

HIDATIDOZA PRIMITIVĂ CU LOCALIZARI MULTIPLE SINCRONE

D. Niculescu, D.Ene, D. Negru*, Felicia Crumpei*

Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – V. Buțureanu”, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

* Clinica radiologică, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

PRIMITIVELY HYDATIDOSIS WITH MULTIPLE SYNCHRON LOCALIZATIONS (Abstract): The cervical hydatid cyst is a rarely disease; the literature notes a frequently between 0,2-2% from all the hydatid cases, according to different authors. We present the case of a young girl with cervical hydatid cyst who was initially diagnosed with nodulocystic growth. Intraoperatively we discovered a cervical hydatid cyst. After the first operation a CT-scan was performed and revealed the presence of pulmonary and liver hydatidosis. The pulmonary hydatid cyst was surgically solved after 10 days from the first intervention. The hepatic hydatid cyst has about 4 cm and we recommended a medical treatment (Albendazole). The particularities of this case are: young age of the patient, multiple localizations of the hydatid disease, the difficulties of the positive diagnosis.

KEY WORDS: CERVICAL HYDATID CYST, ECHINOCOCCOSIS

Correspondență: Prof. Dr. D. Niculescu, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111, Iași

Echinococcoza are, în România, caracter endemic. Cea mai frecventă localizare este cea hepatică, urmată de cea pulmonară. Celelalte localizări, inclusiv cea cervicală, sunt rare. Prezentăm în continuare cazul unei paciente cu localizări hidatice multiple.

Pacienta B.A., 16 ani, din mediu rural, este internată la Clinica I Chirurgie Iași prin transfer de la Clinica de Endocrinologie pe data de 26.05.2005, cu diagnosticul de gușă nodulo-chistică lob tiroidian drept (LTD).

Din istoric, pacienta relatează apariția în urmă cu 3 luni, în regiunea cervicală anterioară, a unei formațiuni pseudotumorale voluminoase, pentru care se prezintă la medicul de familie; este îndrumată către serviciul endocrinologic teritorial, diagnosticată cu *formațiune chistică tiroidiană* și orientată către Clinica Endocrinologică Iași. Se stabilește diagnosticul de gușă nodulo-chistică LTD, cu recomandarea de internare în Clinica I Chirurgie în vederea intervenției chirurgicale.

Din datele de anamneză reținem de asemenea că pacienta este posesoare (de aproximativ 3 ani) a unei pisici birmaneze ce are carnet de sănătate cu vaccinurile periodice efectuate.

Examenul clinic general nu evidențiază modificări patologice. La examenul local se identifică la nivelul regiunii latero-cervicale drepte o formațiune pseudotumorală de aproximativ 7 x 8 cm, de consistența elastică, nedureroasă, mobilă cu deglutiția.

Datele de laborator evidențiază leucocitoză (15.200/mm³), dar fără eozinofilie (0,8%). La examenul ecografic se constată LTD ocupat de o formațiune lichidiană omogenă de 67 x 47 mm, lobul tiroidian stâng (LTS) având dimensiuni și structură normale (Fig. 1). Radiografia toracică (Fig. 2) (în incidență postero-anterioară și profil) a evidențiat o opacitate de 10 x 6 x 8 cm, ovalară, bine delimitată, omogenă, contur boselat, situată hilar drept, fără linie de demarcație cu mediastinul mijlociu. Pe incidența de profil se proiectează la nivelul mediastinului posterior. De asemenea, se constată trahee deviată spre stânga în regiunea cervico-mediastinală de către o opacitate de părți moi de aproximativ 6 x 5,5 cm. Explorarea formațiunii toracice este completată de o ecografie trans-toracică: formațiune solidă, contur boselat, cu dimensiune de 7 x 7 cm în șanțul paravertebral drept.

Diagnosticul preoperator a fost: *gușă nodulo-chistică LTD, tumoră mediastinală paravertebrală dreaptă*.

