

اکینوکوکوز قلب در بیش از نیم قرن بررسی منابع پزشکی جهان ، اشکال بالینی و نتایج درمان در ۵۳ مورد

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۵۴ ، ۲۵۳۶

دکتر علی اکبر صحت *

تاریخچه: از قرون هفده و هیجده و اوائل قرن نوزدهم میلادی گزارش‌هایی از اکینوکوکوز قلب موجود است که همگی حاصل کالبد شکافی است.

در سال ۱۹۰۲ Devé (۵) مقاله خود را منتشر و در آن نحوه انتشار انگل را در انسان توصیف نمود و در سال ۱۹۱۶ توانست ۱۰۵ مورد از بیماری را از گزارش کالبد شکافی جمع آوری و منتشر سازد (۶).
بعقیده Mills (۷) تا سال ۱۹۲۲ در هیچ موردی تشخیص بیماری در زمان حیات بیمار انجام نگرفته و آنچه گزارش شده از کالبد شکافی بوده است.

تا سال ۱۹۴۵ که Peters (۳) و همکارانش مقاله خود را منتشر ساختند ، تنها شش مورد اکینوکوکوز قلب تشخیص داده شد که تنها دو مورد تحت عمل جراحی قرار گرفته بود. نه سال بعد در سال ۱۹۵۴ که Windsor (۸) گزارش خود را منتشر ساخت تنها هشت مورد در زمان حیات تشخیص داده شده بود.

تشخیص: معمولا کیست هیداتیک قلب اگر بدون عارضه، منفرد و بخصوص اگر مرده باشد بی‌نشانه است و همچنان بی‌نشانه باقی خواهد ماند (۴ و ۸ و ۴۳). پارگی کیست هیداتیک قلب ممکنست نخستین تظاهر بیماری در فرد کاملاً سالم باشد که بعلت آزاد شدن پروتئین خارجی باشوک آنافیلاکتیک همراه است و اکثر اوقات (۷۷٪) باعث مرگ میشود (۳۷)، در موارد دیگر کیست بصورت مختلفی چون درد سینه، آنژین دوپوآتترین، تبش قلب و تاکیکاردی گهگیر یا نارسائی احتقانی قلب تظاهر مینماید. در آزمایش با

اکینوکوکوز اولیه قلب حتی در نقاط بومی بندرت اتفاق میافتد زیرا لارو انگل جهت رسیدن به ماهیچه قلب و جایگزینی در آن مجبور است ازدو سد مویرگی کبد وریه و بالاخره شرائین باریک کروئر بگذرد.

علت بیماری *Echinococcus Granulosus* کوچکترین انگل از دسته تنیا است که ۲/۵ تا ۳/۵ میلیمتر طول دارد و در روده سگ بعد از زیاد یافت میشود. بندهای آخر بدن این انگل دارای تخم‌های زیادی است که بامد فوع دفع میشود. اگر تخمها بدستگاه گوارش انسان، گوسفند و چهارپایان برسد تخم باز شده لارو آزاد میگردد. لارو پس از عبور از روده به کبد وریه و نقاط دیگر بدن میرود. باین ترتیب سگ میزبان نهائی و انسان و گوسفند میزبان اتفاقی و یا واسطه انگل اند و دچار مرحله جنینی انگل می‌شوند. اکینوکوکوز اولیه قلب تنها ۲-۰/۵ درصد کلیه اشکال شناخته شده بیماری را تشکیل میدهد (۱-۲-۳-۲۷). بیماری بیشتر اوقات در دهه سوم یا چهارم زندگی اتفاق میافتد و در مردان شایعتر از زنان (۲:۱) است (۳-۸-۴۵).

برخی از مؤلفان معتقدند که بیماری بیشتر در طرف راست قلب اتفاق میافتد و علت آنرا مستقیم بودن مجرا و بزرگ بودن تنه سرخرگ تاجی راست میدانند (۳ و ۴).

در سال ۱۹۲۸، Dew گزارش کرد که طرف چپ قلب بیشتر مبتلا به بیماری میشود زیرا جریان خون بطن چپ غنی تر از بطن راست است (۲).

* دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران .

در لب پشت سری راست مغز، هر دو شریان مغزی متوسط در کلیه و طحال نیز کیست دیده شد.

۴ - سندرم پارگیهای مکرر: در این عارضه بیمار ناگهان هوش و حواس خود را از دست میدهد و به اغماء کامل میرود. رفلکسهای وی غیر طبیعی همراه باشوک، لکه‌های خونمردگی در روی پوست وعدم وجود یا اختلال ضربان سرخرگها در نقاط مختلف بدن بر حسب محل ضایعه مشاهده میشود.

