

COEXISTENȚA CHISTULUI HIDATIC PULMONAR CU CEL HEPATIC LA COPIL

Smaranda Diaconescu¹, O. Barbuță², B. Vascu³, Claudia Moscalu¹,
G. Aprodu², Simona Gavrilăscu²

1. Clinica V-a Pediatrie -Gastroenterologie

2. Clinica de Chirurgie Pediatrică

3. Facultatea de Medicina Dentară

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

HEPATIC AND PULMONARY HYDATIC CYST IN A CHILD (ABSTRACT): Hydatid disease (HD) continued to be a worldwide public health problem and even if the liver and lung cysts are the most frequent locations, their synchronous occurrence is uncommon described especially in children. A 13-year-old boy was hospitalized in our unit with a cystic liver image suggestive for a hydatid cyst (HC), incidentally discovered at US practiced for a febrile evolution after a routine appendectomy outwards done 6 days prior to admission. Chest X-ray also revealed a homogenous round opacity in the middle lobe of the right lung. Both imaging studies completed by CT and enzyme-linked immunosorbent assay test (ELISA) established the diagnosis of hepatopulmonary HD, considered a distinct clinical entity. The little patient was successfully managed with a two-session surgical approach at 8 months interval, first treating the lung, followed by the location on the inferior surface of the liver (VIth segment). Continuous administration of albendazole contributed to the cure of the disease. This case report highlights the necessity that patients with once (fortuitous) discovered HC must be completely investigated for the possibility of another locations.

KEY WORDS: HYDATIC CYST, HEPATOPULMONARY, SURGERY.

Correspondență: Dr. Smaranda Diaconescu, Clinica V Pediatrie - Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Sf. Maria”, Str. V. Lupu 62, 700309, Iași. Tel. 0232-264266. e-mail:smaranda.diaconescu@sf.maria-iasi.ro*.

INTRODUCERE:

Boala hidatică (echinococoza) este o zoonoză endemică prezentă în numeroase zone geografice și țări cu nivel igienico-sanitar precar printre care și România, omul, infestat cu forma larvară, fiind o gazdă intermediară a cestodului *Taenia Echinococcus*. Organul cel mai frecvent interesat este ficatul (65% din cazuri), urmat de plămân (25%) și celelalte posibile locații. Comparativ cu adultul există mai puține studii privind chistul hidatic (CH) la copii, acesta fiind mai des semnalat în zonele endemice în care localizarea pulmonară o depășește pe cea hepatică. Existența concomitentă a CH pulmonar cu cel hepatic - prezentă în circa 10% din cazuri - este mai rar menționată la copii și prezintă unele particularități clinico-evolutive cât și în privința indicațiilor și metodelor terapeutice, ilustrate și de observația noastră [1-3].

PREZENTARE CAZ CLINIC

Pacientul CCI, de 13 ani, din mediul rural, este supus unei apendicectomii de urgență pentru leziune “acută flegmonoasă” într-un spital din teritoriu. A 5-a zi postoperator apare febra însoțită de dureri abdominale și leucocitoză (GA = 13000/mm³), iar ecografia abdominală evidențiază o formațiune transonică în lobul hepatic drept de cca 9 cm diametru, motiv pentru care este transferat în Clinica de Chirurgie Pediatrică.

* received date: 07.11.2010

accepted date: 24.03.2011

La internare starea generală era conservată, febră (38,5-39,2°C), abdomen suplu, mobil cu mișcările respiratorii, ușor sensibil în hipocondrul drept și în jurul plăgii operatorii cu aspect curat și evoluție normală către cicatrizare, tranzit intestinal prezent. Examenle de laborator confirmă leucocitoza cu neutrofilie (GA = 14650/mm³, neutrofile = 63%, limfocite = 25,7 %, eozinofile = 1,4%). Ecografic se vizualizează o formațiune transonică rotundă, bine delimitată de 90/85 mm situată în segmentul VI hepatic (Fig.1).

Radiografia toracică descoperă prezența unei alte formațiuni chistice rotunde, opace, bine delimitate de 7 cm diametru situată în lobul mediu al plămânului drept, aspect care sugerează – ca și ultrasonografia hepatică – diagnosticul de echinococoză (Fig. 2). CT atestă existența, topografia și dimensiunile celor două localizări ale bolii.



