

مقایسه درناژ پوستی و جراحی کیست‌های هیداتید

ترجمه از: دکتر ستوده‌منش*

خلاصه:

در سال‌های اخیر از درناژ پوستی به شکل موفق‌تری در درمان کیست‌های هیداتید کبد استفاده شده است. در این مطالعه مقایسه‌ای بین میزان بی‌خطر بودن و مؤثر بودن درناژ پوستی با سیستکتومی جراحی (که روش سنتی این کیست‌ها بوده است) صورت گرفته است.

این در مطالعه‌ای آینده‌نگر به شکل تصادفی ۵۰ بیمار مبتلا به کیست هیداتید کبد را به شکل مساوی تحت درمان با دو روش متفاوت قرار دادیم. ۲۵ بیمار تحت درناژ پوستی و ۲۵ بیمار دیگر تحت سیستکتومی قرار گرفتند و به بیمارانی که تحت درناژ پوستی قرار گرفته‌اند به مدت ۸ هفته آلبندازول به میزان 10 mg/Kg/D تجویز شد.

در ضمن بیماران به طور سریال تحت بررسی آزمایش‌های بیوشیمیایی و بالینی، سونوگرافی و تست‌های سرولوژیک میزان پادتن اکتینوکوککی قرار می‌گرفتند.

از نظر نتایج کار، متوسط مدت بستری در بیمارستان در گروه درناژ پوستی $1/5 \pm 4/2$ روز و در گروه جراحی $6/5 \pm 12/7$ روز بود ($P < 0/001$) در طی یک دوره پی‌گیری ۱۷ ماهه، متوسط قطر کیست بعد از درناژ پوستی از $3 \text{ cm} \pm 8$ به $3 \text{ cm} \pm 1/4$ و در گروه جراحی از $3 \text{ cm} \pm 9/1$ به $1/8 \text{ cm} \pm 0/9$ کاهش یافت ولی قطر نهائی کیست در دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت ($P = 0/2$). کیست‌ها در ۲۲ بیمار (۸۸٪ موارد) گروه درناژ و ۱۸ بیمار (۷۲٪) در گروه جراحی از بین رفتند ($P = 0/29$).

بعد از افزایش اولیه‌ای که در میزان پادتن اکتینوکوککی ایجاد شد، کاهش پیشرونده‌ای در میزان و نهایتاً منفی شدن پادتن مربوطه (کمتر از $1/160$) در ۱۹ بیمار گروه درناژ (76%) و ۱۷ بیمار در گروه جراحی (68%) مشاهده شد ($P = 7/4$).

عوارض در روش درناژ در ۸ مورد (32%) و در گروه جراحی در ۲۱ مورد (84%) مشاهده شد که ۱۷ بیمار در گروه اخیر دچار تب بعد از عمل جراحی شده بودند ($P < 0/001$).

نتیجه: درناژ پوستی همراه با درمان با آلبندازول مؤثر و بی‌خطر است که در موارد کیست‌های هیداتید غیر کمپلیکه کبد می‌تواند جایگزین جراحی شود. مدت زمان بستری در بیمارستان در گروه درناژ کوتاه‌تر است.

متن مقاله:

اکتینوکوکوزیس انسانی یک عفونت مشترک بین انسان و حیوان است که

توسط لارو (Metacestodes) یک کرم نواری از گروه اکتینوکوکوس ایجاد می‌شود که این لاروها در روده باریک گوشتخواران یافت می‌شود. عفونت انسانی به دنبال بلع تخم‌های انگل دفع شده از حیوانات مبتلا ایجاد می‌شود. اکتینوکوکوس گرانولوزوس در انسان‌ها اکتینوکوکوزیس کیستیک ایجاد می‌کند. این امر، در سراسر گیتی، در مناطق وسیعی که گوسفند پرورش می‌دهند آندمیک است. مناطقی از اروپا، آسیا، مدیترانه، آمریکای جنوبی و شمال کنیا از جمله این مناطق اند. همچنین در پی مهاجرت‌هایی که به سمت اروپا و آمریکای شمالی صورت گرفته، شیوع بیماری در اروپا و آمریکای شمالی افزایش یافته است.

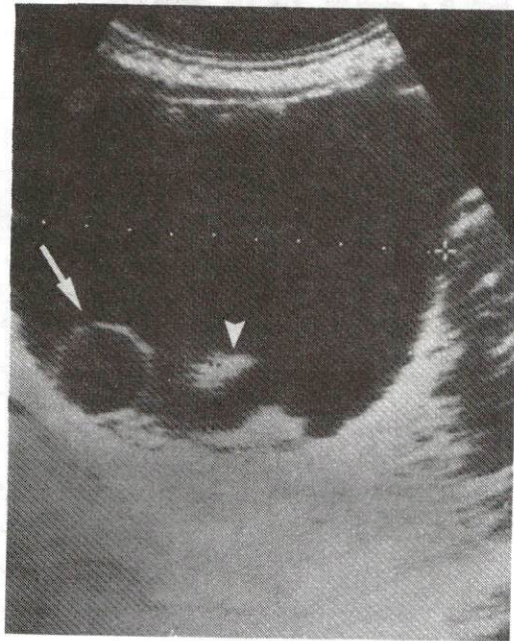
شایع‌ترین محل کیست‌های هیداتید، کبد است (شامل ۷۵ - ۵۰٪ موارد) و بعد از آن، ریه‌ها (۳۰ - ۲۰٪) و با شیوع کمتر طحال، کلیه‌ها، قلب، استخوان‌ها، سیستم اعصاب مرکزی و سایر مناطق، محل ابتلاء هستند.

