

Non-operative Management of Asymptomatic Liver Hydatids Cysts

Farrokh Saidi^{1,*}, Farrokh Habibzadeh²

¹ Professor, Department of Surgery, Modarress Hopital, Saadatabad, Tehran, Iran

² Health and Medical Education, Petroleum Industry, Shiraz, Iran

ABSTRACT

For the past 90 years all asymptomatic hydatid cysts of the liver are routinely removed surgically to prevent serious complication. The mortality of such operations are above 6%, while major complications of untreated liver hydatid cysts are less than 6%. The best way to manage incidentally discovered asymptomatic liver hydatid cysts is to fully understand their natural history: 1) The pericyst layer surrounding most liver hydatid cysts will become thicker and calcified. Such changes are known as PDCs (Pericyst Degenerative Changes) on computed tomography (CT) and indicate that these cysts can no longer grow in size and, therefore, need not to be operated upon. They can be followed up by CT (not sonography or magnetic resonance imaging [MRI]) at intervals of 1-5 years, and no sooner, to avoid radiation exposure. Albendazole can be prescribed for them under supervision if they show no PDCs on CT. Mild, intermittent pain of abdomen or flank is not a sign of complication. 2) The inside field of hydatid cysts on CT and not sonography or MRI should be inspected at intervals of 1-5 years. Finding any structures (usually some lines) suggests that there has been detachment of the parasite from the host, called LMD (Laminated Membrane Detachment). These cysts will reach involution or develop daughter cysts over next 10 years, and also need not to be operated upon. Patients who develop jaundice, sever pain and fever, or have air in their cysts on CT, or have developed complications need to be operated upon, including ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography).

Keywords: Liver, Hydatid cysts, Complication, Albendazole

please cite this paper as:

Saidi F, Habibzadeh F. Non-operative Management of Asymptomatic Liver Hydatids Cysts. *Govaresh* 2018;23:141-145.

*Corresponding author:

Farrokh Saidi, MD

Department of Surgery, Modarress Hopital,

Saadatabad, Tehran, Iran

Telefax: + 98 21 22233366

E-mail: saidif@ams.ac.ir

Received: 09 Apr. 2018

Edited: 07 Jul. 2018

Accepted: 08 Jul. 2018

عدم ضرورت جراحی پیشگیرانه کیست های هیداتید کبدی بدون عارضه

فرخ سعیدی^{۱*}، فرخ حبیب زاده^۲

^۱ استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ آموزش و پژوهش، بهداشت و درمان صنعت نفت، شیراز، ایران

چکیده

طی ۹۰ سال گذشته، تمام کیست های کبدی هیداتید تحت عمل جراحی قرار می گیرند با این هدف که از عوارض خطرناک جلوگیری شده باشد. درصد مرگ و میر این گونه اعمال از ۵ تا ۱۲ درصد است، در حالی که درصد عوارض اگر بیماران عمل نشوند تقریباً ۶ درصد است. بهترین راه درمان این کیست های انگلی این است که سیر طبیعی تکاملی آنها شناخته شود، که نکات برجسته آن عبارتند از: ۱- اطراف بیشتر این کیست ها یک لایه حفاظتی پری سیست^۱ گرفته است که مانع رشد کیست می شود و مشاهده آن مجوزی است برای عمل نکردن کیست. این لایه پری سیست هم ضخیم می شود به قطر یک سانتی متر و بیشتر و هم کلسیفیه که به چنین تغییر که به آسانی در سی تی اسکن بدون تزریق یا بلع ماده حاجب قابل رویت است، PDCs^۲ گفته می شود باشد بجای عمل جراحی می توان این کیست ها را هر ۱-۵ سال پیگیری کرد (نه با سونوگرافی). برای کیست های فاقد PDCs می توان زیر نظر متخصص بیماریهای عفونی داروی آلبندازول^۳ تجویز کرد. دردهای مکرر و خفیف یا احساس سنگین دلالت بر عارضه نیست و مجوزی برای عمل جراحی نیست. علامت دیگر رادیولوژی دال بر عدم ضرورت اقدام جراحی وجود اشکال نامشخص معمولاً به صورت خطوط منحنی در داخل حفره مرکزی کیست می باشد. این خطوط قطعات لایه لامینه انگل هستند داخل پری سیست که از لایه کلاژن انگل به علی جدا شده اند. چنین کیست ها هم نیازی به عمل جراحی ندارند و در ۷۰٪ موارد طی یک دهه رو به افول می روند. بقیه ۳۰٪ کیست های تک مخزنی مبدل به مولتی و زیکولار^۴ می شوند که فعلاً نیازی به عمل ندارند. جدا شدن لایه لامینه انگل از لایه کلاژن پری سیست موجب می شود که شمار زیادی لارو انگل به داخل حفره مایع مرکزی ریخته شوند. اگر این لاروها که همان پروتوسکولکس^۵ ها باشند به هر علت معیوب باشند، آن کیست به سوی افول می رود و اگر لاروها سالم باشند، به صورت کیست های دختر در کیست های مولتی و زیکولار درمی آیند، که این روند هم ده ساله به طول می کشد. از این مرحله به بعد هیچ اقدامی لازم نیست تا این که یکی از دو حالت یا عارضه ملاحظه شود: یکی از کیست های دختر از سوراخی که در جدار PDCs بوجود آمده است، به داخل یک مجرای بزرگ صفرائی وارد شده اما در انتهای مجرای کولدوک گیر می کند با علایم بالینی انسداد مجاری صفراوی که نیاز به عمل جراحی اندوسکوپی رتروگرید کلاژیوپانکراتوگرافی^۶ دارد. یا این که کیست مولتی و زیکولار با PDCs کلسیفیه دچار عفونت شده است که نیاز به درناژ دارد و در هر دو حال مرگ و میر این اعمال بسیار پائین است.

