● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال اول، شمارهٔ ۱، صفحه ۲۷ الی ۳۳، ۱۳۷۷

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 درایران است .از آنجا که درمان دارویی موثری علیه این بیماری درانسان وجود ندارد، لذا جراحی تنها چاره کار به شمار می‌رود.

مواد و روشها: دراین 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.

یافته‌ها: ۱۷ مورد (۷۰/۸٪) از موارد مربوطه فقط دربیمارستان شهید بهشتی جراحی گردیدند. نیمی از بیماران را زنان ونیمی دیگر را مردان تشکیل می‌دادند. بیشترین درصد بیماران (۳۳/۳٪) درگروه سنی ۶۰-۴۱ سال قرار داشتند. ۱۶ نفر از افراد، اهالی روستاهای اطراف بودند. از لحاظ شغلی اکثر موارد را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دادند (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 برنامه‌های کشوری اهمیت داشته - جلب مشارکت و آموزش مردم، مطالعات همه‌گیرشناسی، بویژه در گروههای آسیب‌پذیر ضرورت دارد.

واژه‌های کلیدی: کیست هیداتید، هیداتیدوز، بیماری انگلی.

۱ـ کارشناس ارشد انگل‌شناسی و عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]

مقدمه

کیست هیداتید، بیماری مشترک انسان ودام، ناشی‌از Echinococcus granulosus می‌باشد. بیماری درانسان دراثر مرحله لاروی انگل است که کیستهای تک حفره‌ای با رشد کند دربافتها مخصوصاً کبد و ریه ایجاد می‌کند. تظاهرات بالینی نتیجه توده کیست یا واکنش افزایش حساسیتی به مایع آزاده شده از کیست می‌باشد. بیماری درمناطقی که گله داری بویژه گوسفند با سگ همراه است، شایع می‌باشد (۱). انسان با بلع تخم کرم موجود در مواد غذایی آلوده به مدفوع سگ، عفونت را کسب می‌کند. ارتباط مستقیم درتماس بچه هابا سگهای آلوده، یکی از راههای مهم انتقال عفونت به انسان است. تخم کرم به موهای مقعد سگ می‌چسبد و نیز می‌توان 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 می‌باشند.

چرخه زندگی E.granulosus به عنوان میزبان نهائی به سگ سانان، وبه عنوان میزبان واسط به سم داران اهلی و وحشی نیاز دارد. میزبان نهائی با خوردن احشا آلوده میزبان واسط به عفونت دچار می‌گردد. انسان درمرحله آخر و میزبان اتفاقی شکل لاروی می‌باشد(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 پرونده‌های موجود در بایگانی بخشهای جراحی، آسیب‌شناسی و مدارک پزشکی سه مرکز آموزشی - درمانی بررسی شده است. این مطالعه بصورت یک مطالعهٔ توصیفی و براساس فاکتورهای فردی و مشخصات بیماری و درمان آن انجام گزدید. با مراجعه به فهرست اعمال جراحی انجام شده درشش سال اخیر، موارد تایید شده کیست هیداتید مشخص شدند. سپس پرونده این افراد بررسی شده واطلاعات مورد نیاز و موجود برای هر بیمار بطور جداگانه استخراج گردید. نکات مورد توجه در بررسی پرونده‌ها عبارت بودند از: سن، جنس، محل سکونت، شغل بیمار و عضو آلوده. سپس داده‌های اولیه جدول‌بندی، به صورت تعداد و درصد فراوانی محاسبه شد.

یافته‌ها

از ۲۴ مورد کیست هیداتید جراحی شده درطی 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 دربابل برحسب بیمارستان، ۷۵-۱۳۷۰

بیمارستان	تعداد	درصد
کودکان‌امیرکلا	۳	۱۲/۵
شهید بهشتی	۱۷	۷۰/۸
شهیدیحیی‌نژاد	۴	۱۶/۶
جمع	۲۴	۱۰۰

از نظر توزیع سنی، بیشترین فراوانی درگروه سنی ۶۰-۴۱ سال(۸ مورد، ۳۳/۳٪) مشاهده شد (جدول شماره۲).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]

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

گروههای سنی	فراوانی	تعداد	درصد
کمتراز ۲۰ سال		۳	۱۲/۵
۲۰-۴۰		۷	۲۹/۱۶
۴۱-۶۰		۸	۳۳/۳
بیشتراز۶۰سال		۶	۲۵
جمع		۲۴	۱۰۰

اکثر بیماران را زنان خانه دار(۹ مورد، ۳۷/۵٪) و بعد کشاورزان(۵ مورد، ۲۰/۸٪) تشکیل می‌دادند.