Fig.1 Ecografie hepatică: chist hidatic LHD

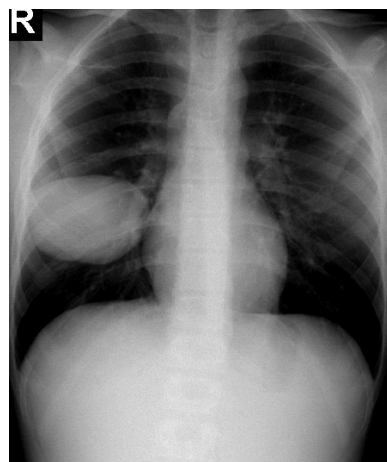


Fig.2 Radiografie toracică: chist hidatic lob mediu plămân drept

Confirmarea biologică a parazitoei a fost adusă pe parcurs de testul ELISA. Pacientul este supus unei antibioterapii cu spectru larg (ceftriaxonă 3 g/zi și gentamicină 160 mg/zi) timp de 7 zile, asociată cu administrarea de albendazol 400 mg/zi care conduce la remiterea febrei și a fenomenelor asociate.

Medicația parazitocidă este continuată timp de patru luni cu controale periodice lunare ce includ monitorizare imagistică și urmărirea hemoleucogramei.

Pacientul este staționar din punct de vedere clinic cât și al dimensiunilor formațiunilor astfel că este formulată indicația chirurgicală practică în doi timpi.

Inițial prin toracotomie dreaptă se practică perichistectomie parțială, evacuarea proligerelor (conținut clar), aerostaza și drenajul cavității; intervenția este urmată de o evoluție favorabilă, pacientul fiind externat vindecat chirurgical a 5-a zi postoperator.

După 8 luni, interval în care a fost monitorizat periodic și a continuat tratamentul cu albendazol se reinternează în vederea explorării chirurgicale hepatice. Starea generală a adolescentului este ameliorată cu spor ponderal 2 kg, ficat nepalpabil, examene biomorale nemodificate cu excepția eozinofiliei (E= 9,5%) și a unei discrete creșteri a bilirubinei totale: 1,23 mg/dl, bilirubinei directe: 0,44 mg/dl și bilirubinei indirecte: 0,79 mg/dl.

Repetarea CT obiectivează aceleași dimensiuni ale chistului la care se adaugă însă plicaturarea proligerei fiind sugerată în conexiune cu creșterea bilirubinemiei posibilitatea unei fisuri. (Fig. 3)



Fig. 3 CT abdominal: chist hidatic hepatic cu plicatura proligerei și posibilă fisură.

Prin laparotomie mediană se reintervine și se stabilește diagnosticul, topografia și caracterul necomplicat al formațiunii care este abordată pe fața inferioară a ficatului practicându-se perichistectomie parțială, evacuarea membranei proligere cu conținut turbid, capitonajul și drenajul cavității restante. Evoluția postoperatorie este favorabilă, repetarea ecografiei a 3-a zi postoperator vizualizează o cavitate restantă de mici dimensiuni 1,3/2,1 cm. Drenajul a fost suprimat după 4 zile, iar pacientul externat a 7-a zi cu indicația de a continua terapia cu albendazol. Controlul la 2 și 4 luni postoperator confirmă o evoluție normală.

DISCUȚII

CH se menține în permanentă actualitate atât în regiunile endemic tradiționale cât și în țările dezvoltate datorită migrației masive a populației atât printr-o incidență/prevalență constantă, cât și prin întârzierile de diagnostic (“CH este cel mai adesea la fel de vârstnic ca pacientul” – Beard), tendința la complicații redutabile și eșecurile terapeutice [3].

CH hepatopulmonar la copil cumulează aceste particularități, varietatea putând evolua mulți ani asimptomatic sau cu manifestări nespecifice fiind diagnosticat fortuit sau cu ocazia unei complicații. Astfel CH pulmonar poate prezenta tuse seacă, dureri toracice vagi, dispnee și mai rar hemoptizii, iar cel hepatic jenă sau prezența unei formațiuni indolore în hipocondrul drept. Debutul poate fi marcat de o complicație infecțioasă, mecanică (compresivă, obstructivă sau ruptură în organul gazdă, căile respiratorii sau biliare ori cavitățile seroase), altele de fenomene toxice sau anafilactice.

În afara datelor epidemiologice, diagnosticul este susținut de metode biologice, în special de cele imunologice și obiectivat de explorările imagistice. Examenelor radiologice standard (cu o semiologie consacrată) pun în evidență numărul, dimensiunile, topografia, arhitectura internă pentru componenta pulmonară, în timp ce ultrasonografia are un rol asemănător pentru cea hepatică (clasificarea Gharbi).

CT obiectivează raporturile cu structurile adiacente și detalii invizibile la examinările precedente fiind mai utilă pentru CH hepatic, în timp ce IRM oferă un complement de informații, inclusiv funcționale, pentru localizarea pulmonară. Oricum depistarea uneia dintre cele două localizări obligă la o examinare imagistică extinsă pentru depistarea leziunilor asociate sau multiple [4,5].

