: 614-18.
- Avalji M, Kumar S, Shah AK, et al. CT and MRI features of the typical and atypical intracranial hydatid cysts: report of five cases. *IND J Radiol Image* 2006; 16: 727-32.
- Jiménez-Mejías ME. Cerebral hydatidosis. Analysis of a series of 23 cases. *Med Clin (barc)* 1991; 97: 125-32.
- Rivedi A, Shukla S, Singh K. Giant intracranial hydatid cyst. *J Pediatr Neurosci* 2007; 2: 72-4.