کلید واژه: کبد، کیست هیداتید، عوارض، آلبندازول

گوارش/ دوره ۲۳، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۷/ ۱۴۵-۱۴۱

1. Pericyst
2. Pericyst Degenerative Changes
3. Albendazole
4. Multivesicular Hydatid
5. Protoscolex
6. Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography

ضرورت دارد که همه کیست های کبدی (از جمله کیست های بدون

علایم بالینی) تحت عمل جراحی قرار گیرند. (۱)

چنین دستورالعمل به صورت یک سیاست درمانی کیست های کبدی هیداتید درآمد و در ذهن جراحان جهان آن زمان را به خود مشغول کرد و تا به امروز در تمام مراکز درمانی معتبر اجرا می شود و ملاک عمل قرار گرفته و کمتر کسی متوجه این واقعیت شده است که این سیاست جراحی پیش گیرانه مبتنی بر شواهد نمی باشد.

پیشرفت هایی که پس از جنگ جهانی دوم در رشته ایمن شناسی رخ داد، بسیاری از دانشمندان را به سمت آزمایش های سرولوژیک تشخیصی سوق داد، با این امید که سرنوشت کیست های هیداتید کبدی، بر اساس فعالیت لاروهای انگل^۲، تنظیم شده است. در نتیجه اندازه گیری IgG و امثال آن مرسوم شد. اکنون روشن شده که این گونه آزمایش ها کاربرد آنچنانی ندارند، زیرا مشخص نیست کدام کیست هیداتید در بدن مورد آزمایش قرار گرفته است. در هر حال، مشکل تشخیص و پیش بینی سرنوشت کیست کماکان ادامه دارد.

3. Protoscolex larvae

زمینه و مقدمه:

۹۰ سال پیش هارولد دیو^۱ جراح نامدار استرالیایی در کتاب کیست هیداتید^۲ خود، یک دستورالعمل کلی درمانی برای کیست های بدون عارضه یا علایم بالینی عرضه کرد:

از آنجا که دیر یا زود کیست های هیداتید کبدی به علت فشار و پارگی دیوار مجاری صفرائی، محتوای خود را به داخل آن مجاری وارد می کنند،

1. Harold Dew
2. Hydatid Disease

* نویسنده مسئول: فرخ سعیدی

تهران، سعادت آباد، بیمارستان شهید مدرس، مرکز جراحی

تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۲۳۳۳۶۶

پست الکترونیک: saidif@ams.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۱/۲۰

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۷/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۱۷

سیاست درمانی «هارولد دیو» دو مسئله عمده در پی داشت:

اولی عمل جراحی زیادی^۱ است. (۲) بدین معنی که شمار زیادی از بیماران صرفاً به احتمال اینکه ممکن است در آینده دچار عوارض کیست شوند، به طور پیشگیرانه عمل می شوند. امروز با دسترسی به امکانات تشخیصی از قبیل سونوگرافی و سی تی اسکن، شمار زیادتری کیست هیداتید بدون عارضه کشف و به پزشکان ارجاع می شوند، و در نتیجه شمار اعمال جراحی پیشگیرانه داریم در حال افزایش است.

