پریکاردیت فشارنده بعلت پارگی کیست هیداتیك بطن چپ

ودرمان جراحی موفقیت آمیز آن

مجله علمی نظام پزشکی
سال دوم، شماره ۴ـ۵، صفحه ۳۱۱، ۱۳۵۱

دکترعلی اکبرصحت * دکترلوئی پینچ **

اکینوکوکوز قلب بیماری نادر و غیر عـادی است و از آن غیر عادی‌تر عارضه دیررس پریکاردیت فشارنده بعلت پاره‌شدن کیست هیداتیك قلب بدرون حفره پریکارد است .

درمان جراحی پریکاردیت فشارنده بخوبی مشخص، وتقریباً استاندارد شده است . لیکن درمواقعیکه عامل ایجاد آن اکینوکوکوز باشد، نحوه درمان باموارددی چون سل یاعفونتهای پیوژن تفاوت‌دارد. آنچه ذیلا معرفی میگردد یك مـورد پریکاردیت فشارنده بعلت پارگی کیست هیداتیك قلب است که عمل جراحی آن با موفقیت کامل همراه بوده است .

شرح‌حال بیمار : م.و. ۵۰ ساله، زارع ، اهل بیرجند درتاریخ ۴۸/۸/۳ بعلت درد وتورم شکم وپاهـا به‌بیمارستان آمریکائی مشهد مراجعه کرد وبستری گردید .

حال بیمار تایکسال قبل‌ازمراجعه‌خوب بوده‌است‌وناراحتی‌وی‌باورم تدریجی‌شکم، درد ربع‌فوقانی‌راست‌شکم‌وبالاخره ورم‌اندام‌تحتانی شروع میشود. پس‌ازمراجعه بطبیب در بیرجند و درمان باقرص وامپول مقدار ادرارش زیاد میشود و ورم پاها تا حدودی تخفیف می‌یابد لیکن مجدداً دچار ادم وتنگ‌نفس بهنگام فعالیت‌میگردد. دوسال قبل از بستری شدن دربیمارستان، بیمار از دیوار سقوط کرده‌که منجر به‌شکستگی چهار دنده درطرف چپ قفسه صدری شده است .

درآزمایش بدنی : نبض ۱۳۰ در دقیقه ومنظم ، فشار خون $\frac{۱۲۰}{۹۰}$ حرارت ۳۶/۵ وتنفس ۲۸ در دقیقه‌بود .

وضع عمومی : بیمار سیانوزه ، باصورت و پاهـای متورم وشکم برآمده‌بود، وریدهای گردن‌درحال‌نشسته ودر۴۵ درجه‌کاملا‌متسع بودند ودرشهیق خالی نمی‌شدند . قطر قدامی خلفی قفسه صدری افزایش‌یافته‌وشوك‌نوك‌قلب (Point Maximal Impulse = P.M I) مشاهده نشد و قابل لمس نیز نبود .

درسمع قلب صداها‌کاهش یافته ویك صدای سوم دراوایل دیاستول بطور متناوب درکنـار چپ استرنوم شنیده شد، لیکن هیچگونه سوفل یافروتمان وجود نداشت. درسمع ریه‌هارالهای خشك‌بطور پراکنده‌درهردو ریه همراه‌باکم شدن صداهای تنفس موجودبود. شکم برآمده بـاآسیت آزاد ، کبد حساس و دوازده سانتیمتر در پائین لبه دنده درخط وسط ترقوه‌ای راست بود .

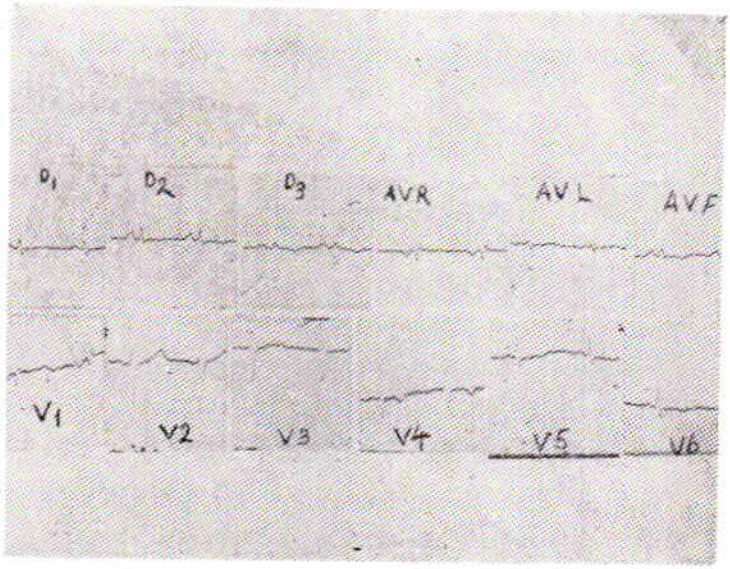
پاها وساقها تانیمه متورم‌بود و گوده میگذاشت. بیماراز نظرعصبی طبیعی وآزمایش رکتال نیز طبیعی بود . آزمایشات‌پارکلینیکی غیرطبیعی بیمار عبارتند از: زمان پروترومبین ۲۰ ثانیه (شاهد ۱۲ ثانیه). آزمایش برم سولفن فتالئین پس از ۴۵ دقیقه ۱۸٪ احتباس نشان داد . بیلیروبین توتـال سرم شش میلیگرم درصد وبیلیروبین غیرمستقیم چهار میلیگرم بود. فسفاتاز آلکالن‌بیست واحد بسی بـراك و تست تـوبرکولین وکازونی منفی بـودند . سدیمانتاسیون گلبولهـای سرخ پـانزده میلیمتر درساعت بود. الکتروکاردیوگرام شکل (۱).

