

گزارش مورد کیست هیداتی زیر بغل

دکتر خلیل رستمی

چکیده

کیست هیداتیک توسط کرم اکینوкокوس بوجود می آید و هر جایی از بدن را می تواند درگیر نماید و گاهی در محل های نادر و غیر معمول مثل تیروئید، پستان، حفره زیر بغل و... ظاهر می کند ممکن است به عنوان یک آدنوپاتی یا توده (جهت رد متاستاز) بیوپسی انجام گیرد که خطر نشت و آنافیلاکسی یا عود آن وجود دارد. مورد گزارش خانم ۳۰ ساله با توده زیر بغلی بدون درد و علائم التهابی از ۳ سال پیش با رشد تدریجی و سابقه سل و درمان آن از همان سال مراجعه کرده بود یافته های آزمایشی بجز تست سرولوژیکی IHA ($\frac{1}{256}$) طبیعی بود. درسونوگرافی بعمل آمده توده کیستیک زیر بغل با ابعاد * و حفره ای متعدد با کناره های صاف گزارش شد. رادیوگرافی سینه و سی تی اسکن مغز و شکم طبیعی گزارش شد و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. کیست هیداتیک تایید شده و بعد از ۳ سال پیگیری عود نداشت.

واژه های کلیدی: کیست هیداتیک، اکینوкокوس گرانولوزوس، توده زیر بغل

شرح حال بیمار

ص - ف اهل و ساکن اردبیل در تاریخ // درد شکم مراجعه کرده بود اظهار خود بیمار درد از / ماه شروع شده و همراه توده بزرگ زیر بغل و نیز توده ای در قسمت خارجی حفره بالای استخوان چنبری بوده است. این توده بزرگ زیر بغل را از حدود ۳ سال ذکر می کرد که بتدریج بزرگ شده و رشد را در طول سال اخیر داشته است در سابقه بیماری ریوی را یادآور شد که حدود ۳ سال مدت / ماه در یکی از مراکز درمان در تهران (دارآباد) ری ده و تحت

هیداتی در اثر مرحله لاروی کرم اکینوкокوس گرانولوزوس ن های در سرتاسر بدن کند بوجود می آید. این بیماری در گوسفند و گاو پرورش بصورت وجود دارد [۱]. میزان بروز کیست هیداتی زیر بغل نادر است و طبق بررسی های آمده مواردی از این بیماری در کتاب های درسی گزارش نشده است [۲ - ۳]. موردی زارش ردد باعلا داتی سازگار و با انجام سونوگرافی و سرولوژیکی IHA (Indirect Hemagglutination) مورد تأیید قرار گرفته است.

اردبیل

- استادیار جراحی عمومی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم

درمان داروهای بمدت ماه قرار گرفته و بهبودی است.

در معاینات فشار خون / ، تعداد نبض در دقیقه، تعداد تنفس در دقیقه، درجه حرارت °C / بود و در معاینه سر و گردن توده‌های ابعاد cm * در قسمت خارجی حفره بالای چنبری وجود داشت (وم) و در زیر بغل توده آبرک ابعاد cm * در عمق حفره زیربغل راست در فشاری مختصری حساس با قوام آ و بدون ا وجود داشت و ریه بود و شکم بدون و فاقد بزرگی و طحال بود.

در بررسی‌های پاراکلینیکی های آزمایشگاهی :
 WBC:6500 Hb: 13.5gr HCT: 41
 CRP:+ ESR:10
 U/A نرمال بود و تست سرولوژیک IHA از نظر هدایتی $\frac{1}{256}$ گزارش (مقدار نرمال $\frac{1}{32}$) و سایر تست‌های سرولوژیک (کازونی IEF T Elisa CFT) انجام نشده است در رادیوگرافی ریه، و افزایش مختصری در وضعیت برونکواسکولار هر دو طرف ریه گزارش شد و سونوگرافی زیر بغل تصویر توده چند حفره‌ای (اعظم و نواحی سولید حد واسط) ابعاد cm * با حدود نسبتاً از بافت‌های اطراف گزارش شد و برای بیمار توده‌های ، آدنوپاتی بزرگ با نواحی نکروزه و یا احتمال هدایت در افتراقی مطرح . سونوگرافی کبد، مجاری صفراوی و طحال احتمال وجود کیست هدایت بود و در سی اسکن ، ریه‌ها، کبد، طحال و حفره شکمی طبیعی بود و آلتکنازی در قاعده ریه راست گزارش گردید.

