

گزارش موردی

■ دکتر کامران نیک فرجام - رادیولوژیست

مورد ۱:

شرح حال:

آقای ۵۱ ساله بدون بیماری زمینه‌ای با درد ناحیه فلانک راست و RLQ از یک ماه پیش و درد ناحیه هیپ راست که با شک به Renal stone تحت سونوگرافی قرار گرفت با توجه به یافته‌های سونوگرافیک جهت بیمار گرافی ساده لگن و متعاقب آن CT اسکن پیشنهاد گردید.

یافته‌های رادیولوژی:

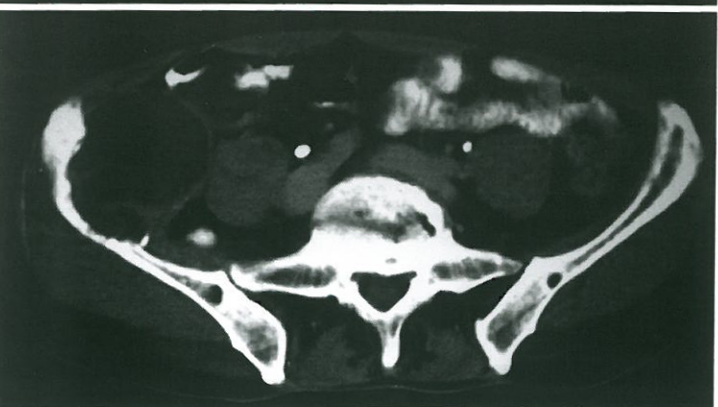
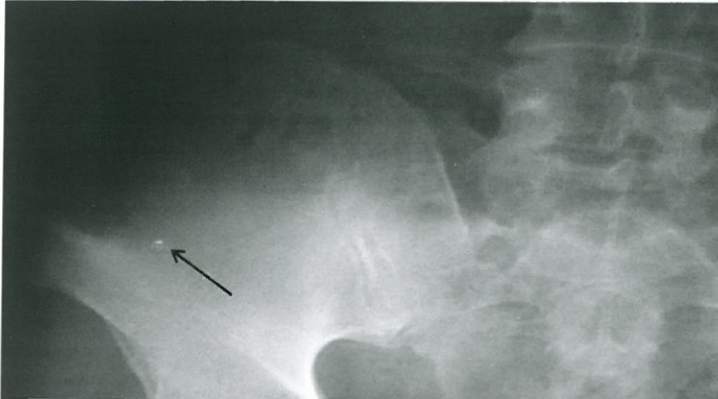
ناحیه لوست در بال ایلیاک راست با حدود مشخص که حاشیه خارجی آن اسکروزه می‌باشد. نواحی از کلسیفیکاسیون در قسمت مدیال ضایعه مشهود است که می‌تواند Bone fragment و یا کلسیفیکاسیون بافت نرم باشد، مفاصل هیپ و ساکروایلیاک طبیعی هستند.

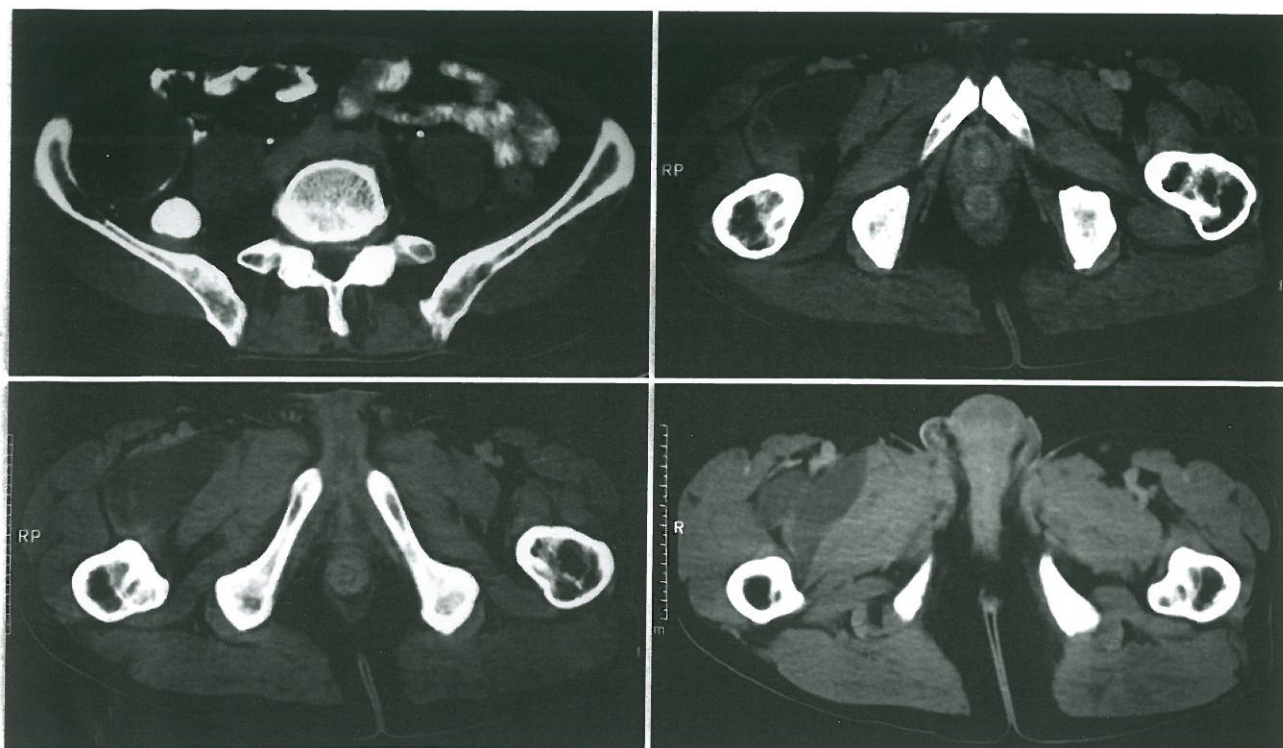
یافته‌های CT اسکن:

