

بررسی موارد جراحی شده کیست هیداتید

در سه مرکز آموزشی - درمانی بابل طی سالهای ۱۳۷۵ - ۱۳۷۰

سلمان غفاری^۱

خلاصه

مقدمه: کیست هیداتید، یکی از شایعترین بیماریهای مشترک انسان و دام در ایران است. از آنجا که درمان دارویی موثری علیه این بیماری در انسان وجود ندارد، لذا جراحی تنها چاره کار به شمار می رود.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی، ۲۴ مورد کیست هیداتید جراحی شده در مراکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی، شهید یحیی نژاد و کودکان امیرکلا (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل) طی سالهای ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۵، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: ۱۷ مورد (۸/۷۰٪) از موارد مربوطه فقط در بیمارستان شهید بهشتی جراحی گردیدند. نیمی از بیماران را زنان و نیمی دیگر را مردان تشکیل می دادند. بیشترین درصد بیماران (۳/۳۳٪) در گروه سنی ۶۰-۴۱ سال قرار داشتند. ۱۶ نفر از افراد، اهالی روستاهای اطراف بودند. از لحاظ شغلی اکثر موارد را زنان خانه دار تشکیل می دادند (۹ مورد). در بین افراد فوق الذکر کبد بیشتر از سایر اندامها مبتلا به کیست بوده است (۱۰ مورد). یک مورد نادر ابتلا دوطرفه ریه گزارش گردید.

نتیجه گیری: در مجموع برای مبارزه با هیداتیدوز در سطح محلی - هماهنگی با برنامه های کشوری اهمیت داشته - جلب مشارکت و آموزش مردم، مطالعات همه گیرشناسی، بویژه در گروه های آسیب پذیر ضرورت دارد.

واژه های کلیدی: کیست هیداتید، هیداتیدوز، بیماری انگلی.

مقدمه

کیست هیداتید، بیماری مشترک انسان و دام، ناشی از *Echinococcus granulosus* می باشد. بیماری در انسان در اثر مرحله لاروی انگل است که کیستهای تک حفره ای با رشد کند دریافتها مخصوصاً کبد و ریه ایجاد می کند. تظاهرات بالینی نتیجه توده کیست یا واکنش افزایش حساسیتی به مایع آزاده شده از کیست می باشد. بیماری در مناطقی که گله داری بویژه گوسفند با سگ همراه است، شایع می باشد (۱). انسان با بلع تخم کرم موجود در مواد غذایی آلوده به مدفوع سگ، عفونت را کسب می کند. ارتباط مستقیم در تماس بچه ها با سگهای آلوده، یکی از راههای مهم انتقال عفونت به انسان است. تخم کرم به موهای مقعد سگ می چسبد و نیز می توان تخم کرم را بر روی پوزه و پنجه سگ پیدا کرد. بطور غیر مستقیم آب و سبزیجات آلوده، مگس و سایر بندپایان از عوامل دیگر انتقال می باشند.

چرخه زندگی *E. granulosus* به عنوان میزبان نهائی به سگ سانان، و به عنوان میزبان واسطه به سم داران اهلی و وحشی نیاز دارد. میزبان نهائی با خوردن احشا آلوده میزبان واسطه به عفونت دچار می گردد. انسان در مرحله آخر و میزبان اتفاقی شکل لاروی می باشد (۱).

مواد و روشها

در شهرستان بابل دو بیمارستان خصوصی و سه بیمارستان دولتی (وابسته به دانشگاه) وجود دارد که در همگی آنها بخش جراحی موجود است. از آنجا که بایگانی بیمارستانهای خصوصی ناقص و غیر قابل بررسی بوده، در این مطالعه فقط پرونده های موجود در بایگانی بخشهای جراحی، آسیب شناسی و مدارک پزشکی سه مرکز آموزشی - درمانی بررسی شده است.

این مطالعه بصورت یک مطالعه توصیفی و براساس فاکتورهای فردی و مشخصات بیماری و درمان آن انجام گردید. با مراجعه به فهرست اعمال جراحی انجام شده در شش سال اخیر، موارد تایید شده کیست هیداتید مشخص شدند. سپس پرونده این افراد بررسی شده و اطلاعات مورد نیاز و موجود برای هر بیمار بطور جداگانه استخراج گردید. نکات مورد توجه در بررسی پرونده ها عبارت بودند از: سن، جنس، محل سکونت، شغل بیمار و عضو آلوده. سپس داده های اولیه جدول بندی، به صورت تعداد و درصد فراوانی محاسبه شد.

