مجله علمي دانشگاه علوم پزشكي كردستان/ دوره سيزدهم/ پائيز ۱۳۸۷/ ۸۹-۸۳

گزارش یک مورد کیست هیداتید مغزی

دکتر مهرداد مرادی[۱]، مختار یعقوبی[۲]، جمال صیدي[۳]، دکتر بهرام نیکخو[۴]، محمد فتحي[۳]

۱- بورد تخصصی جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشكي كردستان، مركز تحقيقات باليني بيمارستان بعثت، سنندج (مؤلف مسؤول) تلفن: ۹۱۵-۳۲۸۵۹۱۲-۰۸۷۱
mehrdad_marani@yahoo.com
۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشكده پرستاري و مامايي، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۳- کارشناس ارشد پرستاری، دانشكده پرستاري و مامايي، عضو هيئت علمي دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۴- استادیار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: کیست هیداتیک بیماری انگلی است که توسط اکی‌نوکوکوس گرانولوزوس ایجاد می‌شود. انسان میزبان غیر واسط می‌باشد که بصورت تصادفی به یک یا چند کیست هیداتیک مبتلا می‌شود. جایگزینی کیست معمولاً در کبد و ریه بوده و بندرت در قسمتهای دیگر بدن بروز می‌نماید.

معرفی بیمار: بیمار آقایی است ۶۱ ساله که با علائم سردرد، همی پارزی و پارزی فاشیای سمت راست، کاهش سطح هوشیاری و اختلال تکلم مراجعه نموده است. در CT اسکن مغزی بدون تزریق ضایعه هیپودنس هموژن با حدود مشخص در ناحیه فرونتوپاریتال سمت چپ مشهود بود. پس از مطالعات تصویر برداری کاندید جراحی شده و کیست هیداتیک داخل مغزی بدون ضایعه عصبی و پاره شدن خارج و بعد از جراحي تحت مراقبتهاي ويژه پرستاري در ICU قرار گرفت و هفت روز بعد ترخیص و گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: کیست هیداتیک می‌تواند بطور نادر مغز را درگیر نماید و در CT اسکن مغزی به صورت ضایعه هیپودنس (کیستیک) مشاهده می‌گردد و جراحی آن ضرورت دارد.

کلید واژه‌ها: کیست هیداتیک، اکی‌نوکوکوس گرانولوزوس، مغز
وصول مقاله: ۸۶/۱۰/۱۹ اصلاح نهايي: ۸۷/۴/۱۱ پذیرش مقاله: ۸۷/۵/۲

مقدمه

کیست هیداتیک از بیماریهای انگلی بین انسان و حیوان محسوب می‌شود و از بین گونه‌های مختلف، اکی‌نوکوکوس گرانولوزوس عامل بیماری کیست تک حفره‌ای است و بیماری انتشار جهانی دارد (۳-۱). میزان بروز بیماری در سال ۱۹۹۹ در ایران ۰/۶۷ در صد هزار گزارش شده است. بیشترین موارد بیماری در خراسان، اصفهان و فارس به ترتیب ۱۰۶، ۵۱ و ۳۶ مورد در صد هزار نفر گزارش گردیده است (۴). کبد در ۵۰ الی ۷۰ درصد و ریه در ۲۰ الی ۳۰ درصد موارد و سایر نواحی مغز و استخوانها در کمتر از ۱۰% موارد درگیر می‌شوند (۵). کیست هیداتیک مغز در کمتر از ۲% موارد دیده می‌شود (۱۰-۶) و در ۷۵% موارد در بچه‌ها بروز می‌کند (۱۱,۱۲). کیست هیداتیک داخل مغزی باعث افزایش فشار داخل مغزی شده و جراحی در این بیماران ضرورت دارد (۱۳). در این مقاله برای اولین بار یک مورد کیست هیداتیک بزرگ مغزی در یک فرد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

بزرگسال در سنندج از مرکز استان کردستان گزارش می‌شود.

