

بررسی ۸۰ مورد کیست هیداتیک ریه اطفال در بیمارستان امام رضا (ع)

نویسندگان: دکتر محمد قائمی^۱، دکتر سید محمد معتمدالشریعی^۲

(۱) دانشیار جراحی بیمارستان امام رضا (ع)

(۲) استادیار جراحی-بیمارستان امید

خلاصه:

از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۷۲ ۸۰ مورد کیست هیداتیک ریه اطفال در بیمارستان امام رضا (ع) مشهود تحت عمل جراحی و بررسی قرار گرفت. هدف اصلی این مطالعه بررسی بیماری از نظر سن، جنس، محل، علائم کلینیکی، درمان، نتایج درمان و مرگ و میر عمل جراحی بوده است. نکته ای که از نظر بالینی حائز اهمیت می باشد تظاهر کیست هیداتیک ریه اطفال بصورت پلورزی است. بنابراین لازم است همکاران پزشک در مقابل پلورزی اطفال به فکر این بیماری باشند و ندانسته اقدام به درناژ حفره پلورال ننمایند.

مقدمه:

کیست هیداتیک بوسیله انگلی به نام اکی نوکوکوس گرانولوزیس بوجود می آید. در مناطقی که پرورش دام رواج دارد؛ انسیدانس آن بیشتر است. در ایران نیز یکی از بیماریهای اندمیک، بخصوص در خراسان می باشد. امید است که بررسی بیشتری در این زمینه انجام شود و با شناخت بیشتر علائم، عوارض و نحوه درمان، بتوان از مرتالیت بیماری کاست. این امر سبب شد تا نتیجه مطالعات خودمان را در گروه خاصی از بیماران (گروه سنی بین ۱-۱۵ سال) هر چند ناقص به صورت مقاله ای منتشر کنیم و در مطالعات بعدی، از راهنمایهای اساتید محترم بیشتر استفاده خواهد شد.

گرفته اند. کم سن ترین بیمار ۱/۵ ساله و مسن ترین آنها ۱۵ سال داشته است. از این عده ۶۰ مورد پسر (۷۵٪) و ۲۰ مورد دختر (۲۵٪) بوده اند. تمام بیماران به استثنای ۶ بیمار که حاضر به عمل نشده اند، توسط یک نفر تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. از آنجا که در تمامی بیماران، بررسی تستهای آزمایشگاهی از قبیل تست کازونی و سایر تستهای سرولوژیک، انجام نشده بود، بررسی این آزمایشات از مطالعه حذف شد، بنابراین تشخیص فقط بر اساس علائم رادیولوژی بیماران صورت گرفت.

نتیجه:

کیست هیداتیک در ایران یکی از بیماریهای شایع است. در اطفال در مقام مقایسه با بالغین در اکثر موارد بیماری با عارضه (پرفوراسیون، عفونت) تشخیص داده می شود بطوریکه در بررسی ما نیز فقط در ۵٪ موارد بیماران بدون علامت بوده اند.

روش کار:

از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۷۲ ۸۰ کودک مبتلا به کیست هیداتیک ریه از بخش اطفال و پزشکان سطح شهر به بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) معرفی و تحت بررسی و درمان قرار

(۱). در قرن ۱۷ میلادی Francesco ثابت کرد که منشأ بیماری، حیوانات می باشند و چند سال بعد Edward tyson به ماهیت انگلی بودن بیماری پی برد (۱). ولی شناخت دقیق سیر بیماری و علائم کلینیکی از سال ۱۹۲۸ به بعد مشخص شد و تقریباً تاکنون هنوز این نظریه ها ثابت و بدون تغییر مانده است (۱). عامل بیماری در روده سگ زندگی می نماید. تخم انگل از طریق مدفوع حیوان دفع شده و بعد از آلودگی مواد خوراکی توسط انسان یا حیوان خورده شده جدار تخم در اثنای عشر باز می شود و جنین از طریق سیستم وریدی پورت به کبد که اولین عضو در مسیر می باشد، می رسد. از این رو است که کبد شایعترین محل ابتلای بیماری است.

گاهی اوقات بعضی از آنها از کبد گذشته و در این صورت در ریه جایگزین می شوند. بنابراین در مواردی که ابتلا از طریق خون باشد، تقریباً همیشه ابتلای توأم ریه و کبد دیده می شود. از این جهت است که پزشک حتماً در مقابل کیست هیداتیک ریه باید سونوگرافی کبد نیز انجام دهد. راه دیگر ابتلای ریه از طریق سیستم لنفاوی است (۲-۳-۴). البته مواردی از ابتلای ریه در اثر استنشاق نیز گزارش شده است ولی مورد قبول همگان نیست (۲-۳). در بررسی ما کم سن ترین بیمار ۱/۵ ساله بوده است ولی مواردی از بیماری در سنین کمتر از یکسال نیز گزارش شده است (۵). بیماری در کلینیک به سه فرم تظاهر می نماید (۲-۶-۱)، حالت اول، بیماری بدون علامت است و بطور اتفاقی در رادیوگرافی قفسه صدری تشخیص داده می شود. این فرم در اطفال کمتر از بالغین دیده می شود. در بررسی آماری ما فقط ۵٪ بیماران با این فرم مراجعه کرده اند. در این حالت در رادیوگرافی ضایعه بصورت توده ای با دانسیته یکنواخت و حدود منظم کروی یا بیضی دیده می شود.

