

اکینو کوز 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 اکینو کوز 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) تاسال ۱۹۲۲ در هیچ موردی تشخیص بیماری در زمان حیات بیمار انجام نگرفته و آنچه گزارش شده از کالبد شکافی بوده است.

تاسال ۱۹۴۵ که Peters (۳) و همکارانش مقاله خود را منتشر ساختند، تنها شش مورد اکینو کوز 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: معمولاً کیست هیداتیک قلب اگر بدون عارضه، منفرد و بخصوص اگر مرده باشد بی نشانه است و همچنان بی نشانه باقی خواهد ماند (۴ و ۸ و ۴۳). پارگی کیست هیداتیک قلب ممکنست نخستین تظاهر بیماری در فرد کامل‌السالم باشد که بعلت آزاد شدن پروٹئین خارجی باشود آنافیلاکتیک همراه است و اکثر اوقات (۷۷٪) باعث مرگ می‌شود (۳۷)، در موارد دیگر کیست بصور مختلفی چون درد سینه، آنژین دوپوآترین، تپش قلب و تاکیاردی گهگیر یا نارسانی احتقانی قلب تظاهر مینماید. در آزمایش با

اکینو کوز اولیه قلب حتی در نقاط بومی بندرت اتفاق میافتد زیرا لارو انگل جهت رسیدن به ماهیچه قلب و جایگزینی در آن مجبور است از دوسد مویرگی کبد و ریه وبالآخره شرائین باریک کرونر بگذرد.

علت بیماری Echinococcus Granulosus کوچکترین انگل از دسته تنبی است که ۲/۵ تا ۳/۵ میلیمتر طول دارد و در روده سگ بزرگ داده شده از زیاد یافت می‌شود. بندهای آخر بدین این انگل دارای تخم‌های زیاد است که با مدفوع دفع می‌شود. اگر تخمها بستگاه گوارش انسان، گوسنند و چهارپایان بر سر تخم باز شده لارو آزاد می‌گردد. لارو پس از عبور از روده به کبد و ریه و نقاط دیگر بدین می‌رود. باین ترتیب سگ میزبان نهایی و انسان و گوسنند میزبان اتفاقی وبا واسطه انگل اند و دچار مرحله جنینی انگل می‌شوند. اکینو کوز اولیه قلب تنها ۲/۵-۵/۰ درصد کلیه اشکال شناخته شده بیماری را تشکیل میدهد (۱-۲-۳-۲۷). بیماری بیشتر اوقات در دهم سوم یا چهارم زندگی اتفاق میافتد و در مردان شایعتر از زنان (۲:۱) است (۴۵-۸-۳).

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

در سال ۱۹۲۸ Dew (۹) گزارش کرد که طرف چپ قلب بیشتر مبتلا به بیماری می‌شود زیرا جریان خون بطن چپ غنی تراز بطن راست است (۲).

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

۴- سندرم پارگیهای مکرر: در این عارضه بیمار ناگهان هوش و حواس خودرا از دست میدهد و به اغماء کامل می‌رود. رفلکس‌های اوی غیر طبیعی همراه با شوک، لکه‌های خونردمگی در روی پوست و عدم 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 شنی 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 بالآخره بعد از یک هفته سلامت خود را بازمی‌باید. در رادیوگرافی سینه سایه‌های در کنار قلب مشاهده می‌شود که ضربان آنها با قلب همزمان بوده است. در آسیب شناسی 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- ظاهر کیست به شکل توهر مغز- آمبولی اجزاء کیست هیداتیک به مغز و ریشه آن آگاهی نمای مشابه توهر مغز 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، ایتالیائی تبار که از سر درد و ضعف بازو و اندام تحتانی راست بمدت دو ماه شکایت داشته است. آزمایش‌های دستگاه اعصاب وجود احتمالی توهری 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 اکینو کو کوز 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 مراجعت کند. در رادیوگرافی سینه، ناف ریه چپ بزرگ و سایه‌ای ندول مانند در ریه چپ در حد فضای بین دندنه دوم

