

Concurrent Large Splenic and Multiple Liver Hydatid Cysts Treatment with a Novel Surgical Intervention: A Case Report

Khosrow Najjari ¹, Hossein Zabihi-mahmoudabadi ^{1,*}, Lida Mohammadi ², Bahareh Ghane ³

¹ Assistant Professor of General Surgery, Sina Hospital, Department of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Resident, Department of General Surgery, Sina Hospital, Department of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Medical Student, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Hydatid cysts can occur in any organ. The common sites are the liver, lungs, and rarely the spleen, bone, thyroid, pancreas, and breast. The patient was a young man presenting with abdominal pain and a left upper quadrant mass. On physical examination, the abdomen was soft without tenderness, and splenomegaly was palpable. Sonography showed a large cyst in the spleen with multiple cysts in both liver lobes. Surgical intervention: The patient underwent splenectomy and cholecystectomy for better access to liver cysts. Multiple cysts of the liver were drained by open cyst evacuation, and the other ones were drained under ultrasound guidance intraoperatively by cysts aspiration, injection of hypertonic saline solution, and re-aspiration. The patient was discharged in good condition. The rarity of simultaneous hydatid cyst of the liver and spleen and utilizing ultrasound guidance in surgery with success have made this surgical intervention novel.

Keywords: Hydatid cysts, Abdominal pain, Liver, Surgical intervention

Please cite this paper as:

Najjari K, Zabihi-mahmoudabadi H, Mohammadi L, Ghane B. Concurrent Large Splenic and Multiple Liver Hydatid Cysts Treatment with a Novel Surgical Intervention: A Case Report. *Govaresh* 2021;26: 158-161.

*Corresponding author:

Hossein zabihi-mahmoudabadi, MD
Sina Hospital, Imam Khomeini St., Hasan Abad Square,
Tehran, Iran
Telefax: + 98 21 66348587
Email: hzabihim@tums.ac.ir

Received: 27 Mar. 2021

Edited: 21 Aug. 2021

Accepted: 22 Aug. 2021

گزارش یک مورد کیست هیداتید بزرگ طحال همزمان با کیست های هیداتید متعدد کبد و درمان جراحی نوین

خسرو نجاری^۱، حسین ذبیحی محمودآبادی^{۱*}، لیدا محمدی^۲، بهاره قانع^۳

^۱ استادیار، گروه جراحی عمومی، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ رزیدنت، گروه جراحی عمومی، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

کیست هیداتید در هر عضو یا بافت نرمی می تواند ایجاد شود ولی شایع ترین محل کبد (۶۰٪ - ۷۰٪)، ریه (۳۰٪) و به ندرت سایر عضو ها مثل طحال استخوان، تیروئید، پانکراس و پستان است. بیمار آقای ۲۳ ساله با شکایت درد شکم و سیری زودرس و احساس توده در LUQ از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه، شکم نرم و بدون تندرنس است و طحال پایین تر از لبه دنده لمس می شود. در سونوگرافی کیست ۱۱۰ × ۱۲۰ میلی متر در قسمت لترال طحال با اثر فشاری بر کلیه چپ و نواحی هیپودنس متعدد در هر دو لوب کبد با بزرگترین سایز ۴۳×۳۸ میلی متر در سگمان ۸ کبدی گزارش شده است. بیمار تحت عمل اسپلنکتومی، و تخلیه کیست های متعدد کبد به روش open cyst evacuation و همچنین تخلیه تعدادی از کیست ها حین عمل جراحی تحت گاید سونوگرافی قرار گرفت. بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. با توجه به نادر بودن کیست هیداتید طحال، وجود همزمان کیست های متعدد کبد و کیست طحال در بیمار مذکور دارای اهمیت بوده و استفاده از روش های مختلف درمانی به خصوص استفاده از سونوگرافی جهت تخلیه کیست حین جراحی که روش رایجی برای درمان کیست هیداتید نیست بیمار را منحصر به فرد کرده است.

