

پارگی کیست هیداتیک کبد بهجاری صفر اوی

دکتر باقر نصیر پور * دکتر مهدی عراقی زاده **

لارو آکی نو کو کوس گرانولوزوس نزد انسان تولید آکی نو کو کوز هیداتیک مینماید و ندرتاً ممکن است باعث بیماری دیگری بنام اکینو کو کوز آلوئولر شود. آکی نو کو کوز هیداتیک: بیماری است که در نتیجه رشد لارو تنیا اکینو کو کوس در اعضاء مختلف بدن عارض میشود.

ایتیلولژی: تخم تنیا اکینو کوک با حلقه آخری این تنیا با مدفوع خارج میشود. واگر در مزارع سبزیکاری بیافتد انسان با خوردن سبزیجات آلوده نپخته یا آب آلوده مبتلا میشود. مقداری از مدفوع سگ به موهایش چسبیده و سگ بالیسیدن خود و بعد بالیسیدن صاحبش سبب انتقال میشود.

سگ، گربه، روباه، گرگ، شغال میزبان قطعی این کرم میباشد. کرم بالغ باندازه ۳-۶ میلیمتر بوده که شامل سر، گردن و بدنه میباشد. سر: یا Scolex و قدامی ترین قسمت آن بنام Rostre بوده که دارای دوردیف قلاب (۳۰-۴۰ عدد) میباشد خود سر مجهز به چهار بادکش است. گردن: کوتاه و باریک و در ایجاد حلقهها اهمیت زیادی دارد. بدنه: از چندین حلقه درست شده است و معمولاً از چهار حلقه تجاوز نمی نماید.

نوزاد کرم: که پس از تحول جنین شش قلبی پیدا میشود و در نزد میزبان واسط تشکیل کیست هیداتیک را میدهد.

میزبان واسط: انسان، گاو، گوسفند، بز، شتر، خوک و غیره میباشد. سیر تکاملی: انگل کامل در روده کوچک نزد میزبان قطعی زندگی میکند حلقه‌های انتهائی خود را با مدفوع از بدن میزبان خارج مینماید و در خارج باعث آلودگی آب و سبزیجات میگردد.

پشه، مگس و سایر حشرات در آلودگی مؤثر هستند. تخم پس از ورود به معده بر اثر شیره معدی غلاف خود را از دست داده رویان ۶ قلبی آزاد میگردد. این رویان از جدار معده یا روده کوچک گذشته وارد سیستم وریدی باب میشود و از این راه خود را به کبد میرساند در ۷۰٪ موارد لارودر کبد رشد و نمو مینماید. در ۳۰٪ موارد از کبد نیز رد شده وارد قلب راست میشود. اندازه لارو در حدود ۲۸ مواست در صورتیکه قطر مویرگ کبدی بیش از ۲۰ مونیست و بهمین علت در ۷۰٪ موارد در کبد رشد و نمو مینماید. اگر از ریه نیز رد بشود توسط خون شریانی بتمام اعضاء بدن امکان انتقالش داده میشود. علاوه بر علت مکانیک ممکن است علت بیولوژیک نیز در رشد و نمو لارو مؤثر باشد و بهمین علت کبد را مناسب برای رشد این لارو میدانند.

راه تنفس و لنفاوی را نیز آقای Dévé در بعضی موارد مسئول انتقال لارو میدانند. در صورتیکه یک گوشتخوار مثلاً سگ از اندامهای آلوده به کیست هیداتیک تغذیه نماید مبتلا به تنیا کینو کو کوس میشود و مانند سایر خانواده تنیده توسط قلابها خود را به جدار روده کوچک ثابت نموده و شروع به رشد و نمو مینماید.

آسیب شناسی: کیست هیداتیک معمولاً کروی شکل است و اگر جوان باشد جدارش کم و بیش روشن و شفاف میباشد و در ساختمان آن دو طبقه شرکت مینماید و بر اثر دفاع بدن در مقابل کیست طبقه فیبروزدیگری ایجاد میگردد که کیست را احاطه مینماید Adventice که در نتیجه دفاع بدن در مقابل انگل ایجاد میشود و از بافت همبندی تصبلی ورگهای خونی تشکیل شده است.

۱ - غشاء خارجی یا Cuticulaire که مطبق و بدون سلول واز آلومین و کیتین درست شده است و مانند سفیده تخم مرغ نیم پخته است و اگر قطعه از آن بریده شود مانند فتری بر روی خود جمع میشود. ضخامت آن یک میلیمتر و قابل نفوذ برای آب و کریستالوئید است ولی برای عبور میکروبها و ملکولهای بزرگتر شرایط خاصی

لازم دارد. طبقه خارجی خیلی آهسته تر از طبقه داخلی رشد مینماید.

