

گزارش دو مورد جایگیری کیست هیداتیک در پستان

مجله فلام 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 میکند (۴۱) و شکستگیهای خود بخود در این مورد شایع میباشد. گاهی قبل از تشکیل لایه فیبر و کلاژن محیطی، محتواهی کیست به رگها راه پیدا کرده در سایر نقاط متاستاز ایجاد میکند.

گاهی پاره شدن کیست واکنش آنافیلاکتیک شدیدی به وجود میآورد 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 (۸۷ و ۹۰).

در ایران از نظر آنold 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 شده‌اند.

شرح حال بیماران:

بیمار اول: در تاریخ ۲۷/۹/۳۵، خانم م - د، ۲۳ ساله و شیرده بدرمانگاه جراحی مرکز پزشکی فیض دانشگاه اصفهان مراجعت کرد و بعلت وجود توده‌ای در پستان چپ بستری گردید. در حدود ۱/۵ سال قبل بیمار در پستان خود متوجه توده کوچک شده است که متحرک و بی درد بوده و با وجود درمان سربائی بقدیر بحرجم توده افزوده گشته و بهبود حاصل نشده است. در این

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

بیماری با پیدا شدن کیستهای اکینوکوکوس مشخص می‌گردد. انسان، گاو، گوسفند، خوک و سایر پستانداران، میزبان معمولی و واسطه این انگل بشمار میروند. تخمها کرم بامدفوع 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 یا در مجرای لنفاوی و رگها بدیگر نقاط بدن انتشار میابد (۵).

بر طبق آماری که تاکنون ارائه شده است از نظر پراکندگی کیستها در انداهای گوناگون بدن انسان، دریشان از ۵۰٪ موارد کیست در کبد تشکیل می‌گردد (۶ و ۷).

سایر نواحی به ترتیب جایگیری عبارتند از: ریهها، استخوانها، مغز و سایر انداهای کیست ابتدا کوچک است و بتدريج بزرگ می‌شود، بطوريکه طی حدود ۵ سال یا ييشتر قطر آنها بحداکثر ۲۵ سانتیمتر ميرسد. کیست از مایع هیداتید نسبتاً شفافی پر شده و اطراف اين مایع را يك لایه زاينده هسته دار داخلی و يك لایه خارجي كدر و بی هسته احاطه ميکند. در خارج اين لایه كدر و در بافت میزبان واکنش آماسي بصورت لایه‌ای از سلولهای فيبروبلاست، سلولهای غول آسا (زان) و تک هسته‌ای و ارتشاج ائوزینوفیل بوجود می‌آيد.

در داخل این کیستهای کیستهای دختر (daughter - cysts) رشد میکنند که در وسط آنها کپسول وزیکول ماتند ذایا (Brood Capsule) تشکیل می‌شود (۵).

* دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

بیمار بظور نامرتب تحت درمان سریائی بوده و تتجهای حاصل نشده است. رشد این توده از حدود چهارماه قبل سرعتنگ شده و در دنده نیز شده است. درسا به خانوادگی و گذشته بیمار نکته مرضی کشف نگردید. در معاینه پستان راست بزرگتر از پستان چپ بود و در لعن تودهای متحرک با قوام نسبتاً سفت بی چسبندگی به طرف و به اندازه تقریبی 3×3 سانتیمتر لمس میشود. این توده در لمس اندکی حساس بود. تومور در قسمت فوقانی و داخلی پستان راستجاداشت و هیچگونه ادنوباتی هنگام معاينه کشف نگردید. آزمایش‌های خون و ادرار در حدود طبیعی بود. پرتونگاری سینه نکته مرضی نشان نداد. با تشخیص اولیه کیست توموری پستان بیمارجهت بافت برداری و جراحی آماده شد. هنگام عمل تودهای آهکی مشاهده گشت که کاملاً برداشته و به بخش آسیب‌شناسی ارسال شد و در توجه وجود کیست هیداتیک تأیید گشت.

بحث و خلاصه
آلودگی به کیست هیداتیک هنوز در سطح جهانی مسئله قابل توجهی است.

بعلت رشد آهسته کیست که تنها ظاهر واضح این آلودگی میباشد گاهی سالیان دراز بصورت های گوناگون بیماران 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 (۲۰) که هر کدام بنوبه خود مبتواند در تشخیص و پیش‌آگاهی 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. امر ورژه بعلت بالا رفتن سطح داشن همگان خوشبختانه خانمها 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 ذن 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 به هنگام برخورد با تومورها و سایر کیست‌های پستان در قدر داشته باشیم و با یک عمل ساده بیمار و خانواده اورا 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 برحجم 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 تقدیمه کودک بیشتر از این پستان بوده و مادر تقدیمه کمکی هم انجام داده است. هیچ گونه تاریخچه ترشح آبکی یا خون‌ابهای یا چرکی را از این پستان در گذشته باحال مذکور نیست. درسا به شخصی و خانوادگی بیمار نکته قابل ذکری 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 در دنده نبود و در لمس تمحق داشت. در معاینه فیزیکی سایر نواحی و اعضاء هیچ‌گونه ادنوباتی یا نکته مرضی کشف نگردید. کلیه آزمایش‌های خون و ادرار در حدود طبیعی بودند و پرتونگاری 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 ۱۵/۱۰/۳۵ انجام گردید و کیستی بقطیر 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 فلورسانی که از خون بیمار بعد از آمد آلودگی به کیست هیداتیک قطبی گردید.

بیمار دوم:

بیمار خانم الف - پ، ۲۴ ساله، متاهل 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 بهاندانه یک فندق در این پستان احساس کرده است که می‌درد بوده و هیچ‌گونه خون‌ابهای یا مایع چرکی یا آبکی در این مدت از پستان خارج نشده است. در یک سال گذشته بیمار سه مرتباً حامله شده که هر سه مورد به سقط انجامیده است. در این مدت