شیوع این بیماری در حد بسیار بالای ۶-۲٪ در مناطق آندمیک، با ابتلاء کبد در ۷۵٪ موارد (۳) و با توجه به سیاست درمانی کنونی کیست های هیداتید کبدی بار سنگین مالی بر دوش سازمان های بهداشتی و درمانی در مناطق آندمیک قرار گرفته است.

مسئله دوم یک مشکل اجتماعی است: با آگاهی از وجود کیست هیداتید، ترس و وحشتی میان بیماران و خانواده آنان ایجاد می شود. عدم علائم بالینی بیماری، و ناگهانی بودن عارضه آن بر وحشت آن می افزاید و سیاست درمانی کنونی این بیماری، مشکل روانی مردم بومی را شدت می بخشد. کتب جراحی معتبر انتشار یافته در کشورهای صنعتی و غربی هم که با بیماری انگلی هیداتید مواجه ندارند متفق القول نظریه ۹۰ سال پیش «هارولد دیو» را تأیید می کنند. بطور مثال در متون درسی (۴) شناخته شده Maingot's Abdominal Operations چاپ ۲۰۱۳ آمده است که: بیشتر کیست های اکینوкокوس کبدی فاقد علائم بالینی هستند. اما عوارض بالقوه، دلیل خوبی برای درمان همه آنها می باشد، و بهترین درمان انتخابی برای کیست های کبدی هیداتید عمل جراحی می باشد. (۴)

اخیراً چند گزارش کوتاه انتشار یافت که نشان می داد اگر بیماران مبتلا به کیست هیداتید بدون عارضه کبدی، با صبر و انتظار و بدون هیچ درمان پیشگیری شوند، مشکلی پیش نمی آید. (۵-۸) این گزارش ها، دستورالعمل «هارولد دیو» را زیر سوال برد و سیاست درمانی کنونی را به طور تلویحی مورد انتقاد قرار داد. اما علت توفیق عمل نکردن کیست های هیداتید بدون عارضه، همچنان نامعلوم مانده است.

با در نظر گرفتن اینکه میزان شیوع بیماری اکینوкокوس گرانولوزوس در ایران ۵/۴ درصد است. (۹) باید پذیرفت که عملاً در ایران عمل های زیادی رایج است. بنابراین جامعه پزشکی ایران است که باید تصمیم بگیرد که آیا انجام اعمال جراحی پیشگیری کیست های کبدی هیداتید بدون عارضه، به پیروی از دستور العمل ۹۰ سال پیش و بدون شواهد علمی، ادامه یابد یا نه؟ و چنانچه این برنامه جا افتاده باید تغییر یابد، چنین تغییری باید به چه صورت و بر اساس کدام موازین علمی انجام گیرد؟

پژوهش انجام گرفته:

طی یک دوره بیست ساله، از آذر ماه ۱۳۷۳ لغایت آذر ماه ۱۳۹۳، یک برنامه پژوهشی بصورت مطالعه آینده نگر از طریق سی تی اسکن مونیتورینگ کبدی^۲ برای بیماران مبتلا به کیست های هیداتید بدون عارضه اجرا شد. (۱۰) در مجموع ۴۳۴ بیمار از سراسر کشور در این برنامه پذیرفته شدند. از میان این افراد ۲۹۷ بیمار واجد شرایط از پیش تعیین شده قرار گرفتند. برای همه این بیماران تشخیص کیست هیداتید کبد گذاشته شد، هرچند قبلاً از طریق سونوگرافی تشخیص داده شده بود.