یک مورد از این عارضه بوسیله Peters در زنی ۴۳ ساله گزارش شده است (۳). بیمار شش بار در مدت نه سال بحال اغماء میرود که نخستین بار در سال ۱۹۳۲ سپس در سال ۱۹۳۷ و ۱۹۴۰ و بالاخره در ماههای فوریه، مارس و مه ۱۹۴۱ بوده است. حملات اغماء ناگهانی و بمدت چند ساعت دوام داشته و در طول حملات بیمار در شوک شدید بوده است که بالاخره بعد از یک هفته سلامت خود را بازیابد. در رادیوگرافی سینه سایه‌هایی در کنار قلب مشاهده میشود که ضربان آنها با قلب همزمان بوده است. در آسیب‌شناسی چهار کیست هیداتیک قلب که یکی از آنها در دهلیز چپ پاره شده بود مشاهده میگردد. بعلاوه آمبولی اجزاء کیست قلب در بطن چپ، سرخرگهای کاروتید، مغزی متوسط، مزانتریک فوقانی، سلیاک، سرخرگ کلیه و طحال نیز مشاهده میشود.

۵- تظاهر کیست به شکل تومرمغز- آمبولی اجزاء کیست هیداتیک به مغز ریشه آن آگاهی نمای مشابه تومرمغز را بوجود می‌آورد. یک مورد از این عارضه بوسیله دکتر هاروی کوشینگ عمل شده و جزئیات آن بوسیله دکتر Peters نقل قول گردیده است (۳). بیمار وی جوانی است ۲۴ ساله، ایتالیایی تبار که از سردرد و ضعف بازو و اندام تحتانی راست بمدت دو ماه شکایت داشته است. آزمایشهای دستگاه اعصاب وجود احتمالی تومر-ری را در ناحیه تامپورال چپ ثابت میکند. بهنگام عمل جراحی، دکتر کوشینگ سه کیست هیداتیک از لب گیجگاه بیمار خارج کرد. بعد از فوت بیمار در کالبد شکافی، کیست هیداتیک در قلب و سرخرگهای مغز بیمار نیز مشاهده گردید.

۶- نشانگان (سندرم) متاستاز ریوی: متاستاز متعدد ریوی هنگامی دیده میشود که کیست اولیه در طرف راست قلب باشد و پاره گردد (۲-۶).

۷- پریکاردیت حاد هیداتیک: این نوع اکتینو کوکوز قلب ممکنست ناراحتیهای متعدد و عجیب ایجاد کند و یک مشکل تشخیص گردد. موردی از این بیماری بوسیله Di Bello در سال ۱۹۶۷ گزارش گردید که مؤید این مطلب است (۳۸). بیمار دختری است ۱۲ ساله که اول بار در سپتامبر ۱۹۵۷ باتب، سرفه و خلط خونی مراجعه می‌کند. در رادیوگرافی سینه، ناف ریه چپ بزرگ و سایه‌ای ندول مانند در ریه چپ در حد فضای بین‌دنده دوم

استتوسکوپ ممکنست انواع مختلف سوفل یا اختلال صداهای قلب را بر حسب محل قرار گرفتن ضایعه در قلب شنید (۴۵ و ۳). تغییرات الکتروکاردیوگرافی نیز در اکتینو کوکوز قلب مشاهده میشود و عبارتند از واژگونی موج T (بخصوص در ضایعات نوک قلب)، تغییرات قطعه S-T، عدم وجود موج Q، تغییرات موج R و مواج بودن QRS یکی از نکات مهم تشخیص در الکتروکار-دیوگرام، عدم وجود نشانه‌های نکرودر ماهیچه قلب که هرگز دیده نشده است و میتواند در بازشناخت عارضه از سایر بیماریهای قلبی مشابه مورد استفاده قرار گیرد (۴۰). اگر کیست در دهلیز باشد تغییرات موج P و اگر در دیواره بین‌دو بطن باشد تغییرات فاصله P-R همراه با یا بی تغییرات موج QRS دیده میشود (۴۳). بلوک دهلیزی - بطنی با شکل مختلف همراه با حملات استوکس آدامس و بلوک شاخه راست نیز گزارش شده است (۴۵). رادیوگرافی سینه بیشتر بصورت نامنظم شدن کناره‌های قلب یا وجود کالسفیکاسیون در قلب یا پریکارد میباید. آزمایش آنژیو-کاردیوگرافی مؤید تشخیص و مکمل رادیوگرافی است، بعلاوه میتواند محل دقیق ضایعه و وسعت آنرا نشان دهد (۴۰-۴۱-۴۲). در رادیو سکوپ حرکت ناحیه مبتلا کم میگردد، یا برجستگی نظیر آنوریسم بطن دیده میشود؛ یعنی حرکت آن متناقض بانواحی مجاور است.