اکتینوکوکوزیس کیستیک معمولاً بدون علامت است، اما در تعداد قابل توجهی از مبتلایان ایجاد گزند (موربیدیتی) و گاهی نیز مرگ و میر (مورتالیتی) می‌کند.

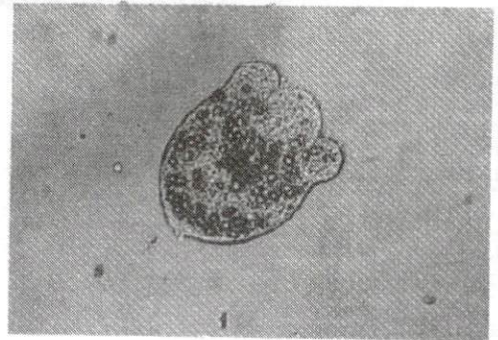
کیست‌های هیداتید کبد می‌توانند به داخل فضای صفاقی، مجاری صفراوی و به داخل پرده جنب یا ریه باز شود. (باز شدن به داخل فضای صفاقی منجر به انفیلاکسی یا درگیری فضای صفاقی یا هر دو می‌شود، و راه پیدا کردن به مجاری صفراوی منجر به کلانژیت، کلتستاز یا هر دو می‌شود، و چنانچه به داخل پرده جنب یا ریه باز شود منجر به هیداتیدوز پرده جنب یا فیستول برونکیال می‌شود). کیست‌ها ممکن است عفونی شوند و آبسه‌های کبدی را ایجاد کنند. اثرات فشاری توده روی مجاری صفراوی، وریدهای باب، کبدی یا اجوف تحتانی (IVC) می‌تواند به ترتیب منجر به کلتستاز، افزایش فشار ورید باب و سندرم بودکیاری شود.

جراحی درمان پیشنهادی برای کیست‌های هیداتید بوده ولی اخیراً درمان دارویی و درناژ پوستی به عنوان درمانی جان‌نشین پیشنهاد شده است.

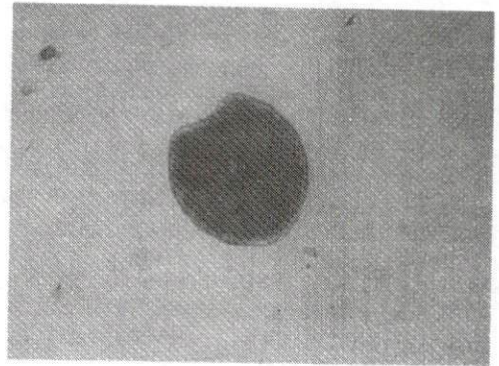
دو مشتق بنزیمیدازول (مبندازول و آلبندازول) در کیست‌های هیداتید اثر کشنده بر روی اسکولکس‌ها دارند اما این داروها در کمتر از ۳۰٪ موارد از نظر بالینی در هیداتیدوز کبد مؤثر واقع می‌شوند. درناژ پوستی شیوه‌ای است با حداقل حالت تهاجمی که در درمان هیداتیدوز کبد بسیار مؤثر است، مطالعه تعداد زیادی از بیماران که به مدت ۵ سال پی‌گیری شده‌اند نشان داده است که خطر انفیلاکسی قابل اغماض بوده و رشد مجدد کیست رخ نمی‌دهد.



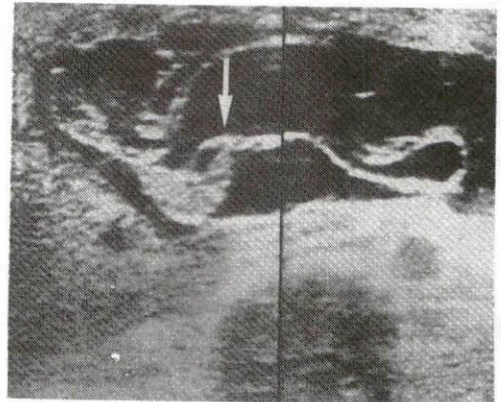
A



B



C



D

شکل ۱ - کیست هیداتید در یک بیمار که با درناژ پوستی درمان شد.

نمای A: سونوگرافی از طریق لب راست کبد در مقطع عرضی در تصویر کیست هیداتیک، تصویر بی‌اگو (تصویر سیاه رنگ) با سایه پشتی (مناطق سفید رنگ) دیده می‌شود. یک کیست دختر در سطح خلفی کیست دیده می‌شود که با پیکان در تصویر مشخص شده است، تصاویر اکوژنیک در سطح خلفی (نووک پیکان) همان‌هائی هستند که به آنها شن‌های هیداتیو می‌گویند. خط نقطه‌ای مؤید قطر عرضی کیست است (۷ سانتیمتر)

نمای B: فتومیکروگراف از محتویات آسپیره شده کیست است (با درشت‌نمایی ۲۰ برابر) در این تصویر یک اسکولکس با بادکش‌های سالم را می‌توان دید. این اسکولکس هنگامی که بلافاصله بعد از آسپیراسیون زیر میکروسکوپ گذاشته شد زنده بود و تحرک داشت.

نمای C: فتومیکروگراف از محتویات آسپیره شده کیست (با درشت‌نمایی ۲۰ برابر) بعد از آن که در کیست سرم نمکی ۲۰ درصد تزریق شد. در این نما یک اسکولکس را می‌توان دید. این اسکولکس هنگامی که بلافاصله بعد از آسپیراسیون زیر میکروسکوپ گذاشته شد، مرده بود و تحرکی نداشت.