Pe data de 30 mai 2005 se intervine chirurgical, sub anestezie generală cu intubație oro-traheală. Se practică o cervicotomie Kocher de aproximativ 8 cm. Se pătrunde în loja tiroidiană unde se identifică tiroida, care are aspect normal; retrotiroidian drept, se constată prezența unei formațiuni chistice albicioase de circa 8 cm care aderă la tiroidă, cu limită de demarcație între ele. Se practică disecția formațiunii; la puncția acesteia se extrage lichid clar ca „apa de stâncă”, aspect patognomonic pentru chistul hidatic (CH). Se continuă intervenția cu inactivarea parazitului cu ser clorurat hipertonic 9%, urmată de perichistectomie parțială și drenajul cu tub al cavității.

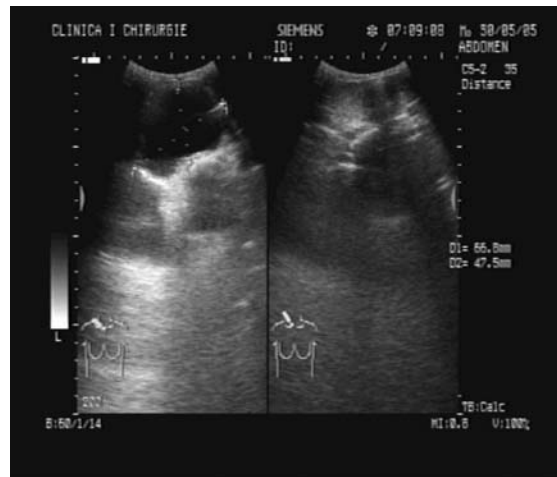


Fig. 1: Ecografia cervicală
formațiune lichidiană omogenă de 67 x 47 mm la nivelul LTD

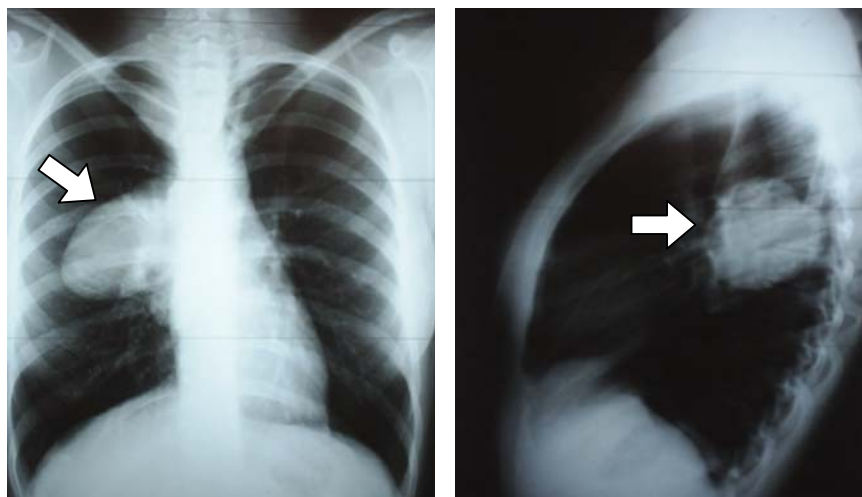


Fig. 2: Radiografie toracică incidență postero-anterioară și profil

Deci, diagnosticul postoperator a fost de chist hidatic cervical. Se impun investigații suplimentare pentru depistarea altor localizări viscerale.

La examenul computer tomografic (CT) toraco-abdominal s-a constatat că tumora mediastinală avea aspect chistic, cu perete propriu; este situată în contact cu bronhia principală dreaptă pe topografia segmentelor apical și posterior ale lobului superior drept și a

segmentelor superior și bazal medial ale lobului mijlociu drept, cu dimensiuni de 7 x 8,5 x 8 cm (antero-posterior / transversal / cranio-caudal). De asemenea, are contact cu mediastinul posterior, cu crosa venei azygos și cu șanțul costo-vertebral drept, iar conținutul leziunii nu își crește densitatea după administrarea substanței de contrast. Abdominal, se evidențiază o formațiune expansivă lichidiană, situată în segmentul VII hepatic, cu diametrul maxim de 2 cm, bine delimitată de un perete subțire; conținutul leziunii nu își crește densitatea după administrarea substanței de contrast. (Fig. 3)