آزمایش پوستی کازونی یا آزمایش بر مبنای ثبوت مکمل نیز باید انجام گیرد.

انواع بالینی:

۱- نوع آنوریسم مانند: تاکنون هفت مورد از این نوع در منابع پزشکی جهان گزارش شده است (۳۶).

الکتروکاردیوگرام این بیماران درست مشابه الکتروکاردیوگرام بیماران مبتلا به آنوریسم قلب بعد از انفارکتوس ماهیچه قلب است و ممکنست سالها بهمین حال باقی بماند (۳۷).

۲- نوع همراه با گانگرن اندام: آمبولی قطعات و اجزاء کیست هیداتیک از قلب به عروق محیطی سبب انسداد شریان و احتمالاً گانگرن عضو میشود. در بیمار Wesley (۸) از استرالیا، بعد از آمبولکتومی فمورال در یک پسر بچه، آزمایش از لخته، قطعات کیست هیداتیک را نشان داد.

۳- نوع همی پلژیک: موردی از این بیماری توسط Dew (۲) در سال ۱۹۲۸ گزارش گردید. بیمار خانمی است با فلج طرف راست بدن و اغماء بمدت نهم روز که بتدریج هوش خود را بازیابد لیکن یک هفته بعد در بیمارستان درمی‌گذرد. در کالبد شکافی کیست پاره شده در قلب وی دیده شد که در بطن چپ قرار داشت، همچنین

دیده میشود که هر دو با گذشت زمان از بین میرود. سه نوبت آزمایش محتویات معده جهت یافتن باسیل کخ منفی ولی آزمون کازونی مثبت بوده است.

سه ماه بعد بیمار با تب، گلو درد، درد ناحیه اپیگاستر، درد در زانو، قوزک پاها و آرنج همراه با بثورات جلدی در اندام تحتانی بستری میگردد. آزمایش رامپل- لید مثبت و آزمایش زمان سیلان وانققاد و Clot Retraction طبیعی بود و فرمول لکوسیت ۱۸٪ ائوزینوفیلی نشان داد. این بار نیز بهبود کامل ظرف مدت بیست روز حاصل شد و بیمار مرخص گردید. دو سال بعد از نخستین مراجعه، دوباره ناف ریه چپ بزرگ بود. شش سال بی نشانه و ناراحتی سپری میشود و بعد از این مدت طولانی بیمار در سال ۱۹۶۴ با تب، سرفه، تنگی نفس، درد سینه که با تنفس شدید میشود و حال عمومی خراب بستری می گردد. در معاینه کبد بزرگ و دردناک، تائیکاردی و وجود مایع در پریکارد مشخص میشود. آزمون توپر کولین منفی و سرعت رسوب گلبولهای قرمز ۹۵ میلیمتر در ساعت اول بوده است. وانتریکولوگرام چپ بدشکلی حفره بطن و افزایش ضخامت دیواره قلب را نشان داد. بیمار تحت عمل جراحی قرار میگردد و یک کیست هیداتیک بابعاد ۸ × ۷ سانتیمتر در دیواره قدامی طرفی بطن چپ همراه با پریکارد ضخیم و پرازعروق مشاهده می شود. ضایعه قبلی ریوی بیمار نیز هیداتیک و همراه با واکنش لنفاوی ناف ریه چپ بوده است.

۸- پریکاردیت فشار دهنده: تاکنون هفت مورد آن در منابع پزشکی جهان گزارش شده است. آخرین مورد Finch و Sehat (۳۹) مرد پنجاه ساله ای است که به علت تنگی نفس، خیز اندام تحتانی و درد قسمت فوقانی راست شکم مراجعه می کند. در آزمایش بیمار کبود، مبتلا به اسیت، کبد بزرگ و دردناک و وجود صدای سوم متناوب در قلب و اتساع وریدهای گردن بود که با شقیق خالی نمیشدند. بهنگام عمل جراحی، پریکارد فوق العاده ضخیم و تعدادی کیست دختر و زوائد هیداتیک و بافت نکروزه مشاهده گردید. بقایای کیست هیداتیک باره شده در دیواره بطن چپ یافت شد که تا نوك قلب امتداد می یافت. بیمار با بهبود کامل مرخص گردید.