1. Overtreatment
2. Prospective CT scan monitoring survey

بنابراین برای همه بیماران سی تی اسکن بدون آزمایش های سرولوژیک، به دلایلی که گفته شد، انجام گرفت. از یکایک پذیرفته شدگان در طرح، پس از توضیح کامل و آگاه کردن آنان از جمیع جهات، خواسته شد که تصمیم بگیرند آیا مایلند تحت عمل جراحی پیشگیری استخراج کیست کبدی قرار گیرند؟ یا این که حاضرند در یک برنامه دراز مدت بدون درمان شرکت کنند؟ با این حق که هرگاه اراده کردند می توانند تحت عمل جراحی قرار گیرند. در نهایت برای ۴۳ بیمار «گروه جراحی» حامل ۵۶ کیست کبدی، اعمال جراحی پیشگیری انجام و نسوج بدست آمده حین عمل مورد آزمایش کامل قرار گرفت. برای ۱۲۶ بیمار «گروه پیگیری» حامل ۱۳۷ کیست کبدی، سی تی اسکن کبد بدون تزریق یا بلع ماده حاجب به فواصل ۵-۱ سال انجام گرفت. قبلاً نشان داده شده بود که تغییر فاحشی در این فواصل در ساختار کیست هیداتید رخ نمی دهد. اما بدین ترتیب هم بیماران کمتر اشعه رادیولوژی دریافت می کردند و هم مشکلات رفت و آمد مکرر بر آنان تحمیل نمی شد. از مزایای سی تی اسکن این بود که تغییرات ساختاری کیست به صورت نمایش یک فیلم در حرکت بسیار آهسته مشاهده می شد.

نتیجه گیری:

مراحل سیر تکاملی طبیعی^۳ کیست هیداتید در کبد انسان ناشناخته است. اما مطالعه دقیق سی تی اسکن های بدست آمده در برنامه پژوهشی ۲۰ ساله اجازه داد که چهار مرحله سیر تکامل طبیعی کیست های کبدی بدون درمان روشن گردد:

- ۱- مرحله دفاعیه میزبان
- ۲- مرحله جدا شدن انگل از میزبان
- ۳- مرحله دگرگونی داخل کیست
- ۴- مرحله عوارض نهایی

۱- مرحله دفاعیه میزبان

همه کیست های هیداتید از سوش اکینوкокوس گرانولوزوس در نسوج نرم بدن انسان تحت پوشش یک غشاء پری سیست چهار لایه ای قرار دارند، که از داخل به خارج عبارتند از:

- الف- Germinative Membrane (GM) محل تولید لاروها Protoscolices (PS) می باشد.
- ب- Laminated Membrane (LM)
- ج- Collagen Layer (CL)
- د- Fibrovascular Zone (FZ)

(دو لایه الف و ب با منشاء انگلی، و دو لایه ج و د: با منشاء میزبان می باشند). مهمترین تغییری که در غشاء PC مشاهده شد، ضخیم شدن آن بود که در حالت طبیعی از یک لایه ۳-۱ میلی متری به یک سانتی متری و گاه بیشتر هم می رسید و در سی تی اسکن ساده ضخیم شدن یا نقاط کلسیفیه قابل رویت بود. علاوه بر ضخیم شدن PC، سوراخ یا حفره های بزرگ و کوچک در لایه CL آن نمایان می شد که علت آن معلوم نبود. تغییرات هیستولوژیک غشاء PC عبارت بودند از Fibrinoid hyaline Pericycst شده به آن necrosis and dystrophic calcification hyaline Degenerative Changes (PDCs) اطلاق می شود، به مرور زمان در ۶۵٪ موارد غشاء پری سیست دچار ضخامت یا کلسیفیه شده بود.

3. Natural history of evolution

۴- مرحله عوارض نهایی

معمولا کیست های تک حفره ای (با محتوای چند صد یا هزاران کیست دختر) پس از گذشت چندین سال دارای پوشش PDCs می شوند. شمار معدودی از چنین کیست ها ممکن است در آینده نامعلوم دچار دو عارضه اصلی شوند، دقیقا آنچه که موجب شد «هارولد دیو» دستورالعمل خود را ارایه کند. این دو عارضه عبارتند از:

الف: افتادن کیست های دختر یا قطعات کوچک LM از سوراخ های بزرگ PDCs به داخل مجاری بزرگ صفرائی مجاور کیست هیداتید. در صورتی که این اجسام نتوانند از اسفنکتر انتهایی مجرای اصلی صفا عبور کنند، موجب بروز سندرم بالینی Intermittent intrabiliary obstruction می شوند.

ب: با ورود میکرب هایی که بطور طبیعی در صفا وجود دارند به داخل کیست از طریق سوراخ های کوچک (یا بزرگ) PDCs، و مستقر شدن بر سطح پلاکهای کلسیفیه PDCs که خون رسائی ندارند، عفونت ثانوی میکربی در داخل کیست ایجاد می شود. کشت محتوای دو کیست هیداتید با عفونت ثانوی که در مطالعه ۲۰ ساله مشاهده شد، میکروب کلبسیلا^۵ رشد کرد.