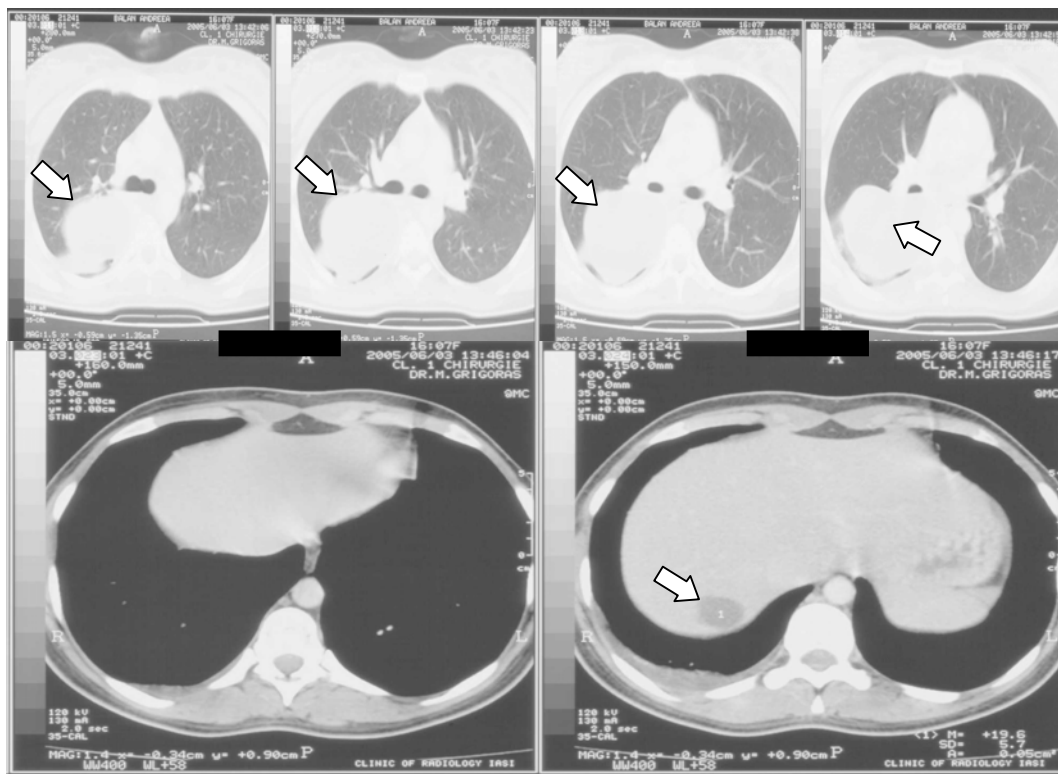


Fig. 3: Computer tomografie toraco-abdominală
a) chist hidatic pulmonar; b) chist hidatic hepatic seg. VII

Înainte de a doua intervenție diagnosticul a fost: *chist hidatic pulmonar drept, CH hepatic segment VII, CH cervical operat*

Se decide efectuarea intervenției chirurgicale pentru CH pulmonar. Se intervine chirurgical pe 9 iunie 2005; se efectuează toracotomie postero-laterală dreaptă în spațiul V intercostal; se indentifică un CH de aproximativ 10 x 10 cm și se practică inactivare cu clorurat hipertonic, chistectomie, sutura fistulelor bronșice, capitonajul cavității în burse etajate și drenaj pleural. (Fig. 4)

Tratamentul chirurgical a fost completat de cel medical, administrându-se: Albendazol 400 mg/zi, antibioterapie (Ciprinol 800 mg/zi), anticoagulant (Fragmin, 5000 UI/zi, 7 zile).

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă cu suprimarea drenajului pleural în ziua a 8-a postoperator (sub control radiologic).