استتوسکوب ممکنست انواع مختلف سوفل یا اختلال صداهای قلب را بر حسب محل قرار گرفتن ضایعه در قلب شنید (۴۵-۳). تغییرات الکتروکاردیوگرافی نیز در اکینو کو کوز 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 موج بودن QRS یکی از نکات مهم تشخیص در الکتروکاردیوگرام، عدم وجود نشانه‌های نکروز در ماهیچه قلب که هر گر دیده نشده است و میتواند در بازنای از عارضه از سایر بیماریهای قلبی مشابه مورد استفاده قرار گیرد (۴۰). اگر کیست در دهلیز باشد تغییرات موج P و اگر در دیواره بین دو بطن باشد تغییرات فاصله P-R همراه با یا بی تغییرات موج QRS دیده می‌شود (۴۳). بلوک دهلیزی- بطئی باشکال 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 کالسیفیکاسیون در قلب یا پریکارد می‌باشد. آزمایش آثریو- کاردیوگرافی مؤید تشخیص و مکمل رادیوگرافی است، بعلاوه میتواند محل دقیق ضایعه و وسعت آنرا نشان دهد (۴۱-۴۲). در رادیوسکوپی حرکت ناحیه مبتلا کم می‌گردد، یا بر جستگی تظیر آنوریسم بطن دیده می‌شود؛ یعنی حرکت آن متناقض با نواحی 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 بهمان حال باقی بماند (۳۷).

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

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

بوسیله Di Bell (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. الکتروکاردیو گرام موج T واژگون و عیق در I ، V₂ ، AVL ، V₃ و موج T قرنیه در II ، III و aVF را نشان داد. بعد از گذشت هفده سال بی هیچ ناراحتی، مجدداً چار درد شدید عقب استرنوم گردید که چند روز طول کشید. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک تومور تخم مرغ مانند بقطیر $\times 8 \times 6$ سانتیمتر از سطح قدامی بطن چپ برداشته شد. تومور سرخر گک نزولی - قدامی چپ را بست راست منحر کرده بود که میتواند در آنژین صدری را توجه کند.

۱۱- اختلال در عمل دریچه های قلب: گاهی اکینو کو کوز قلب بر اثر جابجا کردن دریچه های قلب یا کوتاه ساختن طباها و تری سبب پیدایش نشانه های بیماری دریچه های قلب میشود (۴۵). در بیمار Herard (۴۶) کیست ناحیه انفاندیبولوم بطن راست سبب پیدایش سوقل تنگی انفاندیبولوم گردید. وجود کیست در بیمار Rendu (۴۷) در ریشه آورت سوقل رفت و برگشته آورت ایجاد کرد و بالاخره نشانه گشادی دریچه های میترال و سلتی در بیمار Bado (۴۸) مشاهده شده است.

۱۲- مرگ ناگهانی: اکینو کو کوز قلب ممکن است سبب مرگ ناگهانی گردد (۴۹). بمحض 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 هنجر بفوت بیمار گردید. در سال ۱۹۳۲ دکتر Long (۱۰) توانست با موفقیت یک کیست مرده قلب را تخلیه کرده بدارد.

از زمان نخستین عمل جراحی در سال ۱۹۲۱ تا فوریه ۱۹۷۲ مجموعاً ۵۵ مورد اکینو کو کوز قلب گزارش شده است (۳۵-۳۷-۳۶-۳۸-۴۵-۴۴-۳۹-۳۸). بررسی این موارد نشان میدهد که مسن ترین بیمار ۷۱ ساله و جوان ترین 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 تاییج جراحی ۴۴ مورد با عمل جراحی بهبود یافته، شش بیمار فوت شدند و دو مورد تنها تحت عمل قرار گرفته و ضایعه برداشته شد. یک بیمار نیز سه سال پس از باز کردن سینه (Exploration) در گذشت. فهرست موارد بیماری اکینو کو کوز قلب که طی بیش از نیم قرن یعنی از سال ۱۹۲۱ در منابع پزشکی جهان گزارش شده است باذکر جزئیات و تاییج درمان جراحی در هر مورد ذیلاً مشاهده میگردد.