درفلور وسکپی : اندازه قلب طبیعی ، کنارچپ قلب بصورت خط مستقیم وحرکات قلب‌تخفیف یافته بود . درطرف راست‌دیافراگم کاملا ببالا رانده شده وحرکات آن نسبت به‌نیمه چپ دیـافراگم متناقض‌بود وکلسیفیکاسیون موجود نبود .

* دانشکده پزشکی دانشگاه مشهد.
** جراح بیمارستان آمریکائی مشهد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

بیمار با تشخیص پریکاردیت فشارنده تحت درمان با دیژیتال و دیورتیک قرار گرفت که منجر بکندی نبض گردید، لیکن ادم واسیت وبزرگی کبد تغییر واضحی نشان نداد. چهارهفته پس از بستری شدن حال بیمار تغییری نکرد واز تنگ‌نفس زیاددرموقع راه رفتن وفعالیت شکایت داشت.

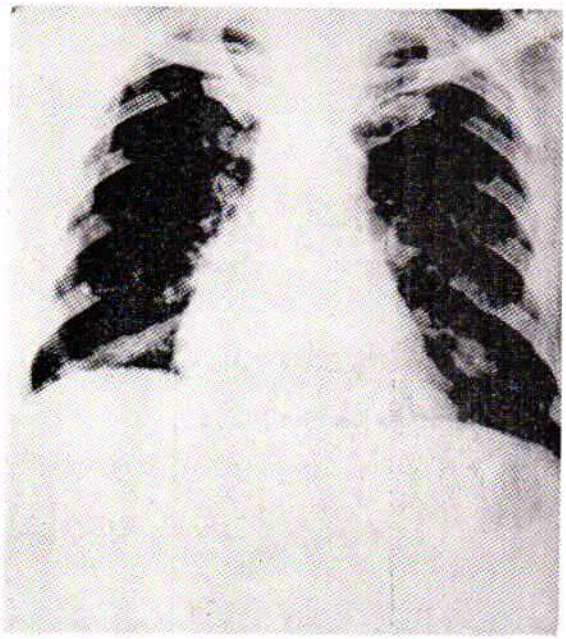


شکل۱ــ ریتم قلب سینوسی،موج Pدر اشتقاقهای II، III،Avf و V۱ دوفازه ومشخص بزرگی هردو دهلیزاست
کمی‌ولتاژ .Q.R.S و تغییرات‌منتشرموج T نشانه‌پریکاردیت‌است، rSrدر V۱ ووجود موج S. دراشتقاقهای سمت چپ قفسه صدری احتمالاً بعلت اختلال هدایتی دربطن راست میباشد.

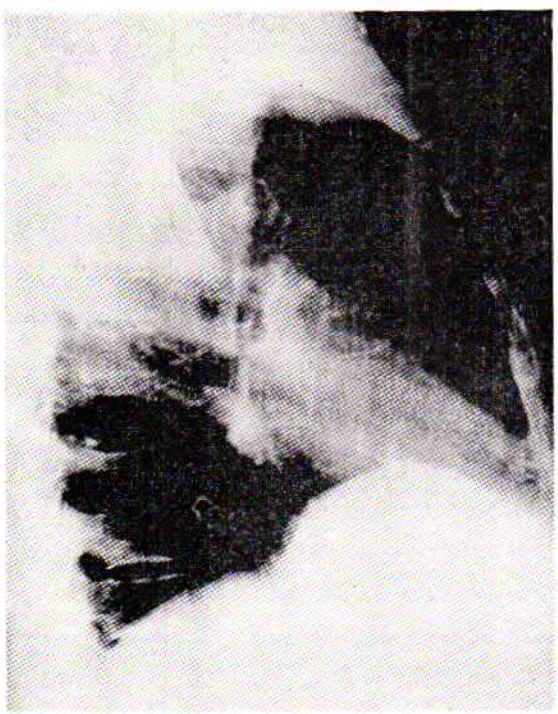
در روزچهل‌وپنجم بستری‌شدن‌پس ازمراجعت ازبخش‌رادیولوژی بیمار دچار سیانوز شدید باتنگ نفس، لرزشهای میوکلونی وبالاخره شوك گردید. نبض بیمار حس نمیشد وفشار خون وی قابل‌اندازه‌گیری‌نبود. پس‌ازمعالجه‌بیمار بالوارترنول،وتجویز مایعات ناراحتی حاصله ازکمبود بازده قلب مرتفع گردید وروز بعد از پریکارد بیوپسی بعمل آمدکه قریب هشت میلیمترضخامت داشت واثری از سل درآن دیده نمی‌شد. دو روزبعد بیمار تحت عمل پریکاردکتومی قرارگرفت.

