

HIDATIDOZA MULTIPLĂ – PREZENTARE DE CAZ CLINIC

Eva Gudumac – prof. univ., dr. hab. şt. med., acad. AŞM, Om Emerit,
Irina Livşiţ – doctorand,

IMSP Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Chirurgie Pediatrică
„Academician Natalia Gheorghiu”
tel. 069018651, lisa81@mail.ru

Rezumat

Datorită îmbunătăţirilor diagnosticului şi tratamentului pentru hidatidoze, ne confruntăm în prezenţa cu un pacient care dezvoltă în timp mai multe chiste hidatice în diverse organe. Diagnosticul corect şi precoce, prin monitorizarea în dinamică a pacientului, clinic, biologic, imagistic, a permis rezolvarea favorabilă a cazului.

Cuvinte-cheie: hidatidoza, copil

Summary. Multiple echinococcosis - clinical cases

The authors present a clinical case of a patient with multiple echinococcosis in various organs revealed through improved methods of diagnosis and treatment of echinococcosis. Correct and timely diagnosis by dynamic observation of the patient, clinical manifestations, visual inspections led to a favorable result.

Key words: echinococcosis, child

Резюме. Множественный эхинококкоз - клинический случай

Авторы представляют клиническим случаем пациента с множественным эхинококкозом в различных органах, выявленных благодаря улучшению методов диагностики и лечения эхинококкоза. Правильный и своевременно поставленный диагноз при помощи динамического наблюдения за пациентом, клиническими проявлениями, данными визуальных обследований привело к благоприятному исходу.

Ключевые слова: эхинококкоз, ребёнок

Introducere. Chisiturile hidatice multiple sunt definite ca prezenţa concomitentă sau succesivă a hidatidozei într-un singur sau în mai multe organe, având o frecvenţă de 10-20%. Chistele multiple ge-

nerează tulburări, destrugând reţeaua vasculo-biliară, parenchimul pulmonar, hepatic, lienal etc. Statisticile arată că numărul cazurilor de chisturi hidatice multiple şi cu localizări pluriviscerale în ultimii ani sunt

într-o creștere lentă. Hidatidoza prin dezvoltarea sa la nivelul unui organ în special ficat – organ cheie în calea tuturor metabolismelor, îmbracă deseori o malignizare evolutivă reprezentând un pericol grav pentru sănătatea copilului. Complicațiile multiple ce intervin în evoluția acestei maladii parazitare, morbiditatea mare cu toată complexitatea ei până în prezent nu și-a găsit încă o rezolvare definitivă. Cercetările recente relevă că 50-80% din totalitatea chisturilor hidatice la copil sunt localizate în ficat. Localizarea extrahepatică (20%) este preponderent pulmonară, foarte rar fiind întâlnite formele renale, splenice, cardiace, suprarenaliene, intraabdominale, cerebrale, retrooculare, musculare etc. Echinococoza pluriviscerală este definită ca prezența concomitentă sau succesivă a chistului hidatic în mai mult de un organ. Numărul cazurilor de chisturi hidatice multiple și cu localizări pluriviscerale a crescut în ultimii ani și constituie până la 30% din cazuri. Fiind localizate intrapulmonar și abdominal inițial vor fi tratate chirurgical cele pulmonare pentru a preveni deschiderea lor în arborile traheo-bronșic. Ruptura chisturilor hidatice voluminoase conduc nu numai la difuzarea conținutului chistului rupt în cavitatea peritoneală, pleurală, dar și la declanșarea unui tablou dramatic, care pe lângă semnale peritoneale sau pleurale, însumează uneori și șocul anafilactic, punând serioase probleme de diagnostic și tratament.

Prezentarea cazului. Pacienta C. (f. m. Nr. 2-6276), adolescentă, în vârstă de 14 de ani, se prezintă de urgență și este internată în Centrul Național Științifico-Practic de chirurgie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMȘC datorită unei pleurezii pe dreapta cu diagnostic de trimitere pneumonie distructivă pe dreapta. La internare pacienta acuza la toracoalgii, dispnee de efort, tuse, semne concludente de endotoxicoză gradul II-III.

Din anamneză este cunoscut că, cu 10 luni în urmă la copil a fost depistată o formațiune chistică în proiecția ovarului drept fiind efectuată puncția tran-

scutanată cu aspirația conținutului chistului, dar fără a fi investigată multilateral.

La internare în clinica noastră reținem că se consideră bolnavă aproximativ 14 zile, când au apărut tuse chinuitoare, iar cu 5 zile înainte de internare s-au asociat vome repetate cu un lichid în cantitate mare, cu miros fetid, iar peste 2 zile a devenit febrilă.