نمای D: دو تصویر از سونوگرافی در مقطع عرضی دیده می‌شوند که در کنار هم گذاشته شده‌اند. این تصاویر از طریق لب راست کبد و بعد از تخلیه کیست گرفته شده‌اند. ساختمان‌های موج‌دار (روی خود تاب خورده) که با فلش نمایان شده‌اند. آندوکیست‌های جدا شده از کیست و شناور در داخل کیست را نشان می‌دهد.

مشخصی در دیواره خلفی بود مورد بررسی قرار می‌گرفتند.^(۱) زنان باردار یا آنها که قصد باردار شدن در حین مطالعه را داشتند، کنار گذاشته شدند. در طی مطالعه ۶۲ بیمار با هیداتیدوز کبد تشخیص داده شدند ۱۲ مورد به دلایل زیر کنار گذاشته شدند. ۵ بیمار به دلیل کیست‌های عفونی، ۴ مورد به دلیل داشتن دیواره هیپراکو یا کلسیفیه در کیست و ۳ مورد به دلیل باز شدن کیست به داخل مجاری صفراوی. بقیه ۵۰ بیمار تحت مطالعه شامل ۲۲ مرد و ۲۸ زن با متوسط سنی 34 ± 14 سال بودند.

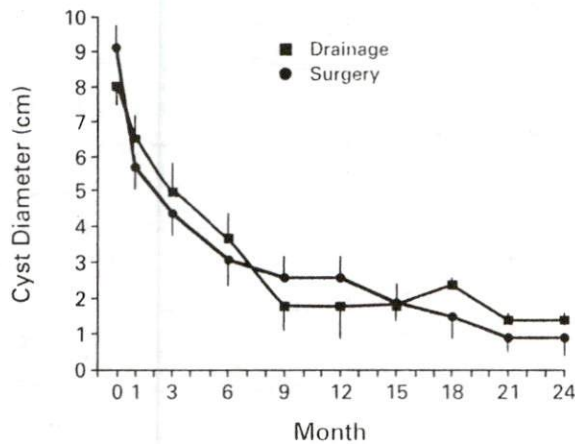
در بررسی سونوگرافی در این بیماران ۳۲ بیمار دارای کیست

بررسی ما یک مقایسه آینده‌نگر تصادفی بین جراحی و درناژ پوست در ۵۰ بیمار مبتلا به هیداتیدوز کبدی است که در زیر به شرح آن می‌پردازیم.

روش مطالعه:

تمامی بیماران بیشتر از ۱۴ سال سن داشتند و از سپتامبر ۱۹۹۲ تا اگوست ۱۹۹۵ به انستیتو مراجعه کردند. بیمارانی که در سونوگرافی دارای توده کبدی به دلیل کیست هیداتید بودند و کیست مایع قابل توجه بدون پژواک (echo) و یا بسیار کم پژواک بود و پشت آن سایه

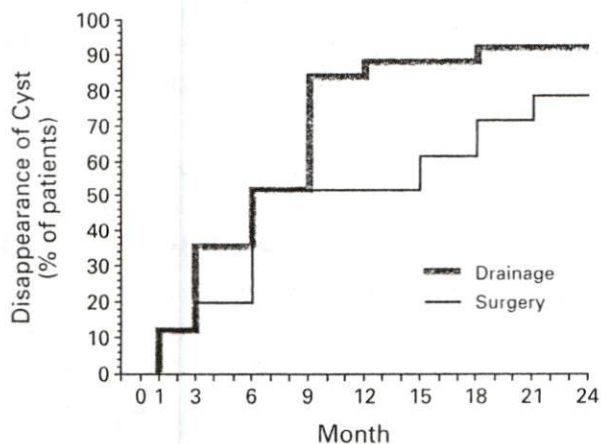
شکل ۲ - قطر متوسط کیست‌ها در بیماران درمان شده با درناژ و با جراحی در بررسی قطر متوسط کیست‌ها بعد از ۱۰ بار آزمایش، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نمایان نبود.



No. FOLLOWED

Drainage	25	25	25	25	25	17	17	13	12	12
Surgery	25	25	25	25	25	19	16	15	14	10

شکل ۳ - احتمال از بین رفتن کیست (درمان) بر اساس برآورد کاپلان مییر (Kaplan - Meier) بین بیماران درمان شده با درناژ پوستی و جراحی



No. AT RISK

Drainage	25	25	22	16	12	4	4	4	3	2
Surgery	25	25	22	20	12	12	10	8	4	2

کبد توسط یک سوزن نمرة ۱۴ متصل به یک سرنگ ۵۰CC آسپیره و تخلیه می‌شد.

یک کانول مخصوص درناژ (Sump Type) در محل آسپیراسیون وارد کرده، و محتویات کیست را با استفاده از یک مخزن با ظرفیت بالا و ساکشن با توان مکش زیاد تخلیه می‌کردند. سپس یک برش ۳ - ۴ سانتیمتری روی محل آسپیراسیون داده و کیست باز شده و بقیه

تک‌حفره‌ای با دیواره کاملاً مشخص و گرد بودند که در آن مایع خالص دیده می‌شد و ۱۸ بیمار کیست چندحفره‌ای با مایع خالص در هر روز یکول داشتند.

برای بیماران به شکل تصادفی تصمیم به درناژ پوستی (۲۵ بیمار) و یا جراحی (۲۵ مورد) گرفته شد.

