

گزارش دو مورد جایگیری کیست هیداتیک در پستان

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۳، صفحه ۲۱۲، ۲۵۳۶

دکتر مهدی صیرفیان پور - دکتر حمید علیزاده - دکتر محمدعلی حاج علی اکبری *

کیستهای بزرگ بطور واضح در کبد یا سایر اعضای حفره شکم مشاهده میگردد. وقتی که جایگیری ابتدائی لارو در استخوان باشد کیست معمولاً در انتهای اپی فیز رشد می کند (۴ و ۱) و شکستگیهای خود بخود در این مورد شایع میباشد. گاهی قبل از تشکیل لایه فیبر و کلاژن محیطی، محتوای کیست به رگها راه پیدا کرده در سایر نقاط مناسباً ایجاد می کند.

گاهی پاره شدن کیست و واکنش آنافیلاکتیک شدیدی به وجود می آورد که ممکنست منجر به مرگ گردد. بیماری هیداتید هنوز یک مسئله قابل توجه جهانی میباشد و نه تنها ممکنست هر عضوی را گرفتار کند بلکه میتواند حالات مرضی مختلفی را بوجود آورد و یا تقلید کند (۸ و ۷).

در ایران از نظر آلودگی به کیست هیداتیک بیماران بسیاری وجود دارند. در این خصوص گزارشهای متعددی ارائه شده است. این مقاله مربوط به دو مورد جایگیری نادر کیست هیداتیک در پستان میباشد که اخیراً در اصفهان با آن مواجه شده ایم.

شرح حال بیماران:

بیمار اول: در تاریخ ۲۷/۹/۳۵، خانم م - د، ۲۳ ساله و شیرده پدرمانگاه جراحی مرکز پزشکی فیض دانشگاه اصفهان مراجعه کرد و بعلت وجود توده ای در پستان چپ بستری گردید. در حدود ۱/۵ سال قبل بیمار در پستان خود متوجه توده کوچکی شده است که متحرک و بی درد بوده و با وجود درمان سرپائی بتدریج بر حجم توده افزوده گشته و بهبود حاصل نشده است. در این

این بیماری ناشی از انگل اکینو کوکوس گرانولوزوس لارو کرم پهن سگ است.

بیماری با پیدایش کیستهای اکینو کوکوس مشخص می گردد. انسان، گاو، گوسفند، خوک و سایر پستانداران، میزبان معمولی و واسطه این انگل بشمار میروند. تخمهای کرم بامدفع سگهای آلوده دفع میگردد. این تخمها هنگامیکه توسط پستانداران مستعد خورده شوند در دستگاه گوارش باز و جنین خارج شده با نفوذ در دیواره روده و با درمجاری لنفاوی ورگها به دیگر نقاط بدن انتشار میابد (۵).

بر طبق آمار که تا کنون ارائه شده است از نظر پراکندگی کیستها در اندامهای گوناگون بدن انسان، در بیش از ۵۰٪ موارد کیست در کبد تشکیل می گردد (۲ و ۶).

سایر نواحی به ترتیب جایگیری عبارتند از: ریهها، استخوانها، مغز و سایر اندامها. کیست ابتدا کوچک است و بتدریج بزرگ می شود، بطوریکه طی حدود ۵ سال یا بیشتر قطر آنها بحد اکثر ۲۵ سانتیمتر میرسد. کیست از مایع هیداتید نسبتاً شفاف پر شده و اطراف این مایع را یک لایه زاینده هسته دار داخلی و یک لایه خارجی کدر و بی هسته احاطه میکند. در خارج این لایه کدر و در بافت میزبان واکنش آماسی بصورت لایه ای از سلولهای فیبر و بلاست، سلولهای غول آسا (ژانت) و تک هسته ای و ارتشاح ائوزینوفیل بوجود می آید.

در داخل این کیستها کیستهای دختر (daughter - cysts) رشد میکنند که در وسط آنها کپسول و زیکول مانند زایا (Brood Capsule) تشکیل می شود (۵).

* دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

بیمار بطور نامرتب تحت درمان سرپاشی بوده و نتیجه‌ای حاصل نشده است. رشد این توده از حدود چهارماه قبل سر به سر گشته و دردناک نیز شده است. در سابقه خانوادگی و گذشته بیمار نکته مرضی کشف نگردید. در معاینه پستان راست بزرگتر از پستان چپ بود و در لمس توده‌ای متحرک با قوام نسبتاً سفت بی چسبندگی به اطراف و به اندازه تقریبی 3×3 سانتی‌متر لمس میشد. این توده در لمس اندکی حساس بود. تومور در قسمت فوقانی و داخلی پستان راست جاداشت و هیچگونه ادنوپاتی هنگام معاینه کشف نگردید. آزمایش‌های خون و ادرار در حدود طبیعی بود. پرتو نگاری سینه نکته مرضی نشان نداد. با تشخیص اولیه کیست توموری پستان بیمار جهت بافت برداری و جراحی آماده شد. هنگام عمل توده‌ای آهکی مشاهده گشت که کاملاً برداشته و به بخش آسیب‌شناسی ارسال شد و در نتیجه وجود کیست هیداتیک تأیید گشت.

بحث و خلاصه

آلودگی به کیست هیداتیک هنوز در سطح جهانی مسئله قابل توجه‌ای است.

بعلت رشد آهسته کیست که تنها تظاهر واضح این آلودگی میباشد گاهی سالیان دراز بصورت‌های گوناگون بیمار را سرگردان میکند و موجب گمراهی پزشکان در تشخیص میگردد.