شرح عمل: پس از انجام یك استرنوتومی عرضی ملاحظه شد که پریکارد فوق‌العاده ضخیم وازحرکات قلب بشدت‌کاسته شده بود. بایك برش‌عرضی درسطح‌قدامی، پریکارد از اپیکاردمجزا گردید. بااین‌عمل‌کار قلب بهترشد سپس‌بقیه پریکارد درپائین، تادیافراگم ودر طرف راست تاعصب فرنیك ودر بالا تاشریان ریوی آزاد وبرداشته شد. بعداً دیسکسیون در طرف چپ تاعصب فرنیك‌چپ انجام گرفت‌که تانوك قلب ادامه یافت.

در مسیر اخیر هرچه بطرف چپ دیسکسیون ادامه می‌یافت بقطرپریکاردافزوده می‌شد، تااینکه‌درست درنوك بطن‌چپ‌مقداری



شکل ۲ــ اندازه قلب طبیعی،کنار راست قلب بصورت خط مستقیم، ونیمه‌دیافراگم‌راست بالا رانده شده‌است.
آثارشکستگی‌دنده درطرف چپ‌دیده میشود ودرعکس پروفیل‌ضخیم شدن پریکارد کاملاً واضح‌است.



شکل۳ــ

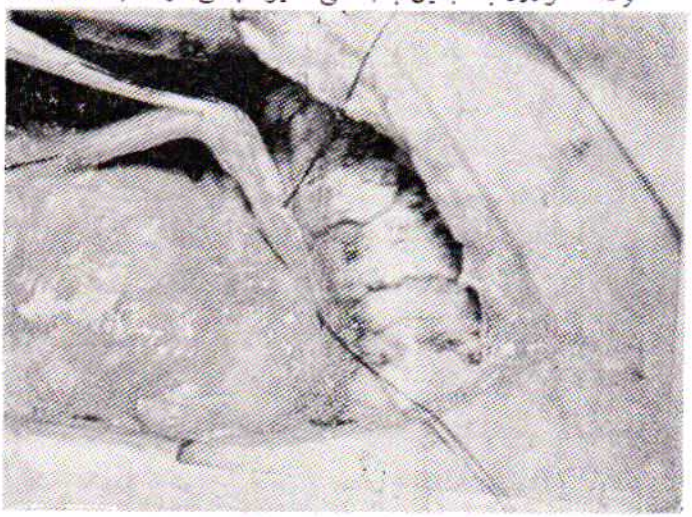
ماده سفیدرنگ نرم همراه بامقداری موادکه بطور وضوح کیست نابالغ‌وازبقایای‌یك‌کیست هیداتیك پاره‌شده نوك قلب‌بود ملاحظه گردید (شکل ۴).

کلیه‌مواد نکروزه وکیست‌های دختر برداشته شد وناحیه‌بامحلول

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۱٪ تنطورید تمیز گردید، چون دیواره‌قلب‌دراین ناحیه‌فوق‌العاده نازك شده بود ، قسمتی از پریکارد برای تقویت‌جدار درآن‌نقطه برجای گذارده شد زیرا احساس می‌شد که بقدرکافی‌پریکاردکتومی انجام شده وعمل قلب بدون مانع وبخوبی‌انجام خواهد شد .

پس از عمل حال بیمار کاملا خوب بود وجزیك آریتمی بصورت تاکیکاردی دهلیزی همراه بابلوك ۲:۱ که مـاساژسینوس‌کاروتید بر آن بی‌اثر بود (شکل۵)، اشکال دیگری وجود نداشت. آریتمی فوق‌الذکر روز بعدتبدیل به‌جدائی‌دهلیزی‌بطنی گردید(شکل۶).