به تمامی بیمارانی که تحت درناژ پوستی قرار گرفتند به مدت ۸ هفته آلبندازول به میزان ۱۰ mg برای هر کیلوگرم وزن داده شد. ده روز پس از شروع دارو تحت شرایط آسپتیک با راهنمایی سونوگرافی درناژ صورت گرفت (تمهیداتی برای درمان آنافیلاکسی، آسم یا ادم حنجره در صورت بروز در نظر گرفته شد). محل کیست در سه سطح با سونوگرافی مشخص شد و ارتباط کیست با بافت نرمال کبد تعیین شد و محل ورود سوزن طوری انتخاب شد که از بافت ضخیم نرمال کبد رد شود و ترجیحاً یکی از فضاهای بین دنده‌ای باشد.

روش کار سه مرحله‌ای بود: در مرحله اول کاتتر ترانس هیپاتیک به طول ۴۰ cm و قطر ۵ فرنج که از جنس پلی اتیلن رادیوپاک بود (از راه سرک صوتی جهت سوزن زدن) وارد کیست شده، کیست سریعاً آسپیره می‌شد.

در بیمارانی که کیست‌های چند حفره‌ای داشتند از یک سوزن کلاترئوگرافی به طول ۲۰ cm و نمرة ۲۲ جهت آسپیراسیون جداگانه هر کیست استفاده می‌شد. در مرحله دوم حفره کیست توسط محلول نمکی استریل هیپرتونیک ۲۰٪ پر می‌شد که به مدت ۲۰ دقیقه محلول نمکی داخل حفره باقی می‌ماند و در مرحله سوم کیست به طور کامل آسپیره می‌گردید و حفره تا حدودی از محلول نمکی نرمال و استریل پر می‌شد تا اگروداسیون یا خونریزی ناشی از کناره‌های کیست (پری‌سیست) به حداقل برسد. در حین آسپیراسیون و شستشوی کیست، جداشدن اندوسیست از پری‌سیت در سونوگرافی قابل مشاهده بود.

مایع کیست جهت سیتولوژی و میکروب‌شناسی به آزمایشگاه فرستاده می‌شد. برای بررسی سیتولوژیک، مایع کیست را سانتریفوژ می‌کردند و رسوبات آن را جهت مشاهده ممبران‌های لامینر (غشاءهای ورقه‌ای) (۲)، قلاب‌ها و اسکولکس‌ها مورد بررسی (بررسی میکروسکوپی) قرار می‌دادند. زنده بودن اسکولکس‌ها نیز با مشاهده حرکت آنها در میکروسکوپ نوری و رنگ‌آمیزی با اتوزین خنثی بررسی می‌شد.

این روش، در صورتی موفق قلمداد می‌شد که مایع آسپیره شده اسکولکس زنده نمی‌داشت.

بعد از این روش، بیمار به مدت ۴۸ ساعت تحت نظر قرار می‌گرفت و در صورتی که عارضه‌ای دیده نمی‌شد مرخص می‌شد.

در مورد جراحی، روش شامل سیستکتومی ساده و خارج کردن باقی‌مانده محتویات حفره کیست بود. شکم بیمار از قسمت زیرنده‌ای باز می‌شد و احشاء شکمی و لگن جهت این امر که مبادا کیست در آنها پراکنده شده باشد، مورد جستجو قرار می‌گرفتند. محدوده عمل نیز توسط گازهای آغشته به محلول بتادین ۱۰٪ مرزبندی می‌شد. کیست

محتویات (شامل غشاء لامینه) توسط فورس پس مخصوص (Sponge Holding Forceps) برداشته می‌شد. حفره کیست هم به طور دقیق از نظر ارتباط با مجاری صفراوی بررسی می‌گردید و با گاز آغشته به بتادین شسته می‌شد. بخیه‌هایی در داخل حفره کیست زده می‌شد و یک لوله در حفره برای درناژ گذاشته می‌شد و این درن در روز ششم بعد از عمل جراحی خارج می‌گردید. (یک رادیوگرافی از حفره Cavogram) به منظور رد ارتباط حفره با مجاری صفراوی، قبل از خارج کردن درن صورت می‌گرفت.

پی‌گیری بیماران:

یک ماه و سه ماه بعد و متعاقباً هر سه ماه مطالعات زیر صورت می‌گرفت: معاینه بالینی، آزمایش ادرار برای بررسی آلبومین و رسوبات ادراری، فرمول شمارش - آزمایش‌های مربوط به کار کبد، آزمایش‌های مربوط به کار کلیه (اوره، کراتینین)، سونوگرافی کبد و اندازه‌گیری میزان پادتن اکتینوکوکی هدف نهایی درمان، از بین بردن کیست بود. سایر موارد شامل کوچک شدن

اندازه کیست در طول زمان، طول مدت بستری در بیمارستان مربوط به تکنیک جراحی بررسی می‌شد. اندازه‌گیری میزان پادتن اکتینوکوکی در طول زمان نیز جهت مؤثر بودن درمان انجام می‌شد. به وسیله سونوگرافی، علاوه بر کبد، مجاری صفراوی و سایر اعضا درون شکمی جهت بررسی شواهدی از کیست باقی‌مانده به دقت بررسی می‌شد. بعلاوه بعد از درناژ پوستی یا جراحی کیست‌ها یک سلسله تغییرات سونوگرافیک را طی می‌کردند در صورت ظاهر شدن اکوهای داخلی با ساختار همگون، مسدود شدن ناشی از مواد اکوژن، کاهش اکوژنیسیته و نهایتاً یک ساختار طبیعی یافت (چنانچه در سونوگرافی هیچ تصویری دیده نشده و ناحیه مربوطه توسط ناحیه‌ای اکوژن با حدود نامشخص و یا اکوی نرمال مشاهده می‌شد) کیست پاک شده تلقی می‌شد.

