

معرفی یک مورد نادر کیست هیداتیک بافت زیر جلدی ران

دکتر ناصر صفرنژاد بروجنی^۱

جلد و فاشیای عضلات ران باز شده، توده‌ای کیستیک به رنگ سفید مایل به زرد به قطر ۴ سانتیمتر در بین الیاف عضلانی به چشم خورد. باتوجه به چسبندگی به الیاف عضلانی، توده بطور کامل خارج شده و در بررسی با چشم غیر مسلح، اجزای یک کیست هیداتیک از قبیل لایه آدوانتیس و لایه ژرمیناتیو، پس از باز کردن دیده شد و داخل آن حاوی کیستهای دختر بود. نمونه جهت پاتولوژی ارسال و گزارش پاتولوژیست مؤید کیست هیداتیک بود.

پس از بهبود زخم، بیمار از نظر ضایعات کبدی و روی تحت بررسی قرار گرفت که منفی بود و این بیمار به عنوان موردی از کیست هیداتیک اولیه عضلات ران مطرح می‌باشد.

بحث

بیماری هیداتیک، یکی از بیماریهای شایع انگلی در خاور میانه و بخصوص کشور ما می‌باشد. این بیماری در مناطق غرب کشور شایعتر است و بطور کلی درصد نسبتاً بالایی از اعمال جراحی را به خود اختصاص می‌دهد.

کیست هیداتیک که در زمینه ارتباط نزدیک و تنگاتنگ حیوان و انسان به علت ورود لارو اکسینوکوکوس گرانولوزوس (*Echinococcus granulosus*) به دستگاه گوارش انسان به وجود می‌آید، بعد از عبور از سیستم پورت در ۸۰٪ موارد موجب گرفتاری کبد می‌شود و اگر قرار باشد کیست هیداتیک در جایی غیر از کبد به وجود آید، باید لارو از فیلتر کبدی به طریقی عبور کند.

منظور از نگارش این مقاله، معرفی یک مورد بسیار نادر کیست هیداتیک ناحیه ران می‌باشد که به صورت توده‌ای زیرجلدی و با تشخیص تومورهای معمول بافت نرم زیر جلد مثل لیپوم یا نروما تحت عمل جراحی قرار گرفت و در حین عمل متوجه ساختار و اجزاء کیست هیداتیک در این توده شدیم و سپس این تشخیص توسط پاتولوژیست به تأیید رسید.

هر چند این بیماری بسیار نادر است، ولی با توجه به شیوع کیست هیداتیک در کشورمان، لازم است در تشخیص افتراقی توده‌های زیرجلدی، کیست هیداتیک را به عنوان یک تشخیص در ذهنمان مطرح کنیم، تا مبدا در یک مورد موجب گسترش این بیماری یا پیدایش عوارض دیگر این بیماری در بدن بیمار باشیم.

معرفی بیمار

یک مرد جوان، ۲۵ ساله، کشاورز و ساکن یکی از روستاهای اطراف زنجان به علت وجود توده‌ای در سطح داخلی ران راست، به درمانگاه جراحی مراجعه نمود. وی ۲۰ روز قبل از مراجعه بطور تصادفی متوجه بیماری خود شده بود و هیچ گونه ناراحتی دیگری را بیان نمی‌نمود.

در معاینه، توده‌ای سفت و ثابت، کمی عمقی‌تر از توده‌های معمول زیر پوست به دست می‌خورد. این توده در لمس، فاقد هرگونه درد و علائم التهابی بود.

بدون انجام هرگونه اقدام تشخیصی بیمار با تشخیص توده‌های شایع زیر جلد، به اطاق عمل برده شد و با بی‌حسی موضعی، تحت عمل جراحی قرار گرفت. به ترتیب لایه‌های پوست، زیر

Generalized Hydatidosis مطرح می‌باشد. وجود کیست هیداتیک ران معمولاً بدون علامت بوده و ممکن است نهایتاً خودبه‌خود به بیرون باز شده یا عفونی گردد و یا بصورت یک سینوس ترشعی درآید. درمان کیست هیداتیک برداشتن کامل کیست و در صورتی که چسبندگی به عروق یا اعصاب داشته باشد خارج کردن قسمتی از آن می‌باشد.

نتیجه

به دلیل مشکل بودن تشخیص کیست هیداتیک بافت زیر جلد و عضلات بایستی کیست به عنوان تشخیص افتراقی توده‌های زیر جلدی مورد توجه باشد.

به دلیل بدون علامت بودن این بیماری و یا تنها لمس توده‌ای در زیر پوست، اکثر این کیست‌ها در حین عمل جراحی تشخیص داده می‌شود. مگر اینکه عفونی شده یا به علت پاره‌شدن موجب شوک آنافیلاکتیک گردیده و یا به علت ضربه به بیرون باز و به صورت سینوس ترشعی درآید.

عبور لارو از فیلتر کبدی به دو صورت اتفاق می‌افتد:

۱- ورود به وریدهای کبدی و نهایتاً وریدهای سیستمیک

۲- از طریق نفوذ به مجاری لنفاوی کبدی که نهایتاً به

جریان خون وریدی سیستمیک می‌رسد. بعد از عبور از کبد ممکن است در ریه جایگزین شده و موجب تشکیل کیست هیداتیک ریه شده و یا می‌تواند با عبور مجدد وارد جریان خون شریانی شده و به هر نقطه بدن برسد.

یکی از نادرترین نقاط بدن برای گرفتاری کیست هیداتیک بافت عضلانی و بخصوص ناحیه عضلات ران می‌باشد.

با مرور بر متون پزشکی در طی ۱۰ سال گذشته از ۱۹۸۲ تا ۱۹۹۲ تنها دو مورد کیست هیداتیک ناحیه ران گزارش شده است. یکی در زیمبابوه در سال ۱۹۸۹ و دیگری اخیراً در عربستان و یک مورد گرفتاری عضله سینه‌ای بزرگ نیز در سال ۱۹۸۶ گزارش شده است.

بیمار مورد بحث ما سومین نمونه کیست هیداتیک ران در دهه اخیر می‌باشد. بطور کلی کیست هیداتیک بافت زیر جلد و عضله بسیار نادر و در حدود ۱٪ کیست‌های هیداتیک گزارش شده است. و بعنوان تظاهراتی از هیداتیدوزیس سیستمیک

REFERENCES

- 1- Rami Porta R, Bravo J L, Aroca Gonzalez MI, Alix Treuba, Sarano Munoz F. Tumors and pseudo tumors of the chest wall. *Cardiovasc Surg*, 19(1):97-103, 1985.
- 2- Abdel Khalir RA, Othman Y. Hydatid Cyst of Pectoralis Major Muscle, *Acta Chir Scand*, Jun-Jul 152:469-71, 1986.
- 3- Bordon LM, Tadzimirwa E, Sawyer K. Hydatid disease in Zimbabwe: a case report. *Cent Afr J Med*, 35(11):531-4, 1989.
- 4- F.F.H, Ammari.M.R.M. Steitiah, M.M.S. Abu khalaf, Primary Hydatid Disease in unusual sites, *Saudi Medical Journal*, 13(6):564-566, 1992.