۹- اختلال هدایتی قلب: اگر اختلال هدایتی قلب بصورت بلوک دهلیزی - بطنی یا بلوک شاخه ای بعلل نامعلوم، در نقاطی که اکتینو کو کوز بومی است یا در مناطق پرورش احشام یافت شود، باید بنگر این بیماری بود (۴۳ و ۴۵). Di Bello بیمار ۲۶ ساله ای را با دو بار سابقه آمبولی ریه گزارش کرده است. هموگرام بیمار ۳۱٪ ائوزینوفیلی داشت، آزمون کازونی و واینبرگ مثبت بود و الکتروکاردیوگرام بلسوک شاخه راست را نشان داد. در آنژیو کاردیوگرافی سایه ای در بطن دیده شد که نشانه وجود توده ای در دیواره بین دو بطن بود. بهنگام عمل حفره ای کیسه مانند بقطر شش سانتیمتر در قسمت وسطای دیواره بین دو بطن پیدا شد (۴۵).

۱۰- نشانگان «سندرم» نارسائی کرونر: گاهی اکتینو کو کوز قلب به شکل نارسائی سرخرگ های قلب تظاهر میکند. یک مورد از عارضه

بوسیله Di Bello (۴۵) در سال ۱۹۶۴ گزارش شده است. بیمار زنی است ۲۰ ساله که از درد مکرر و شدید عقب استرنوم بمدت چند روز شکایت می کرده است. الکتروکاردیوگرام موج T واژگون و عمیق در I، AVL، V2، V3 و موج T قسریه در II، III و AVf را نشان داد. بعد از گذشت هفده سالگی هیچ ناراحتی، مجدداً دچار درد شدید عقب استرنوم گردید که چند روز طول کشید. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک تومور تخم مرغ مانند بقطر ۶ × ۸ سانتیمتر از سطح قدامی بطن چپ برداشته شد. تومور سرخرگ نزولی - قدامی چپ را بسمت راست منحرف کرده بود که میتواند درد آنژین صدری را توجیه کند.

۱۱- اختلال در عمل دریچه های قلب: گاهی اکتینو کو کوز قلب بر اثر جابجا کردن دریچه های قلب یا کوتاه ساختن طنابهای وتری سبب پیدایش نشانه های بیماری دریچه ای قلب میشود (۴۵). در بیمار Herard (۴۶) کیست ناحیه انفانندیبولوم بطن راست سبب پیدایش سوفل تنگی انفانندیبولوم گردید. وجود کیست در بیمار Rendu (۴۷) در ریشه آئورت سوفل رفت و برگشتی آئورت ایجاد کرد و بالاخره نشانه گشادی دریچه های میترال و سه لتی در بیمار Bado (۴۸) مشاهده شده است.

۱۲- مرگ ناگهانی: اکتینو کو کوز قلب ممکن است سبب مرگ ناگهانی گردد (۴۹). بموجب آمارهای دیگر نیز ۱۱٪ از بیماران با مرگ ناگهانی از پای درآمدند (۳).

درمان. نخستین درمان جراحی در سال ۱۹۲۱ بوسیله Marten و De Cerespigny (۹) انجام گرفت که منجر بقوت بیمار گردید. در سال ۱۹۳۲ دکتر Long (۱۰) توانست با موفقیت یک کیست مرده قلب را تخلیه کرده بردارد.

از زمان نخستین عمل جراحی در سال ۱۹۲۱ تا فوریه ۱۹۷۲ مجموعاً ۵۵ مورد اکتینو کو کوز قلب گزارش شده است (۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۴-۴۵). بررسی این موارد نشان میدهد که مسن ترین بیمار ۷۱ ساله و جوانترین آنها ده ساله بوده است. ضمناً ۲۱ مورد مرد و بقیه زن بوده اند.

از نظر محل قرار گرفتن ضایعه در قلب، کیست در دو مورد در دیواره بطن راست، دو مورد در دیواره دهلیز راست، شش مورد در محل اتصال دهلیز و بطن، دو مورد در دیواره دهلیز چپ (بیمار شماره ۴۲ که کیست دیگری در دیواره بطن چپ داشت) دو مورد در دیواره بین دو بطن و در سایر موارد کیست در دیواره بطن چپ بوده است.

