

گزارش یک مورد نادر کیست هیداتید غده پاروتید

دکتر محمدعلی دامغانی^۱

خلاصه

بیماری کیست هیداتید یک بیماری مشترک بین انسان و حیوان می‌باشد. تظاهر بیماری در انسان به صورت ضایعات کیستیک در ارگان‌های مختلف بدن بوده و شایع‌ترین فرم آن به صورت کیست هیداتید کبد است. یکی از محل‌های نادر پیدایش کیست، غدد بزاقی پاروتید است که به صورت توده گردنی بروز می‌کند. بنابراین در برخورد با توده‌های گردن در مناطق آندمیک وقتی که تشخیص بالینی حاکی از وجود ضایعه کیستیک غده بزاقی است باید به کیست هیداتید هم مشکوک شد و از روش‌های پاراکلینیک برای تأیید تشخیص استفاده نمود. مورد گزارش شده کیست هیداتید غده پاروتید در یک جوان ۱۵ ساله است که با توده کیستیک در ناحیه پاروتید مراجعه نموده بود.

واژه‌های کلیدی: کیست هیداتید، غده پاروتید

۱- استادیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

مقدمه

جراحی پاروتیدکتومی سطحی همراه با برداشتن توده قرار گرفت و نمونه برای پاتولوژی ارسال گردید که جواب آن کیست هیداتید بود. در این بیمار هیچگونه مطالعه رادیولوژیک قبل از عمل انجام نشد زیرا در متون استفاده روتین تصویر برداری در بیماران با توده‌های با حدود مشخص و محدود به لب سطحی پاروتید توصیه نمی‌شود و دلیل آن این است که نتایج تصویر برداری، پلان درمان را تغییر نمی‌دهد (۸).

گزارش آسیب‌شناسی ماکروسکوپی

در نمونه فیکس شده در فرمالین، یک کیست باز شده به قطر سه سانتی‌متر با دیواره سفید رنگ نرم با حداکثر ضخامت حدود دو میلی‌متر مشاهده شد.

گزارش آسیب‌شناسی میکروسکوپی

در مقاطع میکروسکوپی یک ضایعه کیستیک با دیواره صاف لایه لایه فاقد عروق به رنگ نارنجی و کیتینی دیده شد که قسمتی از آن به وسیله یک لایه از سلول‌های مکعبی (لایه زایا) پوشانده شده و موادی شبیه به شن ریزه در داخل مجرای آن مشاهده می‌شد که به احتمال زیاد اسکولکس‌های دژنره شده و کیست‌های دختر می‌باشند. همچنین یک پاسخ التهابی گرانولوماتوز در دیواره کیست مشهود بود.

بحث

توده‌های سر و گردن یکی از علل شایع مراجعه به پزشک را تشکیل می‌دهند. این توده‌ها می‌توانند به صورت سفت یا شل و کیستیک بروز کنند. منشأ پیدایش این توده‌ها ارگان‌های مختلف بدن است و در سر و گردن غدد بزاقی می‌توانند خاستگاه این توده‌ها باشند و در هر صورت توده می‌تواند منشأ اکتسابی یا مادرزادی داشته باشد. به طور کلی توده‌های کیستیک ۵٪ توده‌های غدد بزاقی را تشکیل می‌دهند (۶) که اکثر این توده‌ها در پاروتید بروز کرده بطوریکه ۵٪-۲٪ ضایعات پاروتید را تشکیل می‌دهد (۲۴). کیست‌های مادرزادی پاروتید شامل کیست درموئید، کیست داکتال و کیست‌های اولین قوس برانکیال می‌باشند (۵،۲۳). کیست‌های اکتسابی پاروتید ممکن است همراه با نئوپلاسم‌ها، ضایعه لنفوآپسی تلیال خوش‌خیم، تروما، پاروتیدیت، سنگ، انسداد مجرا، اکستروازیشن موکوس و بیماری ایدز باشند (۱۶). از موارد نادر کیست اکتسابی پاروتید کیست هیداتید است. کیست هیداتید بیماری مشترک بین انسان و حیوان می‌باشد که به وسیله انواع گونه‌های اکینووکوس ایجاد