های سونوگرافیک و تست سرولوژیک IHA بیمار با تشخیص هدایتی زیر بغل جراحی بستری و تحت جراحی قرار گرفت. با انسزبون cm در حفره زیر بغل و زیر جلد باز شد. توده بزرگ cm * حفره زیر بغل ادامه داشت و شدیداً های اطراف بخصوص جدار قفسه و عروق زیر بغل داشت بعد از حفاظت از بافت‌های اطراف با گاز آغشته نیترات دارژان / % جداسازی انجام و کیست از بافت‌های اطراف، عضلات جدار سینه و عروق زیر بغل آزاد شد. عروق و احتمال پارگی آن ابتدا داخل با آنژیوکت داخل نیترات دارژان زیر د و بعد از دة باز شده و وکیس ای دخت گردید و های داخلی بدایتی (Layer Laminated) برداشته . داخل بعد از تخلیه های دختر مجدداً با نیترات دارژان بمدت دقیقه پر شد و سپس گردید و جدار خارجی نیز برداشته . با نرمال شستشو و حفره زیربغل شد و درن داخل حفره سروما یاهماتوم گذاشته . هدایتی از نوع گرانولوزوس بود در جواب پاتولوژی هدایتی گزارش گردید. بیمار بعد از بستری از بیمارستان گردید و در پیگیری / بعد از عودی نداشت.

در بررسی مقالات چاپ شده از سال تا پایان سال موارد نادری از کیست هدایتیک در های و نادر مثل پانکراس کره

1 - Indirect Hemaglutination
 2 - Casoni test
 3 - Immuoelectrophoresis test

4 - Enzyme Linked immunosorbant assay
 5 - Complement fixation test

<p>- / %</p> <p>- استخوان %</p> <p>(نیروئید، پستان، عضلات و...) - / %</p> <p>اری دانه دود</p> <p>است و هر جا از بدن را می‌تواند درگیر نماید.</p> <p>اک های هیداتیک بدون هستند و در صورت داشتن بصورت توده فشاری ساختمانهای مجاور، پارگی و عفونت، شوک آنافیلاکسی و آلرژیک و یابصورت درد و شکستگی‌های پاتولوژیکی استخوان</p> <p>تماس و سایر حیوانات بخصوص در مناطق آلوده و رادیولوژیک های سونوگرافیک اسکن با دیدن در ارگان‌های بدن و استفاده از تست‌های ولوژیک (IHA, CFT, Elisa, IEFT) توان کننده</p> <p>دیدن اسکولکس همزمان از خارج کردن امکان‌پذیر است.</p> <p>درمان هیداتیک جراحی است و در مواردیکه بیماری هیداتیک گرفتاری همزمان ریه و کبد، کیست‌های کبدی دسترس، متعدد و عودکننده، پارگی داخل ای یا داخل خودبخودی آلودگی تصادفی با محتویات در طی جراحی و یا در صورت وجود کنتراست‌دیگاسیون جراحی بیماری‌ای زمین ای درمان دارو اندیکاسیون پیدا می‌کند.</p> <p>جهت درمان دارویی از دازول ۱ دوز mg/kg/day دت اه استفاده می‌شود از عوارض آن نرروتوکسیسیته، زخم‌های گوارشی و اختلال عملکرد دی از آلبند دازول با دوز mg/kg/day بمدت ماه همراه با عوارض</p>	<p>آدرنال، آئورت، وزیکول سمینال، طناب دیافراگم گزارش شده است ولی هیداتیک زیر (عدد لنگه‌ای و جرم آن) گزارش ردیده‌اس [-] .</p> <p>در بررسی مقالات و کتاب‌های چاپ شده در ایران مورد کیست هیداتیک زیر بغل (عقدۀ لنفاوی زیر بغل) درسال نزد یک دختر در شهر بیروت لبنان جراحی قرار گرفته است گزارش شده است [] .</p> <p>هیداتیک کرم اکینو کوکوس بوجود آید که از کرم‌های از دسته سستودها و در خانواده تیاها قرار دارد و دو دسته عمده : اکینو کوکوس گرانولوزوس اکینو کوکوس لوکولاریس.</p> <p>در نوع اکینو کوکوس لوکولاریس میزبان اصلی روباه و میزبان واسطه انواعی از موش باشند و انسان نیزندرتاً تواند میزبان واسط باشد و معمولاً در جنگل‌بانان و شکارچیان دیده شود و های وزیکولر در کبد، ریه و مغز میزبان واسط ایجاد عروقی و لنفاوی آن زیاد است و نابلوی سرطان‌های انتشاری کبدی با ریوی را تقلید کند و از نظر شیوع نادر است. در نوع اکینو کوکوس گرانولوزوس میزبان اصلی و سگ‌سانان است و انسان میزبان واسط اتفاقی باشد احتمال در قسمت‌های بدن انسان شرح زیر است:</p> <p>- / %</p> <p>- ریه - / %</p> <p>- صفاق و مزانتر روده - / %</p> <p>- طحال / %</p> <p>- %</p>
--	---