Pacienta a fost externată la 22 zile de la intervenția inițială și la 12 zile de la cea de-a II-a operație, urmând să continue tratamentul cu Albendazol 400 mg/zi 28 zile, cu 14 zile pauză, timp de 6 luni,

DISCUȚII

Chistul hidatic (CH) este o boală parazitară produsă de *Taenia echinococcus granulosus*, frecvent întâlnită în țară noastră. [1] Indicele de morbiditate în România, variază în

anii 1953 - 1963 între 5 și 7 la 100.000 locuitori. În perioada 1991 - 1995 s-au raportat aproape 1.000 de cazuri noi pe an, iar indicele de mortalitate a oscilat între 5 - 7%. Incidența cazurilor în România este mai mare în Dobrogea și în zona centrală. [1]

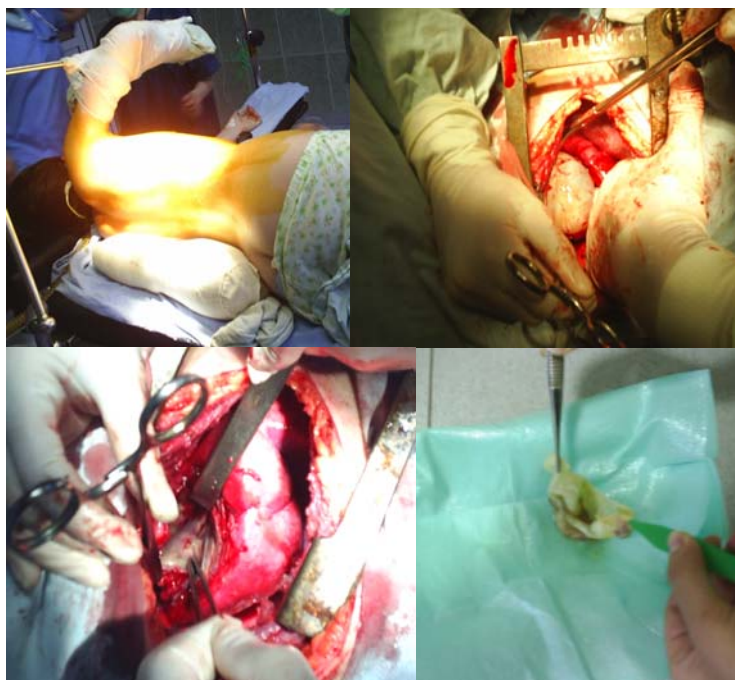


Fig. 4: Chistul hidatic pulmonar – aspect intraoperator

Repartiția geografică este diversă și se pot distinge:

- țări cu nivel înalt de infestare: Argentina, Uruguay, Chile, Algeria, Tunisia, Maroc, Spania, Portugalia, Grecia, Australia, Noua Zeelanda;[2,3]
- țări cu nivel de infestare mijlocie: Peru, Brazilia, Canada, Alaska si Africa de Sud;[2,3]
- țări cu nivel scăzut de infestare: alte țări din America Latina și din Africa de Nord și țări din Europa: Franța, Bulgaria, Romania.[1-3]

În Europa Occidentală este endemică echinococoză determinată de *Taenia echinococcus multilocularis* [4]

În literatură incidența chistului hidatic cu localizări multiple este redusă variind între 0,2 – 2% în funcție de diverși autori și de zona endemică [5].

Echinococoză este o boală legată de anumite profesii: măcelari, agricultori, ciobani, iar distribuția geografică a bolii urmează fidel curba dezvoltării crescătorilor de oi și este determinat de promiscuitatea pastorală, fapt ce l-a determinat pe Deve să afirme că: „boala hidatică este una din bolile mâinilor murdare”. [1]

Lupta cu acest parazit nu mai poate fi câștigată în sălile de operație oricât de mari progrese s-ar face în terapeutică chistului hidatic, din cauza caracterului puternic infestant al bolii. Iată pentru ce se pune accentul pe profilaxia acestei boli, pe depistarea cât mai precoce a cazurilor de îmbolnăviri, având în vedere că „evoluția este în cvasitotalitatea cazurilor către complicații”. [1,6]

Printre măsurile profilactice vom aminti în primul rând o bună educație sanitară a populației în ceea ce privește spălarea riguroasă a legumelor și fructelor cât și a mâinilor; creșterea adresabilității la medic. O altă măsură profilactică importantă ar reprezenta-o desființarea tuturor abatoarelor clandestine cât și o monitorizare igienico-sanitară strictă, a celor

avizate. În al treilea rând trebuie adoptate o serie de măsuri privind câinii vagabonzi cât și cei de companie (vaccinări, deparazitări).

Cazul prezentat suscită interes atât prin problematica de stabilire a diagnosticului cât și a tratamentului medico-chirurgical ce trebuie instituit și urmărit.

