

CAZURI CLINICE

Chist hidatic pulmonar – Presentare de caz

Cristian Iorga, Victor Strâmbu, Cristina Pușcu, Silviu Stoian, Petru Radu, Florian Popa

Clinica Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență 'Sfântul Pantelimon' București

REZUMAT

Am prezentat cazul unui pacient diagnosticat în clinica noastră cu chist hidatic pulmonar, descoperirea acestuia fiind ocazională de investigarea unui sindrom febril însoțit de tuse și junghi toracic.

Hidatidoza pulmonară este o afecțiune determinată de localizarea și dezvoltarea în plămân a larvei de *Taenia echinococcus granulosus*, calea de transmitere a infecției fiind digestivă.

Chistul hidatic este o patologie destul de rar întâlnită în practică, incidența fiind mai mare la anumite profesii: ciobani, crescători de animale.

Diagnosticul chistului hidatic se face prin metode imagistice (radiografie toracică, CT, RMN) și bio-umorale (hemoleucogramă, serologie specifică), anamneza și examenul clinic putând să fie neconcludente.

Tratamentul chistului hidatic pulmonar este chirurgical, tratamentul medical (antibiotic, antiparazitar) având indicații restrânse. Astfel tratamentul antibiotic se administrează în caz de suprainfecție bacteriană iar cel antiparazitar în cazul suspiciunii de ruptură a chistului și postoperator, pentru prevenirea recidivelor.

În cazul metodelor chirurgicale chistectomia urmată de capitonajul cavității restante (procedeu Dor) este metoda de ales, răspunzând obiectivelor de îndepărtare a chistului și de tratare a cavității restante, menajând totodată cât mai mult din parenchimul pulmonar.

Cuvinte cheie : hidatidoza pulmonară, procedeu Dor

ABSTRACT

Pulmonary hydatid cyst – a case report

We present the case of a patient diagnosed in our clinic with pulmonary hydatid cyst, the discovery being incidental, during the investigations for a febrile syndrome accompanied by cough and thoracic pain.

Pulmonary Hydatidosis is a disease caused by the location and growing inside the lungs of larval form of *Taenia echinococcus granulosus*, the way of infection is digestive.

Hydatid cyst is a rare pathology, the incidence is higher in some populations related to professions such as sheep or goat raising.

Pulmonary cyst diagnosis is made by imagistic methods (chest x-ray, CT, MRI) and bio-umoral methods (white cell count, specific serology), anamnesis and clinical exam can be inconclusive.

The treatment of the hidatid cyst is surgical, medical treatment (antibiotic, parasiticid) has some specific indication.

We administer antibiotics when we have bacterial suprainfection and parasiticid postoperatively for preventing recurrences or when we suspect rupture of the cyst.

From the surgical methods cystectomy followed by capitonnage of the residual cavity (Dor procedure) is to be chosen, so that this fulfills the objectives of removing the cyst and treating the residual cavity with preserving as much as possible from the lung tissue.

Key words: pulmonary hidatidosis, Dor procedure

Hidatidoza pulmonară este o afecțiune determinată de localizarea și dezvoltarea în plămân a larvei de *Taenia echinococcus granulosus*. *Taenia echinococcus* are existență parazitară dublă: stare adultă, în intestinul unor animale (câine, lup, vulpe) și stare larvară, sub formă de chist hidatic, în viscerele unor gazde intermediare (ierbivore, rozătoare, accidental omul).

Calea de transmitere a infecției este digestivă, prin alimente infestate cu ouă de *Taenia echinococcus*. Ouăle înghițite ajung în stomac, aici sucurile digestive dizolvă cuticula și eliberează embrionul hexacant care pătrunde în circulația portală și de aici în ficat. Calea portală ar putea fi ocolită prin pătrunderea embrionului hexacant direct într-un chilifer limfatic, și de aici prin intermediul canalului limfatic în vena cavă superioară și apoi în circulația pulmonară.

Boala se întâlnește mai frecvent în mediul rural, frecvent la bărbați decât la femei și legat de exercitarea anumitor profesii: ciobani, crescători de animale. Este endemică în țările mari

crescătoare de ovine și caprine: Australia, Noua Zeelandă, America de Sud, în Nordul Africii (Algeria, Maroc, Tunisia) și în Peninsula Balcanică. În țara noastră incidența este de 5 cazuri la 100000 de locuitori.