دیگر میشود که هر دو با گذشت زمان از بین میروند. 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 و انقاد و Clot Retraction طبیعی بود و فرمول لکوسیتر ۱۸٪ اوزینوفیلی نشان داد. این بار نیز بهبود کامل ظرف مدت یست روز حاصل شد و بیمار مرخص گردید. دو سال بعد از نخستین مراجعت، 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، سرف، تنگی نفس، درد سینه که با تاقس شدید میشود و حال عمومی خراب بستری می گردد. درمه ماینه کبد بزرگ و دردناک، تاکیکاردي و وجود مایع در پریکارد مشخص میشود. آزمون توپر کولین منفی و سرعت رسوب گلوبولهای قرمز ۹۵ میلیمتر در ساعت اول بوده است. واتریکولوگرام چپ بدشکلی حفره بطن و افزایش ضخامت دیواره قلب را نشان داد. بیمار تحت عمل جراحی قرار میگیرد و یک کیست هیداتیک با پریکارد پلاستیک و پراز عروق مشاهده می شود. ضایعه قبلی ریوی بیمار نیز هیداتیک و همراه با واکنش لنفاوی ناف ریه چپ بوده است.

۸- پریکاردیت فشار دهنده: تا کنون هفت مورد آن در منابع پزشکی جهان گزارش شده است. آخرین مورد Sehat و Finch (۳۹) مرد پنجاه ساله ای است که بعلت تنگی نفس، خیز اندام تحتانی و درد قسمت فوقانی راست شکم مراجعت 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 شهیق خالی نمیشدند. بهنگام عمل جراحی، پریکارد فوق العاده ضخیم و تمادی کیست دختر و زوازع هیداتیک و بافت نکر روزه مشاهده گردید. بقا یابی کیست هیداتیک پاره شده در دیواره بطن چپ یافته شد که تا نوک قلب امتداد می یافت. بیمار با بهبود کامل مرخص گردید.

۹- اختلال هدایتی قلب: اگر اختلال هدایتی قلب بصورت بلوك دهلیزی - بطنی یا بلوك شاخه ای بعلل نامعلوم؛ در نقاطی که اکینو کو کوز بومی است یا در مناطق پرورش احشام یافت شود، باید بفکر این بیماری بود (۳ و ۴۳-۴۵). Di Bello (۴۵) بیمار ۲۶ ساله ای را با دو بار سابقه آمبولی ریه گزارش کرده است. همو گرام بیمار ۳۱٪ اوزینوفیلی داشت، آزمون کازونی و واینبرگ مثبت بود والکتروکاردیو گرام بلوك شاخه راست را نشان داد. در آنژیو کاردیو گرافی سایه ای در بطن دیده شد که نشانه وجود تودهای در دیواره بین دو بطن بود. بهنگام عمل حفره ای کیسه مانند بقطیر شش سانتیمتر در قسمت وسطی دیواره بین دو بطن پیدا شد (۴۵).

۱۰- نشانگان «سندرم» نارسائی کرونر: گاهی اکینو کو کوزقلب به شکل نارسائی سرخرگ های قلب ظاهر میکند. یک مورد از عارضه