Tratamentul chistului hidatic indiferent de localizare sau asocieri rămâne cel chirurgical, acesta urmărind în principiu evacuarea chistului, îndepărtarea endochistului și managementul cavității restante și are indicații largi în formele complicate, concomitente sau recidive [6,7]. Abordul generos prin toracotomie sau sternotomie plus frenotomie, de preferat într-un timp (care tratează și eventualele leziuni pulmonare bilaterale) a fost însă orientat către procedee conservatoare ținând de chirurgia minim invazivă sau PAIR (puncție, aspirație, injectare, reaspirație) și administrarea de medicație parazitocidă. Subliniem că tehnica PAIR nu este utilizată pentru localizarea toracică și este contraindicată în leziunile greu accesibile, calcificate sau comunicante cu arborele biliar [8].

În cazul copiilor indicațiile formale ale tratamentului chirurgical sunt mai restrânse ca la adult, operațiile fiind rezervate cazurilor cu dimensiuni superioare – peste 5 cm diametru, multiple sau asociate și în special complicațiilor și recidivelor. Intervențiile au de regulă un caracter conservator, frecvent apelându-se la tehnica PAIR sau la cele minim invazive (toracoscopie) eventual completate de chimioterapie [9,10]. Când totuși se indică un abord chirurgical convențional, se preferă practicarea acestuia într-un timp – procedură bine suportată de micii pacienți.

Evoluția postchirurgicală poate fi grevată de complicații specifice: infecții, pierderi aeriene și biliare, probleme ale cavităților reziduale sau recidive. În cazurile necomplicate recent diagnosticate se recomandă începerea tratamentului medical care poate aduce succese în circa 1/3 din cazuri.

Particularitățile observației noastre sunt conferite de caracterul absolut asimptomatic al leziunilor, de altfel de dimensiuni importante, descoperite fortuit și confirmate imagistic. Spre deosebire de orientarea generală volumul și topografia formațiunilor (mai ales a celei hepatice) a impus un abord în doi timpi, succesiunea acestora fiind dictată de riscurile localizării pulmonare.

CONCLUZII

Chistul hidatic toraco-pulmonar se constituie ca o entitate distinctă față de localizările dispartate ale parazitozei ridicând mai puțin probleme de patogenie cât de terapeutică chirurgicală. În cazul descris de noi sunt de subliniat lunga evoluție asimptomatică și descoperirea fortuită. Topografia “disociată” a împiedicat efectuarea intervenției într-un singur timp operator. Administrarea complementară a medicației parazitocide poate fi utilă în aceste observații.

BIBLIOGRAFIE

1. Tantawy IM: Hydatid Cyst in Children. *Ann Pediatr Surg* 2010; 6(2): 98-104.
2. Junghans T, Menezes Da Silva A, Horlan J, Child PL, Brunetti E. Clinical Management of Cystic Echinococcosis. State of the art. Problems and Perspectives. *Am J Trop Med Hyg* 2008; 79(3): 301-308.
3. Vasquez JC, DeLaRosa J, Montesinos E, Rojas L, Peralta J, Leon JJ. Severe Mitral Reg Hepatopulmonar Hydatid Cyst. What Should be treated First? *J Trop Pediatr* 2008; 54(6): 420-421.
4. Anyfantakis D, Blevnakis E, Vlachakis I, Arbiros I. Hepatopulmonary hydatidosis in a ten-years-old girl: a case report. *J Med case Rep* 2010; 4: 205.

5. Dincer SI, Demir A, Sayar A, Gunluoglu MZ, Kara HV, Gurses A. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease: a comparison of children and adults. *J Pediatr Surg* 2006; 45: 1230-1236.
6. Lone GN, Bhat MA, Ali N, Ahangar AG, Dar AM, Sana J. Minimally invasive transthoracotomy-transphrenotomy for concurrent hepatic and pulmonary hydatid disease. *Br J Surg* 2005; 92(6): 729-733.
7. Moro P, Scantz PM. Echinococcosis: a review. *Int J Infect Dis.* 2009; 13: 125–133.
8. Mallick MS, Al-Quahtani A, Al-Saadi MM, Al-Boukay AAA. Thoracoscopic treatment of pulmonary hydatid cyst in a child. *J Pediatr Surg* 2005; 40: 35-37.
9. Koseoglu B, Bakan V, Onem O, Bilici S, Demirtos I. Conservative Surgical Treatment of Pulmonary Hydatid Disease in Children. An Analysis of 35 Cases. *Surg Today* 2002; 32(9): 779-783.