Principala localizare a chistului hidatic este reprezentată de ficat în proporție de 50-60%, a doua localizare fiind reprezentată de plămân în procent de 30-40%.

Hidatidoza pulmonară poate fi uni-sau bilaterală, unică sau multiplă și de asemenea poate coexista cu hidatidoza hepatică, cerebrală, splenică etc (practic se poate localiza în orice organ al corpului uman).

Boala, aparent benignă prin evoluția lentă și mult timp asimptomatică este gravă prin complicațiile pe care le poate genera.

Cea mai frecventă complicație este ruptura chistului și evacuarea totală sau parțială a conținutului.

Tratamentul chistului hidatic pulmonar este chirurgical. Tratamentul medical antibiotic are rol adjuvant în cazul supu-

Figura 1
Radiografia toracică de față

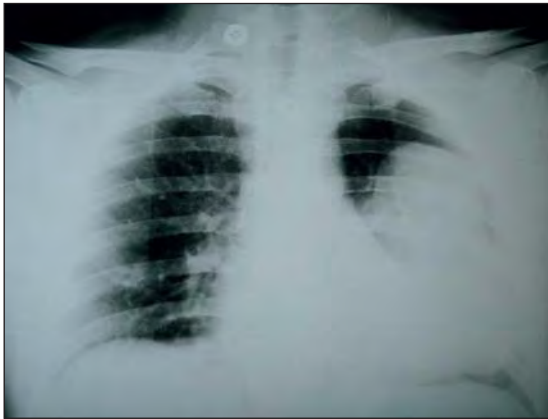
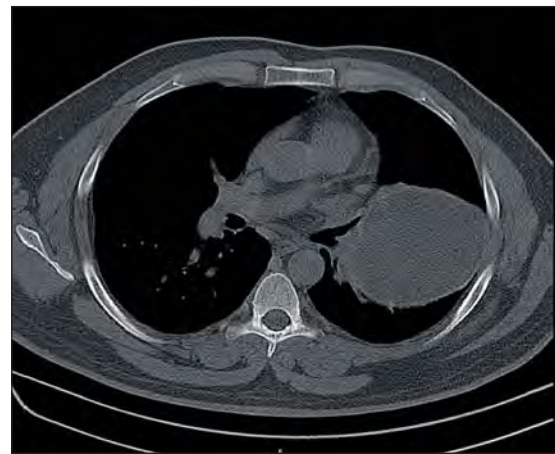


Figura 2
Topograma sub ecran CT



Figura 3
Topograma sub ecran CT



rațiilor, iar cel antiparazitar este indicat postoperator pentru prevenirea recidivelor sau în cazul chisturilor fără sancțiune chirurgicală (chisturile mici, cu dimensiunile între 2-4 cm sau chistele multiple, eventual bilaterale) sau în caz de contraindicație din alte motive a intervenției chirurgicale.

Tratamentul chirurgical poate folosi procedee conservatoare sau radicale. În procedeele conservatoare se urmărește excizia chistului prezervând cât mai mult posibil din parenchimul pulmonar, pe când în cazul metodelor radicale se practică rezecții segmentare, lobare, plurisegmentare, atipice sau chiar pneumonectomii. Sunt metode de excepție, indicate doar atunci când teritoriul pulmonar este compromis.

Caz clinic

Prezentăm în continuare cazul unui pacient în vârstă de 35 de ani ce s-a adresat Unității de Primire Urgențe a Spitalului Clinic de Urgență 'Sf Pantelimon' pentru tuse, junghi toracic și febră, apărute în urmă cu o zi.

Examenul clinic a decelat pacient supraponderal, cu temperatură 37.8 C, echilibrat hemodinamic, iar la auscultația pulmonară o diminuare a murmurului vezicular la nivelul hemitoracelui stâng.

Radiografia toracică de față a evidențiat prezența unei opacități ovalare, bine delimitate, cu axul lung vertical, omogenă, cu înălțimea aprox. 14 cm, situată în câmpul pulmonar stâng și accentuarea desenului interstițial hilio-bazal drept (Figura 1).