La internare în clinica de chirurgie pediatrică pacienta prezintă stare generală gravă. Examenul fizic obiectiv decelează un abdomen asimetric cu o bombare ușoară în regiunea suprapubiană cu extindere spre stânga. La palparea abdomenului se găsește o formațiune tumorală dur-elastică, slab mobilă cu dimensiunile 8x9 cm, fără defans muscular, dar cu o mică sensibilitate. Tot examenul clinic se găsește o insuficiență respiratorie gradul II-III.

Probleme biologice au fost: Grupa de sânge O(I), Rh-factor pozitiv. Hemoleucograma: hemoglobină – 140 g/l; eritrocite – 4,4; hematocritul – 0,42; leucocite – 6,6; nesegmetate – 6, segmentate – 52; eozinofile – 6; limfocite – 32; monocite – 4; VSH – 20; proteina totală – 60 g/l; ureea – 4,4; creatinina – 0,057; bilirubină – 4,8-0-4,8; glucoză – 19; K – 4,70; Na – 140,2; ALT – 19; AST – 26; protrombina – 100; fibrinogenul – 5,33.

Examenul radiologic al toracelui a evidențiat plămânul stâng bine aerat, în proiecția lobului mediu al plămânului pe dreapta se determină două formațiuni chistice cu dimensiunile 100x75 mm și 50x50 mm cu nivele lichidiene orizontale. Pe pleura costală pe dreapta depuneri fibrinoase, sinusul opacifiat, cu un proces aderent pleuro-diafragmal (*Fig. 1*).

Ecografia abdominală - ficatul lobul drept 100 cm., lobul stâng 53n mm., contur regulat, parenchimul omogen, ecogenitatea medie. V. portă 5 mm., viza biliară se depistează, pancreasul 15x16x16 mm, contur regulat, parenchimul omogen, ecogenitatea medie, splina 84 mm, parenchim omogen, rinichiul drept 100x39 mm, rinichiul stâng 100x38 mm, parenchim D=S=10.



Fig. 1. Pacienta C.- radiografia toracică

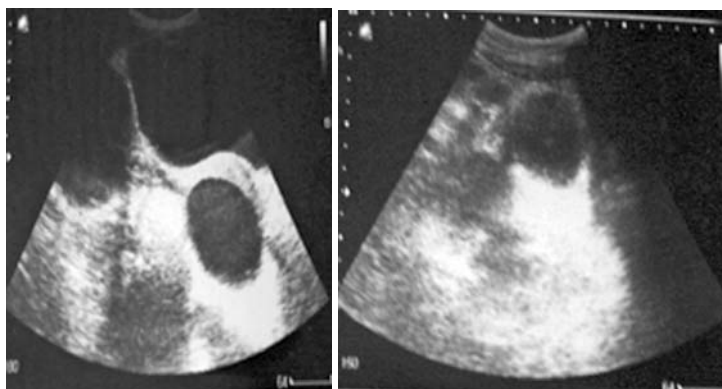


Fig. 2. Pacientul C. - ecografia abdominală

Uterul cu dimensiunile 40x29x39 mm, compresat. În proiecția ovarului drept se vizualizează o formațiune lichidiană 88x79 mm și altă de 81x69 mm. (Fig. 2). În proiecția ovarului stâng sunt prezente încă două formațiuni lichidiene cu dimensiunile 54x52 mm și 52x62 mm. În cavitatea pleurală pe dreapta se determină lichid liber până la 22 mm.

Concluzia ecografică: Pleurezie pe dreapta. Formațiuni chistice pulmonare și intraabdominale (chisturi hidatice?).

Consiliul preanestezic stabilește o reechilibrare hidroelectrolitică, acido-bazică, metabolică, antibioticoterapie, terapie simptomatică intensivă și efectuarea intervenției chirurgicale în anestezie generală cu intubație oro-traheală. De asemenea, se hotărăște instituirea antibioticoterapiei și imediat postoperatorie. Se practică toracotomia latero-posterioară pe dreapta în spațiul intercostal VI. Se desectă minuțios straturile peretelui toracelui și deschide cavitatea pleurală. La revizie a fost evidențiat un chist hidatic al plămânului drept cu dimensiunile de 16x18 mm., rupt atât în bronh, cât și în cavitatea pleurală. S-a efectuat evacuarea conținutului restant al chistului, rezecția peretelui chistului cu capitonajul cavității restante. Lobul inferior al plămânului drept cu modificări trofice. Lavajul cavității pleurale cu Sol. Acid Aminocapronic – 200 ml. Microtoracotomie pe dreapta cu instalarea tubului intercostal conectat la sistemul Bulau. Suturarea plăgii în planuri anatomice. Pansament aseptice.