بیماری کیست هیداتید یک بیماری مشترک بین انسان و حیوان است که به وسیله لارو انواع اکینووکوس [گرانولوسوس (*granulosus*) مولتی لوکولاریس (*multi-ocularis*) وگلی (*vogeli*) اولی‌گارتروس (*oligarthus*)] ایجاد می‌شود (۱۲،۱۸). این بیماری در نواحی از دنیا که به پرورش گوسفند اشتغال دارند مثل جنوب اروپا، آسیا، استرالیا، آفریقا و خاورمیانه دیده می‌شود (۱۱) و از نظر شیوع، ایران در طبقه‌بندی WHO به عنوان منطقه هیپراندمیک محسوب می‌شود (۱۴). میزان اصلی این بیماری سگ است و انسان به طور تصادفی به این بیماری مبتلا می‌شود. تظاهر بیماری در انسان به صورت کیست است که در ارگان‌های مختلف بدن می‌تواند بروز کند. میزان شیوع بیماری در ارگان‌های مختلف به ترتیب در کبد، ریه، طحال، قلب، کلیه، مغز، استخوان و بافت نرم می‌باشد (۴،۷،۱۱،۱۷). موارد گزارش شده بیماری در غده پاروتید بسیار نادر است و در متون تاکنون ۳۸ مورد از این بیماری در غده پاروتید گزارش شده است (۱۵). از ایران در سال ۱۳۷۲ یک مورد کیست هیداتید پاروتید در تبریز گزارش شده است (۲). با توجه اینکه کشور ما جز مناطق هیپراندمیک است، به نظر می‌رسد موارد دیگری از بیماری وجود دارد که گزارش نشده است. مورد گزارش حاضر، کیست هیداتید در یک جوان ۱۵ ساله است که با توده‌ای در پاروتید مراجعه نموده است.

معرفی بیمار

جوانی ۱۵ ساله، کشاورز، اهل و ساکن کهنوج با شکایت توده‌ای در ناحیه جلوی گوش مراجعه نمود. بیمار از حدود ۳ ماه قبل از مراجعه متوجه توده‌ای به اندازه یک فندق در جلوی گوش و بالای زاویه فک تحتانی شده بود که به تدریج بزرگ‌تر شده و هیچ علامت دیگری نداشته است. چند بار به پزشک مراجعه و آنتی‌بیوتیک دریافت نموده که مؤثر نبود، تا اینکه بیمار به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه و توصیه به جراحی شده بود. بیمار هیچگونه علامت سیستمیک، سابقه بستری و عمل جراحی قبلی نداشت، در معاینه یک توده به ابعاد ۵x۷cm بین زاویه فک تحتانی و تراگوس دیده می‌شد که قوام نرم و کیستیک داشت و به نظر می‌آمد که از زیر به نسج زیرین متصل بوده ولی پوست روی آن متحرک بود. درد و حساسیت، قرمزی و التهاب روی توده وجود نداشت. حرکت دو طرف صورت، قرینه و بقیه معاینات سر و گردن طبیعی بود. بیمار با تشخیص توده کیستیک لب سطحی پاروتید (احتمالاً از نوع برانکیال کیست) تحت عمل

می‌شود که ابتدا مقداری از مایع کیست خارج شده و یک ماده protoscolicide به داخل آن تزریق شود تا لایه ژرمینال و کیست‌های دختر قبل از برداشتن کامل کیست از بین بروند و ۳۰ دقیقه بعد از آن کیست به طور کامل برداشته شود (۱۹). روش دیگر در درمان جراحی کیست هیداتید پاروتید، درمان Percutaneous با تکنیک PAIR (Percutaneous Aspiration Injection Re-aspiration) است (۳). می‌توان قبل از عمل به بیمار داروهایی مثل آلبندازول (Albendazol) و مبندازول (Mebendazol) تجویز کرد تا خطر انتشار کیست‌های دختر حین عمل کاهش پیدا کند. داروی ارجح آلبندازول به مقدار ۴۰۰mg دو بار در روز به مدت ۴ هفته و با فواصل دو هفته استراحت برای سه دوره یا بیشتر است (۹،۲۲). پاسخ به درمان دارویی بستگی به اندازه کیست و محل کیست دارد (۹،۲۰) و پاسخ به درمان دارویی را می‌توان به وسیله مطالعات تصویربرداری پی‌درپی کنترل نمود. با توجه به اینکه در تشخیص افتراقی این بیمار کیست هیداتید مورد نظر نبود، هیچکدام از مطالعات تصویربرداری و آزمایشگاهی در مورد این بیمار انجام نشد ولی بعد از آماده شدن جواب پاتولوژی، از بیمار سونوگرافی محوطه شکم و رادیوگرافی قفسه سینه انجام شد که نتایج طبیعی بود. ضمناً با گذشت بیست ماه از برداشتن کیست در این بیمار، هیچ علامتی از عود در محل عمل و یا پیدایش کیست جدید در محل دیگری از بدن وی مشاهده نشده است.