پادتن‌های IgG بر علیه اکتینوکوکوس گرانولوزوس توسط روش ELISA

جدول شماره ۱: مشخصات اولیه بیماران در گروه درمانی *

مشخصات	گروه درناژ (۲۵ نفر)	گروه جراحی (۲۵ نفر)
سن متوسط و محدوده آن (داخل پرانتز)	۳۶ ± ۱۴ (۱۴ - ۶۰)	۳۳ ± ۱۳ (۱۴ - ۶۵)
جنس (مرد به زن)	۱۴	۱۷
میانگین دوره بیماری (سال)	۲/۵ ± ۰/۵	۲/۳ ± ۰/۵
تظاهرات کلینیکی (تعداد بیماران)		
درد شکم	۱۹	۲۰
تورم شکم	۱۵	۱۲
کبد بزرگ	۲۰	۲۱
لمس توده کبدی	۶	۵
تعداد کیست‌ها	۲۵	۲۵
میانگین قطر کیست (سانتیمتر)	۸ ± ۳	۹/۱ ± ۳
طرح (نماوار) اکو (تعداد کیست‌ها)		
تک کیستی	۱۶	۱۶
چند کیستی	۹	۹
محل کیست (تعداد کیست‌ها)		
لوب راست	۱۵	۱۷
لوب چپ	۱۰	۸
میزان پادتن IgG سرم	۱۷	۱۵
≥ ۱۶۰ (تعداد بیماران)	۲۰۸	۲۰۸
میانگین هندسی	۲/۳۲ ± ۰/۵	۲/۳۲ ± ۰/۵
میانگین تیتراژ لگاریتمی		

* - تفاوت معنی‌داری (Significant difference) بین مشخصات اساسی در گروه درمانی وجود نداشت. بعلاوه و منها (±) نیز، میانگین کمتر و بیشتر را نشان می‌دهد.

اندازه‌گیری و تیتراژ بالاتر از ۱/۱۶۰ مثبت قلمداد می‌شد.

نتایج:

مشخصات بیماران در دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت (جدول شماره ۱) و تمامی بیماران درمان برنامه‌ریزی شده‌ای را دریافت کردند. درناژ پوستی در ۲۵ بیمار و جراحی هم در ۲۵ بیمار دیگر با موفقیت انجام شد.

مدت زمان بستری در گروه درناژ پوستی به میزان قابل ملاحظه‌ای کوتاه‌تر بود و بعد از ترخیص از بیمارستان تمامی بیماران پیگیری می‌شدند که متوسط مدت پیگیری بین دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت. (جدول شماره ۲)

اندازه کیست‌ها: در گروه درناژ متوسط قطر کیست ۳ ± ۸ cm قبل از درناژ و ۳/۵ ± ۱/۴ cm در آخرین بررسی بود. (P < ۰/۰۰۱) قطر کیست در گروه جراحی از ۳ ± ۹/۱ cm قبل از درمان به ۱/۸ ± ۰/۹ cm در آخرین بررسی رسید. (P < ۰/۰۰۱)

در بررسی قطر کیست در پی گیری جزئیات مربوط به هر دو گروه حذف شده است. مثلاً کسانی که درمان‌های اضافی جهت کنترل عفونت کیست (یک مورد) یا پارگی مجاری صفراوی (۳ مورد) دریافت کرده‌اند مد نظر قرار نگرفته‌اند. قطر کیست در آخرین پی گیری (جدول شماره ۲) و در ۱۰ معاینه تفاوت قابل توجهی در دو گروه درمانی نداشته است.
ناپدید شدن کیست‌ها:

در ۲۲ بیمار (۸۸٪) در گروه درناژ و ۱۸ بیمار (۷۲٪) از گروه جراحی کیست‌ها ناپدید شدند. (P = ۰/۲۹) و احتمال از بین رفتن کیست‌ها در

دو گروه در دوره پی گیری تفاوت قابل توجهی نداشته است. (P = ۰/۵) بعد از درناژ پوستی ۱۴ کیست تک‌حفره‌ای (۸۸٪) در مقایسه با ۸ کیست چندحفره‌ای (۸۹٪) ناپدید شده است (P = ۰/۹۹) به نحو مشابهی بعد از جراحی ۱۱ کیست تک‌حفره‌ای (۶۹٪) در مقایسه با ۷ کیست چند حفره‌ای (۷۸٪) ناپدید شده است (P = ۰/۹۹) و در هیچ بیماری افزایش در قطر کیست یا رشد و زیکول‌های ثانوی در داخل یا خارج کبد در طی دوره پی گیری مشاهده نشد.