Postoperator se continuă antibioticoterapia, tratamentul antalgic, antiinflamator, expectorant, anticoagulant. Evoluția postoperatorie a pacientei este favorabilă, fără complicații. Radiografia toracică postoperatorie constată plămânul drept aerat, cordul în limitele normei. Ecocardiografia postoperatorie a arătat contracții bune, fără schimbări.

La a 7 zi postoperator pacienta a fost supusă eta-

pei a doua a tratamentului chirurgical – s-a practicat laparotomia mediană inferioară sub anestezie oro-traheală. Se deschide cavitatea abdominală pe straturi și s-a eliminat cca 300 ml de lichid seros. La revizia organelor abdominale se constată un chist hidatic al omentului localizat în $\frac{1}{3}$ distală a lui (Fig. 3) care era strâns aderat la ovarul drept și a ultimelor 30 cm ale ileonului. Eliberarea organelor date a necesitat o disecție minuțioasă și laborioasă. După disecția aderențelor se expun. Mai apoi s-a practicat rezecția parțială a omentului cu chistul hidatic integru. La continuarea reviziei s-a depistat un chist hidatic cu sediul în mezoul intestinului colonic incluzând sigma (Fig. 4) cu modificări semnificative trofice. A fost efectuată echinococectomia cu rezecția subtotală a peretelui chistului hidatic și capitonajul cavității restante. În ovarul drept se evidențiază un chist hidatic cu dimensiunile de 2x4 cm, s-a practicat rezecția cuniformă cu refacerea integrității ovarului. Hemostază. Cavitatea peritoneală s-a drenat printr-o contrapertură separată cu o lamelă de mânășă. Lavajul peritoneal cu Sol. Acidi Aminocapronici 500 ml cu refacerea planurilor anatomice. Pansament aseptice.

Examenul histopatologic al pieselor de rezecție s-a constatat peretele capsulei chistice periparazitare cu modificări necrotice și un proces infiltrator polimorfocelular, iar larvochistul era în stadiul de multiplicare (elemente embrionale și mature), cât și omentită parazită invazivă hidatică: chist hidatic parazită cu proces infiltrativ-proliferativ și necroliză cu component eozinofilic major asociat cu un chist cu larvochistul mort, cu elemente de calcificare (Fig. 5).

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă fără complicații. La a 7-a zi postoperator la ecografia abdominală colecții lichidiene sau formațiuni patologice nu au fost depistate. Pacienta se externează vindicată chirurgical în ziua a 20-a postoperator de la



Fig. 3. Chist hidatic a omentului (tablou intraoperator) a bolnavului C



Fig. 4. Chist hidatic a mezoului (tablou intraoperator) a bolnavului C

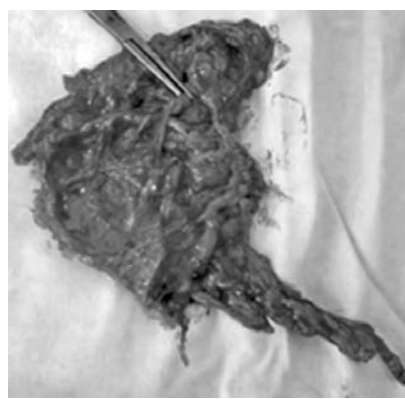


Fig. 5. Macropreparată pacientului C

prima intervenție chirurgicală. Peste o lună și 6 luni postoperator clinic și ecografic date de formațiuni în cavitatea abdominală sau pleurală nu s-au depistat.

Discuții. Am considerat interesant cazul prezentat că aduce în discuție o patologie parazitară, tradusă clinic prin simptome specifice fiecărui organ afectat, cât și printr-o simptomatologie intricată, care a dus la erori și omisiuni diagnostice. Este vorba de o pacientă purtător a multiplelor chiste hidatice. Pulmonare, abdominale, a organelor pelviene, vechi, neglijate, nediagnosticate și puncție formațiunii chistice abdominale transcutanate cheia sub ghidaj ecografic a favorizat diseminarea larvohistului cu afectare a mai multor organe abdominale. Teoretic, chistul abdominal dat putea pus pe seama unui chist solitar al ovarului, însă corelat cu afectarea și a plămânului ridică suspiciune unui diagnostic incomplet. Pacienta dată inițial a fost operată în altă instituție medicală, dar mai apoi a venit la noi în clinică pentru a diagnostica și trata chirurgical cu implicări parazitare cu localizări neobișnuite. La luni și ani de la operație nu a existat nici o dovadă de recurență la pacienta dată.