Examenul paraclinic a decelat leucocitoză (12600/mm³) cu eozinofilie.

Pacientul a fost internat în secția de chirurgie cu diagnosticul de formațiune tumorală pulmonară stângă, în observație chist hidatic.

Ulterior s-a efectuat CT toracic (Figura 2 și Figura 3).

Rezultatul investigației tomografice a fost sugestiv pentru diagnosticul de chist hidatic pulmonar stâng.

Serologia pentru *Echinococcus granulosus* a fost pozitivă.

Ecografia abdominală nu a decelat eventuale alte localizări ale chistului hidatic.

S-a instituit tratament antibiotic și antiparazitar (Cefalexin 2 g/zi și Albendazol 800 mg/zi) după consultul interdisciplinar cu specialistul în boli infecțioase. Tratamentul antiparazitar a fost indicat pentru suspiciunea de ruptură a chistului hidatic iar tratamentul antibiotic pentru pneumonia interstițială dreaptă (diagnosticată radiografic).

Ulterior pacientul a fost pregătit pentru intervenția chirurgicală.

S-a efectuat anestezie generală cu intubație selectivă dreaptă, pacientul a fost așezat în decubit lateral drept, calea de abord aleasă fiind toracotomia axilară.

S-a practicat chistectomie ideală, iar cavitatea restantă a fost capitonată prin efectuarea de burse etajate.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacientul fiind externat a 6 - a zi postoperator.

Ulterior, la aproximativ o lună de la externare, pacientul s-a prezentat acuzând junghi toracic și tuse, simptome apărute de 2-3 zile și care nu au cedat la medicația administrată (analgezică).

Radiografia pulmonară a arătat prezența unei opacități situate în câmpul pulmonar stâng, cu margini neregulate, de intensitate costală (Figura 4).

S-a efectuat CT toracic ce a evidențiat prezența unei cavități de aprox 2/3 cm în câmpul pulmonar stâng, cavitatea conține aer iar parenchimul pulmonar adiacent este nemodificat (cavitate restantă postoperator, Figura 5).

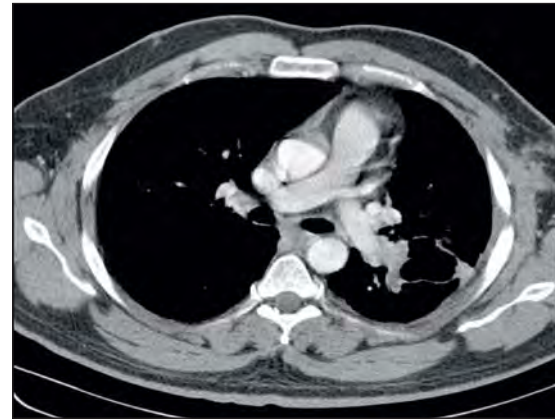
S-a indicat tratament antibiotic, mucolitic, analgezic.

Evoluția a fost favorabilă, la vizita de control efectuată la 6 luni radiografia și CT toracic au arătat dispariția cavității pulmonare.

Figura 4
Radiografia pulmonară o lună postoperator



Figura 5
Imagine CT a cavității situate în câmpul pulmonar stâng



Discuții

Tratamentul actual al chistului hidatic pulmonar este chirurgical, cu extirparea completă a chistului și cu preservare maximă de parenchim pulmonar.

Metodele chirurgicale adoptate se adresează extirpării chistului și tratării cavității restante. Chistul hidatic poate fi extirpat intact sau după evacuarea conținutului.

Extirparea intactă a chistului comportă riscul de ruptură accidentală în timpul intervenției chirurgicale și de contaminare a pleurei, parenchimului pulmonar, plăgii operatorii. În general este recomandată pentru chisturile de dimensiuni mici. În cazul chisturilor mari crește probabilitatea existenței de aderențe și deci de efracție intraoperatorie a chistului, motiv pentru care se preferă evacuarea parțială a chistului, inactivarea, aspirația conținutului și abia apoi extragerea membranei.

Prin evacuarea conținutului hidatic și apoi introducerea unei substanțe paraziticide (alcool absolut, soluție salină hipertona) ce inactivează elementele fertile ale hidatidei, se dorește a se evita spargerea accidentală a hidatidei și contaminarea câmpului operator.