از نظر نتایج جراحی ۴۴ مورد با عمل جراحی بهبود یافتند، شش بیمار فوت شدند و دو مورد تنها تحت عمل قرار گرفتند و ضایعه برداشته نشد. یک بیمار نیز سه سال پس از باز کردن سینه (Exploration) درگذشت. فهرست موارد بیماری اکتینو کو کوز قلب که طی بیش از نیم قرن یعنی از سال ۱۹۲۱ در منابع پزشکی جهان گزارش شده است با ذکر جزئیات و نتایج درمان جراحی در هر مورد ذیلاً مشاهده میگردد.

نام مؤلف	سن	جنس	نوع ضایعه و محل آن	نتایج درمان
1. Marten 1921	-	-	-	فوت شد
2. Long. W. J. 1932	۴۲	زن	کیست مرده	بهبود یافت
3. Opokinikolyu, 1935	-	-	پریکارد	بهبود یافت
4. Constantini, 1937	-	-	هدایتیدوز پریکارد	بهبود یافت
5. Blondeau, 1938	-	-	کیست کالسیفیه در دیواره بطن راست	-
6. Amargos, 1947	۴۸	زن	پریکاردیت بدون کیست دختر	بهبود یافت
7. Amargos, 1947	-	-	پریکاردیت	فوت شد
8. Amargos, 1947	۲۶	زن	کیست دیواره بطن راست، پاره شده بداخل بطن راست، پریکاردیت و کیست در هردو ریشه	بهبود یافت
9. Starr, 1948	۳۴	مرد	کیست در محل الصاق دهلیز و بطن چپ، و زیکولهای متعدد در پریکارد	بهبود یافت
10. D' Abreu, 1950	۵۰	زن	کیست اولیه ساده در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
11. Larghero 1950	۲۵	زن	کیست دیواره بطن چپ با پریکاردیت	بهبود یافت
12. Armand. ugon	۴۳	مرد	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ، پریکاردیت	بهبود یافت
13. Ossi, Poff, 1951	-	-	-	-
14. Blakelay Reid 1951	۱۶	زن	کیست متعدد در بطن چپ، کیست در مغز، کبد و ریه	تنها باز شد و بیمار پنج سال بعد فوت شد
15. Bosch del marco 1952	۲۴	مرد	کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ با پریکاردیت	بهبود یافت
16. Ganickin, 1953	-	-	-	-
17. Perez Fontana 1953	۱۰	مرد	کیست دیواره بطن چپ، پریکاردیت، کیست متعدد کلیه و کبد	بهبود یافت
18. Puriel Muras 1954	۲۶	زن	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
19. Windsor, 1954	۴۸	زن	کیست تغییر یافته در ناودان دهلیزی بطن چپ	بهبود یافت
20. Stojanovic, Vujadinovic 1955	۶۱	مرد	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
21. Larghero, 1955	۴۰	زن	کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ، پریکاردیت	بهبود یافت
22. Canabal et al. 1956	۳۳	زن	کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
23. Canabal , 1956	۷۱	زن	کیست کالسیفیه در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
24. Canabal , 1956	۱۱	مرد	کیست در محل اتصال دهلیز و بطن چپ، کیست دیواره بطن چپ و پریکاردیت	بهبود یافت
25. Canabal , 1956	۵۹	زن	کیست مדיاستن احتمالاً از منشاء دیواره بطن	بهبود یافت
26. Canabal , 1956	۵۳	مرد	کیست‌های متعدد در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
27. Canabal , 1956	۳۴	مرد	کیست دهلیز راست، کیست متعدد در هردو ریه و شریان ریوی چپ	فوت شد
28. Canabal , 1956	۲۵	مرد	کیست در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
29. Demirlu & Cohen 1956	۶۰	زن	کیست آهکی شده در دیواره بطن چپ	تنها باز شد
30. Demirlu & Cohen 1956	۵۰	مرد	کیست چرکین و آهکی شده در دیواره بطن چپ	بهبود یافت

