

خارش بدنبال ترومای بلانت شکم، تظاهر اولیه‌ای از کیست هیداتید پاره شده

دکتر محمد شهیدی دادرسی*^۱، دکتر مهدی قیصری^۱، دکتر هدی رحیمی^۱،

دکتر سارا لطفی^۱، دکتر محمدرضا صبحیه^۲

^۱ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: کیست هیداتید در بیشتر موارد در لوب راست کبد و بصورت منفرد دیده می‌شود و معمولاً بی‌علامت می‌ماند تا زمانی که بیمار با علائم ناشی از اثرات حجمی و فشاری توده یا پارگی کیست مراجعه می‌کند.

معرفی مورد: ما در اینجا بیماری را معرفی می‌کنیم که بعد از یک ترومای بلانت به شکم با درد شکم و خارش شدید ژنرالیزه بدون علائم آنافیلاکسی یا کهیر مراجعه کرده بود. بیمار به دلیل علائم پریتونیت لاپاروتومی اکسپلوراتیو شد و در حین عمل کیست هیداتید پاره شده مشاهده شد. پس از عمل، برای بیمار آندبازول خوراکی به میزان ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز و بمدت ۴ هفته تجویز گردید. بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد و در پیگیری نکته غیرطبیعی مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: کیست هیداتید، خارش، ترومای بلانت.

مقدمه

سیستمیک اکینوкокوس و واکنش آنافیلاکتیک کشنده همراه باشد (۲).

ما در اینجا به معرفی بیماری می‌پردازیم که بعد از یک ترومای بلانت به شکم با خارش شدید و درد شکم بدون علائم آنافیلاکسی یا کهیر به مرکز اورژانس مراجعه کرده بود.

معرفی مورد

بیمار مرد ۲۳ ساله‌ای بود که متعاقب وارد شدن ضربه سر گاو به شکم در ۴ ساعت پیش از مراجعه و ایجاد خارش شدید و درد پیشرونده شکم به اورژانس مراجعه کرده بود. او شرح داد که متعاقب حمله گاو و ضربه سر او به شکمش دچار خارش ژنرالیزه شدید شده و بتدریج درد در سراسر شکم شدت یافته بود. در این مدت تهوع و چند نوبت استفراغ داشته که حاوی خون نبوده و هماچوری و دفع مدفوع خونی را ذکر نمی‌کرد. در معاینه فیزیکی بدو مراجعه، هوشیار بود (نمره کومای گلاسکو = ۱۵) و فشار خون ۱۱۰/۸۰ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب ۱۱۰ بار در دقیقه و حرارت دهانی ۳۷/۲ درجه

بیماری کیست هیداتید گسترده‌ترین و جدی‌ترین عفونت سستودی انسان در تمام جهان است و ایران از نظر شیوع این بیماری در منطقه هیپراندمیک قرار دارد (۱). انسان معمولاً از طریق بلع تخم اکینوкокوس گرانولوزوس دفع شده از مدفوع سگ آلوده می‌شود (۲).

کیست هیداتید که مرحله لاروی انگل می‌باشد، در ۷۰ درصد بالغین مبتلا در لوب راست کبد قرار دارد. این کیست بصورت کروی و به آهستگی رشد می‌یابد و معمولاً تا زمانی که به اندازه کافی بزرگ شود، بدون علامت می‌ماند (۲). در این زمان ممکن است به صورت توده فضاگیر یا پارگی کیست خود را نشان دهد (۳). پارگی کیست می‌تواند متعاقب تروما یا حتی به طور خودبه‌خودی رخ دهد (۳) و گاه می‌تواند با علائم

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان شهدای تجریش، مرکز تحقیقات پوست،

دکتر محمد شهیدی دادرسی (e-mail: src@sbm.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۶/۳۰

سگ‌های آلوده که میزبان قطعی انگل هستند، کسب می‌گردد. انتقال انسان به انسان وجود ندارد. میانگین سنی شایع بیماری حدود ۴۵-۳۰ سال ذکر شده است، در حالی که بیمار ما با سن ۲۳ سال از این میانگین سنی جوانتر بود و سابقه تماس با سگ را در ۸-۷ سال گذشته می‌داد.