یافته ها

از ۲۴ مورد کیست هیداتید جراحی شده در طی شش سال اخیر در سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۷ مورد (۷۰/۸٪) در مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی بستری شدند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - فراوانی و درصد موارد جراحی شده کیست هیداتید در بابل برحسب بیمارستان، ۷۵-۱۳۷۰

بیمارستان	تعداد	درصد
کودکان امیرکلا	۳	۱۲/۵
شهید بهشتی	۱۷	۷۰/۸
شهید یحیی نژاد	۴	۱۶/۶
جمع	۲۴	۱۰۰

از نظر توزیع سنی، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۶۰-۴۱ سال (۸ مورد، ۳۳/۳٪) مشاهده شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - فراوانی و درصد کیست هیداتید جراحی شده در سه مرکز آموزشی درمانی بابل، برحسب سن، ۷۵-۱۳۷۰

گروههای سنی	فراوانی	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰ سال	۳	۱۲/۵	
۲۰-۴۰	۷	۲۹/۱۶	
۴۱-۶۰	۸	۳۳/۳	
بیشتر از ۶۰ سال	۶	۲۵	
جمع	۲۴	۱۰۰	

اکثر بیماران را زنان خانه دار (۹ مورد، ۳۷/۵٪) و بعد کشاورزان (۵ مورد، ۲۰/۸٪) تشکیل می دادند. جدول شماره ۳ موارد جراحی شده کیست هیداتید در سالیهای مربوطه در مراکز فوق الذکر را بر اساس عضو آلوده و جنس بیمار نشان می دهد، در بیشتر موارد کبد آلوده بوده است (۱۰ مورد، ۴۱/۶٪).

از لحاظ جنس، تفاوتی در زنان و مردان مشاهده نشد و هر گروه ۱۲ مورد (۵۰٪) از موارد کل جراحی شده را نشان می دهند.

بحث:

کیست هیداتید، بیماری بومی در بسیاری از مناطق آسیا، اروپا، آمریکای جنوبی، خاور نزدیک، استرالیا و نیوزلند است (۲). در ایران، در مورد آلودگی انسان به کیست هیداتید مطالعات فراوانی صورت گرفته است. در یک بررسی میزان آلودگی برای کل کشور ۱/۱۲ درصد هزار تعیین شد. بیماری از ۲۴ استان ایران گزارش شده است. بالاترین میزان آلودگی در انسان (۴/۴۵ درصد هزار) از استان خراسان و کمترین میزان آن (۱/۰ درصد هزار) از استان هرمزگان اعلام گردیده است (۳، ۴).

در استان مازندران، میزان بروز سالیانه ۵۲/۰ درصد هزار نفر بوده است (۴).

در بررسی حاضر با توجه به پنج مورد جراحی شده کیست هیداتید در سه مرکز آموزشی - درمانی بابل در سال ۱۳۷۵ و جمعیت شهرستان بابل در همین سال که حدود ۴۲۱/۰۶۸ بوده است (۵) میزان شیوع این بیماری ۱/۱۸ درصد هزار نفر می باشد. در بررسی های اخیر در شهرهای مختلف ایران، میزان بروز سالیانه درصد هزار نفر جمعیت محاسبه نشده، ولی یک گزارش از استان خراسان نشان می دهد که موارد کیست هیداتید انسانی در مقایسه با ده سال گذشته، نسبتاً کاهش یافته است (۶). این کاهش نسبی دلایل متعددی دارد که می توان به بهبود سطح بهداشت فردی و عمومی، ارتقاء بهداشت دام و کشتار آنها و... اشاره نمود.

کیست هیداتید در همه گروههای سنی مشاهده می شود و هیچ سنی از نظر آلودگی به این بیماری مصونیت ندارد (۴، ۷). در این بررسی بیشترین میزان در گروه سنی ۴۱-۶۰ سال مشاهده شد (جدول شماره ۲)، که از این لحاظ با یافته های ضرغامی و همکاران (۸)، روحانی و پاک نیت (۹)، محبعلی و سماک (۱۰) بیشتر شباهت دارد تا یافته های راستی رادکانی (۱۱)، فلاح و همکاران (۱۲)، نوریان و همکاران (۱۳) کاخی و روحانی (۱۴). در بررسی نورجاه در سطح کشور بالاترین نسبت آلودگی در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال مشاهده شد (۴). در یک مطالعه هشت ساله از موارد کیست هیداتید کبدی در استان فارس ۶۰٪ از ۱۲۶ بیمار در سنین ۳۰-۴۰ سال بودند (۱۵).