کلید واژه: کیست هیداتید، درد شکمی، کبد، مداخله جراحی

گوارش / دوره ۲۶، شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۰ / ۱۶۱-۱۵۸

* نویسنده مسئول: حسین ذبیحی محمودآبادی

ادرس: تهران - خیابان امام خمینی - میدان حسن آباد - بیمارستان سینا

تلفن و نمابر: ۰۲۱-۶۶۳۴۸۵۸۷

پست الکترونیک: hzabihim@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۰۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۵/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۳۱

آنافیلاکسی شود. باید بیماری هیداتید طحال به عنوان تشخیص افتراقی در تمام بیماران با کیست طحال در مناطق اندمیک در نظر گرفته شود. (۲)

روش های مختلف درمان کیست هیداتید شامل درمان دارویی، رادیولوژیک و جراحی است.

کیست های کوچک تر از ۴ سانتی متر، بدون علامت، واقع در عمق پارانشیم را می توان تحت درمان دارویی قرار داد ولی سایر کیست ها به علت احتمال آنافیلاکسی باید تحت درمان جراحی یا رادیولوژیک قرار بگیرند. (۳)

گزارش مورد

بیمار آقای ۲۳ ساله میوه فروش با سابقه مصرف سبزیجات آلوده که از ۱۰ ماه قبل دچار درد مبهم قسمت فوقانی شکم شده است که از ۱ ماه قبل تشدید شده، درد با تغییر وضعیت بیمار و با غذا خوردن ارتباطی نداشته است، بیمار سابقه تهوع و استفراغ را ذکر نمی کند و اجابت مزاج بیمار نیز در این مدت تغییری نداشته است.

در هنگام مراجعه، علایم حیاتی پایدار بوده و در معاینه فیزیکی، شکم نرم بدون گاردینگ، تندرنس و ریباند تندرنس بوده است و لبه طحال حدود ۳ انگشت پایین تر از لبه دنده لمس می شود، بیمار در طی این مدت به صورت سرپایی تحت بررسی قرار گرفته است.

در گزارش های سی تی اسکن (CT Scan) نواحی هایپودنس در هر دو

بیماری هیداتید، یک بیماری انگلی ناشی از اکیونوکوکوس گرانولوس است که انسان میزبان تصادفی این انگل است. (۱)

درگیری ایزوله طحال در بیماری هیداتید بسیار نادر است ولی طحال سومین ارگان درگیر در بیماری هیداتید است. (۲)

نادر بودن کیست هیداتید طحال، چالشی را در تشخیص برای پزشکان، به خصوص در مناطق غیر اندمیک ایجاد کرده است. از آن جا که کیست هیداتید ساده می تواند به صورت یک کیست ساده بدون ویژگی های تصویربرداری و سرونولوژیک کلاسیک تظاهر یابد و می تواند موجب عوارض تهدید کننده مانند



شکل ۱: سی تی اسکن شکم



شکل ۲: طحال و کیست هیداتید بزرگ آن

لوب کبد به بزرگ‌ترین سائز ۳۸×۳۴ میلی متر در سگمان ۸ کبدی و ناحیه‌ای به سائز ۶۲×۵۳ میلی متر در سگمان ۴ کبدی به صورت هیپودنس در فاز شریانی و پورتال و ایزودنس در فاز تاخیری رویت شده است و همچنین ناحیه هیپودنس به سائز ۱۱۸×۱۴ میلی متر در طحال بدون افزایش جذب گزارش شده که می‌تواند مطرح کننده کیست طحالی باشد و باعث اثر فشاری بر پانکراس و کلیه و جابه‌جایی کلیه چپ به سمت پایین شده است. طحال به سائز ۱۷۵ میلی متر (بزرگ‌تر از حد نرمال) و مطرح کننده اسپلنومگالی گزارش شده است. پارانشیم ریه نرمال بوده و شواهدی از درگیری ریه رویت نشد. (شکل ۱)

برای بیمار تست سرولوژیک hydatid cyst IgG چک شده که بالاتر از حد نرمال بوده است.