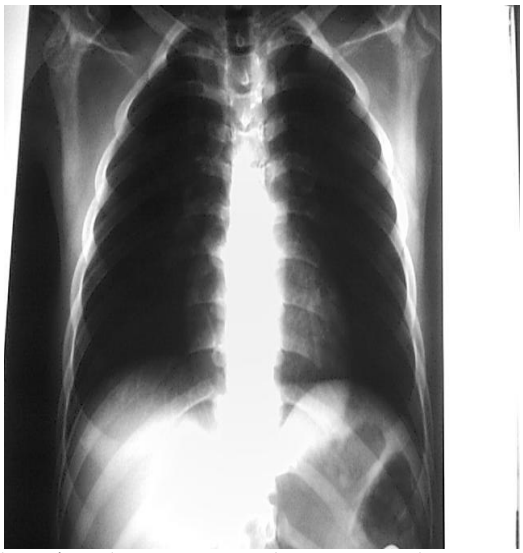
معرفی بیمار

بیمار مردی است متأهل، ۶۱ ساله، کشاورز که با علائم سردرد، همی پارزی و پارزی فاشیای سمت راست، کاهش سطح هوشیاری و اختلال تکلم که از یک هفته قبل از مراجعه تشدید یافته بود به بیمارستان مراجعه کرد. بیمار سابقه تماس با حیوانات اهلی از جمله سگ و گوسفند را داشته است.

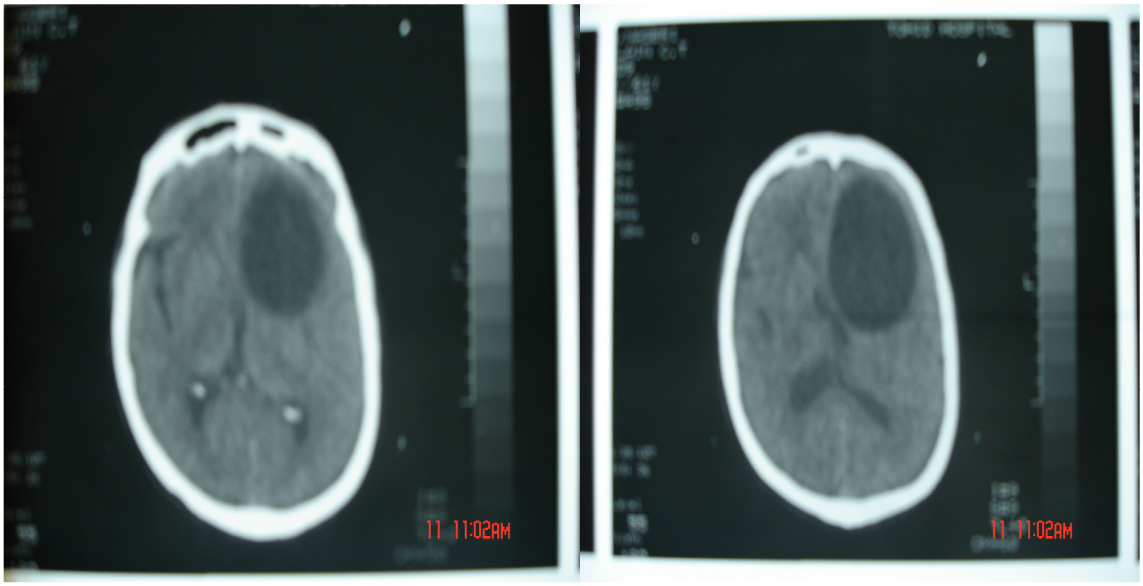
در معاینه همی پارزی سمت راست در حد ۲/۵ و پارزی فاشیای سمت راست کاملا مشهود بود. GCS بیمار ۱۲ بود و بررسی آزمایشگاهی نرمال بود و در بررسی‌های پرتو نگاری ریه و کبد شکل (۱) و همچنین سونوگرافي کبد موردی از درگیری کیستیک یافت نشد. در سی تی اسکن مغزی (Brain CT) بدون تزریق، ضایعه هیپودنس با حدود مشخص و هموژن در فرونتو پاریتال سمت چپ مشهود بوده و شیفت عناصر خط وسط وجود داشت (شکل ۲). در MRI با و بدون تزریق، ضایعه با حدود مشخص هیپوسیگنال در T1 و هیپرسیگنال در T2 بدون جذب ماده حاجب مشهود بود (شکل ۳).