Tratamentul cavității restante se poate face după mai multe procedee, toate urmărind ca obiectiv desființarea acestei cavități, aerarea zonelor de condensare pulmonară și evitarea suprainfecției.

Metodele de rezolvare a cavității restante sunt variate dar toate au ca punct de început identificarea fistulelor bronșice prin umplerea cavității perichistice cu ser fiziologic. Fistulele patente necesită închiderea chirurgicală, apoi cavitatea restantă se poate trata în diverse maniere:

- Procedeu Dor constă în desființarea cavității prin efectuarea de burse etajate și corespunde tuturor dezideratelor enumerate mai sus.
- Procedeu Geroulanos presupune drenajul concomitent al cavității perichistice și al cavității pleurale.
- Procedeu Posadas-Cărpinișan constă în excizia perichistului până în țesut sănătos și apoi lăsarea acestei cavități aplatizate să dreneze în cavitatea pleurală, la rândul ei drenată aspirativ.

Intervențiile chirurgicale de exereză (de la segmentectomie până la pneumonectomie) au indicații restrânse, fiind practicate când țesutul pulmonar este compromis prin mărimea chistului sau când țesutul pulmonar perichistic este supurat.

Tratamentul chirurgical trebuie urmat de administrare de antiparazitare (Albendazol în cure de 3 luni, 28 de zile pe lună), pentru a preveni recidivele.

Concluzii

Chistul hidatic pulmonar evoluează mult timp asimptomatic și de aceea diagnosticul precoce este important, pentru a preveni apariția complicațiilor.

Tratamentul chirurgical are indicație absolută, tehnica operatorie alegându-se în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. Chistectomia urmată de închiderea cavității restante este metoda de ales, ori de câte ori este posibil, tehnicile de exereză pulmonară fiind rezervate cazurilor complicate.

Tratamentul medical antiparazitar este indicat postoperator pentru a preveni recurențele.

Cazul clinic prezentat în această lucrare ilustrează descrierile din literatură: este vorba de diagnosticarea întâmplătoare a unui chist hidatic de mari dimensiuni ce a evoluat tăcut o lungă perioadă de timp și care a putut beneficia de tratament chirurgical „ideal”: chistectomie și capitonajul cavității restante (procedeu Dor).

Particularitatea cazului este dată de apariția postoperatorie a unei cavități aeriene situate în zona cavității perichistice inițiale. Date fiind dimensiunile reduse ale acestei cavități și lipsa simptomatologiei, tratamentul conservator și monitorizarea pacientului au fost atitudinea aleasă în acest caz, în final ducând la vindecarea completă și dispariția cavității intraparenchimotoase.

Bibliografie:

1. Angelescu, N. - *Tratat de Patologie Chirurgică*, Ed. Medicală, București, 2003.
2. Burgos R, Varela A, Castedo E, Roda J, Montero CG, Serrano S, Tellez G. Pulmonary hydatidosis: surgical treatment and follow-up of 240 cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999;16:628-34
3. Dakak M., Genc O., Gurkok S., Gozubuyuk A., Balkanlı K.: Surgical treatment for pulmonary hydatidosis (a review 422 cases. *J R Coll Surg Edinb.* 2002 Oct;47(5)
4. Horvat T., Cordos I., Nistor C. et al: Consideratii generale asupra chisturilor hidatice cu localizare toracică. *Jurnalul de chirurgie toracică-1997*,2(2).
5. Mitrofan C., Aldea A., Grigorescu C., Jitaru I., Moldoveanu C., Iosep G., Bolog S. Experiența noastră în tratamentul chirurgical al chistului hidatic pulmonar, *Jurnalul de Chirurgie*, Iași, 2005, Vol. 1, Nr. 2
6. Popescu, I., sub red., *Tratat de Chirurgie*, Ed. Academiei Române, 2008, Volumul IV - *Chirurgie Toracică*
7. Ramos G, Orduna A, Garcia-Yuste M. Hydatid cyst of the lung: diagnosis and treatment. *World J Surg.* 2001;25:46-57
8. Shanker PS. Parasitic pulmonary disease. In: *Chest Medicine*, 4th ed. Oxford and IBH publishing Company. 1994