یک بررسی در اسپانیا در طی سالیهای

جدول شماره ۳ - فراوانی و درصد کیست هیداتید جراحی شده در بیمارستانهای آموزشی بابل بر حسب جنس بیمار و عضو آلوده ۷۵-۱۳۷۰

اندام مبتلا فراوانی جنس	کبد		ریه		کبد و ریه		کبد و طحال		نامعلوم		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۲	۱۶/۶	۴	۳۳/۳	۴	۳۳/۳	۱	۸/۳	۱	۸/۳	۱۲	۱۰۰
زن	۸	۶۶/۶	۲	۱۶/۶	۲	۱۶/۶	-	-	-	-	۱۲	۱۰۰
جمع	۱۰	۴۱/۶	۶	۲۵	۶	۲۵	۱	۴/۱۶	۱	۴/۱۶	۲۴	۱۰۰

ساکنین شهرها می باشد (۱۹). علت عمده این تفاوت احتمالاً ناشی از شرایط کلی جغرافیایی محل زندگی، سطح بهداشت فردی و عمومی، وجود سگهای گله و ولگرد، شرایط شغلی روستائیان و احراز اکثریت جمعیت مورد مطالعه توسط روستائیان می باشد.

در بررسی حاضر از لحاظ شغل بیشتر بیماران را زنان خانه دار و بعد کشاورزان تشکیل می دادند. در مطالعات نورجاه (۴)، روحانی و پاک نیت (۹)، فلاح و همکاران (۱۲) و نوریان و همکاران (۱۳) بیشترین موارد در زنان خانه دار و گزارشات ضرغامی و همکاران (۸)، کاخی و روحانی (۱۴) بیشترین ابتلا در کشاورزان مشاهده شد. بطور کلی شغل یکی از عواملی است که با سرایت عفونت رابطه نزدیکی دارد (۴).

کیست هیداتید یک بیماری شغلی محسوب می شود (۳). شیوع فراوانتر بیماری در خانمهای خانه دار احتمالاً می تواند ناشی از تماس بیشتر آنها با منابع عفونت را به ویژه سبزیجات خام باشد (۹، ۱۲، ۱۳). علاوه بر خانه داری، زنان در روستاها در امور کشاورزی و دامپروری مشارکت دارند که این مشاغل می تواند عفونت را در آنها دو چندان نماید (۴).

از لحاظ عضو مبتلا، بیشترین موارد را کبد تشکیل می داد که با اکثر مطالعات شباهت دارد (۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶)؛ اما با یک بررسی (۴)

۱۹۸۸-۱۹۹۰ نشان می دهد که بیشترین بیماران در گروه سنی ۶۴-۴۵ سال بودند (۱۶). طول دوره نهفتگی و مخفی ماندن طولانی عفونت از دلایل عمده ای است که بیماری بیشتر در گروه سنی بالاتر دیده شود (۱۰، ۱۴، ۱۶). همچنین ممکن است این افراد بیشتر در معرض محیط آلوده به مدفوع میزبان نهایی باشند و یا فعالیت و حرکات سریع در این گروهها باعث فشار به عضو آلوده، پارگی کیستها و ظهور علائم بالینی و تشخیص گردد (۴).

از لحاظ جنس، در این بررسی تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد که با یک گزارش از اسپانیا شباهت دارد (۱۶) ولی باقیه بررسیها که عمدتاً بیماری را در زنان گزارش نمودند تفاوت آشکار دارد (۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸). تفاوت جنسی از نظر ابتلا به کیست هیداتید بستگی به میزان مواجهه با آلودگی در هر یک از جنسها می باشد (۴).