ناتایج درمان	نوع ضایعه و محل آن	جنس	سن	نام مؤلف
فوت شد	-	-	-	1. Marten 1921
بهبود یافت	کیست مرده	زن	۴۲	2. Long. W J. 1932
بهبود یافت	پریکارد	-	-	3. Opokinikolyu, 1935
بهبود یافت	هیداتیدوز پریکارد	-	-	4. Constantini, 1937
-	کیست کالسیفیه در دیواره بطن راست	-	-	5. Blondeau, 1938
بهبود یافت	پریکارдیت بدون کیست دختر	زن	۴۸	6. Amargos, 1947
فوت شد	پریکاردیت	-	-	7. Amargos, 1947
بهبود یافت	کیست دیواره بطن راست، پاره شده بداخل بطن راست، پریکاردیت و کیست در هردو ریشه	زن	۲۶	8. Amargos, 1947
بهبود یافت	کیست در محل الصاق دهیلیز و بطن چپ، وزیکولهای متعدد در پریکارد	مرد	۳۴	9. Starr, 1948
بهبود یافت	کیست اولیه ساده در دیواره بطن چپ	زن	۵۰	10. D' Abreu, 1950
بهبود یافت	کیست دیواره بطن چپ با پریکاردیت	زن	۲۵	11. Larghero 1950
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ، پریکاردیت	مرد	۴۳	12. Armand. ugon
-	-	-	-	13. Ossi, Poff, 1951
تنه بازشد و یمار پنج سال بعد فوت شد	کیست متعدد در بطن چپ، کیست در مغز، کبد و ریه	زن	۱۶	14. Blakelay Reid 1951
بهبود یافت	کیست تغییر شکل یا فته در دیواره بطن چپ با پریکاردیت	مرد	۲۴	15. Bosch del marco 1952
-	-	-	-	16. Ganickin, 1953
بهبود یافت	کیست دیواره بطن چپ، پریکاردیت، کیست متعدد کلیه و کبد	مرد	۱۰	17. Perez Fontana 1953
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ	زن	۲۶	18. Puriel Muras 1954
بهبود یافت	کیست تغییر یافته در ناوادان دهیلیزی بطن چپ	زن	۴۸	19. Windsor, 1954
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ	مرد	۶۱	20. Stojanovic, Vujadinovic 1955
بهبود یافت	کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ، پریکاردیت	زن	۴۰	21. Larghero, 1955
بهبود یافت	کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ	زن	۳۳	22. Canabal et al. 1956
بهبود یافت	کیست کالسیفیه در دیواره بطن چپ	زن	۲۱	23. Canabal > 1956
بهبود یافت	کیست در محل اتصال دهیلیز و بطن چپ، کیست دیواره بطن چپ و پریکاردیت	مرد	۱۱	24. Canabal > 1956
بهبود یافت	کیست مدیاستن احتمالاً از منشاء دیواره بطن	زن	۵۹	25. Canabal > 1956
بهبود یافت	کیست‌های متعدد در دیواره بطن چپ	مرد	۵۳	26. Canabal > 1956
فوت شد	کیست دهیلیز راست، کیست متعدد در هردو ریه و شریان ریوی چپ	مرد	۳۴	27. Canabal > 1956
بهبود یافت	کیست در دیواره بطن چپ	مرد	۲۵	28. Canabal > 1956
تنه بازشد	کیست آهکی شده در دیواره بطن چپ	زن	۶۰	29. Demirlu & Cohen 1956
بهبود یافت	کیست چرکین و آهکی شده در دیواره بطن چپ	مرد	۵۰	30. Demirlu & Cohen 1956

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 مصفاق	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 پریکارد	بهبود یافت
35. Sbarounis, 1957	۳۱	زن	کیست در دیواره دهلیز چپ، کبد و مصفاق	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 مصفاق 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 بهردوریه	بهبود یافت
41. Houel, 1960	۲۲	مرد	کیست دیواره بطن چپ پاره شده در پریکارد	فوت شد
42. Houel, 1960	۳۱	مرد	کیست دیواره بطن 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 در گذشت
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 فشار نده	بهبود یافت
49. Haliday et al, 1963	۲۳	زن	دیواره بطن چپ و پریکاردیت فشار نده	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	مود	دیواره بطن چپ همراه با پریکاردیت فشار نده	بهبود یافت
53. منتشر نشده	۱۱	مرد	دیواره قدامی بطن چپ با نفوذ جزئی داخل بطن	بهبود یافت

* دو بیمار آخر یکی از اصفهان و دیگری از تهران است که اخیراً در ایمارات قلب مملکه 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.