نام مؤلف	سن	جنس	نوع ضایعه و محل آن	نتایج درمان
31. Demirlu & Cohen	۳۷	مرد	کیست چند حفره‌ای درد و بطن راست و چپ	بهبود یافت
32. Houel, 1956	۱۷	مرد	کیست در دیواره بطن چپ، کیست در کبد و صفاق	بهبود یافت
33. Houel, 1956	۴۰	زن	دو کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ، کیست در کبد	بهبود یافت
34. Tountas, 1957	۲۴	زن	کیست دیواره بطن (پاره شده) کیست متعدد در پریکارد	بهبود یافت
35. Sbarounis, 1957	۳۱	زن	کیست در دیواره دهلیز چپ، کبد و صفاق	بهبود یافت
36. Chalnot, 1957	۳۰	مرد	کیست آهکی شده در دیواره بطن چپ، کیست متعدد در پریکارد	بهبود یافت
37. Henry, 1958	۳۰	مرد	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
38. Henry, 1958	۳۰	زن	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ، کیست در صفاق و کبد	بهبود یافت
39. Michaud, 1959	۴۹	زن	کیست سالم در ناودان دهلیز و بطن چپ	بهبود یافت
40. Barret, 1960	۶۰	مرد	کیست چند حفره‌ای در دیواره دهلیز راست با انتشار بهر دوریه	بهبود یافت
41. Houel, 1960	۲۲	مرد	کیست دیواره بطن چپ پاره شده در پریکارد	فوت شد
42. Houel, 1960	۳۱	مرد	کیست دیواره دهلیز چپ، سه کیست در دیواره بطن چپ (چند حفره‌ای)	بهبود یافت
43. Romanoff, 1962	۲۹	مرد	کیست تغییر شکل یافته، چند حفره‌ای، در دیواره بطن چپ	بهبود یافت
44. Di Bello, 1963	۳۸	زن	کیست دیواره قدامی بطن چپ	بهبود یافت
45. Karageorgis, 1965	۱۳	زن	کیست دیواره بطن چپ، تعداد زیادی کیست کوچک در پریکارد	بهبود یافت
46. Karageorgis, 1965	۳۷	مرد	کیست دیواره بطن چپ	موقع عمل درگذشت
47. Di Bello, 1967	۱۲	زن	کیست دیواره بطن چپ، پریکاردیت حاد هیداتیک	بهبود یافت
48. Sehat & Pinch, 1972	۵۰	مرد	کیست تغییر شکل یافته دیواره بطن چپ با پریکاردیت فشارنده	بهبود یافت
49. Haliday et al, 1963	۲۳	زن	دیواره بطن چپ و پریکاردیت فشارنده	بهبود یافت
50. Di Bello et al, 1964	۲۶	مرد	دیواره بین دو بطن	بهبود یافت
51. Di Bello et al, 1964	۲۰	زن	دیواره بین دو بطن	بهبود یافت
52. منتشر نشده	۲۲	مرد	دیواره بطن چپ همراه با پریکاردیت فشارنده	بهبود یافت
53. منتشر نشده	۱۱	مرد	دیواره قدامی بطن چپ با نفوذ جزئی بداخل بطن	بهبود یافت

* دو بیمار آخر یکی از اصفهان و دیگری از تهران است که اخیراً در بیمارستان قلب ملکه مادر بوسیله آقایان دکتر مطلق و دکتر آذر عمل شده‌اند، بدین ترتیب مجموع بیماران عمل شده از سال ۱۹۲۱ تا کنون ۵۳ مورد است که در ۴۴ مورد بهبود کامل یافته‌اند.

** دو مورد اکینو کو کوز دیواره بطن چپ نیز قبلاً گزارش شده است: یک مورد آن از دانشکده پزشکی پهلوی شیراز توسط همکاران آقایان دکتر علی فرپور، دکتر هنجی و دکتر مکانیک و مورد دیگر از بیمارستان شهربانی تهران توسط آقای دکتر هیئت بوده است. کیست در هر دو مورد در دیواره بطن چپ قرار داشت و با عمل جراحی بهبود یافت.

پارگی جدار کیست بعلت شکنندگی فوق‌العاده آن ضمن جراحی خطری است که همیشه بیماران را تهدید می‌کند و منجر بآزاد شدن هزاران اسکولکس فعال در محیط عمل می‌گردد که بایوند شدن در روی بافت‌ها، سبب پیدایش اکینو کو کوز ثانوی می‌شود. برای آنکه از انتشار محتویات سیست بنسوج اطراف جلوگیری شود، قبل از برداشتن کیست معمولاً یک محلول کشنده اسکولکس

ماده‌ای که بتواند بداخل غشاء کیست نفوذ کند و محتویات آنرا از بین ببرد وجود ندارد، لذا هیچگونه درمان پزشکی بصورت شیمیوتراپی برای مرحله جنینی انگل در دست نیست (اخیراً از *Mebendazol* در حیوان و انسان استفاده شده است). پر تو درمانی نیز کمکی در جلوگیری از رشد انگل نمی‌کند و تنها وسیله درمان جراحی است.