پس از بلع تخم، در دوازدهه لارو از تخم آزاد شده و بعد از نفوذ به جدار روده و دسترسی به گردش خون در اعضای مثل کبد و ریه جایگزین شده و کیست هیداتید را ایجاد می‌کند. این کیست در ۳/۴ موارد در لوب راست کبد و بصورت منفرد دیده می‌شود و معمولاً تا وقتی که به اندازه کافی بزرگ و عرضه‌دار شود، بی‌علامت می‌ماند (۲). علایمی که بیمار با آنها مراجعه می‌کند معمولاً درد شکمی، دیس‌پپسی، استفراغ، هپاتومگالی، توده قابل لمس شکمی و عفونت ثانویه کیست است (۱). همچنین ممکن است نشت خودبخودی یا پارگی ثانویه به تروما ایجاد گردد که البته تظاهر ناشایع بیماری است (۱) و متعاقب صدمات جدی یا ایاتروژنیک و یا حتی ترومای خفیف رخ می‌دهد (۳). سقوط و افتادن بعنوان شایع‌ترین مکانیسم تروما (۴۴ درصد موارد) گزارش گردیده است (۵،۴). پارگی کیست هیداتید به دنبال فعالیت‌های ورزشی و ترومای غیرنافذ هم گزارش شده است. در این بیمار شرح حال و عدم وجود نشانه تروما در پوست وی مطرح‌کننده ترومای بلانت بود.

کیست می‌تواند در ۶۲ درصد موارد به حفره پریتون (۵) و در سایر موارد به فضای پلور، پریکارد، مجاری صفراوی، دستگاه گوارش یا حتی به عروق خونی پاره شود (۳). مطالعه‌ای بر روی ۹۷۰ بیماری که به دلیل کیست هیداتید کبد و طحال جراحی شده بودند، در ۱۷ مورد (۱/۷۵ درصد) پارگی کیست به پریتون را نشان داد که در ۱۴ نفر علایم بروز پارگی، پریتونیت حاد بود. بیمار ما نیز با همین تشخیص مورد عمل جراحی قرار گرفت.

مابغ کیست هیداتید آنتی‌ژنیک است. تماس با آنتی‌ژن هیداتید طی فازهای ابتدایی ایجاد کیست یا متعاقب پارگی کیست بالغ رخ میدهد. تمام بیماران مبتلا به اکینوкокوز به آنتی‌ژن انگل حساس هستند و امکان بروز واکنش‌های آلرژیک وجود دارد (۶).

خطر بروز شوک آنافیلاکتیک متعاقب پارگی کیست وجود دارد (۷، ۴، ۲، ۱). پاسخ آنافیلاکتیک تهدیدکننده حیات در یک فرد حساس طی چند دقیقه بعد از تماس با آنتی‌ژن خاص ظاهر شده و خود را با دیسترس تنفسی، ادم حنجره و یا برنکواسپاسم شدید و سپس کلاپس عروقی یا با شوک بدون

سانتی‌گراد داشت. آرام و بی حرکت در بستر خوابیده و زانوها را جمع کرده و وضعیت ضد درد به خود گرفته بود. در معاینه شکم، تندرست و ریباند تندرست ژنرالیزه و گاردینگ غیر ارادی داشت. صداهای روده‌ای هیپواکتیو بود. شکم متسع نبوده و معاینه مقعد طبیعی بود. سایر موارد در معاینه فیزیکی طبیعی بود و در پوست بیمار هیچ‌گونه اریتم، ادم، ضایعات کهیری و آثاری از تروما مشهود نبود.

