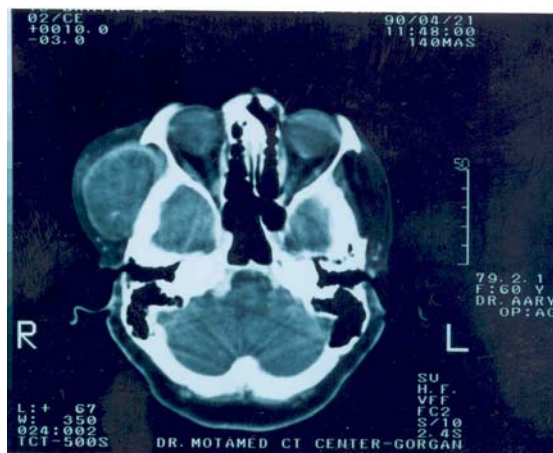




تصویر ۱

بیمار زنی ۵۸ ساله است که به علت عود مجدد ضایعه سیستیک ناحیه تمپورال راست پس از یک تخلیه ناموفق در ۸ ماه قبل توسط یک پزشک عمومی به کلینیک مراجعه کرده بود.

در معاینه یک ضایعه ۳×۳ سانتی متر با قوام سیستیک و متحرک لمس شد. سی تی اسکن جمجمه و مغز انجام شد که ضایعه سیستیک مالتی لاکولار بدون گرفتاری سینوس ها و اربیت و استخوان تمپورال گزارش شد. رادیوگرافی قفسه سینه و سونوگرافی شکم طبیعی گزارش گردید. بیمار تحت عمل جراحی درناژ کیست قرار گرفت و کیست های کوچک و متعدد تخلیه و درن در زخم گذاشته شد. بیمار روز سوم پس از عمل بدون عارضه ای مرخص شد. در پی گیری بیمار تا یک سال بعد عود کیست مشاهده نگردید.

تشخیص چیست؟

تشخیص: کیست هیداتید در ناحیه تمپورال راست

گزارش آسیب‌شناسی بیمار فوق کیست هیداتید بافت نرم و عضلات ناحیه تمپورال راست بود. کیست هیداتید در نقاط مختلف دنیا با شیوع مختلف دیده می‌شود و شایع‌ترین محل گرفتاری آن در بدن کبد است (۱). پس از کبد ریه‌ها (۲) و ندرتاً عضلات مخطط تنها در ۳ درصد موارد ممکن است در مرحله لاروی بیماری توسط پارزیت اکتیوکوکوس گرانولوسوس یا بسیار ندرتاً توسط نوع مهاجم اکتیوکوکوس مالیت لاکولاریس گرفتار شود (۳). پارزیت از طریق خون این نقاط را آلوده می‌کند (۴). پس از کبد و ریه‌ها مناطق دیگر بدن در ۵۰-۳۰ درصد موارد به صورت غیرشایع ممکن است گرفتار شوند (۵). گرفتاری صفاق، طحال، مدیاستینوم، کلیه‌ها، استخوان‌ها، قلب، مغز، عضلات (۲ و ۵ و ۶)، شریان‌ها

(۷) و سمینال وزیکل (۸) ندرتاً ممکن است ایجاد شود. تشخیص کیست هیداتید قبل از عمل با کمک سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی (۹-۱۱) و تست‌های سرولوژیک الیزا تسهیل می‌شود (۱۲). یکی از روش‌های جدید سیتولوژی و آسپیراسیون کیست هیداتید است که توسط دکتر Mittal و همکاران گزارش شده است (۱۳). درمان مناسب کیست هیداتید علامت‌دار سیستمیکومی کامل با اکسزیون اطراف آن بسته به محل ضایعه است (۳). داروهای منبذازول و آلبندازول به صورت خوراکی به عنوان کمک به درمان قبل و پس از عمل (۱۴) و در مواردی که جراحی میسر نباشد به عنوان درمان اصلی کمک کننده هستند (۱۵).