به دنبال تشخیص، بیمار تحت عمل جراحی کرانیوتومی فرونتوتمپوروپاریتال سمت چپ قرار گرفت و رزکسیون کیست بطور کامل و بدون پارگي و عوارض عصبي انجام شد (شکل ۴). بیمار بعد از جراحی تحت مراقبتهاي پرستاری ویژه در ICU قرار گرفت و ۷ روز بعد ترخیص شد و هنگام ترخیص نقص حرکتی بیمار بهبود یافته بود و GCS بیمار ۱۴ بود. در سی تی اسکن کنترل بعد از جراحی ضایعه مورد مشاهده تخلیه شده بود (شکل ۵) و جواب پاتولوژی ماکروسکوپي: کیست هیداتید مغزي با قطر ۸ سانتی‌متر و ضخامت ۰/۲ گزارش گردید. همچنین برش میکروسکپی نشان‌دهنده کیست‌های Dauether Cyst چسبیده به جدار داخلی کیست است شکل (۶) و نشاندهنده دیواره لایه لایه بدون هسته همراه با لایه ژرمیناتیو (زایا) از جدار کیست هیداتید با درشت نمایی ده برابر (شکل ۷) و درشت نمایی ۴۰ برابر است (شکل ۸). بیمار بعد از جراحی تحت درمان با آلبندازول خوراکی با دوز ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز بمدت سه ماه قرار گرفت.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

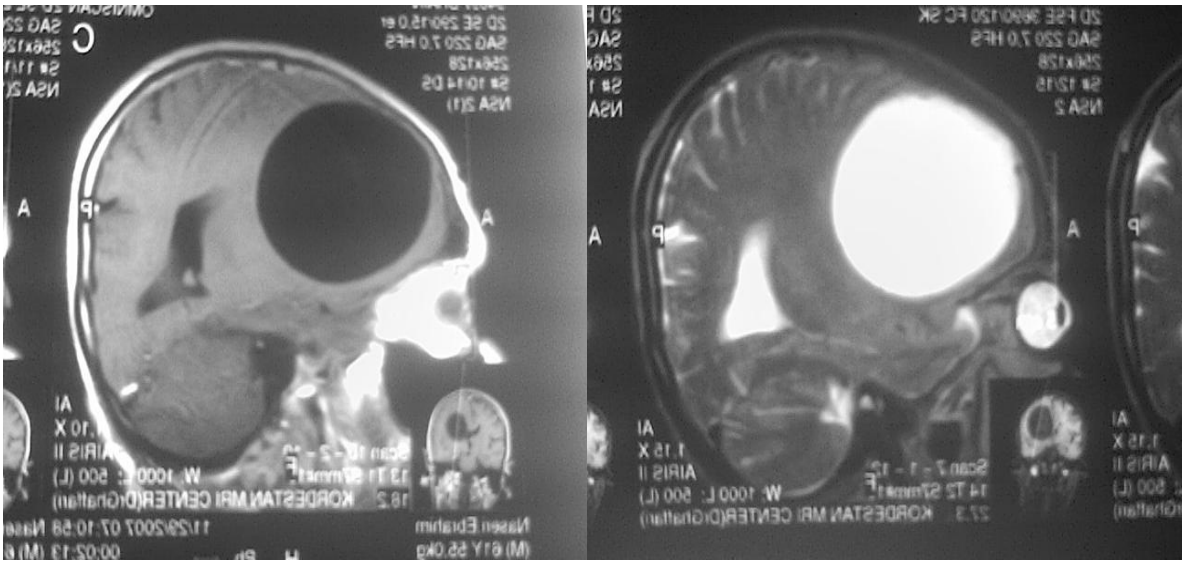


شكل ۱: راديوگرافي قفسه سينه وكبد بيمار كه مواردي از درگيري كيستيك مشاهده نمي‌گردد.