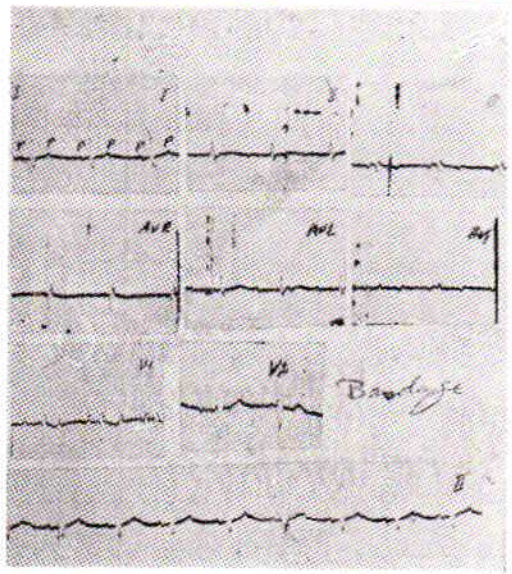


شکل۴ ـ سطح‌قدامی‌قلب آزادشده وضخامت پریکارد بوضوح نمایان است.

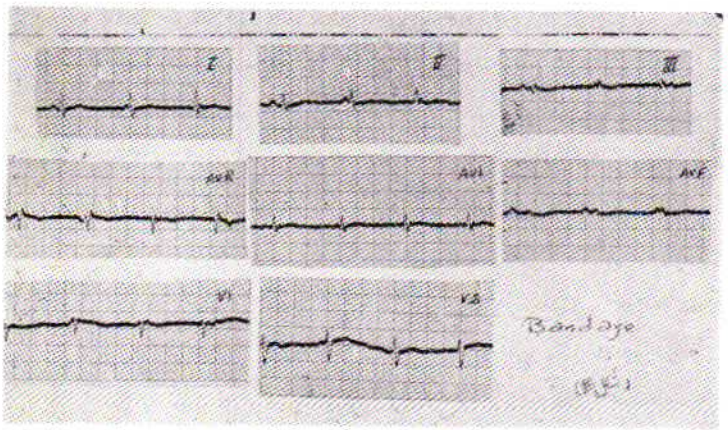


شکل۵ـ بقایای‌کیست‌هیداتیك پاره‌شده بصورت‌یك‌کیست نابالغ‌ومواد نکروزه در نوك قلب (محل‌قرارگرفتن رتراکتور) مشاهده می‌شود.

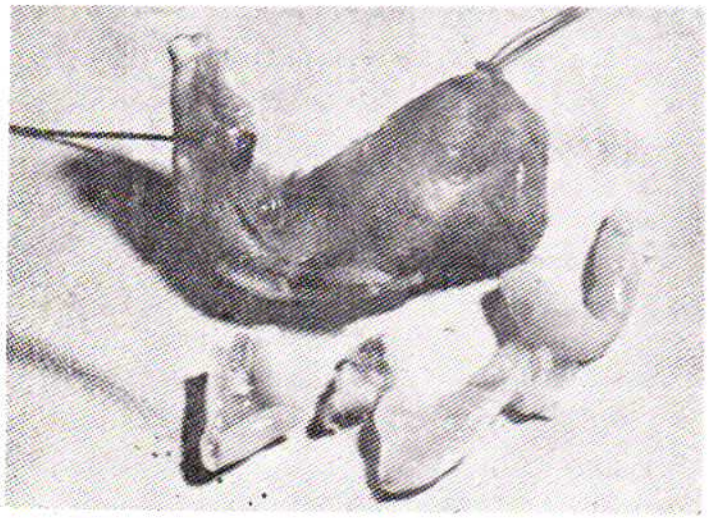
روز هشتم پس‌ازعمل قسمت‌اعظم هپاتومگالی و ورم بیمارهمچنین درد شکم وی از بین رفته بـود و در روز دوازدهم پس از عمل الکتروکاردیوگرام بیمار طبیعی بود .



شکل۶ـ الکتروکاردیوگرام‌پس‌ازعمل: تاکیکاری‌همراه بابلوك۲:۱(دهلیز۱۶۶ بطن۸۳ دردقیقه). درپائین: اشتقاق II همراه‌باماساژ سینوس‌کاروتیدکه بی‌اثر بوده وموجب ازدیادبلوك نمیشود.



شکل۷ـ الکتروکاردیوگرام روز چهارم پس از عمل: جدائی دهلیز بطن (A.V.dissociation) رانشان میدهد.



شکل۸ـ قسمتی‌از پریکارد ضخیم‌شده وبقایای‌کیست هیداتیك رانشان میدهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

بحث : کیست هیداتیك قلب که اولین بار بوسیله Deve (۴) گزارش شد و بطور کلی بیماری اکینوکوکوز، در کشورهائی که تربیت گوسفند رواج دارد چون استرالیا، زلند جدیداورو گوئه یونان، خاورمیانه، شمال آفریقا، بالکان وشوروی بهوفور یافت میشود .