** دومورد اکینوکوکوز دیواره بطن چپ نیز قبل از این تاریخ شده است: یک مورد آن از دانشکده پزشکی پهلوی شیراز توسط همکاران آقایان دکتر علی فرپور، دکتر هنجهی و دکتر مکانیک و مورد دیگر از ایمارات شهر بازی 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 فوق العاده آن ضمن جراحی خطری است که همیشه بیماران را تهدید میکند و منجر بازداشدن هزاران اسکولکس فعال در محیط عمل میگردد که با پوئند شدن در روی یافتها، سبب پیدایش اکینوکوکوز ثانوی می‌شود. برای آنکه از انتشار محتویات سیست بنسوج اطراف جلوگیری شود، قبل از برداشتن کیست معمولاً یک محلول کشنده اسکولکس

ماده‌ای که بتواند داخل غشاء کیست نفوذ کند و محتویات آن را از بین برد وجود ندارد، لذا هیچگونه درمان پزشکی بصورت شیمیوتروپی برای مرحله جنینی انگل در دست نیست (اخیراً از Mebendazol در حیوان و انسان استفاده شده است). پرتو 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 بکار رفته است. محلول فرمالین در کیست های قلب و یا بطود کلی در قسمه صدری نباید مصرف شود چون در گذشته خود باعث چسبندگی و عوارض گوناگون شده است . محلول ۳۳٪ سالین را بعضی کاملا مؤثر و بی خطر میدانند. اخیرا ثابت شده است که نیترات دار زان با غلظت کم (۵/۰ درصد) میتواند بعنوان یک ماده کشنده اسکولکس قوی و بدون داشتن خاصیت سمی برای نسوج هیزبان مصرف شود .

بدرون کیست تزریق میشود . این روش که از سالها قبل معمول بوده است متأسفانه روش صحیح 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 بامحتویات 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 درسی 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 equinococcosis 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 hydatica, Arch. Intern. Hidatid. 11: 346, 1950.
- 19- Armand Ugon, V., et al.: Quiste hidatiko del ventriculo laquierdo operato, Rev. Tuberc. Urugnay 19: 57, 1951.
- 20- Canabal, E. J., Dighiero, J., et al.: Equinococcosis 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 hidatiko 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 Saprida, J. P.: Quiste hidatido hialino del ventrículo izquierdo, Arch. Intern. Hidatid. 13: 157, 1953.
- 26- Puriel, P., and Muras, O.: Quiste hidatido del ventrículo izquierdo, Torax 2, 140, 1954.
- 27- Stojanovic, V. & Vujsadinovic, B.: A propos d'un cas de kyste hydatique du cœur, Mem. Acad. Chir. 81: 1050, 1955.
- 28- Lacroix, A. C. and Houel, J.: Un cas de kyste hydatique de cœur, 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 cœur, Arch. Intern. Hidatid 16: 427, 1957.
- 31- Chalnot, P., Benichoux, R. et al.: Kyste hydatique du ventricule gauche avec échinococcose secondaire du pericarde traité chirurgicalement, Arch. Mal. cœur, 50: 353, 1957.
- 32- Michaud, M., Saubier, E., et al.: Un cas de kyste hydatique du cœur opéré 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'échinococcose cardiaque, Presse 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 cases 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. & Sehat, A. A., Constrictive pericarditis associated with echinococcus cyst of the heart, Chest, 61: 1972.
- 40- Demileau, J., & Cohen, H. H.: Quatre nouvelles observations de kyste hydatique du cœur. Poumon et cœur, 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 cœur, Deux nouveaux cas diagnostiqués et opérés, Mem. Acad. Chir. 84: 153, 1958.
- 43- Canabal, E. J., Aguirre, C. V. & et al.: Echinococcus disease of the left ventricle: A clinical, radiologic and ECG study, Circulation, 12: 520, 1955.
- 44- Halliday, J. H., Jose, A. D. & Nicks, R. Constrictive 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 développés dans la cloison interventriculaire du cœur. Gaz. Hebd. Med. Chir., 7: 445 1870.
- 47- Rendu, : Hydatides du Cerveau, du cœur et des reins. Arrêt de développement de l'utérus et des ovaires. Bull. Soc. Anat. Paris, 53: 581, 1878.
- 48- Bado, J. L., Quiste hidatido del corazón. 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.