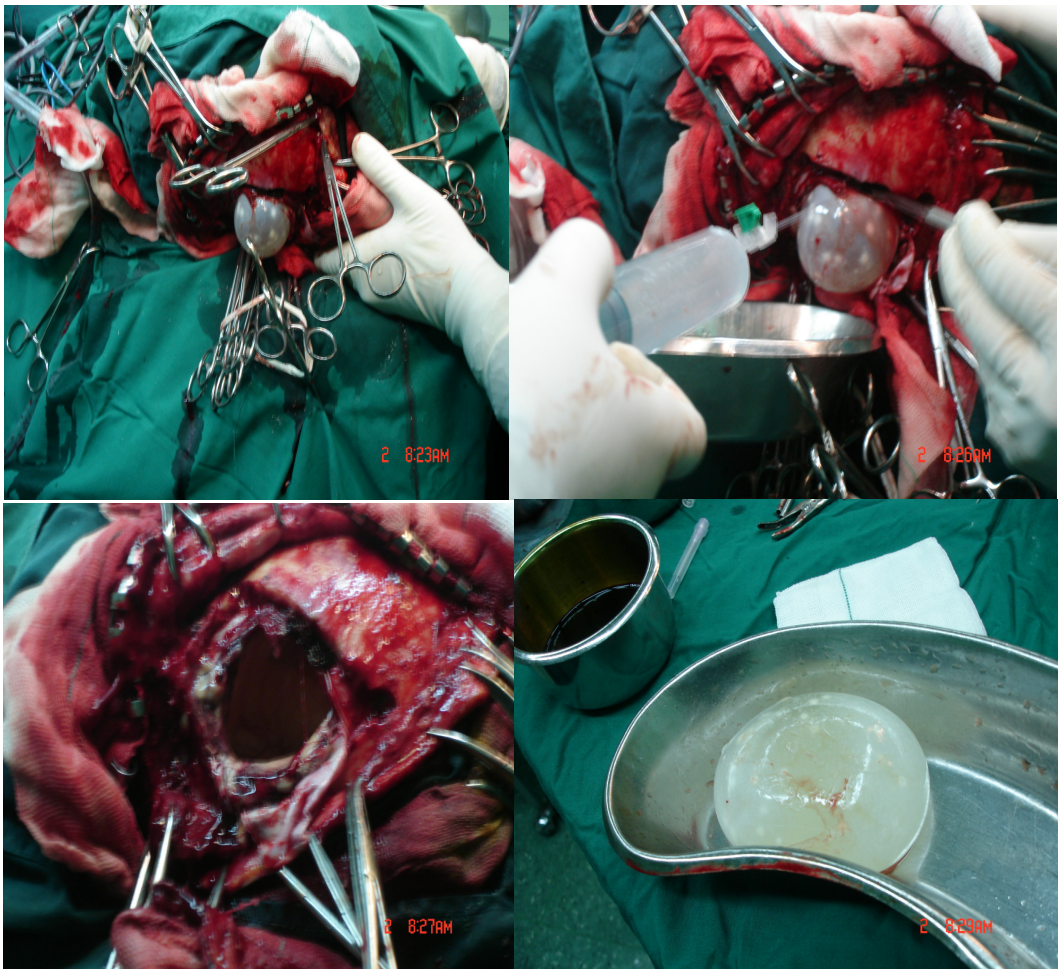
شكل ۲: سي تي اسكن بيمار قبل از جراحي

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

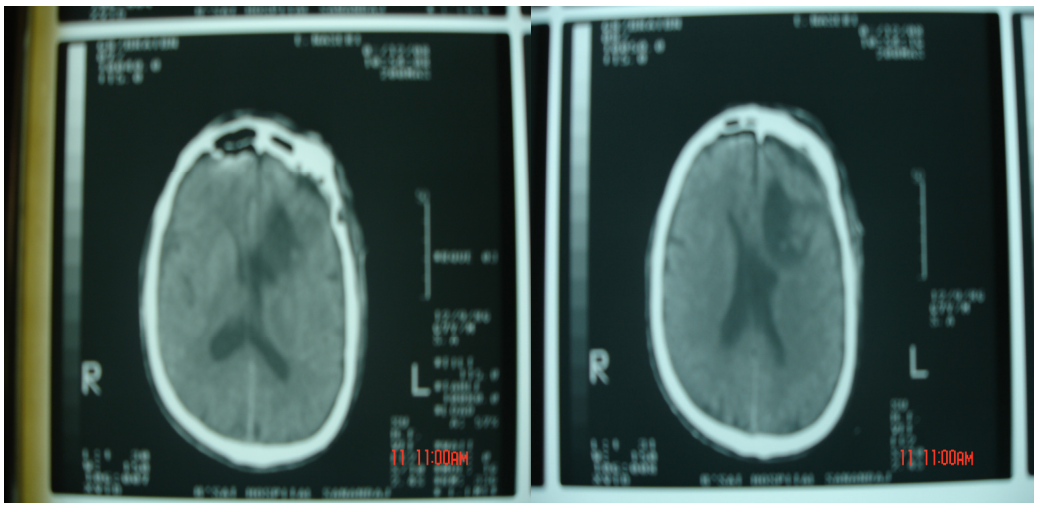


شکل ۳: MRI بیمار با و بدون تزریق قبل از جراحی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

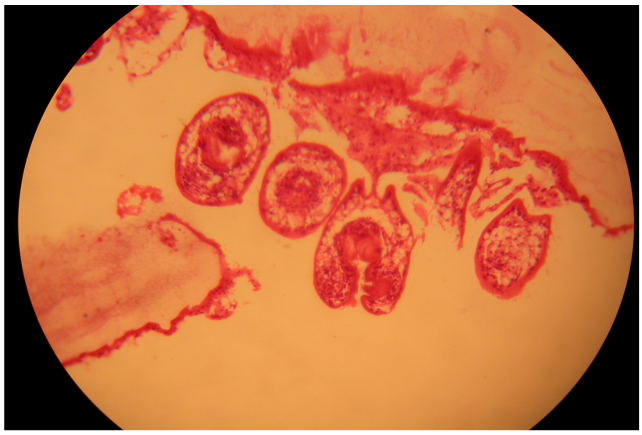


شکل ۴: مراحل جراحی و رزکسیون کیست بدون پارگی