در آزمایش ابتدای ورود به اورژانس فقط در شمارش کامل خون، لکوسیتوز (گلبول سفید ۱۷۴۰۰ در میلی‌متر مکعب) وجود داشت و هموگلوبین، پلاکت، گلوکز سرمی، ازت اوره خون، کراتینین، الکترولیت‌ها و آزمون‌های انعقادی در محدوده طبیعی بودند.

بیمار بلافاصله با تشخیص پریتونیت حاد به اتاق عمل منتقل گردید و تحت بیهوشی عمومی لاپاراتومی اکسپلوراتیو صورت گرفت. حفره شکمی حاوی ۲۰۰ سی‌سی خون تیره بود که ساکشن شده و در بررسی اولیه، کیست هیداتید پاره شده در لبه تحتانی لوپ چپ کبد آشکار گردید که در لبه‌های آن نشت وجود داشت. لایه ژرمنال کیست، خارج گردیده و شکم با مقادیر فراوان نرمال سالین شستشو داده شد. سپس در داخل حفره باقیمانده کیست، درن هموواک فیکس گردیده و زبانه امتنوم قرار داده شد و جدار شکم ترمیم گردید.

در شب پس از جراحی، بیمار دچار تب (۳۹ درجه سانتی‌گراد) شد که دیگر تکرار نشد. پس از عمل خارش برطرف شد و علایم آنافیلاکسی مشاهده نشد. بررسی آسیب‌شناسی تشخیص کیست هیداتید را تایید کرد. یک روز پس از جراحی و با شروع رژیم غذایی، برای بیمار آلبندازول خوراکی به میزان ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز و بمدت ۴ هفته تجویز گردید و پس از ۴ روز بستری با حال عمومی خوب، بدون تب، تکیکاردی، ترشح، اریتم و سلولیت محل جراحی مرخص گردید. در پیگیری‌های بعد از عمل تا ۸۰ روز هیچ نکته غیرطبیعی در بیمار دیده نشد.

بحث

بیماری کیست هیداتید بدلیل اینکه سگ میزبان اصلی آن است، در سراسر دنیا دیده می‌شود. گوسفند میزبان حدواسط است و انسان یک میزبان حد واسط اتفافی می‌باشد. این بیماری در انسان یک عفونت انگلی زئونوز به شمار می‌آید که با انتقال اکینوкокوز گرانولوزوس به انسان از طریق خوردن اتفافی غذا یا آب‌آلوده به تخم این انگل یا تماس مستقیم با

سایتوکاین‌ها، اپوپیدها و تاکی‌کینین‌هایی که علائم عروقی کمتری ایجاد می‌کنند موثر بوده‌اند، و اینکه چرا این واکنش منجر به پیدایش علائم دیگر آنافیلاکسی نشده است، سوالی است که نیازمند تحقیقات بیشتری است.

سی‌تی‌اسکن در تشخیص پارگی کیست حساسیت ۱۰۰ درصد دارد (۵) و سونوگرافی هم ابزار ارزشمندی در تشخیص پارگی کیست با حساسیت ۸۵ است (۵،۳) و این ابزار بیشترین وسیله مورد استفاده تشخیصی در سراسر دنیا هستند، ولی بیمار حاضر به علت علائم تبییک پرتیونیت حاد متعاقب ترومای بلانت و عدم دسترسی به ابزار فوق در اورژانس، بلافاصله به اتاق عمل جراحی منتقل گردید.