بی گمان این دو عارضه در دوران «هارولد دیو» از وقایع فوق العاده وخیم و مهلک به شمار می آمدند. که موجب شد آن جراح استرالیایی برای جلوگیری از وقوع آنها، اعمال جراحی پیش گیرانه کیست های بدون عارضه را توصیه کند.

بحث:

همه مناطق آدمی کیست هیداتید دنیا با میزان بالای شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه قرار دارند. طبیعی است که محققین در کشورهای توسعه یافته با فقدان اطلاعات دقیق و جامع روبرو هستند. این امر موجب شده است که آمار دقیقی درباره سیر بیماری «اکینو کوک» در مناطق آندمی، بطور مثال مرگ و میر ناشی از اعمال جراحی در دسترس نبوده یا ناقص باشند. مع ذلک آمار موثقی که بدست آمده نشان می دهد که میزان مرگ بیماران متعاقب اعمال جراحی پیشگیرانه بصورت سیستکتومی محافظه کارانه (یعنی تنها استخراج خود کیست) ۱۲/۶ درصد است، و میزان مرگ بیماران متعاقب اعمال رادیکال (یعنی تواما سیستکتومی و پری سیستکتوم) ۵/۵ درصد می باشد. (۱۲) چنین اختلاف موجب تعجب است و علت آن روشن نیست. در هر حال این ارقام برای یک بیماری غیر سرطانی کیست هیداتید، بسیار بالا و غیر قابل قبول است. و می رساند که گذشته از بار سنگین مالی اعمال جراحی پیشگیرانه برای جامعه حاصل اعمال برای بیماران، آنچنان رضایت بخش نیست، در واقع درمانی بدتر از خود بیماری می باشد. آمار دقیق و موثقی درباره میزان مرگ متعاقب اعمال جراحی برای کیست های کبدي انگلی که دچار عارضه نهایی شده اند، در دست نیست تا بتوان با میزان مرگ متعاقب اعمال جراحی پیش گیرانه مقایسه کرد.

کافیست در نظر گرفته شود که عوارض دیر رس و نهایی و بالقوه وخیم کیست های هیداتید کبدي نه قابل پیش بینی و نه اجتناب ناپذیر هستند، اما امروز با روشهای جدید درمانی به نحو احسن قابل درمان می باشند. شایع ترین عارضه همانطور که هارولد دیو اشاره کرده بود، افتادن کیست های دختر و تکه های لایه لامینه به داخل مجاری بزرگ صفا می باشد، که این اجسام در ناحیه انتهایی مجرا کلدوک متوقف می شوند. کافی است که از

5. Klebsiella pneumonia

به احتمال زیاد، این تغییرات هیستولوژیک، قبل از ظهور آنها در سی تی اسکن هم بوجود آمده بود، و در هر حال، وجود PDCs به هر اندازه یا میزان یا شکل، مانع رشد کیست هیداتید می شد. از این رو می توان PDCs در دو لایه CL و FZ متعلق به میزبان را یک نوع مکانیسم "دفاعی میزبان" شناسایی کرد که وجودش به طور قطع مانع شدن کیست می باشد.

همزمان با ضخیم شدن پری سیست، برخی از نقاط آن نازک شده و سوراخ های کوچک یا بزرگ بوجود می آیند. چنین سوراخ ها دو تأثیر جداگانه بر روی سیر طبیعی زندگی تکاملی کیست های هیداتید داشتند که جداگانه توضیح داده خواهد شد.

۲- مرحله جدا شدن انگل از میزبان

مماس بودن دو لایه CL (میزبان) و LM (انگل) با یکدیگر، برای انتقال مواد غذایی از طریق اسمز^۱ برای لاروها اهمیت حیاتی دارد. اما این دو لایه به آسانی از یکدیگر جدا می شدند که Laminated Membrane (LMD) Detachment نامیده شدند. چنین جدایی از طریق سه مکانیسم انجام می گرفت:

یکی اینکه به علت فرسودگی طبیعی یا آسیب های دارویی مانند آلبندازول لاروهای تولید شده بر روی لایه GM تخریب شده یا شمار آنها کاهش پیدا می کرد. در نتیجه فشار داخل مخزن آب مرکزی کیست های تک مخزنی^۲ افت کرده و دو لایه LM از لایه GM در یک یا چند نقطه از یکدیگر جدا می شوند. این جدایی برگشت پذیر نیست و به طور متوسط، چنانچه در ابتدا ناقص باشد طی یک دوره ۵ ساله کامل می گردد یعنی میزبان و انگل چه به طور ناقص و چه به طور کامل، به مرور زمان از یکدیگر جدا می شوند. دیگر اینکه صفا از سوراخ های کوچک PDCs به داخل کسیت نفوذ کرده، به میان دو لایه LM و GM وارد شده و میان آنها فاصله انداخته و آن دو را از یکدیگر جدا می سازد.