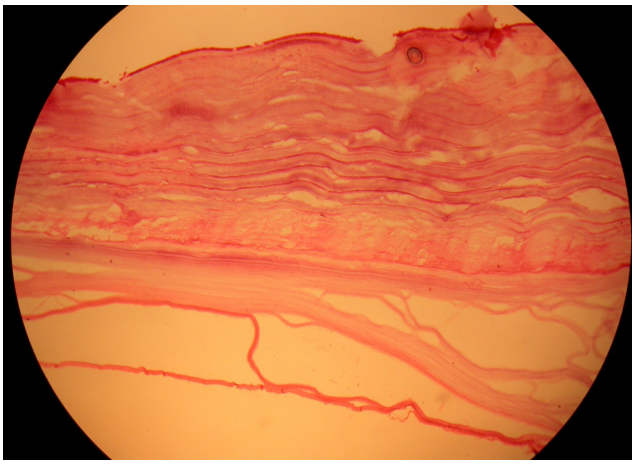


شکل ۵: سی تی اسکن بیمار بعد از جراحی

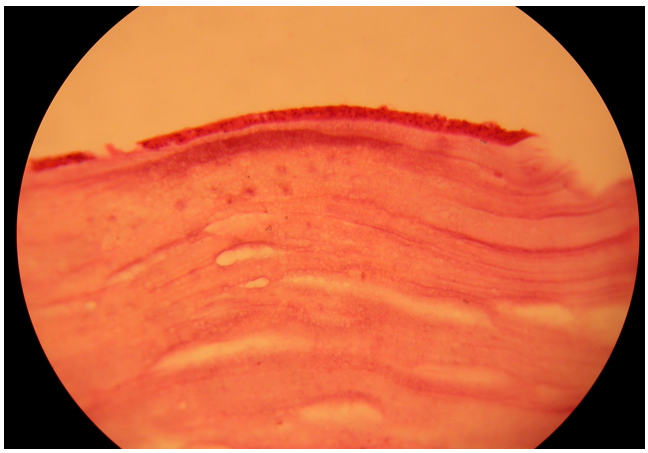
[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]



شکل ۶: برش میکروسکپی نشاندهنده کیستهای Dauether Cyst چسبیده به جدار داخلی کیست



شکل ۷: برشهای میکروسکپی نشان دهنده دیواره لایه لایه بدون هسته همراه با لایه ژرمیناتیو (زایا) از جدار کیست هیداتید (درشت نمایی ۱۰ برابر)