گزارش‌های چندی از مراکز دانشگاهی کشور در زمینه بررسی و تهیه آمار و گزارش‌های نادر از این آلودگی تاکنون ارائه شده است (۱ و ۲) که هر کدام بنوبه خود میتوانند در تشخیص و پیش آگاهی و درمان راهنمای ارزنده‌ای باشد.

آنچه مسلم است از سال ۱۹۶۱ میلادی تاکنون تعداد اندکی موارد ابتلاء پستان به کیست هیداتیک در جهان گزارش شده است. امروزه بعلت بالا رفتن سطح دانش همگان خوشبختانه خانه‌ها توجه خاصی بسلامت خود پیدا کرده‌اند و دومورد نادری که ما گزارش کردیم، ناشی از این توجه است که وجود کیست هیداتیک در پستان دو زن جوان آنان را نگران کرده بود که مبادا تومور بدخیم در کار باشد. وجود کیست هیداتیک پستان را که از موارد کمیاب جایگزینی این عارضه است، باید به‌هنگام برخورد با تومورها و سایر کیست‌های پستان در نظر داشته باشیم و بایک عمل ساده بیمار و خانواده‌ او را از نگرانی رها سازیم.

REFERENCES:

- 1- Amir -Jahed, A. K.: Clinical Echinococcosis. Ann. Surg. 15: 182, 1975.
- 2- Amir -Jahed, A. K., Sadrieh, M., Farpour, A., et al: Thoracobilia. A surgical complication of hepatic echinococcosis and amebiasis. Ann. Thorac. Surg. 14: 198-205, 1972.
- 3- Hoghoghi, N. Jalayer, T: The prevalence of echinococcus granulosus in Shiraz, Iran. Ann. Trop. Med. Parasit 61: 437: 1967.
- 4- Emamy, E., Asadian, A. Isfahan, Iran: Unusual presentation of hydatid disease. Am. J. Surg. 3: 132-1976.
- 5- Stanly, L., Robbins, «pathlogy» Saunders Company, 1967.
- 6- Papadimitriou, J. and Mandrekas, A.: The surgical treatment of hydatid disease of the liver, Br. J. Surg. 57: 431-433, 1973.
- 7- Stein, G. R. and McCully, D. J.: Hydatid disease in Western Australia (1957-1967). Med. J. Aust. 1: 848-850, 1970.
- 8- Talib, H.: Some surgical aspects of hydatid disease in Iraq. Br. J. Surg., 55: 576-585, 1968.

هنگام بیمار حامله میشود و حاملگی او بدون هیچ‌گونه مخاطره‌ای به پایان میرسد و نوزادی سالم بدنیا می‌آورد. اما در مدت حاملگی بر حجم توده پستان چپ اضافه میگردد و اکنون که شش ماه از زایمان میگذرد، پستان طرف راست خیلی کمتر از پستان چپ شیر دارد و در این مدت تغذیه کودک بیشتر از این پستان بوده و مادر تغذیه کمکی هم انجام داده است. هیچ‌گونه تاربخچه ترشح آبکی یا خونابه‌ای پاچر کی را از این پستان در گذشته با حال متذکر نیست. در سابقه شخصی و خانوادگی بیمار نکته قابل‌ذکری یافت نگردید. در معاینه پستان چپ بزرگتر و برجسته‌تر از پستان راست بود ولی هیچ‌گونه کشیدگی بداخل یا اختلال در وضع پوست و نوک آن ملاحظه نگردید. تغییر رنگ واضحی با مقایسه دو پستان مشهود نبود.

در لمس، توده‌ای به قطر تقریبی 7×7 سانتی‌متر در قسمت فوقانی داخلی پستان چپ لمس گردید که جدارش منظم و صاف و متحرک بود ولی دردناک نبود و در لمس توجع داشت. در معاینه فیزیکی سایر نواحی و اعضاء هیچگونه ادنوپاتی یا نکته مرضی کشف نگردید. کلیه آزمایش‌های خون و ادرار در حدود طبیعی بودند و پرتو نگاری سینه چیزی نشان نداد. در تشخیص اولیه یک ضایعه کیستی و توموری برای بیمار مطرح گردید. بیمار برای بافت برداری و عمل آماده شد که در تاریخ $35/10/5$ انجام گردید و کیستی بقطر در حدود ۶ سانتی‌متر که ظاهری شبیه کیست هیداتیک داشت، دیده شد. کیست کاملاً بیرون آورده و به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان ارسال شد و وجود کیست هیداتیک تأیید گشت. در آزمایش فلورسانس که از خون بیمار بعمل آمد آلودگی به کیست هیداتیک قطعی گردید.

بیمار دوم:

بیمار خانم الف - پ، ۲۴ ساله، متأهل و ساکن اصفهان بعلت وجود توده‌ای در پستان راست در مرکز پزشکی فیض دانشگاه اصفهان بستری گردید. بگفته بیمار از یک سال قبل ابتدا توده‌ای به اندازه یک فندق در این پستان احساس کرده است که بی‌درد بوده و هیچگونه خونابه‌ای یا مایع چرکی یا آبکی در این مدت از پستان خارج نشده است. در یکسال گذشته بیمار سه مرتبه حامله شده که هر سه مورد به سقط انجامیده است. در این مدت

۵- کتاب آسیب شناسی رابینز