با توجه به تاخیر تشخیصی تا ۷۲ ساعت در ۱۶ مورد از ۱۷ بیمار مطالعات مختلف و پیدایش عارضه در پیگیری ۴ بیمار و با نظر به اینکه خطر هیداتوز صفاقی ثانویه در صورت تأخیر در تشخیص و درمان افزایش می‌یابد، استراتژی مطلوب، درمان بیماران در مرحله بدون عارضه کیست هیداتید می‌باشد (۴). در مطالعه‌ای بر روی ۱۶ مورد پارگی تروماتیک کیست هیداتید، ۸ مورد (۵۰ درصد) عارضه‌دار شده و ۱ بیمار (۶ درصد) فوت کرد و میانگین مدت بستری ۱۵/۹ روز بود (۵). به نظر می‌رسد رویکرد جراحی به‌موقع در این بیمار، علت اصلی عدم ایجاد عارضه در وی بود، چنان‌چه بعد از ۴ روز با حال عمومی خوب مرخص گردید و در پیگیری ۸۰ روزه هم عارضه‌ای پدیدار نشد.

ناراحتی تنفسی قبلی نشان می‌دهد. علائم پوستی نظیر خارش و کهیر با یا بدون آنژیوادم نیز مشخصه چنین واکنش سیستمیکی هستند. نکته بارز تشخیصی واکنش آنافیلاکتیک شروع علائم طی چند ثانیه تا دقیقه اول است (۸). بیمار ما طی دقائق اولیه خارش شدید پیدا کرده بود، ولی طی چند ساعت تا انجام عمل جراحی، هیچ‌گونه پیشرفت علائمی بسمت آنافیلاکسی وجود نداشت و با وجود مشاهده پارگی کیست طی عمل و عدم تجویز دارویی برای پیشگیری یا درمان آنافیلاکسی بعد از عمل جراحی نیز نشانه‌ای از آنافیلاکسی پیدا نکرد. تظاهر پارگی کیست هیداتید به صورت خارش شدید ژنرالیزه بدون اریتم، ادم، کهیر و علائم شوک آنافیلاکتیک در کنار درد شکم و علائم شکم حاد پدیده‌ای است که تاکنون گزارش نگردیده است. بنابر بررسی‌های ما، این بیمار تنها موردی است که با ظهور خارش ژنرالیزه گزارش می‌شود.

خارش می‌تواند بوسیله‌ی بسیاری از مکانیسم‌های دیگر به غیر از واکنش ازدیاد حساسیت فوری، که به علائمی همچون آنافیلاکسی، کهیر و آنژیوادم می‌انجامد، و بواسطه‌ی واسطه‌های دیگری غیر از هیستامین که در زمینه‌ی این واکنش‌ها آزاد می‌گردد، ایجاد شود. با این وجود، خارش ژنرالیزه به تنهایی در این بیمار، باز هم با توجه به سرعت پیدایش و انتشار آن احتمالاً می‌تواند در زمینه‌ی واکنش ازدیاد حساسیت فوری باشد. ولی اینکه آیا آزادسازی هیستامین در واکنش این بیمار دخیل بوده یا واسطه‌های دیگری هم‌چون

REFERENCES

- Blanton R. Echinococcosis. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2007. p.1516-19.
- D'Angelica M, Fong Y. Liver. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston textbook of surgery. 18th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2008. p.1494-97.
- Gulalp B, Koseoglu Z, Toprak N, Satar S, Sebe A, Gokel Y, et al. Ruptured hydatid cyst following minimal trauma and few signs on presentation. Neth J Med 2007;65:117-18.
- Beyrouiti MI, Beyrouiti R, Abbes I, Kharrat M, Ben Amar M, Frikha F, et al. Acute rupture of hydatid cysts in the peritoneum: 17 cases. Presse Med 2004;33:378-84.
- Gunay K, Taviloglu K, Barber E, Ertekin C. Traumatic rupture of hydatid cysts: a 12-year experience from an endemic region. J Trauma 1999;46:164-67.
- Saidi F, editor. Surgery of hydatid disease. Philadelphia: W.B. Saunders; 1976. p.39-41.
- Ruiz-Castro M, Vidal-Marcos A, de Frutos S, Infante B, Ramos-López MA, Sanz-García M. Anaphylactic shock caused by the rupture of an unknown hepatic hydatid cyst. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1997;44:321-23.
- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, eds. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New york: McGraw Hill; 2008. p.2063-65.