انسان میزبان اتفاقی انگل ودچار مرحله جنینی آن میشود . میزبان اصلی سگ است و تخمهاکه بی‌نهایت در برابر عوامل خارجی مقاوم‌اند از طریق مدفوع سگ خارج وآب و غذا را آلوده میسازند . این مواد بوسیله میزبان واسطه که گوسفند است خورده شده و اگر سگ از اعضای آلوده گوسفند بخورد دوره زندگی انگل کامل میشود .

شکل‌جنینی انگل بوسیله جریان‌خون کرونر بقلب میرسد، گرچه Jorge,Re (19) راه لنفاوی‌را نیز درانتشار آن مؤثردانسته‌اند. Canabal و Marches و Binet کیست طرف چپ قلب را شایعتر میدانند ومعتقدندکه علت آن زیادتر بودن جریان خون کرونر طرف چپ قلب است (۱۸ و ۱۳) درحالیکه مواردی‌که بوسیله Peters وهمکارانش‌مطالعه‌شد ابتلاء بطن‌راست بیشتر بوده است که علت آنرا سیر مستقیم خون بداخل کرونر راست میداند (۳).

جنین پس ازجایگزینی درمیوکارد ایجاد یك‌کیست میکندکه با بزرگ شدن تدریجی خود میتواند بعضلات اطراف فشار آورده ودر آنها تولیدکم‌خونی کند . همچنین میتواند عمل دریچه‌های قلب را مختل ساخته یا درعمل هدایت قلب تغییراتی بدهد. باید دانست‌که ابتلای انسان درکودکی صورت گرفته وچند سال‌طول می‌کشدتاکیست رشدکرده علائم وناراحتی ایجادکندکه‌دراکثر موارد بین ۵۰-۲۰ سالگی‌واندازه آن از یك نخود تایك‌پرتقال است . ابتلای قلب ۲/۵-۰/۵ ازکلیه موارد است، چون انگل بایستی‌از دوسد مویرگی کبد وریه عبور کند تابقلب برسد. بطور کلی کیست هیداتیك قلب پنج نوع است .

۱- کیست زنده وسالم . ۲- کیست مرده که معمولا فیبروزه یا کلسیفیه است .

۳- کیست‌هائی که بداخل‌حفره پریکارد پاره شده‌اند . ۴- کیست پایه‌دار داخل حفرات قلب . ۵- کیست‌هائی که یکبار یابکرات بداخل حفرات قلب پاره شده‌اند .

این تقسیم بندی از آن نظر مهم است‌که منظره بالینی‌که ایجاد میشود بستگی‌بمحل کیست، زنده‌وفعال، یافیبروزه بودن‌آن دارد. معمولا پس از آنکه اندازه‌کیست بحد معینی رسید پاره میشود . پارگی یادرجهت درون ودر داخل حفرات قلب یابسمت خارج ودر داخل حفره پریکارد است .

پارگی در داخل حفرات قلب اکثر موارد باعکس‌العمل شدید آنافیلاکتیك بعلت‌آزاد شدن پروتئین‌های خارجی یابعضی‌موارد بامرگ ناگهانی همراه است .

همچنین پارگی بداخل حفرات قلب باعث آمبولیهای ریوی یا ورود تعدادی کیست نابالغ بداخل جریان خون بزرگ ، باعث پیدایش کیست‌های ثانوی در مغز، طحال ،کلیه ، غده فوق کلیوی‌وشرائین‌محیطی‌میشودکه خود میتواند سند رومهای‌بالینی مختلفی را بوجود آورد .

طبق آمارهای موجود ۴۰٪ کلیه کیستهای قلب پاره شده‌اند واکثراً کشنده بوده است . پارگی‌کیست بداخل پریکارد معمولا باایجاد یك پریکاردیت حاد هیداتیك همراه است، ویاباعث ورود کیست‌های نابالغ بداخل پریکارد میشودکه ممکنست بایا بدون علائم باشند .

گاهی پارگی‌کیست بداخل پریکارد ممکنست باعث ناراحتی‌آنی نگردد، لیکن‌باگذشت زمان بیماردچار پریکاردیت‌فشارنده‌شود. بیمار مورد بحث یکی ازهمین موارد است‌که قریب دو سال قبل ازبستری شدن‌بعلت سقوط ازدیوار وترومائیسم قفسه‌صدری‌کیست موجوددرمیوکاردبطن‌چپ بداخل‌پریکارد پاره‌ومنجر به‌پریکاردیت فشارنده گردید .