مواد یکی فرمالین است که بوسیله اکثر جراحان جهت سترون کردن محتویات کیست بکاررفته است. محلول فرمالین در کیست های قلب و یا بطور کلی در قفسه صدری نباید مصرف شود چون در گذشته خود باعث چسبندگی و عوارض گوناگون شده است. محلول ۳۳٪ سالین را بعضی کاملاً مؤثر و بی خطر میدانند. اخیراً ثابت شده است که نیترات دار ژان با غلظت کم (۵/۰ درصد) میتواند بعنوان یک ماده کشنده اسکولکس قوی و بدون داشتن خاصیت سمی برای نسوج میزبان مصرف شود.

بدرون کیست تزریق میشود. این روش که از سالها قبل معمول بوده است متأسفانه روش صحیحی نیست چون محتویات کیست در مقابل موادیکه برای نسوج بقدر کافی سمی نباشد، فوق العاده مقاوم است. بعلاوه ماده کشنده اسکولکس تزریق شده بداخل سیست با محتویات سیست بخوبی مخلوط نمیشود و از همه مهمتر آنکه شکنندگی جدار سیست و فشار زیاد داخل آن ممکنست محل سوزن را در جدار تبدیل بیک پارگی وسیع کند. Meymerian و همکارانش توانسته اند خاصیت کشنده اسکولکس را در سی و هشت ماده شیمیائی مختلف آزمایش کنند. از جمله این

REFERENCES :

- 1- Devé, F. (1917), Les kystes hydatiques primitifs multiples chez l'homme compte rendu de la société de Biologie 80:859.
- 2- Dew, H. R. (1928), Hydatid disease, Sydney, The Australian Medical publishing Co.
- 3- Peters, J. H., Dexter, L. & Weissis, Clinical & Theoretical consideration of involvement of the left side of the heart with echinococcal cysts, Am. H. J., 29:143, 1945.
- 4- D'Abreu, A. L.: The Removal of a hydatid cyst from the wall of the left ventricle, Thorax, 5: 362, 1950.
- 5- Devé, F. (1902) C. R. Soc, Biol, Paris, 54: 529.
- 6- Devé, F. (1916) Ibid, 79: 697.
- 7- Mills, H. W.: Hydatid cysts of the heart, with report of a case. Surg. Gyn. & Obs., 35: 455 1922.
- 8- Windsor, H. M., Primary cardiac hydatid disease, Brit. J. Surg., 41: 541, 1954.
- 9- Marten, R. H. & De Crespigny, C. T. C.: Quoted by Windsor.
- 10- Long, W. J.: Hydatid disease in the left vent. Wall of the heart, M. J. Australia, 19: 701, 1932.
- 11- Opokin, A. & Kolyu, K.: Arch. Klin Chin, 181: 697, 1935, Quoted by D' Abreu
- 12- Bourgeon, R.: Les Kystes hydatiques du coeur, Thèse Medecine Alger 1940.
- 13- Constantini: Quoted by Bourgeon.
- 14- Blondeau, A. Laupretre & Miramond, J.: Quoted by Atwood et al.
- 15- Atwood, C. I., Sargent, W. H. & Taylor, F.: Echinococcus cyst of the heart: Report of a case, Ann. Int. Med., 15: 1109, 1941.
- 16- Amargos, A., Armand, Ugon, Larghero, P. & Di Bello, R.: Tres cases de equinococosis cardiopericardica operados. Arch. Urug. Med. 30: 483, 1947 (quoted by Dighiero et al.).
- 17- Starr, K. W.: Hydatid cyst of pericardium, Australian & New Zealand J. Surg. 18: 342, 1948.
- 18- Larghero, P., Di Bello, R. & Victoria, A.: Pericarditis constrictive hydatida, Arch. Intern. Hidatid. 11: 346, 1950.
- 19- Armand Ugon, V., et al.: Quiste hydatico del ventriculo la quierdo operato, Rev. Tuberc. Urugnay 19: 57, 1951.
- 20- Canabal, E. J., Dighiero, J., et al.: Equinococosis cardiaca, Arch. Intern hidatid 15. 51, 1956.
- 21- Ossipoff, B. K.: Quoted by Stojanovic et al.
- 22- Blakeley, E. R. & Reid, J. D.: Hydatid disease: Report of an unusual case N. Z. Med. J., 50: 44, 1951.
- 23- Bosch del Marco, L. M. Canabal, E. J. et al.: Quiste hidatico del corazon localizado en el ventriculo laquierdo, Operacion, euracion, Arch. Urug. Med. 41: 159, 1952.