جدول شماره ۳ موارد جراحی شده کیست هیداتید درسالهای مربوطه درمراکز فوق الذکر را بر اساس عضو آلوده و جنس بیمار نشان می‌دهد، در بیشتر موارد کبد آلوده بوده است(۱۰ مورد، ۴۱/۶٪) .

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

بحث:

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

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

دربررسی حاضر با توجه به پنج مورد جراحی شده کیست هیداتید در سه مرکز آموزشی - درمانی بابل در سال ۱۳۷۵ و جمعیت شهرستان بابل درهمین سال که حدود ۴۲۱/۰۶۸ بوده است (۵) میزان شیوع این بیماری ۱/۱۸ درصد هزار نفر می‌باشد.

در بررسی‌های اخیر در شهرهای مختلف ایران، میزان بروز سالیانه درصد هزار نفر جمعیت محاسبه نشده، ولی یک گزارش از استان خراسان نشان می‌دهد که موارد کیست هیداتید انسانی درمقایسه با ده سال گذشته، نسبتاً کاهش یافته است (۶). این کاهش نسبی دلایل متعددی دارد که می‌توان به بهبود سطح بهداشت فردی و عمومی، ارتقاء بهداشت دام و کشتار آنها و.. اشاره نمود.

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

یک بررسی دراسپانیا در طی سالهای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]

جدول شماره ۳ - فراوانی و درصد کیست هیداتید جراحی شده دربیمارستانهای 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

۱۹۹۰-۱۹۸۸ نشان می‌دهد که بیشترین بیماران در گروه سنی ۶۴-۴۵ سال بودند (۱۶). طول دوره نهفتگی و مخفی ماندن طولانی عفونت از دلایل عمده‌ای 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 دراین گروهها باعث فشار به عضو آلوده، پارگی کیستها و ظهور علائم بالینی و تشخیص گردد(۴).

از لحاظ جنس، دراین بررسی تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد که با یک گزارش از اسپانیا شباهت دارد (۱۶) ولی بابقیه 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 باآلودگی درهر یک از جنسها می‌باشد (۴).

از نظر محل زندگی و سکونت بیماران، اکثریت با روستانشینان بود که بایافته‌های ضرغامی درتبریز (۶) و فلاح درهمدان (۱۲) شباهت دارد ولی با نتایج بررسی نورجاه در سطح کشور (۴) تفاوت دارد. دربسیاری از کشورها، بیماری هیداتید در مناطق روستائی شایعتر است. دراوروگوئه حداکثر بروز سالیانه درصد هزار نفر به میزان ۱۲۳ برای ساکنین روستاها و به میزان ۱۰ در ساکنین شهرها می‌باشد (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 واحراز اکثریت جمعیت مورد مطالعه توسط روستانشینان می‌باشد.

در بررسی حاضر از لحاظ شغل بیشتر بیماران را زنان خانه‌دار وبعد کشاورزان تشکیل می‌دادند. درمطالعات نورجاه (۴)، روحانی و پاک نیت (۹)، فلاح وهمکاران (۱۲) و نوریان و همکاران (۱۳) بیشترین موارد در زنان خانه‌دار و گزارشات ضرغامی و همکاران (۸)، کاخی و روحانی (۱۴) بیشترین ابتلا در کشاورزان مشاهده شد. بطورکلی شغل یکی از عواملی است که با سرایت عفونت رابطه نزدیکی دارد(۴).

کیست هیداتید یک بیماری شغلی محسوب می‌شود (۳). شیوع فراوانتر بیماری در خانمهای خانه‌دار احتمالاً می‌تواند ناشی از تماس بیشتر آنها با منابع عفونت زا به ویژه سبزیجات خام باشد (۹،۱۲،۱۳). علاوه بر خانه‌داری، زنان درروستاها درامور کشاورزی و دامپروری مشارکت دارند که این مشاغل می‌توانند عفونت را درآنها دو چندان نماید (۴).