شکل ۸: برشهای میکروسکپی نشاندهنده دیواره لایه لایه بدون هسته همراه با لایه ژرمیناتیو (زایا) است (درشت نمایی ۴۰ برابر)

بحث

بیماری کیست هیداتیک مشکل مهم سلامتی از نظر صرف

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

هزینه‌های بسیار زیاد و ایجاد مرگ و میر در انسان و سایر جانداران محسوب می‌گردد (۱۴). درصد انتشار کیست هیداتیک در اعضاء مختلف متفاوت می‌باشد و محل‌های اصلی درگیری کیست هیداتیک در انسان کبد ۶۰% ، ریه ۲۰% ، عضله ۴% ، طحال ۳%، بافت نرم ۳%، مغز ۳%، استخوان ۲%، و غیره ۱% می‌باشد (۵,۱۵,۱۶). بیماری کیست هیداتیک بندرت در مغز دیده می‌شود که بین ۱ تا ۳ درصد گزارش شده است (۱۸ , ۱۷). درگیری اولیه مغزي بدون درگیری ریه و کبد بسیار نادر است (۲۰). شایعترین نوع کیست هیداتیک اولیه است که همیشه منفرد بوده ولی بیماری ثانویه متعدد بوده و معمولاً چندین ارگان را بعد از آمبولیزاسیون از کیست قبلي پاره شده در بطن چپ درگیر می‌کند. همچنین کیست ثانویه به دلیل پارگی کیست اولیه بدنبال جراحی و تروما بوجود می‌آید (۱۸). در حالیکه بیمار مورد بحث دچار یک کیست اولیه در ناحیه فرونتوپاریتال چپ بدون درگیری سایر ارگانها بود. کیست داخل مغزی معمولاً در مسیر شریانی مغزی میانی بدلیل آمبولیزه شدن ضایعه عفونی و در ناحیه پاریتال راست دیده می‌شود (۱۹) و در این بیمار قسمت اعظم کیست در ناحیه فرونتال واقع شده بود. کیست هیداتیک داخل مغزی در ۷۵% موارد در بچه‌ها دیده می‌شود (۱۲,۲۰) و این بیمار ۶۱ ساله و بزرگسال بود. بیماران با کیست داخل مغزی معمولاً علائم فوکال عصبی و افزایش فشار داخل مغزی را دارند (۲۱) و این بیمار نیز علائم ذکر شده را داشت. هدف از جراحی این بیماران خارج سازی ضایعه بدون پارگی کیست برای جلوگیری از واکنش آنافیلاکسی و عود ضایعه است (۲۰). در این بیمار کیست بطور کامل خارج گردید و در تکنیک جراحی بیمار از تأثیر نیروی جاذبه، مانور والسالوا و شتشوی مکرر با نرمال سالین استفاده شد. آلبندازول در درمان کیست کبد و ریه و اخیراً مغز موفقیت‌آمیز می‌باشد (۲۰,۲۲,۲۳) و برای بیمار آلبندازول خوراکی با دوز ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۳ ماه شروع گردید. اگر چه کیست هیداتیک ضایعه نادری است (۲۰,۲۴) ولی در نواحی آندمیک در بیماری که با ضایعه هیپودنس مغزی (کیستیک) مراجعه می‌کند باید مد نظر داشت وتمهیدات لازم را در قبل و حین جراحی انجام داد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از پرسنل بخش ICU بیمارستان بعثت سنندج.

References

1. Graman PS, Betts RF. Gastrointestinal and intraabdominal infection. In: Betts RF. Champman Sw and Penn RL (Eds). A parctical approach to infectious disease. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co. 2003. p. 429.