Principala afecțiune la care ne-am gândit a fost o gușă nodulară chistică. Diagnosticul preoperator a fost infirmat intraoperator când s-a constatat prezența unui chist hidatic cervical. Importantă în evoluția cazului este absența puncției tiroidiene care s-ar fi putut efectua de rutină în vederea diagnosticului diferențial și care ar fi avut implicații nefavorabile în evoluția ulterioară a bolii (șoc anafilactic, hidatidoză secundară). În literatură localizările tiroidiene sunt extrem de rare, iar atitudinea diagnostică și terapeutică este similară cu cea pe care am practicat-o. [2,7]

După prima intervenție și precizarea diagnosticului de hidatidoză cervicală, s-au efectuat investigații paraclinice care au depistat și alte localizări hidatice (chist hidatic pulmonar și hepatic). Examenul ecografic abdominal efectuat la internare ar fi putut preciza diagnosticul de chist hidatic hepatic și ar fi permis enunțarea unei supoziții de diagnostic de hidatidoză multiplă.

Întrucât chistul hidatic hepatic era de dimensiuni reduse și necomplicat (Gharbi I) s-a decis supravegherea sub tratament parazitocid cu Albendazol 400 mg/zi, 28 zile, cu 14 zile pauză, timp de 6 luni, după care revine la control periodic. Tratamentul medical este frecvent indicat în formele necomplicate de echinococoză, mai ales de autorii occidentali. Eficiența acestuia depinde de stadiul evolutiv al chistului hidatic și tipul de parazitocid. [8-10]

CONCLUZII

Localizările primare sincrone ale CH privesc de obicei un singur viscer, rareori două și în mod excepțional multiple, ca în cazul prezentat

Tratamentul chirurgical comportă problema abordului concomitent sau succesiv al leziunilor, aceasta din urmă metodă fiind mai sigură. Tratamentul parazitocid adjuvant poate îmbunătăți rezultatele.

BIBLIOGRAFIE

1. Burlui D, Roșca Monica *Tratamentul chirurgical al chistului hidatic hepatic*, Ed. Medicală, 1977: 8-9, 19-24
2. Lada P, Lermite E, Hennekinne-Mucci S, Etienne S, Pessaux P, Arnaud JP. Primary hydatid cyst of the thyroid, an unusual localisation of hydatidosis, *Presse Med.* 2005 Apr 23;34(8): 580-584
3. Semlali S, Nassar I, Cisse A, El-Gueddari FZ, Imani F. Cervical hydatid disease with retropharyngeal involvement: a case report, *Presse Med.* 2005 Mar 23;(6): 80
4. Detry O, Honore C, Delwaide J, Demonty J, De Roover A, Vivario M, et al. Endemic alveolar echinococcosis in Southern Belgium?, *Acta Gastroenterol Belg.* 2005 Jan-Mar;68(1): 1-4.
5. Akal M, Kara M. Primary hydatid cyst of the posterior cervical triangle, Department of Thoracic Surgery, *J Laryngol Otol.* 2002 Feb;116(2): 153-155
6. Amahzoune M, El Malki HO, Benkhraba K, Mohcine R, Ifrine L, Belkouchi A, Balafrej S. Recurred hydatid cyst of the thyroid: a case report. *Ann Endocrinol (Paris).* 2004 Oct;65(5): 469-471
7. Cossu ML, Palermo M, Coppola M, Fais E, Ruggiu M, Tanda F, Cossu Rocca P, Noya G. A case of primary hydatidosis of the thyroid gland. *Minerva Endocrinol.* 1999 Jun;24(2): 91-94.
8. Ksantini R, Bedioui H, Fteriche F, Chebbi F, Rebai W, Jouini M et al. Chemo-laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver myth or reality! Preliminary results of 27 cases, *Tunis Med.* 2004 Dec;82(12):1097-1100
9. Polat C, Dervisoglu A, Hokelek M, Yetim I, Buyukkarabacak Y, Ozkutuk Y, Erzurumlu K. Dual treatment of albendazole in hepatic hydatidosis: New therapeutic modality in 52 cases. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005 Mar;20(3):421-425.
10. Smego RA Jr, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis.* 2005 Mar;9(2):69-76.