مکانیسم سوم LMD این است که امواجی که با اصابت ضربه به جدار شکم یا قفسه بوجود می آید به لایه LM رسیده، آنرا از لایه CL جدا می سازد (۱۱) که یک مورد هم در مطالعه ۲۰ ساله ما مشاهده شد.

۳- مرحله دگرگونی داخل کیست

با جدا شدن لایه LM انگل از CL میزبان، به هر مکانیسمی که باشد، لاروهای زنده و فعال یا مرده و تخریب شده، به همراه تکه هایی از لایه GM و LM به داخل مخزن مرکزی آب کیست افتاده و در آن شناور می شوند. لاروهایی که مرده یا تخریب شده اند، طی مدت زمانی تقریبی ۱۲ ساله به خودی خود از بین رفته و کیست به حالت افول^۳ در می آید. از ۳۶ کیست تک مخزنی پس از LMD، ۲۵ کیست (۷۰٪) که با احتمال زیاد لاروهای آنها مرده یا تخریب شده بودند، به حالت افول رسیدند، که ۱۶٪ آنها به کلی محو شدند. در مقابل، از همان ۳۶ کیست، ۱۱ کیست (۳۰٪) پس از تقریباً همان مدت زمان به صورت کیست چند مخزنی^۴ در آمدند. روند تبدیل لاروهای زنده و فعال شناور در داخل مخزن کیست های تک مخزنی بصورت کیست های دختر کاملاً قابل رویت بود.

1. Osmosis
2. Hydatid Univesicular (UV)
3. Involution
4. Multivesicular

کیست های تک حفره ای بدون PDCs، گزارش ها (۱۱) و همچنین یک مورد در مطالعه کنونی، حاکی است که در این گونه موارد احتمال دارد که در اثر ضربه به قسمت بالای بدن، Laminated Membrane Detachment (LMD) رخ دهد و بیمار دچار آنافیلاکسی شود، که هر چند با تزریق ۱۰۰ میلی گرم هیدروکورتیزون کنترل می شود، بنابراین آنچنان خوشایند نیست. لذا در مورد کیست های تک حفره ای بسیار بزرگ بدون PDCs، می توان به دلخواه و بصورت کنترل شده LMD بوجود آورد:

کافیست به میزان ۱۰۰-۲۰۰ سی سی آب زلال داخل کیست با سوزن بسیار نازک FNA آسپیره شود تا LMD همان لحظه، یا چند روز بعد مشاهده شود. بجاست که یکی دو روز قبل از آسپیراسیون، داروی آلبندازول مصرف شود و یک آمپول هیدروکورتیزون هم به هنگام آسپیراسیون تزریق شود. در هر حال هیچ نیازی نیست که روش PAIR یعنی تزریق مواد ضد اسکولکس انجام گیرد، که خود مسائل و مشکلات عدیده، از جمله عود کیست را به همراه دارد. بطور خلاصه، چنانچه کیست هیداتیدی در پیگیری با سی تی اسکن در فواصل طولانی تغییر شکل نداد، می توان بطور نسبی و موقت اطمینان حاصل کرد که به خودی خود رو به افول است. و ۶ درصدی هم که منجر به عارضه شناخته شده می شوند، به آسانی و بدون خطر قابل درمان هستند.

خوشبختانه، طی چند دهه گذشته داروی آلبندازول رواج یافته است. این دارو از سالها پیش در کشور هند بصورت داروی ضد کرم روده مصرف می شد. اینک ثابت شده است که این دارو بصورت شیمی درمانی منجر به تخریب لاروها بر روی لایه GM منجر می شود (۱۳). مصرف این دارو برای کیست های دارای PDCs توصیه نمی شود زیرا از قرار معلوم عبور این دارو از غشاء ضخیم شده پری سیست PDCs با دشواری انجام می گردد. بدیهی است که درمان باید زیر نظر متخصص عفونی و با کنترل آنزیم های کبدی انجام گیرد.