Erosion استخوان ایلیاک راست به همراه multiloculated cystic mass که حاوی کلسیفیکاسیون دیواره‌ای است توده فوق در مسیر عضله ایلئوپسواس به ناحیه هیپ راست بدون درگیری مفصل گسترش یافته است.

تشخیص نهایی:

Pelvic bone hydatid cyst





یادآوری:

کیست هیداتید استخوان به ندرت در انسان دیده می شود و در حدود ۱-۲٪ می باشد.

ستون مهره ها، استخوان لگن، استخوان های بلند و جمجمه از نواحی شایع درگیری کیست هیداتید استخوان می باشد. کیست هیداتید استخوان برای مدت مدیدی بدون علامت می باشد و معمولاً بعد از عارضه دار شدن و گسترش شدید بیماری علامت دار می شود.

از عوارض کیست هیداتید استخوان:

دفرمیتی، fx پاتولوژیک، عفونت ثانویه و مشکلات نورولوژیک همانند پاراپلژی.

درگیری مفصل ثانویه به گسترش بیماری در استخوان مجاور مفصل می باشد هر چند سینوویت به ندرت ثانویه به انتشار هماتوژنیک دیده می شود.

تشخیص کیست هیداتید استخوان بر پایه X.Ray و CT اسکن می باشد.

علائم رادیولوژیک:

ضایعه لوسنت استخوان همراه با expansion استخوان و نازک شدن

کور تکس وجود کلسیفیکاسیون بافت نرم همراه با این علائم بسیار مطرح کننده تشخیص می باشد.

CT اسکن و MRI در تعیین و میزان گسترش ضایعه در استخوان و بافت نرم با ارزش می باشد.

وجود علائم فوق پاتوگنومونیک بیماری نبوده و در تشخیص افتراقی آن موارد ذیل مطرح است:

