

گزارش یک مورد کیست هیداتیک استخوان ران

منیره حلیمی: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

Email: Mohalimi@Gmail.com

سعیده شریعتی کوهبنانی: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سید باقر ترابی: گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
بهروز پوراصغری: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۷/۸/۸، پذیرش: ۸۸/۱۱/۳۰

چکیده

بیماری کیست هیداتیک توسط لارو اکینوкокوس ایجاد می‌شود. اکینوкокوس گرانولوزوس شایع‌ترین عامل بیماری هیداتیک در انسان است. بیماری از طریق تلقیح تخم انگل از راه تماس مستقیم یا خوردن آب و غذای آلوده منتقل می‌شود و عمدتاً کبد (۸۰٪) و ریه (۱۵٪) را گرفتار می‌کند. هیداتیدوز استخوان بسیار نادر است (۲/۵٪-۰/۵٪). در این مقاله یک مورد کیست هیداتیک استخوان ران در یک خانم ۳۴ ساله با شکایت درد و تورم استخوان ران گزارش می‌شود. مطالعات رادیوگرافیک یک ضایعه کیستیک تخریب کننده را در ناحیه متافیز استخوان ران نشان می‌دهند. بیمار با تشخیص احتمالی تومور استخوان عمل می‌شود. پس از برداشت ضایعه، یافته‌های هیستوپاتولوژیک کیست هیداتیک استخوان ران نشان می‌دهد و بیمار تحت درمان با آلبندازول و پیگیری قرار می‌گیرد.

کلید واژه‌ها: کیست هیداتیک، کیست هیداتیک استخوان بلند، بیماری هیداتیدوز استخوانی

مقدمه

مشکل است زیرا یافته پاتوگنومونیک نداشته و یافته‌های رادیوگرافیک نیز اغلب از ارزش محدودی برخوردار است (۵). تست پوستی کازونی اغلب مثبت بوده اما حساسیت و ویژگی آن پایین است. تستهای آنتی بادی اکینوкокوکال و نشان دادن باندهای تیپیک در ایمونو بلات بسیار اختصاصی است (۱۰). درمان انتخابی برداشت کامل ضایعه با جراحی است و درمان‌های دارویی نظیر مبندازول و آلبندازول کافی نیست اما در مواردی که برداشت کامل ضایعه امکان پذیر نبوده یا مورد تردید است به جراحی افزوده می‌شود (۹).

اکینوкокوزیس (بیماری کیست هیداتیک) بیماری عفونی است که توسط لارو اکینوкокوس ایجاد می‌شود (۱۲ و ۱). بیماری از طریق تلقیح تخم انگل منتقل شده و معمولاً کبد (۸۰٪) و ریه (۱۵٪) را درگیر می‌کند اگر چه هر قسمتی از بدن در این بیماری می‌تواند گرفتار می‌شود (۳ و ۲). کیست هیداتیک استخوان بسیار نادر است (۵/۲-۰/۵٪). تاکنون مواردی از کیست هیداتیک در ستون مهره، استخوان فمور، تیبیا، فیبولا و لگن گزارش شده است. ضایعات استخوان‌های بلند در ابتدا ایفیز یا متافیز را درگیر می‌کند و سپس به دیافیز گسترش می‌یابد (۱ و ۴) و معمولاً با مشکلات تشخیصی همراه است. تشخیص قبل از عمل بدون مطالعات هیستوپاتولوژیک

بیماری توبرکلوزیس قرار می‌گیرد. گرافی ریه بیمار هیچ گونه شواهدی از سل ریوی و یا هر گونه یافته پاتولوژیک را نشان نمی‌دهد و بیمار نیز سابقه‌ای از تماس با فرد مسلول را ذکر نمی‌کند. در آزمایشات درخواست شده برای بیمار یافته غیر طبیعی مهمی یافت نمی‌شود. گرافی استخوان بیمار تصویر یک کیست مولتی لوکوله را نشان می‌دهد (تصویر ۱). بیمار با تشخیص قبل از عمل ضایعه کیستیک تومورال استخوان ران تحت عمل جراحی و برداشت ضایعه قرار می‌گیرد. مطالعات پاتولوژیک بافت استخوانی را به همراه ممبران‌های هیالن کیست هیداتیک نشان می‌دهد (تصویر ۲). پس از این تشخیص بیمار تحت پیگیری و درمان با داروی آلبندازول قرار گرفت. در بررسی سی تی اسکن بیمار کانون اولیه دیگری از کیست هیداتیک مشاهده نشد.