۲ - غشاء داخلی یا Germinal که از طبقه پروتوپلاسم قشری ساخته شده است و ضخامت آن ۲۵۰ - ۵۰۰ میکرومتر است و خاصیت جوانه زدن بداخل و یا بخارج را دارد و تولید Vesicule fille را مینماید. این غشاء محتوی مقدار زیادی گلیکوژن میباشد.

محتویات کیست : شامل وزیکولها ، اسکولکسها و مایع هیداتی است .

مایع هیداتید شفاف زلال وزن آن ۱۰۰۷ - ۱۰۰۵ و PH آن بین ۷٫۲ - ۷٫۴ و املاح معدنی آن کلرورسدیم - سوکسینات و فسفات سدیم - سوکسینات کلسیم - اسید سوکسینیک و قند است . مقدار کمی مواد ازته دارد که باحرارت منعقد نمیشود و جزو این البومین یک توکسالبومین وجود دارد که باعث حساسیت بدن در مقابل مایع کیست میشود . مایع هیداتید محیط مناسبی برای رشد و نمو میکربهاست و در صورت چرکی شدن حالت شفافیت خود را از دست میدهد و زرد رنگ میشود و اگر صفرا وارد آن شود سبزرنگ میشود . اگر مایع هیداتید را در ظرفی بریزیم رسوبی در ته آن ایجاد میشود که بنام شن هیداتید است که در واقع همان وزیکولهای فیل و اسکولکسها است .

اسکولکس : بیضی شکل اندازه آن ۱۶۰ - ۱۹۰ میکرومتر است . رستر آن دارای ۳۲ - ۴۰ قلاب است اسکولکس بتوسط پایه باریکی به جدار وزیکول پرولیژر متصل است و ممکن است از پایه جدا شده و تنها در داخل مایع کیست شناور باشد . رشد کیست هیداتید خیلی بطی است پس از یکماه رشد ۲۵۰ - ۳۵۰ میکرومتر - و پس از ۵ ماه بقطر ۱ سانتیمتر و چندین ماه یا سال لازم دارد که باندازه یک نارنگی و یا بزرگتر بشود ، ۱ سانتیمتر در ۳ ماه و ۴ سانتیمتر در یکسال است .

خلاصه: میزبان قطعی سگ، میزبان واسط انسان و گوسفند ، کوچکترین تنیا بوده و لارو آن بزرگترین لاروانگلی است .

علائم بالینی : شامل دودسته علائم است . یک سری از علائم مربوط به خود کیست بوده که بر اثر رشد و نمو و فشار بر اعضا مجاور ایجاد مینماید . سری دیگر مربوط به عوارض آنافیلاکسی و توکسین است که در نتیجه خروج ترشحات هیداتید از جدار آن و وارد شدن آن به بدن میباشد .

عوارض کیست هیداتیک: ۱- چرکی شدن. بعلت ورود میکربهاست و تولید حالت عفونی در بیمار مینماید. ۲- پاره شدن که باعث آنافیلاکسی در وهله اول و هیداتیدوز در وهله دوم است. ۳- آهکی شدن.

کیست هیداتیک کبد

کبد شایع ترین محل کیست هیداتیک در بدن انسان است (۷۴٪). کیست هیداتیک در مردها بیش از زنها ملاحظه میشود. در لب راست کبد چهار برابر بیش از لب چپ کبد ملاحظه میشود. در ۷۵٪ موارد کیست هیداتیک در سطح تحتانی کبد و ۲۵٪ موارد در سطح فوقانی کبد ملاحظه میگردد.

آغاز بیماری نامعلوم و بتدریج علائم بیماری آغاز و شدت پیدا مینماید و گاهی هم ممکن است کیست هیداتید وجود داشته باشد بدون اینکه شخص در زحمت باشد.

نشانه‌های کوچک بیماری عبارتست از درد شانه و کتف راست. احساس سنگینی در هیپو کندر راست و اپیگاستر حالت تهوع و اختلالات هاضمه‌ای.

علائم عمومی: کپهرهای مکرر خونریزی از بینی تنگی نفس.
علائم فیزیکی: وقتی که کیست بزرگ باشد علائم تومور در کبد ملاحظه میگردد و بدون نوع شکمی و سینه‌ای ملاحظه میگردد. در نوع شکمی کیست در سطح تحتانی یا قدامی کبد بوده و در نوع سینه‌ای کیست در سطح فوقانی و یا خلفی می‌باشد.

عوارض: به عقیده فرانسویها پارگی کیست هیداتیک کبد بداخل پریتون یکی از عوارض شایع آن میباشد و پارگی آن بداخل مجاری صفاوی و داخل پلور در درجه دوم شیوع قرار دارد.