اولین عمل موفقیت‌آمیز کیست هیداتیك قلب بوسیله Long در ۱۹۳۲ انجام‌گرفت (۱۱) وازآن ببعد بخصوص از ۱۹۵۰ببعد گزارشهای متعددی ازعمل جراحی‌کیست هیداتیك‌قلب‌منتشرشده است که بیشتر از آمریکای جنوبی بوسیله Canabal, Dibello ودیگران بوده است (۱۳-۱۲-۱۰-۵-۱).

اولین گزارش پریکاردیت هیداتیك در ۱۹۵۰ بوسیله Larghero انجام‌گرفت وتاآنجاکه نگارنده اطلاع دارد هفت مورد دیگر تاکنون گزارش شده است .

البته بیماری‌که‌بوسیله Heilbrunn وهمکارانش گزارش شدجزء این دسته از بیماران محسوب نمی‌شود چون پریکاردیت فشارنده بعلت استعمال فرمالین‌که بعنوان‌کشنده اسکولکس مصرف شده بود ایجاد گردید .

مواردی از بیماری نیز بوسیله Houel, Gayet, Halliday، Bumin ، ضمن عمل جراحی مشخص شده‌است ودریك موردکه بوسیله Dighiero گزارش شده پریکاردیت در اتوپسی پیداشد . در بیمار Larghero و همچنین در مورد دیگری‌که بوسیله Dibello گزارش شده است منشاء انگلی بیماری با پیدا کردن

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

کیست هیداتیك‌قلب‌ضمن‌عمل جراحی‌قبلی مشخص‌شده بوده‌است.
اثرات آنی درمان جراحی در بیمـار Dibello و Larghero خوب بوده است لیکن بعداً بیماران دچـار عوارض شده‌اند . از جمله بیمـار Larghero مبتلا به اکینوکوز ثـانوی پریکارد در بقایای لایه سروز شد و سه‌سال پس‌از عمل با مرگ نـاگهانی درگذشت . بیمار Houel نیز چند ساعت پس ازعمل فوت شد .
درچهار مورد ازبیمـاران قبل ، لایه‌ایکه قلب را در برمیگرفت شامل پریکارد بوده‌است ومایع زیادی دولایه سروز را از هم جدا میکرده‌است یابعبارت دیگر یك پریکاردیت فشارنده موجودبوده است‌که خود میتواند بعلل دیگر نیز ایجـاد گردد لیکن شایع نمیباشد .

تشخیص : بیماری اکینوکوکوز قلب معمولا درصورتیکه ایجاد عـارضه‌ای نکرده باشد خـاموش وبدون علامت است . در بعضی موارد علائمی چون دردقفسه صدری ، وجود سوفل ، عدم‌کفایت احتقانی قلب ، طپش وتاکیکاردی ممکنست موجود باشد . اولین تشخیص قبل ازمرگ درسال ۱۹۲۵ انجام‌گرفته است .
تشخیص بیماری در نقاط آندمیك ، در افـرادی که عکس قفسه صدری یا الکتروکاردیوگرام آنها غیر طبیعی‌است یا با وجود کیست هیداتیك درنقاط دیگربدن ، ائوزینوفیلی، تاریخچه شوك آنافیلاکتیك وکهیر، امکان پذیر است .
درعکسبرداری قفسه صدری گاهی کناره‌های قلب نامنظم شده‌ویك برجستگی موضعی در ناحیه‌ای از قلب‌که معمولا بطن چپ است دیده میشود .
درفلوروسکپی حرکت ناحیه‌کم شده یـاممکنست نظیر آنچه در آنوریسم بطن دیده میشود، یعنی‌متناقص بانواحی مجاور باشد .
گاهی ممکنست دریك‌کیست قدیمی وغیر فعال کالسیفیکاسیون نیز موجود باشد . در تشخیص کیست هیداتیك قلب وتعیین محل آن آنژیوکاردیوگرافی کمك زیادی میکند .
ازنظرالکتروکاردیوگرافی: گاهی دراثر وجود کیست دهلیزها، تغییرات موج P ممکنست دیده شود . اگرکیست درناحیه‌دیواره بین دوبطن باشد تغییرات فاصله P-R بایـابدون تغییرات موج QRS دیده می‌شود .
اگرکیست اولیه دربطن چپ باشد ، الکتروکاردیوگرام از نظر تشخیص وسیله قابل اطمینان‌تری است . هرگاه‌کیست درمیوکارد بطن چپ و نزدیك بنوك قلب بـاشد ، موج T واژگون و نظیر موج T دربیماری ایسکمیك شرائین قلب میشود .
درصورتیکه رشته‌های‌عضلانی قلب‌بعلت فشارکیست دچارکم‌خونی گردد و دیواره بطن دراثرفشار، نازك شود الکتروکاردیوگرام منظره‌ای مشابه‌ایسکمی قلب را نشان میدهد. بطورکلی باداشتن الکتروکاردیوگرام طبیعی احتمال وجودکیست هیداتیك‌میوکارد خیلی‌کم میشود مگر آنکه‌کیست در دهلیز باشد .
آزمایش پوستی‌کازونی یا آزمایشها برمبنای ثبوت مکمل وجود کیست هیداتیك را در صورت زنده وفعال بودن تائید میکند .
تست‌کازونی‌در ۷۰ـ۶۰٪ ازمواردمثبت‌است ومثبت غلط‌ومنفی‌غلط نیز دارد . آزمایشها برمبنای ثبوت مکمل (واکنش Ghedini Weinberg) در ۵۰٪ ازمواردنتیجه مثبت میدهد.