جدول شماره ۲: نتایج و عوارض بعد از درناژ پوستی یا جراحی *

نتیجه	گروه درناژ (۲۵)	گروه جراحی (۲۵)	P Value	Mean Difference (%۹۵ CI)	Odds Ratio (%۹۵ CI)
پی گیری (ماه)					
میانگین	۱۷/۵ ± ۷	۱۷/۴ ± ۶/۵	۰/۹۶	۰/۱	
محدوده	۹ - ۲۴	۵/۷ - ۶			
مدت بستری بودن در بیمارستان (روز)					
میانگین	۴/۲ ± ۱/۵	۱۲/۷ ± ۶/۵	< ۰/۰۰۱	۸/۵	
محدوده	۲ - ۸	۵ - ۳۸		۵/۸ - ۱۱/۲	
میانگین قطر کیست در آخرین ویزیت (سانتیمتر)	۱/۴ ± ۳/۵	۰/۹ ± ۱/۸	۰/۲۰	۰/۵	
ناپدید شدن کیست (تعداد بیماران)	۲۲	۱۸	۰/۲۹		۲/۱۹ (۰/۱۶ - ۱۰/۱۶)
تیتر آنتی‌بادی IgG سرم (تعداد بیماران)	۳	۶	۰/۴۶		۲/۳
افزایش ۴ برابر در ۳ ماه اول	۱۹	۱۷	۰/۷۴		۱/۵ (۰/۴ - ۸/۴)
< ۱ : ۱۶۰	۸	۲۱	۰/۰۰۱		
عوارض (تعداد بیماران)***					
زودرس	۱	۰			
افت فشار خون	۲	۰			
کهمیر	۳	۱۷			
تب	۰	۱			
عفونت کیست	۰	۱			
طول کشیدن مدت درناژ	۰	۱			
دیورس	۱	۰			
عفونت کیست	۱	۰			
پارگی مجاری صفراوی	۱	۲			
فتق خط برش	۰	۱			

* - منظور از میانگین کمتر و زیادتر است

** - CI = Confidence Interval = فاصله اعتماد^(۳)

*** - یک بیمار از گروه درناژ و دو بیمار از گروه جراحی جهت درمان عوارض، تحت عمل جراحی قرار گرفتند. یکی از بیماران گروه جراحی دچار دو عارضه دیر هنگام بعد از جراحی شد که به جراحی نیاز داشت (پاره شدن مجرای صفراوی و فتق خط برش)

مطالعه‌های سرولوژیک:

۳ بیمار (۱۲٪) در گروه درناژ پوستی و ۶ بیمار (۲۴٪) در گروه جراحی ۴ برابر افزایش در میزان پادتن در سه ماه اول پی‌گیری بعد از این روش‌ها داشته‌اند ($P = 0/46$) و میزان پادتن در بررسی‌های بعد از جراحی طی ۱۰ بار مراجعه بیمار بالاتر از گروه درناژ بوده است ($P < 0/5$) و در بررسی نهائی ۱۹ بیمار (۷۶٪) در گروه درناژ و ۱۷ بیمار (۶۸٪) در گروه جراحی میزان طبیعی (کمتر از ۱/۱۶۰) داشته‌اند ($P = 0/74$)

در جدول شماره ۲ عوارض دو گروه درمانی را نشان داده‌ایم:

بعد از درناژ پوستی یک نفر دچار افت فشار خون موقت و ۲ بیمار دچار کبیر شدند. ۳ بیمار (۱۲٪) از گروه درناژ و ۱۷ بیمار (۶۸٪) از گروه جراحی در طی ۲۴ ساعت بعد از روش‌های مربوطه دچار تب شدند ($P < 0/01$) کشت مایع کیست که حین آسپیراسیون یا درناژ از راه لوله به دست آمد علت میکروبی برای تب را مشخص نکرد.

در تمامی ۲۰ بیمار، تب در طی ۴۸ ساعت با درمان سیمپتوماتیک برطرف گردید و در ششمین روز بعد از جراحی لوله در تمام موارد جراحی شده (بجز ۲ مورد) خارج شد، البته یک مورد نیاز به درناژ طولانی مدت داشت که لوله بعد از ۳ هفته خارج شد و بیمار دیگری، شواهدی از عفونت کیست در طی ۳ روز بعد از جراحی نشان داد که نیاز به جراحی مجدد و درناژ آبسه داشت.

یک بیمار از گروه درناژ و ۲ بیمار از گروه جراحی علائم صفراوی (کلانژیت در ۲ بیمار و کلستاز در یک بیمار) طی ۳ ماه بعد از روش‌های مذکور پیدا کردند. در مواردی که شک به ارتباط بین کیست و مجاری صفراوی در سونوگرافی وجود داشت ERCP جهت تأیید تشخیص به کار می‌آمد و درمان به صورت زیر انجام می‌شد: در دو بیمار (از هر گروه یک بیمار) محتویات کیست پاره شده و با اسفنکترتومی اندوسکوپی و استفاده از basket خارج شد و در نفر سوم (از گروه جراحی) بیمار مجدداً جراحی شده و درناژ مجرای صفراوی و ترمیم هرنی برشی (incisional) صورت گرفت و در هیچ گروهی مرگ مشاهده نشد.

بحث:

در مطالعه ما درمان جراحی برای کیست هیداتید کبد سیستمی ساده بود. ما قبل از انجام این مطالعه، در سال ۱۹۸۸ تکنیک درناژ پوستی کیست هیداتید را در روی ۷۵ بیمار به کار گرفته بودیم و با آن آشنائی داشتیم. بیمارانی که درناژ پوستی در مورد آنها به کار گرفته شد بر اساس مطالعه قبلی ما^(۱۸) آلبندازول گرفتند و چون هیچ بررسی منتشر شده‌ای در مورد اثر آلبندازول در بیماران جراحی شده وجود نداشت، در مورد بیماران جراحی شده از آن استفاده نکردیم. ما بر این باوریم که مواد مختلف اسکولکس کش در هیچکدام از این روش‌ها بر روی نتایج حاصل اثری ندارند. از این رو هدف، مقایسه عوامل متفاوت اسکولکس کش نبود بلکه این بود که اثرات درمانی روش پوستی را با درمان استاندارد جراحی مقایسه کنیم. در طی جراحی عوامل کشنده اسکولکس به داخل یک کیست سالم تزریق نشد بلکه بعد از برداشتن