بیمار در ۱ ماه قبل از مراجعه با تشخیص کیست هیداتید تحت درمان خوراکی با آلبندازول دوبار در روز ۴۰۰ میلی گرم بوده است ولی علایم بیمار بهبود نداشته است.

بیمار کاندید عمل جراحی شده و حین عمل جراحی با توجه به سائز بزرگ کیست هیداتید طحال، اسپلنکتومی جهت وی انجام شد (شکل ۲) و در مورد کیست‌های کبدی جهت دسترسی بهتر به کیست‌های کبد، کوله سیستکتومی انجام شد و ۶ عدد از کیست‌های کبدی که قابل دسترسی بودند، ابتدا آسپیره شد و سپس سالین هایپرتونیک، به داخل کیست تزریق و سپس آسپیره شد، پس از آن کیست باز شد و لایه ژرمینال کیست خارج شد. (شکل ۲)

توده فیروپتیک در لوب چپ کبد سگمان ۳ لمس شد که برداشته شد و نمونه جهت فروزن ارسال شد که نتیجه فروزن، فیبروز بدون وجود شواهد بدخیمی گزارش شد، طبق تصاویر قبل از عمل، ۳ عدد کیست باقی مانده بود که دسترسی به آن‌ها به روش جراحی ممکن نبود. بیمار تحت سونوگرافی حین عمل جراحی قرار گرفت که تحت گاید سونوگرافی کیست‌ها آسپیره شد و سالین هایپرتونیک به داخل کیست تزریق و حدود ۲۰ دقیقه بعد مجدداً آسپیره شد.

در انتهای عمل جراحی ۱ کیست حدود ۳ سانتی متری در نزدیکی ورید پورت باقی ماند که امکان دسترسی به روش جراحی و رادیولوژیک به آن وجود نداشت. بیمار بعد از عمل جراحی به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شد. یک روز در بخش مراقبت‌های ویژه تحت مراقبت قرار گرفت و سپس به بخش منتقل شد و به علت ۱ عدد کیست باقی مانده مشاوره عفونی درخواست شد که توصیه به ادامه درمان با آلبندازول شد.

بیمار بعد از ۴ روز باحال عمومی خوب مرخص شد، بیمار ۱ هفته و ۱ ماه بعد به طور سرپایی جهت ویزیت مراجعه کرد که حال عمومی بیمار خوب بود و علایم بیمار و درد شکم بر طرف شده بود.

بحث

کیست هیداتید یک بیماری انگلی ناشی از اکیونوکوکوس گرانولوس است که انسان میزبان تصادفی بوده و در جوامعی که کشاورزی و دامداری در آن رونق دارند شایع است. (۴)

کیست‌های هیداتید سرعت رشد بسیار آهسته‌ای دارند و به همین علت سال‌ها بدون علامت باقی مانده و تشخیص داده نمی‌شوند. تشخیص بر اساس یافته‌های سرولوژیک و رادیولوژیک مطرح می‌شود. (۵)

سونوگرافی و سی تی اسکن شایع‌ترین تست‌های رادیولوژیک برای تشخیص کیست هیداتید هستند. سونوگرافی روشی غیرتهاجمی، حساس و مقرون به صرفه برای

بیمارانی که برای بیهوشی پرخطر هستند یا رضایت به جراحی ندارند استفاده می‌شود. درمان دارویی به دلیل این که دارو جذب گوارشی معینی داشته و معمولاً غلظت مناسبی در کیست ایجاد نمی‌کند، جایگزین مناسبی برای دو روش فوق نیست و به عنوان پروفیلاکسی جهت پایین آمدن فشار داخل کیست و کاهش خطر آنافیلاکسی، ۱ هفته قبل از PAIR و ۲-۴ هفته قبل از جراحی توصیه می‌شود و بعد از درمان نیز در صورت تخلیه کیست‌ها به روش جراحی ادامه درمان دارویی ضروری نیست، ولی اگر کیست باقی‌مانده باشد ۲-۶ هفته بعد از جراحی توصیه به ادامه درمان دارویی می‌شود. (۲)