درمان : از آنجاکه تاکنون ماده‌ایکه بتواند بداخل غشاءکیست نفوذکرده ومحتویات آنرا ازبین ببرد وجودندارد لذاهیچگونه درمان پزشکی بصورت شیمیوتراپی برای مرحله جنینی انگل‌در دست نیست .

پرتودرمانی نیز کمکی درجلوگیری ازرشد انگل نمیکند وتنها وسیلهٔ درمانی موجود همان برداشتن‌کیست باعمل جراحی‌است. بعلت بزرگی اندازه وتردی فوق‌العاده جدار ، پارگی‌آن‌حین جراحی وجدا کردن آن از نسوج نـرم خطری است که همیشه بیماران را تهدید میکند که منجر به‌آزاد شدن محتویات سیست وپراکندگی هزاران اسکولکس فعـال در میحط عمل میگردد و باپیوند شدن بروی نسوج نرم میزبان ، اکینوکوکوز ثـانوی تولید میشود . برای آنکه ازنظر انتشار محتویات سیست‌بنسوج اطراف جلوگیری شود قبل از برداشتن کیست معمولایك‌محلول کشنده اسکولکس بدرون کیست تـزریـق میشود . این روش که ازسالها قبل معمول بوده است متأسفانه روش صحیحی نیست چون محتویات‌کیست در مقابل موادیکه برای نسوج بقدر کافی سمی نباشد فوق‌العاده مقاوم است .
بعلاوه ماده‌کشنده اسکولکس‌تزریق‌شده بداخل سیست‌بامحتویات سیست بخوبی مخلوط نمیشود ومهمتر از همه آنکه تردی جدار سیست وفشار زیـاد داخلی آن ممکنست محل سوزن را درجدار تبدیل یك بیك‌پارگی وسیع‌کند .
اشکالات فوق در درمان جراحی‌کیست هیداتیك بوسیله مخروط برودت‌زا، بخصوص درصورتیکه‌نسج مبتلای میزبان امکان‌استفاده از این وسیله را بجراح بدهد مرتفع،خواهدگشت (۱۶).
این وسیله عبـارتست از یك مخروط فلزی که برسطح کیست قرار میگیرد وبادمیدن‌گازکربنیك بدرون آن درقسمتی ازجدار کیست برودت ایجاد میشود وبا این وسیله میتوان جداری مقاوم ایجادکردکه بهنگام‌تخلیه‌خطرپارگی‌وانتشارمحتویات‌کیست را در محیط عمل وبـالنتیجه عوارض بعدی‌را نخواهد داشت . این وسیله تا آنجاکه نگارنده اطلاع دارد تاکنون درکیستهای قلب

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

مورد استفاده واقع نشده لیکن درکیستهای ریه وکبد باموفقیت کامل بکاررفته است ، معذالك احتیاج بیك ماده‌کشنده اسکولکس، که بتواند بخوبی این‌عمل را بدون داشتن‌خطر سمی برای‌نسوج میزبان انجام دهد، همچنان باقی میماند .

Meymerian وهمکارانش توانسته‌اند خاصیت کشنده اسکولکس را درسی وهشت ماده شیمیائی مختلف آزمایش کنند . از جمله اینموادیکی فرمالین است‌که بوسیله اکثرجراحان جهت‌استریل کردن محتویات کیست بکار رفته است . محلول فرمالین در کیست‌های قلب ویا بطورکلی در قفسه صدری نباید مصرف شود چون درگذشته خودباعث‌چسبندگی‌وعوارض گوناگون شده‌است. محلول ۳۳٪ سالین را در بعضی کاملا مؤثر و بیخطر میدانند . اخیراً ثابت شده‌که نیترات دارژان بـا غلظت‌کم (۵/۰ درصد) میتواند بعنوان یك مـاده‌کشنده اسکولکس قوی و بدون داشتن خاصیت سمی برای نسوج میزبان مصرف شود (۱۷).

بااستعمال این ماده همراه بـا استفاده از مخروط برودتزا که منجر به‌تخلیه صحیح محتویات سیست میگردد، خطرمتفرق شدن اسکولکس درمحیط عمل ازبین برده شده است .