فرم دیگر تظاهر کلینیکی پیدایش علائم ریوی مثل درد قفسه صدری، سرفه، تنگی نفس و هموپتیزی است (۲-۱)، که شایعترین فرم تظاهر کلینیکی بیماری می باشد. علت تنگی نفس می تواند ناشی از اثرات فشاری و حجم کیست باشد و در مواردی که حجم کیست کوچک است و علائم فشاری وجود ندارد، علت تنگی نفس را احتمالاً وجود پدیده های آنافیلاکسی ذکر می نمایند (۲). هموپتیزی در کیست هیداتیک ریه یکی از

در ۷۵٪ موارد بیماران از نظر بالینی با یکی از عوارض مراجعه کرده اند. انسیدانس همراهی کیست هیداتیک ریه با کیست هیداتیک سایر نقاط بدن در مطالعه ما در مورد کبد ۲۰ مورد (۲۵٪)، طحال ۴ مورد (۵٪) و سایر انساج نرم ۴ مورد (۵٪) بوده است. بنابراین در ۳۰٪ موارد کیست هیداتیک ریه می تواند همراه با ابتلای سایر احشاء باشد. از نظر جنس بیماری در ۷۵٪ موارد در پسرها دیده شده است علت این امر احتمالاً تماس بیشتر پسرچه ها بعلت بازیگوشی با حیوانات می باشد. از نظر سن شیوع، حداکثر سن شیوع در گروه سنی بین ۱۰-۵ سال دیده شده است (۶۲/۵٪). اگر چه بیشتر گزارشات حاکی از شیوع بیشتر بیماری در مناطق روستایی است، ولی در بررسی ما تفاوت فاحشی بین شیوع بیماری در شهرها و روستاها دیده نشد (۵۰٪ در شهر و ۴۰٪ در روستا، ۱۰٪ بیماران محل زندگی دقیق در پرونده قید نشده بود) علت آن را می توان ناشی از عدم بهداشت عمومی و شخصی و وفور سگهای ولگرد در مناطق فقیرنشین شهرها دانست.

ضایعه بیشتر در ریه است و بخصوص در لوبهای تحتانی دیده می شود. در مطالعه انجام شده در ۱۲/۵٪ موارد ضایعه دو طرفی بوده است (جدول ۱ و ۲).

از نظر علائم کلینیکی بیشترین علامت سرفه ۸۰٪، تب ۵۰٪، درد قفسه صدری ۴۰٪ و پلورزی ۲۲/۵٪ (جدول ۳).

تمام بیماران به استثنای ۶ نفر تحت عمل جراحی توراکوتومی قرار گرفته اند. نوع عمل جراحی در جدول ۴ ذکر شده است (جدول ۴).

در بررسی نتایج حاصل از عمل جراحی ۹۰٪ بیماران بدون عارضه از بیمارستان مرخص شده اند و فقط دو مورد مرگ و میر در حین عمل (۲/۵٪) ناشی از حوادث بیهوشی رخ داده است. (جدول ۵).

بحث:

کیست هیداتیک یکی از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده توسط انسان است. آقایان Galen و Artseus در قرن اول میلادی و Ahaies در قرن نهم اشاره ای به این بیماری کرده اند

جدول شماره (۳) علائم بالینی بیماران

سرفه	۶۲	٪۸۰
تب	۴۰	٪۵۰
درد قفسه صدري	۳۲	٪۴۰
ضعف، لاغری	۲۶	٪۳۵
تاکیکاردی	۲۰	٪۲۵
پلورزی	۱۸	٪۲۲/۵
تنگی نفس	۴	٪۵
بدون علامت	۴	٪۵

جراحی انتخاب شده در بیماران ما در جدول ۴ ذکر شده، مرتالیه عمل بسیار کم است. در مواردی که بیماری دو طرفه

جدول شماره (۴) نوع عمل جراحی انجام شده

حذف کامل کیست	۵۶	٪۷۰
لوبکتومی	۸	٪۱۰
پنومونکتومی	۴	٪۵
سگمانتکتومی	۶	٪۷/۵
حاضر به عمل نشده	۶	٪۷/۵

باشد اکثر جراحان عمل جراحی دو مرحله ای را انتخاب می نمایند ولی گروهی نیز با انجام استرنوتومی مدیان نتایج خوبی از عمل جراحی یک مرحله ای گرفته اند (۶). عقیده ما در مورد درمان کیستهای هیداتیک دو طرفه بدین ترتیب است که در صورتیکه اندازه ضایعه در دو طرف مساوی نباشد، اول باید