از لحاظ عضو مبتلا، بیشترین موارد راکبد تشکیل می‌داد که بااکثر مطالعات شباهت دارد (۸،۹،۱۰،۱۲،۱۳،۱۴،۱۶)؛ اما با یک بررسی (۴)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]

تفاوت دارد. استقرار کیستها درکبد وریه به دلیل انتشار وسیع خون درمویرگهای خیلی باریک است که باعث به دام افتادن لاروها دراین اعضا می‌گردد (۲۰). از طرف دیگر کبد اولین عضوی است که تخم کرم بعد از بازشدن دراثنی عشر و تبدیل به جنین لارو به آن می‌رسد (۲۱). دراین مطالعه از لحاظ عضو وجنسیت بیشتر موارد کبد جراحی شده مربوط به زنان بوده که با گزارشات نورجاه(۴)، روحانی و پاک نیت (۹) Bilge,Sozuer (۱۸) و Safioleas و همکاران (۲۲) هماهنگی دارد.

هر سه کودک جراحی شده دربیمارستان کودکان امیرکلای 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 وپاک نیت (۹) تفاوت دارد ولی با یک نظریه هماهنگ است که در بچه‌ها احتمال ابتلا ریه بیشتر ازکبد بوده و سرعت رشد کیست هیداتید ریه درکودکان بیشتر از بزرگسالان است (۲۳). در مجموع با تجزیه وتحلیل این گزارش و بررسی‌های مشابه درسطح محلی و کشوری (۲۰،۲۴،۲۵) ومناطق بومی کیست هیداتید در جهان (۲۶،۲۷)، می‌توان پیشنهادات زیر را مطرح نمود.

پیشنهادات

- برنامه ریزی دقیق جهت بهداشت و درمان انسان ودام توسط نهادها و وزارتخانه‌های ذیربط.
- جلب مشارکت و آموزش مردم در مورد نحوه اشاعه بیماری مخصوصاً از طریق وسایل ارتباط جمعی، مدارس، خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی.
- برگزاری برنامه‌ها و جلسات پژوهشی.
- تاسیس آزمایشگاههای مرجع جهت مطالعات سرم‌شناسی و همه گیرشناسی مخصوصاً دربین گروههای آسیب‌پذیر بر اساس برنامه‌ریزیهای منطقه‌ای.
- تشخیص و درمان بموقع بیماران وپیگیری آنان.
- کنترل بهداشتی سگهای خانگی، روستایی وعشایری و معدوم کردن سگهای ولگرد به روشهای معقول توسط نهادهای مربوطه.
- سیستم کنترل ونظارت 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. کرم‌شناسی دامپزشکی، جلد دوم، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۰؛ ۱۲۵-۱۲۶.

۴- نورجاه ن، صهبا غ ح. **هیداتیدوز انسانی وزیان ناشی از آن درایران**، مجموعه مقالات بازآموزی کیست هیداتیک و بیماریهای ناشی از آن، دانشکده علوم پزشکی کاشان، ۱۳۶۹؛ ۱۳۷-۱۵۳.

۵- آمار سازمان برنامه وبودجه استان مازندران، ۱۳۷۶.

۶- الهی ر، فتی ع م. **بررسی شیوع آلودگی‌های انگلی کرمی درخراسان 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 درخوزستان**. خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری بیماریهای انگلی درایران، دانشگاه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]

علوم پزشکی گیلان، ۱۳۶۹؛ ۶۶.
۸- ضرغامی ن، فلاح الف. **بررسی موارد کیست هیداتیک دربیمارستان 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 وآلودگی به کیست هیداتیک در دام‌های پرواری 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 دربیماری 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- نوریان ع ع، ضرغام د، نوری زاده ح. **بررسی موارد جراحی شده کیست هیداتیک دربیمارستان 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 علوم‌پزشکی 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.
16. **Hydatid disease, 1988-1990, Spain Weekly Epidemiological Record** 1992; 31, 233-235.
۱۷- بیرجندی ع ر. **کیست هیداتید مغزی (بررسی ده ساله درخراسان)**. 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 disea se**. 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 دراستان آذربایجان غربی**. دارو و درمان ، سال ۱۰، شماره ۱۱۴،۱۳۷۲؛ ۱۵-۲۰.
۲۱- قائمی م. **بررسی کیست هیداتیک ریه اطفال دربیمارستان 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 علوم‌پزشکی‌کاشان،۱۳۶۹؛۸۹-۱۰۰.
۲۴- الماسی ح. **پیشگیری از بیماری کیست هیداتید و ارائه راههای عملی کنترل آن**. همان ماخذ: ۲۹-۳۴.
۲۵- جلایر ط. **پیشگیری وکنترل کیست هیداتیک**. همان ماخذ: ۵۵-۵۶

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]

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

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.4.5]