- 24- Ganickin, A. M.: Quoted by Stojanovic et al.
- 25- Perez Fontana, V., and Sapriza, J. P.: Quiste hidatico hialino del ventriculo laquierdo, Arch. Intern. Hidatid. 13: 157, 1953.
- 26- Puriel, P., and Muras, O.: Quiste hidatico del ventriculo laquierdo, Torax 2, 140, 1954.
- 27- Stojanovic, V. & Vujadinovic, B.: A propos d'un cas de kyste hydatique du coeur, Mem. Acad. Chir. 81: 1050, 1955.
- 28- Lacroix, A. C. and Houel, J. : Un cas de kyste hydatique de coeur, Arch. Intern. Hidatid, 16 : 419, 1957.
- 29- Tountas, C., Le Kyste hydatique de pericarde, Arch. Intern. hidatid 16: 419, 1957.
- 30- Sbarounis, N.: Sur un cas opéré de kyste hydatique du coeur, Arch. Intern. Hidatid 16 : 427, 1957.
- 31- Chalnot, P., Benichoux, R. et al : Kyste hydatique du ventricule gauche avec echinococcose secondaire du pericarde traitement chirurgical, Arch. Mal. coeur, 50: 353, 1957.
- 32- Michaud, M., Saubier, E., et al.: Un cas de kyste hydatique du coeur opere et guéri, Lyon Chir, 55: 768, 1959.
- 33- Barrett, N. R.: The anatomy and the pathology of the multiple hydatid cysts in the Thorax, Ann. Roy, Coll surgeons, England 26: 362, 1960.
- 34- Houel, J., et al.: Deux nouveaux cas d'echinococcose cardiaque, Pre. Med. 68: 2284, 1960.
- 35- Romanoff, H. and Milwidsky, H.: Primary echinococcosis of the heart cured by operation. J. Thoracic & C. V. Surg. 43: 677, 1962.
- 36- Di Bello, R. et al.: Pseudo aneurysmatic form of cardiac echinococcosis report of a new case and review of the literature J. Thor. & C. V. Surg., 45: 657, 1963.
- 37- Karageorgis, B. & Papanicolis, I.: Some remarks on two personal case of cardiac echinococcosis, Dis. of the chest, 51: 199, 1967.
- 38- Di Bello, R. et al.: Hydatid cyst of the left ventricle of the heart acute hydatid pericarditis., Am. J. Cardiol., 19: 603, 1967.
- 39- Pinch, L & Sebat, A. A., Constrictive pericarditis associated with echinococcus cyst of the heart, Chest, 61: 1972.
- 40- Demileau, J., & Cohen, H. H.: Quatre Mounvelles observations de kyste hydatique du coeur. Poumon et coeur, 12: 941, 1956.
- 41- Houel, J.: Kyste Hydatique du ventricule gauche. A propos de deux observations, presse. Med. 64: 2184, 1956.
- 42- Henry, E.: Kyste Hydatique du coeur, Deux nouveaux cas diagnostqués et opérés, Mem. Acad. Chir. 84: 153, 1958.
- 43- Canabal, E. J., Aguirre, C. V. & et al : Echinococcus disease of the left vent.: A clinical, radiologic and ECG study, Circulation, 12: 520. 1955.
- 44- Halliday, J. H., Jose, A. D. & Nicks, R. Costrictive pericarditis following rupture of a ventricular hydatid cyst. B. H. J , 25: 821, 1963.
- 45- Di Bello, R., Urioste, H. A., & Rubio, R., Hydatid cysts of the ventricular septum of the heart. A study based on 2 personal cases & 41 observations in the literature, Am. J. Cardiol., 14 : 237, 1964.
- 46- Herard,: Kystes hydatiques developpés dans la cloison interventriculaire du coeur. Gaz. Hebd. Med. Chir., 7: 445 1870.
- 47- Rendu, : Hydatides du Cerveau, du coeur et des reins. Arrêt de developpement de l'uterus et des ovaires. Bull. Soc. Anat. Paris, 53: 581, 1878.
- 48- Bado, J. L., Quiste hidatico del corazon. Bol. Soc. Anat. pat. Montevideo, 7: 115, 1930.
- 49- Khalil Bey., M., Hydatid cyst of the heart as cause of sudden death: Egyptian. Med. Asso, 17: 796, 1934.