جدول شماره (۵) نتایج اعمال جراحی

بدون مرگ و میر	۷۲	٪۹۰
مرگ حین عمل	۲	٪۲/۵
حاضر به عمل نشده	۶	٪۷/۵

علائم هشدار دهنده است (۱-۲) و مشخص این است که تعادل بین رشد کیست و دفاع میزبان به هم خورده و بزودی کیست پاره خواهد شد (۱-۲). فرم سوم تظاهر بیماری بصورت آبسه ریوی و پلورزی است که تظاهر بیماری به فرم پلورزی در اطفال بیشتر از بالغین می باشد. در مطالعه ما ۲۲/۵٪ بوده

جدول شماره (۱) محل ضایعه بر حسب ریه مبتلا

ریه راست	۵۰	٪۶۲/۵
ریه چپ	۲۰	٪۲۵
هر دو	۱۰	٪۱۲/۵

است (۱-۲-۶-۷).

در مورد نقش رادیولوژی در تشخیص بیماری باید گفت که نمای رادیولوژی بستگی به وجود و یا عدم وجود عوارض دارد. بنابراین تظاهرات رادیولوژیک در کیست هیداتیک متعدد است (۲-۶). در مورد ارزش تشخیصی رادیولوژی عقاید متفاوت است. بعضی ها گزارش کرده اند که حتی تا ۹۹٪ موارد را توانسته اند بر اساس رادیولوژی تشخیص دهند (۶) ولی آنچه مورد قبول همگان است رادیولوژی ساده ترین و سریعترین روش تشخیصی در کیست هیداتیک ریه می باشد. از نظر درمان بهترین روش درمان بیماری در شرایط کنونی جراحی است (۱-۲-۳-۶). در درمان جراحی کیست هیداتیک ریه هدف اصلی حفظ حداکثر پارانشیم ریوی است (۶). روشهای

جدول شماره ۲ (محل ضایعه بر حسب آناتومی)

سرفه	۶۲	٪۸۰
تب	۴۰	٪۵۰
درد قفسه صدري	۳۲	٪۴۰
ضعف، لاغری	۲۶	٪۳۵
تاکیکاردی	۲۰	٪۲۵
پلورزی	۱۸	٪۲۲/۵
تنگی نفس	۴	٪۵
بدون علامت	۴	٪۵

استفاده از داروهایی مثل Albendazole و Mebendazol در درمان بیماری شده است (۹-۸). ما درمان طبی را در موارد زیر توصیه می کنیم:

- ۱- بیمار حاضر به عمل جراحی نباشد.
- ۲- به دلیلی عمل جراحی در نزد بیمار مخاطراتی داشته باشد.
- ۳- ضایعه ریوی دو طرفه منتشر و پراکنده باشد به نحوی که امکان حذف کامل آن با عمل جراحی وجود نداشته باشد.

طرفی عمل شود که کیست بزرگتر است. اگر اندازه کیست در دو طرف مساوی باشد حق تقدم عمل جراحی با طرفی است که ضایعه به مرکز ریه نزدیکتر باشد. در صورتی که کیست در یک طرف سالم و در طرف دیگر پاره شده باشد، حق تقدم عمل جراحی با طرفی است که کیست سالم دارد بشرطی که اندازه کیست از ۵ سانتیمتر بیشتر باشد (۲-۱). در مورد درمان طبی بیماری، ما در بیمارستان امام رضا (ع) تجربه چندانی نداریم و با توجه به مرتالتی بسیار کم و قابل قبول عمل جراحی بهترین روش درمان را جراحی پیشنهاد می کنیم ولی گزارشهایی در

References:

1. Saidi F. Surgery of hydatid disease. London, W. Saunders, 1976, 1-6
2. Shield T.W. General thoracic surgery Philadelphia, Leu. Fa-brigcor, 1989, 831-840
3. Zhongxi Q. Thoracic hydatid cysts report of 842 Cases. Ann Thoracic Surg, 1989, 46, 342-346
4. Wutcott M.W. Hydatid disease of the lung Thoracic cardiovas Surg, 1971, 65, 465 - 468.
5. Kazr M. Pulmonary echinococcosis a pediatric review in the south western Unites States. ped, 1980, 65, 1003-1005
6. Riza D. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung report of 1055 patients. Thorax, 1989, 44, 192 - 193
7. Xanthakis D. hydatid disease of the chest report of 91 patient surgically treated. Thorax, 1979, 27, 317 - 320
8. Wibane IB. clinical trial of mebendazole in the treatment of hydatid disease, Am. Rev. Dis. 1978, 48, 747-750
9. Morris DL. Albendazole objective evidence of response in human hydatid disease, JAMA, 1986, 5, 33 -36