نتیجه‌گیری

بروز کیست هیداتید در غدد بزاق خیلی نادر است و لازم است در برخورد با توده‌های ناحیه غدد بزاقی به فکر این بیماری بود. چنانچه بعد از گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی شک نسبت به این بیماری وجود داشت می‌توان از اقدامات تشخیصی لازم اعم از رادیوگرافی و آزمایشگاهی برای تشخیص استفاده نمود تا اقدامات لازم جهت جلوگیری از انتشار و عود بیماری به عمل آید. بنابراین توصیه می‌شود که در تشخیص افتراقی توده‌های نواحی غدد بزاقی در مناطقی که احتمال بیماری کیست هیداتید وجود دارد، این بیماری نیز مدنظر باشد.

می‌شود (۱۲،۱۸). کرم‌های بالغ این گونه‌ها در روده باریک سگ سانان و عمدتاً سگ زندگی می‌کنند. تخم‌های انگل از طریق مدفوع میزبان اصلی دفع شده و معمولاً توسط علفخواران بلع می‌شود. انسان میزبان تصادفی بوده و از طریق بلع تخم انگل بعد از تماس با سگ‌های آلوده مبتلا می‌شود. تخم‌ها در لوله گوارش باز شده و جنین‌های آزاد شده به مخاط روده نفوذ کرده و وارد گردش سیستمیک می‌شوند و به این طریق در بافت‌های مختلف پخش و جایگزین شده و تبدیل به کیست هیداتید می‌شوند. از نظر میزان شیوع در اعضای مختلف این کیست به ترتیب در کبد، ریه، طحال، قلب، کلیه، مغز، استخوان و بافت نرم دیده می‌شود (۷،۱۱،۱۷). در بررسی متون تاکنون ۳۸ مورد از این بیماری در غده پاروتید گزارش شده است (۱۵). از ایران در سال ۱۳۷۱ دو مورد کیست هیداتید غده تحت فکی (۱) و در سال ۱۳۷۲ یک مورد کیست هیداتید پاروتید گزارش شده است (۲). به دلیل نادر بودن این بیماری، تشخیص کیست هیداتید غدد بزاقی نیاز به شک بالا دارد و این بیماری باید در تشخیص افتراقی توده‌های غدد بزاقی در نظر گرفته شود.

تشخیص اکتینوکوزیس معمولاً براساس شناسایی کیست در بافت است. مطالعات تصویربرداری مثل سونوگرافی CT و FNA با گایدسونو و MRI ممکن است جدار کلسیفیه کیست و میکروکالسیفیکاسیون‌هایی در داخل کیست‌های دختر و تغییر دانسیته بین کیست و ارگان‌های اطراف را نشان دهد (۱۱). عفونت‌های مشکوک براساس مطالعات تصویربرداری ممکن است به وسیله Specific enzyme-linked immuosorbent (ELISA) و Western blot test تأیید شود (۱۰،۲۱). این تست‌ها در مورد کیست هیداتید کبدی ۱۰۰٪-۸۰٪ حساسیت و ۹۶٪-۸۸٪ اختصاصی بودن از خود نشان می‌دهند ولی در مورد کیست ریوی این رقم ۵۶٪-۵۰٪ و در مورد سایر ارگان‌ها حساسیت تست به ۵۶٪-۲۵٪ کاهش می‌یابد. بنابراین تصویربرداری خیلی حساس‌تر از سرولوژی در تشخیص است (۱۳).

درمان کیست‌های علامت‌دار، برداشتن کامل کیست به وسیله جراحی است. حین برداشتن کیست، اگر کیست پاره شود خطر انتشار عفونت و شوک انافیلاکسی وجود دارد بنابراین توصیه

Summary**A Report of Rare Case of Parotid Gland Hydatid Cyst**Damghani MA, MD¹.

1. Assistant Professor of E.N.T, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Hydatid cyst disease is a zoonotic infection. In human beings it appears as cystic lesions in different organs and the most common form is hydatid cyst of liver. One of the rare sites of the disease is salivary gland, which appears as a neck mass. Therefore, when observing a cystic lesion in salivary glands, hydatid cyst should be considered and for confirmation of diagnosis special paraclinic techniques must be used and with suitable therapeutic plan, the disease, should be treated to prevent the possible complications and recurrence. We present a parotid hydatid cyst in a 15 year old man.