غشاءهای لامینه و کیست‌های دختر، باقی‌مانده حفره کیست را با بتادین پاک کردیم (تزریق عوامل کشنده اسکولکس‌ها به داخل حفره کیست در جراحی با عوارض شدید سیستمیک و عوارض صفراوی همراه بوده است) و احتمالاً علت این موضوع، تماس بین عامل کشنده اسکولکس و بافت اطراف کیست در کبد و جذب نهائی سیستمیک و یا نفوذ به مجاری صفراوی است و اغلب محققین کیست هیداتید نیز که تجارب زیادی در جراحی کیست‌ها دارند از این ترکیبات استفاده نمی‌کنند. در طی درناژ پوستی عامل کشنده اسکولکس از طریق سوزن و با راهنمایی سونوگرافی، به داخل تزریق می‌شد (در این حال مایع تزریقی با بافت‌های اطراف کیست در تماس قرار نمی‌گیرد) بنابراین از جذب سیستمیک یا نفوذ به مجاری صفراوی به دور می‌ماند. ما در این بررسی هیچگونه عارضه سیستمیک یا صفراوی وابسته به تزریق عوامل کشنده اسکولکس در طی درناژ پوستی مشاهده نکردیم.

قطر نهائی کیست و ناپدید شدن آن در پی‌گیری بیماران تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان نداد. بعد از درناژ پوست، کیست مملو از اجزاء غیرزنده اسکولکس‌ها، کیست‌های دختر و غشاء لامینه بود که خود منجر به بسته شدن حفره کیست می‌شدند در مقابل، در روش جراحی تمام محتویات کیست خارج می‌شد و یک حفره باقی می‌ماند که متعاقباً با آگزوداسیون از پری‌سیست پر می‌شد.

اعتقاد کلی بر این است که درناژ برای کیست‌های تک‌حفره‌ای قابل استفاده است. ولی این روش ممکن است در کیست‌های چندحفره‌ای مشکل باشد. با این وجود اطلاعات به دست آمده از این مطالعه و مطالعات قبلی ما نشان می‌دهد که درناژ پوستی هم برای کیست‌های تک‌حفره‌ای و هم چندحفره‌ای مؤثر است.

میزان پادتن علیه اکتینوکوکوس گرانولوزوس بعد از هر دو روش افزایش یافت که علت احتمالاً جذب سیستمیک محتویات کیست است و افزایش در میزان پادتن در گروه جراحی شایعتر و بیشتر بود، که احتمالاً به دلیل نشت بیشتر محتویات کیست در طی جراحی بوده است.

عوارض در هر دو گروه مشابه بوده است: تب بعد از هر دو روش ممکن است ناشی از عوامل زیر باشد:

۱ - واکنش به جذب عامل کشنده اسکولکس یا محتویات کیست.

۲ - التهاب آسپتیک حفره کیست.

وقوع تب با شیوع بیشتر بعد از جراحی احتمالاً به دلیل جذب سیستمیک بیشتر عوامل کشنده اسکولکس (بتادین در تجربه ما) و یا محتویات کیست و یا هر دو در طی جراحی نسبت به درناژ پوستی است. بروز آبسه در یک بیمار بعد از جراحی ناشی از درناژ ناکافی کیست بوده است و بروز تأخیری آبسه در بیمار دیگری که تحت درناژ پوستی بوده، احتمالاً به دلیل جذب تأخیری با محتویات باقی‌مانده مرده کیست بوده، که خود در واقع کانونی برای عفونت باکتریائی شده است.

ارتباط کیست با جریان صفراوی بعد از درناژ پوستی یا جراحی به دلیل کاهش حجم کیست رخ می‌دهد و با روش‌های اندوسکوپی قابل اصلاح

بستری در بیمارستان و میزان کمتر عوارض است.

* - دستیار بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی تهران

زیر نویس ها:

۱ - هنگامی که مثلاً در کیسه صفرا سنگی هست امواج اولتراسون نمی‌توانند از آن عبور کنند در نتیجه در سونوگرافی سایه خلفی Posterior Shadow به وجود می‌آید، که قابل استناد است. در اینجا در مورد مایع کیست نیز این طور مطرح شده است (ویراستار)

۲ - Laminated Layer (Membrane) غشائی ورقه ورقه و بی سلول است، ما معادل آن را ورقه - ورقه گذاشته‌ایم. (ویراستار)

۳ - کاربرد دکترامین در کتاب روش‌های آماری (ویراستار)

است. یک بیمار در گروه درناژ پوستی دچار افت فشار خون گذرا و دو بیمار در گروه درناژ چهار کپهر شدند. گرچه تظاهرات آلرژیک جدی بعد از تخلیه کیست به طور نادری گزارش شده ولی یکی از بیماران ما احتمالاً دچار آنافیلاکسی شد و این احتمال، ضرورت مراقبت دقیق بیمار در طی درناژ پوستی و در دسترس بودن وسایل درمانی عوارض احتمالی بخصوص آنافیلاکسی و ادم حنجره را می‌رساند. درناژ پوستی کیست‌های کبیدی هیداتید بدون عارضه را می‌توان با اطمینان انجام داد و به این وسیله کیست را از بین برد. کارآمد بودن (Efficacy) درناژ پوست مشابه روش استاندارد سیستکتومی است و منجر به از بین رفتن کیست حداکثر در طی یک دوره دو ساله بعد از روش مذکور می‌شود. مزیت درناژ پوستی بر جراحی، در مدت کوتاه‌تر

REFERENCES:

- Milicevic M. Hydatid disease, In: Blumgart LH, ed. Surgery of the liver and biliary tract, 2nd ed. Vol. 2. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone, 1994:1121-50.
- Amman RW, Eckert J. Cestodes: Echinococcus. Gastroenterol Clin North Am 1996;25:655-89.
- WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for Health Organ 1996;74:231-42.
- Gill-Grande LA, Boixeda D, Garcia-Hoz F, et al. Treatment of liver hydatid disease with mebendazole: a prospective study of thirteen cases. Am J Gastroenterol 1983;78:584-8.
- Morris DL, Dykes PW, Marriner S, et al. Albendazole - objective evidence of response in human hydatid disease. JAMA 1985;253:2053-7.
- Teggi A, Lastilla MG, De Rosa F. Therapy of Human hydatid disease with mebendazole and albendazole. Antimicrob Agents Chemother 1993;37:1679-84.
- Gil-Grande LA, Rodriguez-Caabeiro F, Prieto JG, et al. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intra-abdominal hydatid disease. Lancet 1993;342:1269-72.
- Filice C, Pirola F, Brunetti E, Dughetti S, Strosselli M, Foglieni CS. A new therapeutic approach for hydatid liver cysts: aspiration and alcohol injection under sonographic guidance. Gastroenterology 1990;98:1366-8.
- Gargouri M, Ben Amor N, Ben Chehida F, et al. Percutaneous treatment of hydatid cysts (Echinococcus granulosus). Cardiovasc Intervent Radiol 1990;13:169-73.
- Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Echinococcus granulosus cysts in the liver: management with percutaneous drainage. Radiology 1991;180:141-5.
- Acunas B, Rozanes I, Celik L, et al. Purely cystic hydatid disease of the liver: treatment with percutaneous aspiration and injection of hypertonic saline. Radiology 1992;182:541-3.
- Gorgio A, Tarantino L, Francica G, et al. Unilocular hydatid liver cysts: treatment with US-guided, double percutaneous aspiration and alcohol injection. Radiology 1992;184:705-10.
- Simonetti G, Profili S, Sergiacomi GL, Meloni GB, Orlicchio A. Percutaneous treatment of hepatic cysts by aspiration and sclerotherapy. Cardiovasc Intervent Radiol 1993;16:81-4.
- Bastid C, Azar C, Doyer M, Sahel J. Percutaneous treatment of hydatid cysts under sonographic guidance. Dig Dis Sci 1994;39:1576-80.
- Aknan O, Ozmen MN, Dincer A, Sayek IS, Goemen A. Liver hydatid disease: long term results of percutaneous treatment. Radiology 1996;198:259-64.
- Schiller CF. Complications of echinococcus cyst rupture: a study of 30 cases. JAMA 1966;195:220-2.
- Placer C, Bordas JM, Frias FJ, Sacristan B. The management of hydatid liver cysts with aspiration and alcohol. Gastroenterology 1991;100:290.
- Khuroo MS, Dar MY, Yattoo GN, et al. Percutaneous drainage versus albendazole therapy in hepatic hydatidosis: a prospective, randomized study. Gastroenterology 1993;104:1452-9.
- Smyth JD, Barrett NJ. Procedures for testing the viability of human hydatid cysts following surgical removal, especially after chemotherapy. Trans T Soc Trop Med Hyg 1980;74:649-52.
- Gori S, Campatelli A, Luchi S, Paladini A, Savalli E, Scasso A. Cytology in the percutaneous treatment of hydatid cysts: a report of four cases. Acta Cytol 1993;37:423-6.
- Zargar SA, Khuroo MS, Khan BA, Dar MY, Alai MS, Koul P. Intrahepatic rupture of hepatic hydatid cyst: sonographic and cholangiographic appearances. Gastrointest Radiol 1992;17:41-5.
- Yalin R, Aktar AO, Acikgozoglul S. Computed tomography and sonography of hydatid cysts of the liver after surgical treatment. J Med Imaging 1989;3:301-5.
- Wattal C, Malla N, Khan IA, Agarwal SC. Comparative evaluation of enzyme-linked immunosorbent assay for the diagnosis of pulmonary echinococcosis. J Clin Microbiol 1986;24:41-6.
- Munro BH, Visintainer MA, Page EB. Statistical methods for health care workers. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986.
- Morris DL. Echinococcus of the liver. Gut 1994;35:1517-8.
- Ekrami Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1976;111:1350-2.
- Langer JC, Rose DB, Keystone JS, Taylor BR, Langer B. Diagnosis and management of hydatid disease of the liver: a 15-year North American experience. Ann Surg 1984;199:412-7.
- Sayek I, Yalin R, Sanac Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg 1980;115:847-50.
- Karavias DD, Vagianos CE, Bouboulis N, Rathosis S, Androulakis J. Improved techniques in the surgical treatment of hepatic hydatidosis. Surg Gynecol Obstet 1992;174:176-80.
- Castellano G, Moreno-Sanchez D, Gutierrez J, Moreno-Gonzalez E, Colina F, Solis-Herruzo JA. Caustic sclerosing cholangitis: report of four cases and a cumulative review of the literature. Hepatogastroenterology 1994;41:458-70.
- Tsimoyiannis EC, Gratzis E, Moutesidou K, Lekkas ET. Secondary sclerosing cholangitis: after injection of formaldehyde into hydatid cysts in the liver. Eur J Surg 1995;161:299-300.
- al Karawi MA, Yasawy MI, al Shiekh Mohamed AR. Endoscopic management of biliary hydatid disease: report on six cases. Endoscopy 1991;23:278-81.