طریق ERCP استخراج شوند. در مورد دوم شایع ترین ضایعه کیست های هیداتید کبدی عفونت ثانویه، آن هم به آسانی با درناژ قابل درمان است.

پیشنهادات:

شاید در گذشته سیاست امروزی درمان کیست های هیداتید کبدی قابل توجه بود. اما امروز با پیشرفت هایی که طی ۵۰ سال گذشته نصیب جراحان شده است، جراحی پیشگیرانه برای کیست هیداتید کبدی دیگر ضرورتی ندارد. مشکل اینجاست که دو نگرانی ترکیدن و پخش شدن کیست هنوز در ذهن بیماران و پزشکان هم چنان باقی مانده باشد. از این رو ضرورت دارد که هر چه زودتر موهوم بودن این دو اتفاق، برای بیماران و پزشکان روشن گردد.

مراحل سیر طبیعی این بیماری که در بالا تشریح شد که بهترین و کم خطرترین نحوه برخورد با کیست های هیداتید بدون عوارض یا علائم بالینی، پیگیری دراز مدت آنهاست، که می تواند بصورت سی تی اسکن بدون تزریق یا بلع ماده حاجب به فواصل ۵-۱ سال انجام گیرد. در چنین برنامه درصد قابل توجهی از کیست ها به خودی خود افول خواهند کرد، یا دچار دو عارضه قابل درمان خواهد شد. سرعت رشد کیست های هیداتید کبدی بدون PDCs هم آنقدر کند است ۲-۱ سانتی متر در سال که علائم بالینی، هر چه باشند، دال بر پاره شدن یا ترکیدن ناگهانی کیست نمی باشند. وجود یا فقدان کیست های دختر هم دلالت بر هیچ خطر آنی نمی کند. بنابراین همان پیگیری صبورانه با سی تی اسکن بهترین روش برخورد با این گونه کیست هاست. چه بسا پس از گذشت چند سال روشن می گردد که کیست به خودی خود از میان رفته است یا به صورت یک ضایعه کاملاً کلسیفیه در آمده است.

یک مورد استثنایی در برنامه پیگیری ممتد شایان ذکر است: در مورد

REFERENCES:

- Dew HR. Hydatid disease: its pathology, diagnosis and treatment. The Australasian Medical Publishing Company 1929, pp 95-9.
- Torgerson PR. Economic effects of echinococcosis. *Acta Trop* 2003;85:113-8.
- Schantz PM, Kern P, Brunetti E. Echinococcosis. *Tropical infectious diseases: principles, pathogens and practice* 2011:824-38.
- Maingot's Abdominal Operations XII Ed. 2013. Editors: MJ Zinner & SW Ashley. McGraw Hill Medical, New York, p. 916.
- Frider B, Larrieu E. Treatment of liver hydatidosis: How to treat an asymptomatic carrier? *World J Gastroenterol* 2010;16:4123-9.
- Frider B, Larrieu E, Odriozola M. Long-term outcome of asymptomatic liver hydatidosis. *J Hepatol* 1999;30:228-31.
- Piccoli L, Tamarozzi F, Cattaneo F, Mariconi M, Filice C, Bruno A, et al. Long term sonographic and serological followup of inactive echinococcal cysts of the liver: hints for a "watch and wait" approach. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8:e3057.
- Brunetti E, Troia G, Gulizia R, Garlaschelli AL, Filice C. "Watch and Wait" as an alternative "treatment" for active and transitional echinococcal cysts: single center experience [abstract 85]. *Am J Trop Med Hyg* 2005;73:29.
- Sadjjadi SM. Present situation of echinococcosis in the Middle East and Arabic North Africa. *Parasitol Int* 2006;55 Suppl:S197-202.
- Saidi F, Habibzadeh F. The non-operative management of asymptomatic liver hydatids: ending echinococophobia. *J Gastrointest Surg* 2018;22:486-95.
- Murali MR, Uyeda JW, Tingpej B. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 2-2015. A 25-year-old man with abdominal pain, syncope, and hypotension. *N Engl J Med* 2015;372:265-73.
- Milicevic M. Echinococcal cyst: cause, diagnosis, complications, and medical and surgical treatment. In: Fischer JF, Bland KI, eds. *Mastery of Surgery*. 5th ed.: Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, PA. 2007. p. 1047.
- Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: a review. *Int J Infect Dis* 2009;13:125-33.