Key Words: Hydatid cyst, Parotid gland*Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2003; 10(1): 60-64.***منابع**

۱. رضیعی، سیدمحمدباقر. گزارش دو مورد کیست هیداتید غدد بزاقی تحت فکی و بررسی ضایعات کیستیک سر و گردن و غدد بزاقی. مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران، ۱۳۷۱، سال چهارم، شماره ۱۰، ص ۷۶-۸۲.
۲. عابدین زاده، عابدین - گزارش یک مورد نادر کیست هیداتید در غده پاروتید، مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران، ۱۳۷۱، سال پنجم، شماره ۱۱، ص ۴۸-۵۰.
3. Akhan O, Ensari S and Ozmen M. Percutaneous treatment of parotid gland hydatid cyst: a possible alternative to surgery. *Eur Radiol* 2002; 12(3): 597-9
4. Ammann RW. Improvement of liver resectional therapy by adjuvant chemotherapy in alveolar hydatid disease. Swiss Echinococcosis study group (SESG). *Parasitol Res.* 1991; 77(4): 290-293
5. Aronsohn RS, Batsakis JG, Rice DH and Work WP. Anomalies of the first branchial cleft. *Arch Otol* 1976; 102(12): 737-40.
6. Batsakis Head and neck tumore 1982. Williams & Wilkins chap 3 p 116.
7. Booz MK. The management of hydatid disease of bone and joint. *J Bone Joint Surg Br* 1972; 54(4): 698-706.
8. Cummings Charles W. Otolaryngology Head & Neck surgery Vol II - P 1261- 1998 Mosby 3rd ed.
9. Davis A, Dixon H and Pawlowski ZS. Multicentre clinical trials of benzimidazole carbamates in Human cystic echinococcus (phase 2). *Bull World Health Organ* 1989, 67(5): 503-508.
10. Force L, Torres JM, Carrillo A and Busca J. Evaluation of eight serological tests in the diagnosis of human echinococcosis and follow-up. *Clin Infect Dis.* 1992; 15(3): 473-480.
11. Fraiji . EK, Connor DH: Echinococcosis. In: Connor DH, Chandler FW (eds). pathology of infectious disease. Vol 2. Stamford, Appleton & lange, 1997; pp1405-1413.
12. Kammerer WS and Schantz PM: Echinococcal disease. *Infect Dis Clin North Am* 1993; 7(3): 605-18.
13. Macpherson CN, Romig T, Zeyhle E, Rees

- PH and Were JB. Portable Ultrasound scanner versus serology in screening for Hydatid cysts in a nomadic population. *Lancet* 1987; 2(8553): 259-261.
14. Mattosian RM, Richarde MO & Symth J.d. Hydatidosis, A global problem of increasing importance Buletin of WHO. 1977. 55(4), 499-507.
15. Norman JE, Mitchell RD and Chaudhary S. Unusual conditions of the major and minor salivary Glands. in: Norman JE (ed.), Color Atlas and text of the salivary glands. London, Mosby - Wolfe co, 1995; p 335.
16. Rice DH, Batsakis JG, McClatchey KD. Postirradiation malignant salivary gland tumor. *Arch Otolangol* 1976; 102(11): 699-701.
17. Schaefer JW and Khan MY. Echinococcosis (Hydatid disease): lessons from experience with 59 patients. *Rev Infect Dis* 1991; 13(2): 243-247.
18. Schantz PM: Echinococcosis. In: Guerrant RL, Wulker DH, Weller PF (eds). Tropical infectious disease. Newyork, Churchill Livingstone, 1999; pp1005-10025.
19. Schantz PM and Okelo GBA: Echinococcosis (Hydatidosis). In: Warren KS and Mahmoud AAF (eds.) Tropical and geographical medicine. 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 1990; p505.
20. Todorov T, Mechkov G, Vutova K *et al.* Factors influencing the response to chemotherapy in human cystic echinococcosis. *Bull World Health organ* 1992; 70(3): 347-358.
21. Verastegui M, Moro P, Guevara A, Rodriguez T, Miranda E and Gilman RH. Enzyme-linked immunoelectrotransfer blot test for diagnosis of human hydatid disease. *J Clin Microbiol* 1992; 30(6): 1557-1561.
22. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Bull World Health organ* 1996, 74: 231-242.
23. Work WP and Hecht DW. Non-neoplastic lesion of the parotid gland. *Ann Otol Rhinol laryngol* 1968, 77(3): 462-7.
24. Work WP. Cysts and congenital lesions of the parotid gland. *Otol Aryngol Clin North Am* 1977; 10(2): 339-43.