پارگی کیست هیداتیک بداخل مجاری صفاوی یکی از عوارض مهم کیست هیداتیک کبدی است. پارگی ممکن است بصورت شکاف کوچک Fissure و یا پارگی کامل باشد. در نوع شکاف مایع کیست بداخل مجرای صفاوی نشد پیدامیکند در فرم پارگی کامل پرده‌های کیست نیز داخل مجرای صفاوی میشود و در اکثر موارد پارگی بداخل مجاری صفاوی درشت است.

بورژئن و پیتری (Bourgeon. Pietrie) در ۱۹۵۶ نشان دادند که فشار

داخل کیست در حدود ۶۰ - ۷۰ سانتیمتر آب بوده در حالیکه فشار داخل مجاری صفراوی بندرت ممکن است بالاتر از ۲۵ سانتیمتر آب باشد. لذا در شروع پارگی کیست تا وقتی که فشار هر دو طرف یکسان شود از طرف کیست بداخل مجاری سرازیر میشود. آقای Deve نشان داد که در ۵۵٪ موارد پارگی بطرف کانالهای راست ۲۹٪ بطرف کانالهای چپ ۹٪ بطرف التقاء هپاتیک ۶٪ بداخل کیسه صفرا ۱٪ مستقیم بداخل کله دوك است و این نسبتها با نسبتهای جایگزینی کیست در کبد مطابقت مینماید.

علت پارگی کیست بداخل مجاری: بر اثر رشد و فشار کیست هیداتیک در پارانشیم کبد باعث میشود که نسوج مجاور آتروفی پیدا کرده و کانالهای بیلر و عروق نیز تحت فشار قرار میگیرد. ۹۰٪ کیستهای کبدی زود یا دیر به یکی از مجاری کوچک صفراوی نشد Lique کرده و یا به مجاری صفراوی بزرگ باز میشود و این باز شدن ممکن است به علل ضربه باشد.

علائم بالینی: بیشترین ابتلاء بین ۳۵-۴۵ سالگی است. پارگی غالباً خود بخود ولی ممکن است دنبال ضربه و یا زورزدن ایجاد شود. اولین علامت بیماری کلیک هپاتیک است که دنبال این کلیک یرقان ظاهر میشود. یرقان از علائم ثابت بیماری است که از زردی تخفیف تا شدید ملاحظه میشود غالباً یرقان بیماران متغیر است. در بعضی از بیماران حمله‌های شدید درد و یرقان ملاحظه میشود. وجود مامبران مطابق زرد رنگ در مدفوع گاهی کمک به تشخیص مینماید.

(۱- کلیک هپاتیک ۲- یرقان ۳- مامبران در مدفوع).

علائم آزمایشگاهی: اتوزینوفیلی کازونی مثبت ۸۵٪ و اینبرک مثبت ۹۳٪. امتحان مدفوع از نظر وجود مامبران تستهای کبدی (یرقان انسدادی را نشان میدهد).

راديوگرافي باماده حاجب از مجاری صفراوی قبل از عمل معمولاً در تشخیص کمک مینماید. مجاری صفراوی کوچک و داخل کبدی دراز و نازک دیده میشود و اگر اندازه کیست از ۵ سانتیمتر بیشتر باشد دفور ماسیون و آنکولاسیون دیده میشود. اسپلنو پورتوگرافی - ارتریوگرافی اسپلنیک وجود ماسی را در کبد نشان میدهد.

سیر بیماری :

- ۱- ممکن است با تخلیه کامل کیست خود بخود بیماری خوب شود .
- ۲- گاهی بعلت اضافه شدن عفونت موجب تب - لرز حالت مسمومیت در بیمار میشود .

تشخیص افتراقی با سنگ کله دوک - کله سیستیت

	پارگی	سنگ کیسه صفرا و کله دوک
سن	۱۵-۳۰	۳۰
جنس	♂ > ♀	♀ > ♂
درد	خفیف	شدید
سابقه عدم تحمل چربی	-	دارند

درمان : عمل جراحی است: اولین قدم تحقیق کله دوک است که بایستی کیستهای دختر و باقیمانده کیست ها را خارج کرد و با يك كلانژیوگرافی موقع عمل بایستی مطمئن شد که درمجاری کله دوک و هپاتیک مامبرانی باقی نمانده است .