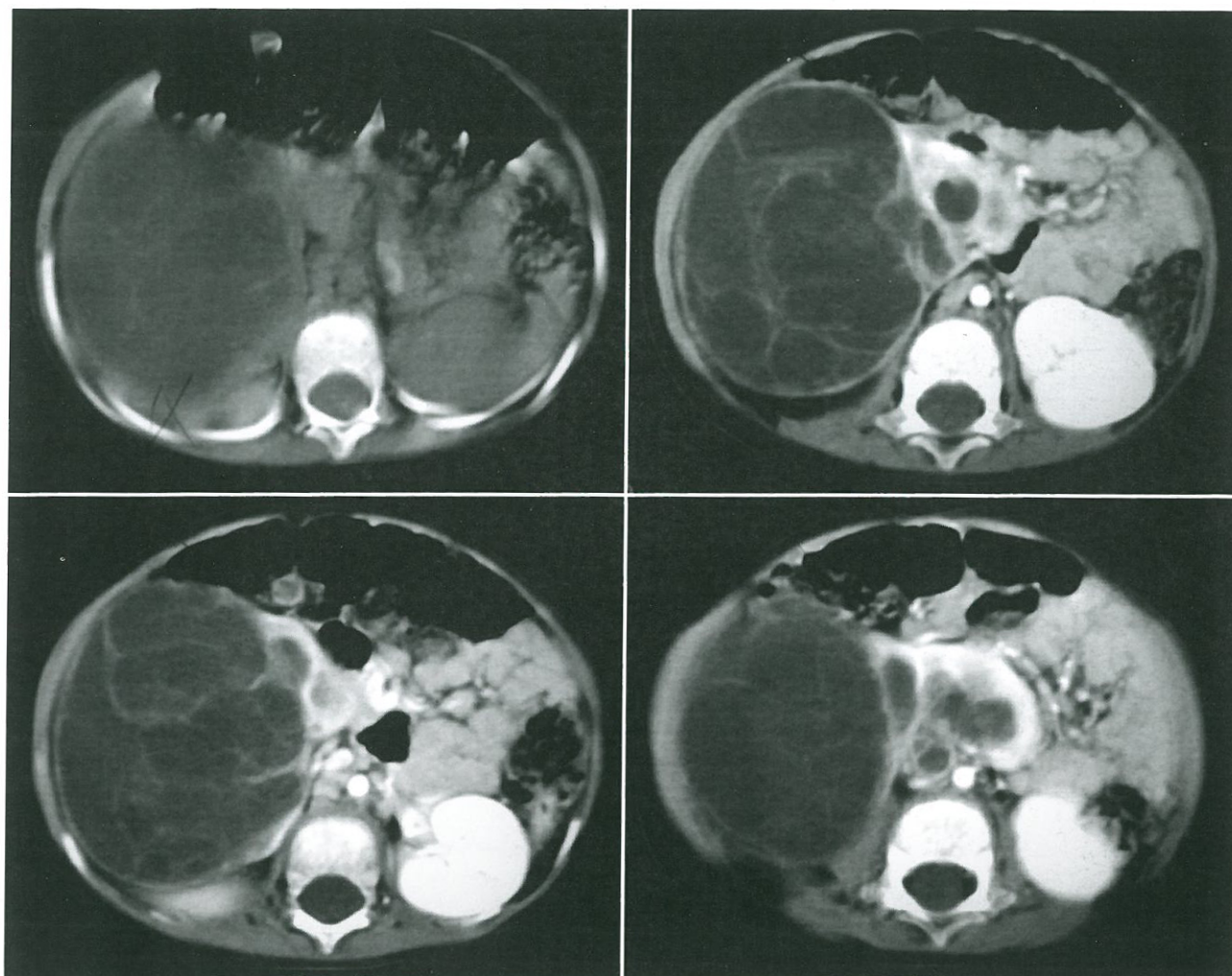
GCT، ABC و Solitary bone cyst و دیسپلازی فیبرو، متاستاز، نورو فیبروما تویس و استئومیلیت مزمن، توبرکولوزیس، Brown tumor

مورد ۲:

شرح حال:

بیمار پسر ۲ ساله که با توده شکمی و هماچوری میکروسکوپی که بعد از سونوگرافی CT اسکن با و بدون تزریق از شکم انجام شده است.

یافته های CT اسکن: Multiloculated cyst در قطب فوقانی کلیه راست دیده شد، کلیه راست malrotation دارد، هیدرونفروز در کلیه مشهود است، enhancement septa بعد از تزریق ماده حاجب دیده شد. Solid component یا Calcification در توده مشهود نیست.



تشخیص:

Multiloculated cystic nephroma

یافته‌های حین عمل:

توده‌ای exophytic با منشاء کلیه که به داخل سیستم پیلوکالیسیل هرئیه شده است.

یادآوری:

multilocular cystic renal tumor به ۲ تیپ طبقه‌بندی می‌شود: poorly differentiated cystic nephroma و nephroblastoma.

مشخصات توده:

توده‌هایی کیستیک و encapsulated و مولتی لوکار بدون

solid component

شیوع سنی Bimodal است پسران زیر ۴ ساله و زنان بالای ۴۰ سال. منفرد، بزرگ (۸-۱۰ cm)، یک طرفه و تنها قسمتی از کلیه را درگیر می‌کنند.

تظاهرات CT اسکن:

توده‌های مولتی لوکولار، با حدود مشخص به همراه سپتوم‌هایی که می‌تواند تا چندین میلی‌متر برسد. بعد از تزریق ماده حاجب enhance septa می‌شوند. توده معمولاً به داخل سیستم پیلوکالیسیل هرئیه می‌شود و ایجاد Filling defect هیدرونفروز می‌کند. ■