بحث

بیماری کیست هیداتیک استخوان اغلب بدون علامت است و تنها در مراحل پیشرفته و با گسترش ضایعه علامتدار می‌شود محل اولیه ضایعه در استخوان‌های بلند، متافیز یا اپیفیز است که بعداً به دیافیز گسترش می‌یابد (۶و۴). عوارض بالقوه ضایعه شکستگی، عفونت و فیستول دار شدن ضایعه است این بیماری می‌تواند بیماری‌های بسیاری نظیر توبرکلوز، کیست ساده استخوان، آرتروزهای غیرحاد، ژانت سل تومور، فیروز هیستوسیتوم بدخیم، میلوم مالتیل و کندروسارکوم را تقلید کند (۷). به علت پاسخ ناکافی به درمان‌های دارویی هیداتیدوز استخوان بایستی با جراحی وسیع ضایعه درمان شود (۸).

نتیجه گیری

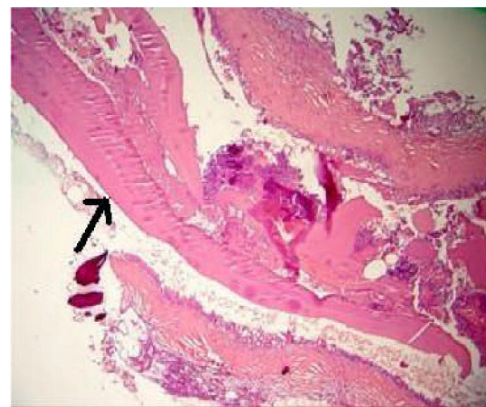
هدف از این گزارش تاکید بر این مطلب است که همکاران محترم در ضایعات کیستیک ارگان‌های بدن خصوصاً در مناطق اندمیک نظیر کشور ایران بیماری کیست هیداتیک را به خاطر داشته باشند.

References:

1. Gupta A, Kakkar A, Chadha M, Sathave C B A primary intrapelvic hydatid cyst presenting with foot drop and a gluteal swelling: a case report. *J Bone Joint Surg Br* 1998; **80**: 1037-1039.
2. Omid Kashani F, Hagi Z, Mazloumi M. Unusual presentation of iliac bone hydatid cyst: a case report. *Iran J Med Sci* 2007; **32**(2): 121-123.
3. Terek Mc, Ayan C, Vlukus M. Primary pelvic hydatid cyst. *Arch Gynecol Obstet* 2000; **264**: 93-96.
4. Kalinova K, Proichev V, Stefanova P, Tokmakova K, Poriazova E. Hydatid bone disease: a case report and review of the literature. *Journal of Orthopedic Surgery* 2005; **13**(3): 323-325.
5. Barrett NR, Thomas D. Pulmonary hydatid disease. *Br J Surg* 1952; **40**: 222-244.
6. Martinez AA, Herrera A, Cuenca J, Herrero L.



تصویر شماره ۱: کیست مولتی لوکوله در متافیز استخوان ران



تصویر شماره ۲: قسمتی از بافت استخوان را همراه با ممبرانهای کیست و واکنش جسم خارجی در اطراف نشان می‌دهد.

گزارش مورد

در مرداد ماه سال ۱۳۸۷ خانم ۳۴ ساله اهل و ساکن خوی با شکایت درد و تورم موضعی استخوان ران همراه با ترشح از فیستول ایجاد شده در محل، در بیمارستان امام رضا تبریز پذیرش می‌شود. بیمار هیچ گونه علائم همراه نظیر تب و کاهش اشتها نداشته است. بیمار مورد مشاوره همکاران متخصص عفونی از نظر

- Hydatidosis of the pelvis and hip, *Int Orthop* 2001; **25**: 302-304.
7. Booz Mk. Hydatid disease of bone in Kuwait with special reference to differential diagnosis' *Kuwait Med Assoc* 1968; **2**: 27.
8. Zlitni M, Ezzaouia K, Lebib H, Karray M, Kooli M, Mestiri M. Hydatid cyst of bone: diagnosis and treatment. *Word J Surg* 2001; **25**: 75-82.
9. Szypryt EP, Morris DL, Mulholland RC. Combined Chemotherapy and Surgery for hydatid bone disease. *J Bone Joint Surg Br* 1987; **69**: 141-144.
10. Mark H, Robbert Berkow. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 6th ed. USA, Gary Zelko, 1999; PP: 1275.