دومین قدم تحقیق در وضع کیست مادر است که میبایستی خالی شود . سومین قدم تحقیق در وجود کیست های هیداتیک دیگر در کبد است . کیست مادر بایستی خوب Exposé شده و داخل آن توسط سرم هیپرتونیک ۳۰٪ و یافر مالین ۴۰ حجمی (۱۰۰٪) استریل نمود و پس از ۲۰ سی سی تزریق محتویات کیست پس از ده دقیقه استریل میشود و کیست را باز میکنیم و داخل آن را کاملاً خالی میکنیم اندازه فیستول مابین کیست و مجاری صفراوی نوع عمل را برای ماتعین مینماید اگر سوراخ مجاری صفراوی در قسمت آدوانتیس کوچک باشد میشود آن را نادیده گرفته و خود کیست را دوخت ولی اگر بزرگتر از ۴ میلیمتر باشد بایستی بطور دقیق و جداگانه سوراخ صفراوی دوخته شود. اگر کیست مادر در قسمت خلفی یا محذب کبد باشد و داخل آنرا دقیقاً نشود دید در این مورد امنوپلاستی انجام میشود . در مورد فیستولهای بزرگ آناستوموز کیست به ژئوزنوم بطریقه Roux en Y عمل مینمائیم و این عمل يك درناژ داخل ایجاد مینماید که از درناژ خارج بهتر است .

برای جلوگیری از ایجاد حساسیت در مقابل کیست هیداتیک پس از عمل از کورتیزون و آنتی هیستامینیک کلسیم موقع عمل بفرم شانه‌های آلوده پس از عمل بفرم - خوراکی تزریق استفاده میشود .

بنابر مشاهدات آقای Deve ۲۴٪ این پارگیها خود بخود خوب میشود ۷۶٪ احتیاج به عمل جراحی دارد و اگر عمل نشوند دچار عفونت سپتی سمی ، کلاژیولیت میشوند .

گزارش يك مورد از پارگی کیست هیداتیک کبد به مجاری صراوی از بخش جراحی و داخلی بیمارستان شماره ۳ کمک .

ماهرخ ایزدی ۳۵ ساله ساکن شهر ری محل تولد کاشان بعلت دل درد و یرقان در تاریخ ۴۵۹۹۲۲ به بخش داخلی، آقای دکتر هنجانی مراجعه میکند ناراحتی بیمار از اوائل آذرماه شروع شده و پس از سه روز شدت پیدا میکند. ۱۰ روز پس از ناراحتی متوجه یرقان و برآمدگی در ناحیه کیسه صفرا میشود از این موقع بمدت سه روز مدفوع بیمار سفیدرنگ بوده که توأم با آن ادرار بیمار پررنگ میشود در امتحان بالینی لب چپ کبد بزرگ و در حدود ناف بالبه گرد و سطح صاف حس میشود. لب راست با اندازه سه بند انگشت بزرگ و یک نواخت میباشد کیسه صفرا بزرگ و با اندازه ۶ سانتیمتر از لبه کبد قابل لمس است که در موقع لمس دردناک است نبض ۷۶ فشار خون ۱۲/۸ در ۶ سال قبل بیمار مبتلا به سل ریوی بوده است که درمان شده است .

آزمایشات : فرمول شمارش طبیعی است، فسفاتاز قلیائی ۲۷۶ ، ترانس آمیناز $S.G.P.T.S.G.O.T = 95 = 32$ سیلان ۲ انعقاد ۵ اوره ۱۷۰ و اندنبرگ تو تال ۸۴ مستقیم ۷۶ غیر مستقیم ۸ تیمول ۳ سفالین کلسترول ۳۵- ادرار : املاح صفراوی و پیگمان وجود دارد سدیمان تاسیون ۱۳۰ و ۱۳۵ در تاریخ ۴۵۹۹۲۶ بیمار تحت عمل جراحی قرار میگيرد پس از بیهوشی عمومی جدار شکم برخط ترانسرکتوس باز شد و در بررسی کلدوک متسع و محتوی مقدار زیادی ممبران کیست هیداتیک بود مجاری تمیز گردید و در لب راست کبد کیست مادر ملاحظه شد که آنهم از راه کله دوک تمیز گردید درن تی در مجرا گذاشته شد و جدار پس از گذاشتن درن دوخته شد روز چهاردهم از

بیمار رادیوگرافی باماده حاجب از راه درن تی بعمل آمد و کیست مادر بدون وجود



مامبران در داخل آن ملاحظه گردید لوله برداشته شد مریض پس از پنج روز مرخص گردید و هر سه ماه سه ماه برای کنترل مراجعه میکند و عیبی ندارد .

Reference

- 1- Bourgeon, R. and Pietri, H 1950, Arch. int Hidatid, 16, 193
- 2- Deve 1924 J. me fran. 13,343
- 3- Dew. 1928 Hydatid disease
- 4- Fitzpatrick 1963 personal communication
- 5- Fontana 1961 Arch int Hidatid
- 6- Goinard. 1960 Kyste hydatide
- 7- Hoffman. 1960
- 8- British Journal of Surgery Harris 210 1965