2. King Charles H. Cestode infections. In: Goldman L, Bennet JC (Eds). Cecil text book of medicine, 21th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co .2000. p. 1977-1978.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

3. Schantz PM: Larval cestoiasis. In: Hoperich PD, Jordan M.C (Eds.), Infectious disease. 4th ed. Philadelphia; J B Lippincott Co. 1989. P. 833-834.
4. Jahani MR, Roohollahi GH, Gharavi MJ. Splenic hydatic cyst in 20 years-old solidier. Mil Med 2004; 169: 77-80.
5. Charles H King. Cestodes. In: Gerald L, Mandel L, John E, Bennnet T, Raphael D. Principales and practice of infectious disease. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill living ston; 2005. p. 3290-3292.
6. Khlari A, Fabre JM. Unusual locations of hydatid cysts. Ann Stroenterol. Hepatol paris 1995; 31(5): 295-305.
7. Bai Y, Cheg N. Survey on cystic echinococosis granulosis in Tibetans west China. Acta Trop 2002; 82(3): 381-385.
8. Saeed I, Kpel C. Epidemiology of Echinococus granulosus in Arbial province, northern Iraq, 1990-1998. J Helmintol 2000; 74(1): 83-88.
9. Thameur H, Chenik S. Thorasic hydatidosis. A review of 1619 case. Rev Pneumol Clin 2000; 56(1): 7-15.
10. Donovan SM, Mickiwicz N. Imported echinococosis in Southern California. Am J Trop Med Hyg 1995; 53(6): 668-710.
11. Cataltepe O, Colak A, Ozcano E, Ozgent T, Erbengi A. Intracranial hydatid cyst: experience with surgical treatment in 120 patients. Neurochiaurgia (stuttg) 1992; 35: 108-111.
12. Melis M, Marongiu L, Scintu F, Pisano M, Capra F, Zorcolo L. Primary hydatid cysts of psoas muscle. Anz J Surg 2002; 72: 443-445.
13. Ugur H, Attar A, Bagdatoglu C, Egemen N. Secondary multiple intracranial hydatid cysts caused by intracerebral embolism of cardiac echinococosis. Acta Neurochir (wien) 1998; 140: 833-840.
14. Nasrieh MA, Abdel-Hafez SK, Kamhawi SA, Craiy PS, Schantz PM. Cystic echinococosis in Jordan: Socioeconomic evaluation and risk factors. Parasitolol Res 2003; 90: 456-466.
15. Walter R, Wilson A, Meral A Sande. Cestodes. In: Andrew Badly, James M Steckel. Diagnosis and tretment in infectious disease. Current-international ed. Philadelphia: Mc Graw- Hill; 2001. p. 870.
16. Petern M, Scbant Z. Echinococosis. In: Richard L, Gaerran T, David H, Walker E, Piter W. Tropical infectious disease. 1st ed. Philadelphia: Churchill Living ston; 1999. p. 1010.
17. Altinors N, Bavbek M, Caner HH. Central nervous system hydatidosis in Turky: A cooperative study and literature survey analysis of 458 cases. J Neurosarg 2003; 93: 1-8.
18. Turgut M, Benli K, Eryilmaz M. Secondry multiple intracranial hydatid cysts caused by intracerebral embolism of cardiac echinococosis: an exceptional case of hydatidosis: Case report. J Neurosurg 1997; 86: 714-718.
19. Cohen JE, Ginsberg HJ, Tsai EC. Hydatid cyst and brain tumor in the same location: Case illustration. J Neurosurg1997; 86: 312.
20. Yilmaz N, Kiymaz N, Etlik O, Yazici T. Primary hydatid cyst of the brain during pregnancy-A case report. Neurol Med Chir (tokyo) 2006; 46: 415-417.
21. Gupta S, Desia K, Goel A. Intracranial hydatid cyst: A report of five cases and review of literature. Neurol India 1999; 47: 214-217.
22. Fekih MA, Abed A, Chelli H, Khrouf F, Chelli M. Hydatid cyst associated with pregnancy. A case report. Apropos de 4 case. J Gynecol Obstet Biol Report (paris) 1992; 21: 873-875.
23. Wen H, Newpr C, Craig PS. Diagnosis and treatment of human hydatidosis. Br J Clin Pharmacol 1993; 35: 565-574.
24.Erman T, Tuha M, Gocer I, Ildan F, Zeren M, Cetinalp E. Intracranial intraosseous hydatid cyst-case report and review of the literature. Neurosurg Focus 2001; 11(1): 1-3.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]