در درمـان پریکاردیت فشارنده ، نظیر بیمـار مورد بحث یك پریکارد کتومی کلاسیك نظیر آنچه بوسیله Holman گزارش شده است کافی است بشرطی که دقت برای یـافتن‌کیست بعمل آیـد وبمحض مواجه شدن با آن محتویات آن بدقت استریل گردد . جستجو برای کیست‌ریه یا کبد ودرمان‌جراحی‌آن‌نیزضروراست .

باید دانست‌که وجودکیست‌های متعدد ریه یـا کبد نباید مانع از عمل‌جراحی کیست‌قلب شود چون خطر پارگی کیست قلب‌وعوارض حاصله ازآن همیشه وجود دارد . همچنین موقع عمل کیست‌قلب بایدتاآنجاکه امکان دارد پریکاردرا برداشت تا درآینده‌ناراحتی برای بیمار ایجاد نشود.

دربعضی‌موارد بعلت نازك‌شدن دیواره بطن، تخلیه‌کیست‌ممکنست واقعاً خطرناك باشد .

خونریزی‌کشنده درضمن عمل گزارش شده لیکن شایع نمیباشد.

خلاصه:

معرفی یك‌مورد پریکاردیت فشارنده بعلت پارگی‌کیست هیداتیك قلب وجراحی آن‌که بابهبودی‌کامل همراه بوده است .

هفت مورد از این بیماری قبلا در منابع پزشکی جهان گزارش شده است .

REFERENCES :

1- Dibello, R., Mantero, M.E., Dubra, J., and Sanjines, A: Hydatid cyst of the left ventricle of the heart. Acute hydatid pericarditis. Am. J. Cardiol., 19: 603, 1967.

2- Halliday, J. H., Jose, A. D., Nicks, R.: Constrictive pericarditis following rupture of a ventricular hydatid cyst. British Heart Journal, 25:821, 1963.

3- Peters, J.H, Dexter, L., Weiss, S.: Clinical and theoritical considerations of involvement of the left side of the heart with echinococcus cysts. Am. Heart Journal, 29: 143, 1945.

4- Dévé, F.:Les kystes hydatiques primitifs multiples chez l'homme. Compt.Rend. Soc. de biol. 80:859 1917.

5. Dibello, R., Urioste, H A., and Rubio, R.: Hydatid cyst of the ventricular septum of the heart, a study based on two personal cases and 41 observations in the literature. Am. J. Cardiology, 14:237, 1964.

6- Papo, I., and Savic, R.S.: Hydatid disease of the heart: A report on two cases treated surgically. Brit. J. Surg., 49:598, 1962.

7- Karageorgis. B., and Papanicolis, I.: Some remarks on two personal cases of cardiac echinococcosis. Diseases of Chest, 51:199, 1967.

8- Belding, D L.: Clinical Parasitology, New York, 1942, D. Appelton_century Co.

9- Heilbrunn, A., Kittle, C F., and Dunn, M.: Surgical management of echinococcal cysts of the heart and pericardium. Circulation, 27:219, 1963.

10- Dibello, R., and Menéndez, H.: Intracardiac rupture of hydatid cysts of the heart. A study based on three personal observations and 101 cases of the world literature. Circulation, 27: 366, 1963

11- Long, W.J.: Hydatid cyst of the left ventricular wall of the heart. M.J. Australia, 2:701, 1932

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

12- Dibello, R., Rubio, R., Dighiero, J, Zubiaurre, L, and Cortes, R: Pseudo-aneurysmatic form of cardiac echinococcus. Report of a new case and review of the literature. J. Thor. and Cardiavas. Surg. 45:657, 1963.

13- Canabal, E.J., Dighiero, J., Aguirre, C.V., Baldomir, J.M., Purcallas, J., Suzacq, C.V. Horjales, J.O., Hazan, J., and Scremini Algorta, P.: Equinococosis Cardiaca. Montevideo: Imprenta Nacional. 1957.

14- Starr, K.W.: Hydatid cyst of pericardium. Australis & New Zealand J. Surg., 18:342, 1948.

15- Dibello R., Abe, Borges: Hydatid Constrictive Pericarditis. J. Thoracic and Cardiovascular Surgery, 59: 530, 1970.

16- Saidi, Farrokh: A Cryogenic approach to the surgical removal of hydatid cysts in man. Personal commumication.

17- Saidi, Farrokh: Silver nitrate Solution as a Scolicidal Agent in Surgical Treatment of Hydatid Cysts. Personal Commumication.

18- Binet J. P., and Marches, J.H.: Cardiac Hydatidosis, Rev. Practicien, 11: 59-62, 1961.

19- Jorge, J.M; and Re, M.: Hidatidosis Cardiasa: Vias de infestation, Arch. Internae Hidatidosis, 6:87,1946.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]