از نظر محل زندگی و سکونت بیماران، اکثریت با روستائیان بود که با یافته های ضرغامی در تبریز (۶) و فلاح در همدان (۱۲) شباهت دارد ولی با نتایج بررسی نورجاه در سطح کشور (۴) تفاوت دارد. در بسیاری از کشورها، بیماری هیداتید در مناطق روستائی شایعتر است. در اوروگوئه حداکثر بروز سالیانه درصد هزار نفر به میزان ۱۲۳ برای ساکنین روستاها و به میزان ۱۰ در

- تشخیص و درمان بموقع بیماران و پیگیری آنان.
- کنترل بهداشتی سگهای خانگی، روستایی و عشایری و معدوم کردن سگهای ولگرد به روشهای معقول توسط نهادهای مربوطه.
- سیستم کنترل و نظارت دقیق کشتارگاهها.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات خانم خورشید زاده اسماعیل (دانشجوی محترم کارشناسی مامایی) در انجام طرح تحقیقاتی تشکر میگردد.

References:

1. Goldsmith R, Heyneman D. *Tropical Medicine and Parasitology*, Prentice-Hall International Editions 1989; 504.
2. Noi I, Cohen I, Loberant N. *Renal hydatid cyst: urinary cytological diagnosis*, Diagn Cytopathol 1995; 12(2):152-154
- ۳- اسلامی ع. کرم شناسی دامپزشکی، جلد دوم، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۰؛ ۱۲۵-۱۲۶.
- ۴- نورجاه ن، صهاغ ح. هیداتیدوز انسانی و زیان ناشی از آن در ایران، مجموعه مقالات بازآموزی کیست هیداتیک و بیماریهای ناشی از آن، دانشکده علوم پزشکی کاشان، ۱۳۶۹؛ ۱۳۷-۱۵۳.
- ۵- آمار سازمان برنامه و بودجه استان مازندران، ۱۳۷۶.
- ۶- الهی ر، فتی ع م. بررسی شیوع آلودگیهای انگلی کرمی در خراسان و مقایسه آن با ده سال پیش. خلاصه مقالات دومین کنگره بیماریهای عفونی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۶۸؛ ۱۰.
- ۷- مراغی ش، نقاش ع، معمارپور ه، کلانتر مهدوی س. ر. هیداتیدوز در خوزستان. خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری بیماریهای انگلی در ایران، دانشگاه

تفاوت دارد. استقرار کیستها در کبد و ریه به دلیل انتشار وسیع خون در مویرگهای خیلی باریک است که باعث به دام افتادن لاروها در این اعضا می گردد (۲۰). از طرف دیگر کبد اولین عضوی است که تخم کرم بعد از باز شدن در اثنای عشر و تبدیل به جنین لارو به آن می رسد (۲۱). در این مطالعه از لحاظ عضو و جنسیت بیشتر موارد کبد جراحی شده مربوط به زنان بوده که با گزارشات Bilge, Sozuer (۱۸) و Safioleas و همکاران (۹) نوروچاه (۴)، روحانی و پاک نیت (۹) هماهنگی دارد. (۲۲)

هر سه کودک جراحی شده در بیمارستان کودکان امیرکلاهی بابل در سنوات اخیر مبتلا به کیست هیداتید ریه بودند که یک مورد آن کیست دو طرفه ریه بود. این نتیجه اگرچه با گزارش روحانی و پاک نیت (۹) تفاوت دارد ولی با یک نظریه هماهنگ است که در بچه ها احتمال ابتلا ریه بیشتر از کبد بوده و سرعت رشد کیست هیداتید ریه در کودکان بیشتر از بزرگسالان است (۲۳). در مجموع با تجزیه و تحلیل این گزارش و بررسی های مشابه در سطح محلی و کشوری (۲۵، ۲۴، ۲۰) و مناطق بومی کیست هیداتید در جهان (۲۶، ۲۷)، می توان پیشنهادات زیر را مطرح نمود.

پیشنهادهای

- برنامه ریزی دقیق جهت بهداشت و درمان انسان و دام توسط نهادها و وزارتخانه های ذیربط.
- جلب مشارکت و آموزش مردم در مورد نحوه اشاعه بیماری مخصوصاً از طریق وسایل ارتباط جمعی، مدارس، خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی.
- برگزاری برنامه ها و جلسات پژوهشی.
- تأسیس آزمایشگاههای مرجع جهت مطالعات سرم شناسی و همه گیرشناسی مخصوصاً در بین گروه های آسیب پذیر بر اساس برنامه ریزیهای منطقه ای.