Conform datelor din literatură, hidatidoza multiplă de organe poate fi primară și secundară. Cea primară se întâlnește foarte rar, cunoscând că oncosferele trebuie să penetreze două bariere – ficatul și plămânii. Ținând cont de cele expuse hidatidoza secundară se întâlnește mai frecvent și se dezvoltă în rezultatul ruperii chistului parazitar a ficatului sau a altor organe cu inocularea cavității abdominale. Ruperea capsulei parazitare are loc în rezultatul unui traumatism abdominal (căderea, lovitura), a contracturei musculare bruște a peretelui abdominal anterior (ridicarea greutăților) sau creșterii presiunii intraabdominale (tusa, strănut). Mai frecvent chisturile hidatice sunt localizate simultan în ficat, splina, mezoul intestinului, țesutului adipos al micului bazin, ovare. Numărul și dimensiunile chisturilor variază –

de la unici până la afectarea totală a organului. Tabloul clinic al hidatidozei multiple este foarte diferit și depinde de numărul și mărimea chisturilor, gradul de afectare a organelor în parte, de caracterul complicațiilor pe care le-a asociat. În chisturile de dimensiuni mici necomplicate evoluția bolii este asimptomatică. La unii pacienți hidatidoza multiplă se manifestă prin simptome generale: slăbiciune generală, scăderea ponderală, a poftei de mâncare etc. În cazul ruperii chistului hidatic în cavitatea abdominală se dezvoltă clinica abdomenului acut chirurgical: prezintă dureri abdominale, mărirea abdomenului sau prezența unei formațiuni tumorale palpabile. La pacienții cu evoluție depășită se dezvoltă cașexia, anemia și starea generală gravă ca rezultat al intoxicației generale grave. Uneori simptomatologia principală este condiționată de compresia organelor învecinate (intestinului, vezicii urinare, stomacului, vaselor). În aceste cazuri pot survini semnele unei ocluzii intestinale acute sau cronice sau fiind prezente constipații persistente, dereglări de micție, ascită, edemul membrilor inferioare. Diagnosticul diferențial se va face cu chisturile ovariene, cele neparazitare ale mezoului, ale pancreasului, tumorile benigne și maligne ale organelor cavității abdominale. Caracterul și volumul intervenției chirurgicale depinde de numărul chisturilor, localizarea lor caracterul complicațiilor, terenul biologic al pacientului. Pentru unele localizări la periferia organului nu sunt probleme chirurgicale, pe când în chistele cu localizare profundă, centrale, în contact cu pediculele importante vasculo-bileare intrahepatice, condițiile operatorii sunt complet modificate. Toate metodele chirurgicale au de comun - sterilizarea parazitului înaintea evacuării chistului, iar după sterilizarea parazitului se va aspira conținutul și se va deschide perichistului cu extragerea membranei, controlul vizual al cavității restante care poate apare la copil ca o plagă curată netedă, suplă, iar mai apoi se va efectua capitanajul cavității restante. Tehnica corect utilizată

vizează împedirea persistenţei cavităţii posthidatice şi profilaxia complicaţiilor.

Concluzii:

1. Hidatidoza, în special cea multiorganică constituie încă şi astăzi o afecţiune gravă cu o morbiditate importantă.

2. Cu toate că afecţiunea este benignă, complicaţiile pot fi grave, iar actul operator trebuie efectuat de chirurghi cu experienţă în acest domeniu pentru a evita evoluţia postoperatorie deficilă şi pentru a evita reintervenţiile chirurgicale.

3. Supravegherea şi anamneza atentă evită erorile sau omisiunile diagnostice, făcând posibilă o intervenţie chirurgicală corectă şi în timp util.

Bibliografie

1. Țîbîrnă Constantin „Chirurgia echinococozei”, Chişinău, 2009.
2. Gheorghescu Ion, Ghelase Fane Nemes Răducu „Chirurgie generală”, Bucureşti, 1999.
3. Angelescu Nicolae „Tratat de patologie chirurgicală”, Bucureşti, 2003, V.2.
4. Досмагамбетов С.П. «Лапароскопия в лечении эхинококкоза печени, осложнённого перитонитом, у детей» Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, № Журнал им. Н.И.Пирогова, №4, 2010 с.51-53.
5. Шангареева Р.Х., Гумеров А.А., Ткаченко Т.Н. «Комплексное лечение эхинококкоза у детей», Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, № Журнал им. Н.И.Пирогова, №1, 2010 с.25-29.