4 - Stephen A. Barnes, Keith D. Lillemoe
Maingot's abdominal operations vol 2: 10th ed.
stamford, simon and schuster co. 1997: 1534-
44.

5 -Saidi F. Hydatid disease. 2th ed England:
Saunders Co; 1976 : 3-10

6- Bastounis E, Pikoulis E, Leppaniemi A,
Cyrochristos D. Hydatid disease. A rare cause
of adrenal cyst: Am surg 1996 May; 62(5):
383-5.

7-Arnaud A, Sarles JC, Belkhodja C, Larabi B.
Hydatid cyst of the pancreas. Apropos of 2
cases: J Chirgie Paris 1991;117(8) : 607-11.

8- Sinav S , Demirci A , Sinav B , Oge F,
Sullu Y, Kandemir B. A primary intra ocular
hydatid cyst. Acta ophthalmol 1991 Dec;
69(6): 802 - 4.

9-Kuyumcuoglu U, Erol D, Germiyanoglu C,
Baltaci L. Hydaid cyst of the seminal vesicle.
int urol Nephrol 1991;23(5): 479 - 83.

10-Hendaoui L, Siala M, Fourati A, Thameur
MH, Hamza R. Case report: Hydatid cyst of
the aorta.Clin Radiol 1991Jun; 43(6) 423-5.

11 -Akhan O, Dincer A, Saatci I, Gulekon N,
Besim A. Spinal intradural hydatid cyst in a
child. Br J Radiol 1991 May; 64(761): 465-6.

12-De vega DS , Vazquez E , Calvo E,
Tamames S.Hydatid cyst of the diaphragm.
Apropos of case. J chir Paris 1991 Feb;
128(2):76-8.

13-Lerner SF, Gomez Morales A , Croxatto
JO. Hydatid cyst of the orbit. Arch ophthalmol
1991 Feb; 109(2): 285.

- عزیزی راد، هیداتیدوز، چاپ اول، تهران انتشارات

دانشگاه تهران

کمتر و خفیف میندازول است می توان
استفاده کرد []. میزان درمان دازول
% و با آلبندازول % میزان در
های ریوی است.
نادر بودن هیداتیک زیر بغل و با
اینکه اکثر توده‌های زیر بغل از آدنوپاتی
متاستاز به عقده لنفاوی زیر بغل باشد و بعنوان
توده پاتولوژیکی به منظور رد یا تأیید
(متاستاز) بخصوص در خانم
سوزن اکس یونال یا انسزیونال قرار می گیرد.
است عوارض ناخواسته‌ای شوک انافیلاکسی
عود و پخش آن اتفاق بیافتد لازم است در مناطق
آندمیک وجود کیست هیداتیک در محل‌های
تیروئید، پستان، عضلات و بافت نرم زیر بغل را در
نظرداشت و در صورت تأیید یا رد
ازسونوگرافی و تست‌های تشخیصی لازم
استفاده دد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از جناب آقای دکتر مجیدپور
محترم بیماریهای دانشگاه علوم
ارای رهنمودهای لازم ما را یاری دادند.

1-Manson - Bahr PEC. Bell DR. Manson's
tropical Diseases 19th ed, London: Baillier
Tindal; 1987: 407.

2- Seymour I. Schwartz. Principles of surgery.
7th ed. New York: Mcgraw Hill Co; 1999:
1334 - 39.

3- William C, Meyers MD. Sabiston Text book
of surgery 6th ed. Philadelphia: WB Saunders
Co; 2001: 1007- 8.