16. Hydatid disease, 1988-1990, Spain Weekly Epidemiological Record 1992; 31, 233-235.
- ۱۷- بیرجندی ع ر. کیست هیداتید مغزی (بررسی ده ساله در خراسان). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۳۵ شماره ۴۱ و ۴۲، ۱۳۷۱؛ ۱۳۵-۱۴۰.
18. Bilge A, Sozuer EM. Diagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid disease. HPB-Surg 1994; 8(2): 77-81.
19. Warren KS, Mahmoud AAF. Tropical and Geographical Medicine 2nd Ed, New York, McGraw Hill Information Services Company 1990; 512.
- ۲۰- عطائیان ع. اهمیت مبارزه و کنترل هیداتیدوز در استان آذربایجان غربی. دارو و درمان، سال ۱۰، شماره ۱۱۴، ۱۳۷۲؛ ۱۵-۲۰.
- ۲۱- قائمی م. بررسی کیست هیداتیک ریه اطفال در بیمارستان امام رضا (ع). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۳۴ شماره ۳۶، ۱۳۷۰؛ ۳۳-۳۶.
22. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, Katsikas D, Skalkeas G. Diagnostic evaluation and surgical managment of hydatid disease of of the liver. World J Surg 1994; 18(6): 859-865.
- ۲۳- غفوری ع. کیست هیداتیک ریه، مجموعه مقالات بازآموزی کیست هیداتیک و بیماریهای ناشی از آن. دانشکده علوم پزشکی کاشان، ۱۳۶۹؛ ۸۹-۱۰۰.
- ۲۴- الماسی ح. پیشگیری از بیماری کیست هیداتید و ارائه راههای عملی کنترل آن. همان ماخذ: ۲۹-۳۴.
- ۲۵- جالایر ط. پیشگیری و کنترل کیست هیداتیک. همان ماخذ: ۵۵-۵۶.
- علوم پزشکی گیلان، ۱۳۶۹؛ ۶۶.
- ۸- ضرغامی ن، فلاح الف. بررسی موارد کیست هیداتیک در بیمارستان امام خمینی تبریز. همان ماخذ: ۶۱.
- ۹- روحانی س، پاک نیت ص. بررسی کیستهای هیداتید عمل شده در بیمارستان شهدای تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۸، شماره ۲، ۱۳۷۴؛ ۴۸-۵۴.
- ۱۰- محبعلی م، سماک ع ر. بررسی هیداتیدوز انسان و آلودگی به کیست هیداتیک در دامهای پروراری ذبح شده در کشتارگاه شهراراک. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سال ۳ شماره ۱، ۱۳۷۴؛ ۲۲-۲۷.
- ۱۱- راستی رادکانی م. اپیدمیولوژی و ارزش تستهای پاراکلینیک در بیماری هیداتیک با بررسی ۱۱۰ مورد افراد مبتلا در بیمارستان کاشانی اصفهان. خلاصه مقالات سمینار سراسری دانشجویان (بیماریهای انگلی)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۶۸؛ ۱-۲.
- ۱۲- فلاح م، فشندکی ف، ولدان م. بررسی کیست هیداتید در ۱۰ سال اخیر در همدان. دارو و درمان، سال ۹، شماره ۱۰۲، ۱۳۷۱؛ ۲۷-۳۱.
- ۱۳- نوربان ع ع، ضرغام د، نوری زاده ح. بررسی موارد جراحی شده کیست هیداتیک در بیمارستان شفیعیه زنجان از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، سال ۴ شماره ۱۶، ۱۳۷۵؛ ۲۲-۲۸.
- ۱۴- کاخی ا، روحانی م. مروری بر بیماری هیداتیک و گزارش ۹ ساله آن از مرکز پزشکی امام رضا (ع) مشهد، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۳۷ شماره ۴۶، ۱۳۷۳؛ ۷۷-۸۹.
15. Bastani B, Dehdashti F. Hepatichy datid disease in Iran, with review of the literature. Mt Sinai, J Med 1995; 62(1): 62-69.

26. Larrieu E, Guanera E, Costa MT, Alvarez J, Cantoni G, Preze A, Gimenez N.

Hydatidosis control in the province of Rio Negro, Argentina: development of primary care programs. Rev, Sanid, Hig, Publica, Madr 1993; 67(5):377-384.

27. Larrieu E, Costa MT, Catoni G, Alvarez J, Aquino A, Gimenez N, Preze A.

Hydatidosis control in the province of Rio Negro. Argentina : evaluation of the veterinary health care activities, Rev Sanid Hig Publica Madr 1994; 68(1):197-202