مدیریت درمان می‌تواند ترکیبی از درمان‌های مختلف باشد. طبق مقالات موجود تا کنون استفاده از روش‌های رادیولوژیک به صورت انجام آسپیراسیون پرکوتانیوس تحت گاید سونوگرافی متداول بوده و استفاده گسترده‌ای از سونوگرافی در حین عمل جراحی جهت یافتن هرچه بهتر کیست‌های عمقی و آسپیراسیون تحت گاید سونوگرافی برای توده‌هایی که به روش جراحی به راحتی قابل دسترس نیستند در ایران رایج نبوده و تجربه زیادی در این زمینه وجود ندارد، در بیمار مذکور با توجه به وجود کیست بزرگ طحال و کیست‌های متعدد کبد که همگی قابل دسترسی نبودند از این روش جهت تخلیه ضایعات عمیق پارانشیم کبد استفاده شد.

تشخیص کیست است ولی سی تی اسکن با دقت بیش‌تری تعداد کیست‌ها، محل، سایز و وجود کیست در سایر ارگان‌ها را بررسی می‌کند به علاوه برای مانیتورینگ عود پس از درمان نیز ارجح است. (۶)

برای درمان کیست هیداتید به طور کلی ۳ مودالیتیه درمانی شامل درمان جراحی، روش‌های کم‌تهاجمی مثل PAIR و درمان مدیکال وجود دارد، که انتخاب روش درمانی مناسب بر اساس سن بیمار، وضعیت سلامت جسمانی بیمار، شدت علائم، بروز عوارض کیست، تجربه جراح یا رادیولوژیست و تعداد و سایز و محل کیست متفاوت است. (۷و۸)

با توجه به وجود احتمال بروز عوارض شامل پاره شدن کیست به فضای پلور یا پریتون و بروز آنافیلاکسی، عفونت کیست، ایجاد فیستول به ارگان‌های مجاور، درمان قطعی به روش جراحی یا رادیولوژیک توصیه می‌شود. (۳)

در مورد کیست هیداتید طحال، عمل جراحی می‌تواند به صورت اسپلنکتومی کامل یا خروج کیست با حفظ طحال به صورت باز یا لاپاروسکوپی انجام شود. در مواردی شامل کیست‌های متعدد یا وقتی کیست بیش‌تر از ۷۵٪ حجم طحال را درگیر کرده باشد، نفع اسپلنکتومی بیش‌تر از عوارض آن بوده و توصیه می‌شود. (۲)

یکی از جایگزین‌های مناسب جراحی، PAIR تحت گاید سونوگرافی یا سی تی اسکن است که برای کیست‌های با قطر کم‌تر از ۵ سانتی متر یا

REFERENCES:

1. Pukar MM, Pukar SM. Giant solitary hydatid cyst of spleen - A case report. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:435-7.
2. Rasheed K, Zargar SA, Telwani AA. Hydatid cyst of spleen: a diagnostic challenge. *N Am J Med Sci* 2013;5:10-20.
3. Sayek I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg* 2001;25:21-7.
4. Eris C, Akbulut S, Yildiz MK, Abuoglu H, Odabasi M, Ozkan E, et al. Surgical Approach to Splenic Hydatid Cyst: Single Center Experience. *Int Surg* 2013;98:346-53.
5. Mousavi SR, Khoshnevis J, Kharazm P. Surgical treatment of hydatid cyst of the liver: drainage versus omentoplasty. *Ann Hepatol* 2005;4:272-4.
6. Singh H, Arora S. Primary Hydatid Cyst of the Spleen. *Med J Armed Forces India* 2003;59:169-70.
7. Dziri C, Haoet K, Fingerhut A. Treatment of Hydatid Cyst of the Liver: Where Is the Evidence? *World J Surg* 2004;28:731-6.
8. Menezes da Silva A. Hydatid cyst of the liver-criteria for the selection of appropriate treatment. *Acta Trop* 2003;85:237-42.