References

- 1) Schwartz SI. Liver. Principles of surgery. In: Schwartz S, Shires G, Spencer F, Daly J, Fisher J, Galloway A. New York. Mc Graw Hill. 7th Ed. Health profession Division. 1999; P: 1403.
- 2) Khiari A, Fabre JM, Mzali R, Domergue J, Beyrouthi MI. Unusual locations of hydatid cysts. Ann Gastroenterol Hepatol (Paris). 1995; 31(5):295-305.
- 3) Latino R, Costa S, Barbagallo E, Virzi A, Vagnoni G. Primary localization of a hydatid cyst in the major dorsal muscle: report of a case. Ann Ital Chir. 1999; 70(1):123-7.
- 4) Hoff JT, Boland MF. Neurosurgery. Principles of surgery. In: Schwartz S, Shires G, Spencer F, Daly J, Fisher J, Galloway A. New York. Mc Graw Hill. 7th Ed. Health profession Division. 1999; P: 1903.
- 5) Lucandri G, D'Elia G, Chiavellati L, Sterpetti A, Meloni E, Canuti W, et al. Unusual location of hydatid cysts: clinical and therapeutic aspects. G Chir. 1994; 15 (11-12):529-37.
- 6) Akyar GS, Berksun A, Oguz T. Aggressive hydatid disease of the foot and ankle. Australas Radiol. 1997; 41(1):41-3.
- 7) Papacharalambous G, Panoussis P, Andrikopoulos V, Pappas P, Liapi G. Chronic arterial occlusion produced by hydatid cyst development in the lumen of the femoral artery. Eur J Vasc Endovasc Surg. 1998; 15(6):544-6.
- 8) Pasaoglu E, Damgaci L, Tokoglu F, Boyacigil S, Yuksel

- E. Hydatid cysts of the kidney, seminal vesicle and gluteus muscle. Australas Radiol. 1997; 41(3):297-9.
- 9) el Moussaoui A, Rabii R, Rais H, Aboutaieb R, Meziane F, el Mrini M, Benjelloun S. Hydatid cyst of the psoas muscle. Apropos of a case. Ann Urol (Paris). 1997; 31 (6-7): 357-60.
- 10) Memis A, Arkun R, Bilgen I, Ustun EE. Primary soft tissue hydatid disease: report of two cases with MRI characteristics. Eur Radiol. 1999; 9(6):1101-3.
- 11) Salai M, Apter S, Dudkiewicz I, Chechik A, Itzhak Y. Magnetic resonance imaging of hydatid cyst in skeletal muscle. J Comput Assist Tomogr. 1999; 23(2):331-2.
- 12) Mandell GL: Echinococcosis (Hydatid and Alveolar Cyst Disease). In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia, Pa: 2000; Churchill Livingstone: 2962-3.
- 13) Mittal S, Mangwana S. Primary diagnosis of soft tissue echinococcosis by aspiration cytology. Indian J Pathol Microbiol. 1993; 36(3): 298-303.
- 14) Rusch VW. Chest wall pleura and mediastinum. In: Schwartz S, Shires G, Spencer F, Daly J, Fisher J, Galloway A. Principles of surgery. 7th Ed. New York. Mc Grow hill. health profession division. 1999; p: 732
- 15) Meyers WC. The liver. In: Sabiston DC, Jr, Lyerly HK, eds. Textbook of surgery. 15th ed. Philadelphia, Pa: Saunders, 1997; 1045-1116.

نویسنده مسؤول: دکتر بیژن آریا

پست الکترونیکی: arye_b1339@yahoo.com

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی - درمانی پنج‌آذر

بخش جراحی، تلفن: ۰۱۷۱-۴۴۲۱۶۵۱-۴

وصول مقاله: ۸۳/۱۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۸۴/۲/۲۶

پذیرش مقاله: ۸۴/۴/۵

دکتر بیژن آریا

متخصص جراحی عمومی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر رامین آذرهوش

متخصص آسیب‌شناسی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر محمدرضا محمدی

متخصص جراحی مغز و اعصاب و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر عبدالله عباسی

متخصص عفونی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان