کیست هیداتیك اولیه بطن چپ

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۰ ، ۲۵۳۶

دکتر مرتضی باجغلی ـ دکتر محمد فرهاد ـ دکتر نجات‌الله یعقوب زاده ـ
دکتر امیر آتش* دکتر هرمز آذر** دکتر محمود نوربخش*

خلاصه :

کیست هیداتیك قلب بیماری نـادری است و در نقاطی که بطور بومی وجود دارد ، شیوع آنرا ۰/۵ تا ۲ درصد تمام کیست‌های هیداتیك بدن گزارش داده‌اند. تا قبل‌ازسال ۱۹۲۲ تمام موارد بیماری‌درکالبدگشائی‌مشاهده می گردید ودراین‌سال برای‌نخستین بار عمل جراحی کیست هیداتیك قلب انجام شد . این بیمـاری اغلب بدون نشانه‌هـای بـالینی و بطور اتفـاقی ممکن است در پرتونگاری سینه دیده شود . مرگ نـاگهانی ممکن است تنهـا نشانهٔ بیماری‌باشد.در۸۸ درصد موارد باپرتونگاری‌سینه میتوان آنرا تشخیص داد. کیست هیداتیك تمام حفره‌های قلب را میتواند گرفتار نماید ولی بطن‌چپ بیش از سایر حفره‌ها گرفتارمی‌شود ومیزان ابتلاء بطن چپ‌را تا ۶۰ درصد موارد گزارش کرده‌اند.

بحث :

از دیرزمان بقراط در نوشته‌هـایش از بیماری شدیدی ناشی از پاره شدن کبدهای پرازآب یادکرده که منجر به مرگ بیمارشده است(۱). درطی قرنهای هفدهم وهجدم کیست هیداتیك قلب توسط تبسیوس (Thebesiuse) ورول‌فنیك (Rol Fincke) و فـانتون (Fanton) درکالبدگشائی شرح داده شد (۱).

اکینوکوکوز در نقاطی از جهان که دامداری معمول است بطور بومی‌مشاهده میشود(۱). میزبان‌اصلی‌اکینوکوکوزگرانولوزس، سگ است . حیوانات واسطه‌ای مانندگوسفند از طریق خوردن آب وعلفهای‌آلوده بامدفوع سگ مبتلی میگردند . دوره‌زندگی انگل وقتی‌کامل میشود که احشاء گوسفند آلـوده توسط سگ خورده شود . آلودگی انسان از طریق تماس باسگ یا خوردن آب وسبزی آلوده بمدفوع سگ اتفاق می‌افتد (۲ و۱).

بعدازبلعیدن‌تخم‌توسط‌انسان‌جنین۶قلابه(Hexacanth Embryo) آزاد ووارد گردش خون باب (Portal Circulation) میگردد. درحدود ۷۰ درصد از آنها درکبد باقی مانده و۱۵ درصد به‌ریه راه می‌یابند و تعداد خیلی‌کمی از جنین‌های ۶ قلابه پس از عبور از این دوپالایه (فیلتر) به‌جریان عمومی‌خون راه یافته دراعضاء دیگر از جمله قلب استقرار می‌یـابند . گرفتـاری قلب را در اکینوکوکوزبین ۰/۵ تا ۲ درصد تمام‌کیست‌های هیداتیك بدن درکالبدگشائی گزارش داده‌اند که این گرفتاری اغلب از راه سرخرگ‌های‌تاجی وگاهی‌اوقات از راه رگ‌های لنفاوی‌صورت میگیرد (۲و۱).

کیست هیداتیك قلب‌یکتا واولیه‌است(Solitaire et primitif) و در۶۰ درصدموارد درجدارطن چپ جایگزین میشود. گرفتاری سایر نقاط قلب ازنظر تشریحی در ۴۸ موردکیست هیداتیك‌قلب که توسط Gibson بررسی شده ، در جدول شماره ۱ نشان داده شده است (۷و۸و۵و۴و۳).

* مرکز پزشکی خورشید دانشگاه اصفهان ـ اصفهان.
** مرکز قلب بیمارستان ملکه مادر ـ تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

جدول شماره ۱ - جایگزینی کیست هیداتیك قلب از نظر تشریحی

محل	تعداد
بطن چپ	۲۹
بطن راست	۲
شیار دهلیزی بطن چپ	۵
هردوبطن	۱
دهلیز راست	۲
دهلیز چپ	۲
پریکارد به‌تنهائی	۴
محلهای غیراختصاصی	۲
آئورت وشیاردهلیزی بطن چپ	۱
جمع	۴۸

بعدازجایگزین‌شدن جنین ۶ قلابه (Hexacanth Embryo) در ماهیچه قلب یك بافت فیبرو (Fibreux) در اطراف آن ایجاد و کیست تشکیل میگردد که رشد آن از ۱ تا ۵ سال به طول می‌انجامد وجدارآن ممکن است آهکی‌شودکه دراین‌صورت‌رشد کیست متوقف میگردد. ممکن است کیست پاره‌شده به‌قلب چپ‌راه یابد وکیست‌های ثانوی دراعضاء مختلف بدن واز آن جمله مغز (۵۵ درصد موارد) ایجادکند (۷). همچنین آمبولیهای ریوی وشوك آنافیلاکتیك ومرگ آنی نیز درتعقیب پاره شدن کیست هیداتیك بطن چپ ممکن است اتفاق افتد وچنانچه سمت راست قلب مبتلی به‌کیست باشد امکان گرفتاری ریه‌نیز هست(۷و۲و۱).

سن شیوع بیماری معمولا ۵۰-۲۰ سالگی است وکمترین سن ابتلاءکه برای این بیماری بخصوص گزارش داده شده است ۸ سالگی میباشد وبنظرمیرسدکه مردها بیش‌از زنان مبتلی می‌شوند (۸). بسیاری از بیماران مبتلی به اکینوکوکوز قلب بدون نشانه‌های‌بالینی هستندوتشخیص بیماری اغلب بطور اتفاقی‌وهنگام پرتونگاری سینه‌داده میشود . تا قبل از سال ۱۹۲۲ تشخیص‌تمام مواردگزارش شده‌کیست هیداتیك قلب با کالبد گشائی صورت گرفته است (۲و۱).

شایعترین شکایت بیماران دردجلوی سینه است‌که احتمالاً دراثر پارگی‌کیست‌بداخل پریکارد وایجاد پریکاردیت‌میباشد . دربیشتر موارد تنها نشانهٔ بالینی بیماری را مرگ ناگهانی گزارش کرده‌اند . از نشانه‌های دیگر بیماری فشارخون بالا ، سردرد،

جدول شماره ۲- شیوع نشانه‌های بالینی در۸۲ بیمارمبتلی به کیست هیداتیك قلب

نشانه‌ها	تعداد بیماران	درصد
بی نشانه‌های بالینی	۱۸	٪۲۲
درد جلوقلب	۳۹	٪۴۷
تنگی‌نفس هنگام‌فعالیت‌یااستراحت	۱۸	٪۲۲
تب	۱۱	٪۱۳
درد شدید شکم	۱۰	٪۱۲/۲
سرفه	۹	٪۱۱
طپش قلب	۹	٪۱۱
نارسائی احتقانی قلب	۹	٪۱۱
خستگی	۸	٪۹/۷
هموپتیزی	۵	٪۶
کلاپس ناگهانی	۵	٪۶
کاهش وزن	۴	٪۴/۹
راش‌های پوستی خارش‌دار	۴	٪۴/۹

استفراغ ، تشنج وآمبولی رگ‌های مغز میباشد . جدول‌شماره۲ نشانه‌های بالینی وشیوع آنها را در ۸۲ بیمار بررسی شده نشان میدهد (۸و۶و۵و۲و۱).

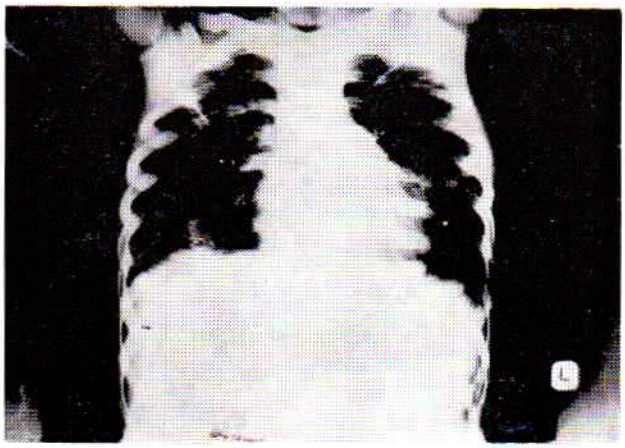
تشخیص : تاریخچه بیمار از نظر وجودکیست در سایر قسمتهای بدن مخصوصاً کبد و ریه ارزش دارد . ائوزینوفیلی ۷ درصد ویا بالاترهم گاهی‌دلیل باارزشی‌بشمارمیرود. ولی‌درمورد تباهی کیست (دژنرسانس) اغلب ائوزینوفیلی موجود نیست .

مثبت بودن آزمون پوست (Casoni) به تشخیص کمك میکند . هرچندکه منفی بودن آزمون کازونی بیماری را رد نمیکند . آزمون فیکساسیون وینبرگ (Weinberg) ممکن‌است مثبت‌باشد ولی درتشخیص بیماری نشانهٔ اختصاصی نیست (۸و۷و۱).

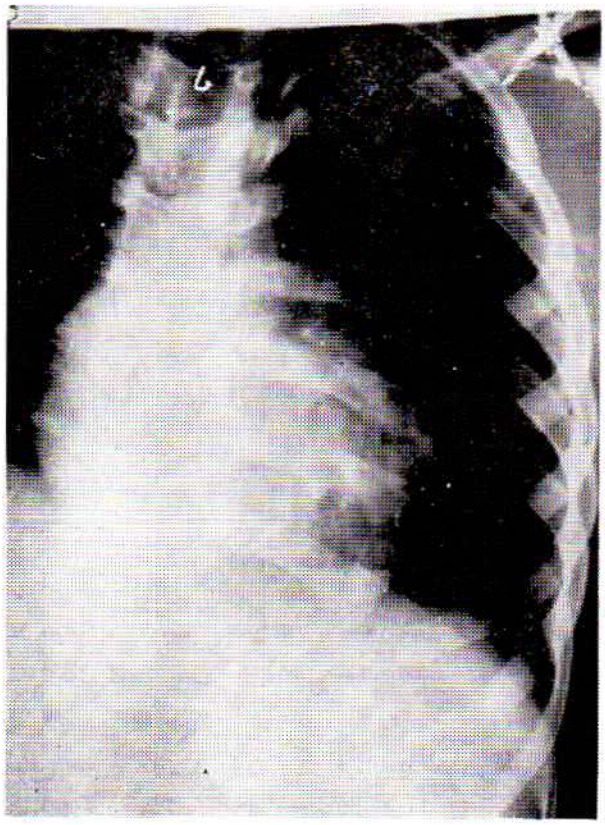
هنگامیکه کیست درون قلب راست جایگزین شده است ولی‌عارضه ایجاد نکرده باشد الکتروکاردیوگرام ممکن است طبیعی‌باشد. در مواردیکه‌کیست در داخل قلب چپ یا پریکارد جایگزین‌شود نشانه‌های کم‌خونی زیر پریکارد (Sub Pericardial ischemia) بصورت‌موج Q غیرطبیعی در الکتروکاردیوگرام مشاهده‌میشود. سایر تغییرات الکتروکاردیوگرافی بصورت امواج T معکوس در اشتقاق‌های I و AVL و جلو قلبی و امواج R کوچك در

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

اشتقان‌های جلو قلبی وافزایش‌ولناژ ناگهانی‌امواج دراشتقاقهای جلوقلبی و مجاور کیست میباشد (۱۰ و۸و۶و۵).
پرتونگاری سینه و رادیوسکوپی نخستین اقدامی است که برای تشخیص بیماران مبتلی به کیست هیداتیك قلب میتوان انجام داد ودرآن‌ضایعه بصورت‌یك‌سایه گرد درجدارقلب چپ‌مشاهده میشود که ممکن است کلسیفیکاسیون هلالی‌شکل (Rim Calcification) در آن مشاهده شود واین خود نشانه از بین رفتن فعالیت کیست میباشد . در اکثر موارد کیست بـدون کلسیفیکاسیون است و در



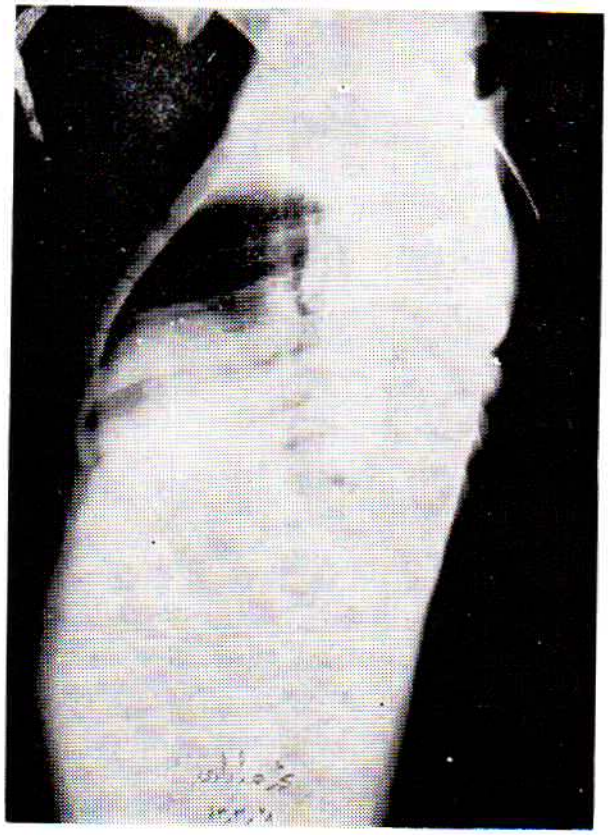
شکل ۱



شکل ۲

رادیوسکوپی باحرکات قلب حرکت میکند ولی ضربان درآن دیده نمیشود . توموگرافی وآنژیوکاردیوگرافی وسایل دیگر تشخیص هستند . درآنژیوکاردیوگـرافی ضایعه‌ای بدون عروق بصورت‌یك ناحیه‌گرد باجدار مشخص مشاهده میشود(۸و۷و۵).
کیست هیداتیك قلب را باید از تومورهای مدیاستن ، کیست‌های پریکارد، تومورهای‌میوکارد وآنوریسم بطن‌چپ تشخیص‌افتراقی داد وچنانچه جدار آنوریسم بطن چپ کلسیفیه شده باشد تشخیص آن ازکیست هیداتیك بطن چپ مشکل است (۸و۱).

درمان : ازنظر درمان لازم‌است بمحض‌تشخیص دادن‌این‌بیماری، حتی در بیمارانیکه هیچ‌گونه شکایتی ندارند ، بدرمان جراحی وخارج‌کردن کیست مبادرت‌کرد . درمـان طبی دراین بیماری مطلقاً بی‌اثر است . نتایج درمان جراحی در اکثرگزارش‌هـا موفقیت آمیز بوده است . اگر کیست سطحی باشد میتوان مایع آن را تخلیه‌کرد (آسپیراسیون) واز طریق همـان سوزن مواد کشنده مانند فرمالین ویـا کلرورسدیم ۳۳ درصد بداخل حفره کیست تزریق نمود. پس‌ازتخلیه مایع نوبت بیرون آوردن غشاء



شکل ۳

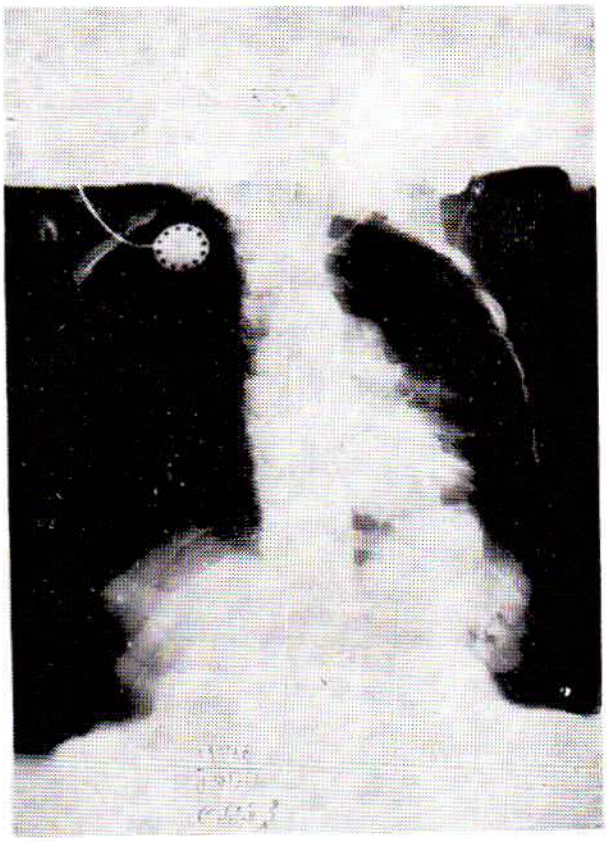
شکلهای ۱و۲ و۳ - رادیوگرافی‌قفسه صدری‌برجستگی جداربطن‌چپ را بطورواضح نشان میدهد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

زایندهٔ کیست فرا می‌رسد. هنگامیکه کیست عمقی باشد بیرون آوردن کیست باعمل جراحی قلب باز (Open Heart Surgery) انجام میگیرد (۱۰و۸و۲). نارسائی میترال در تعقیب عمل جراحی کیست هیداتیك بطن چپ گزارش شده است (۹).

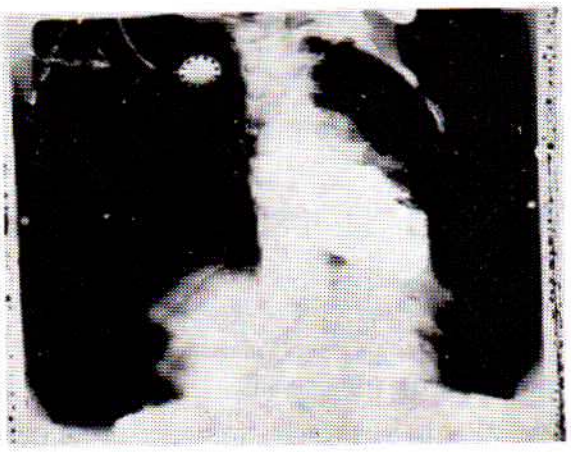
معرفی بیمار:

م-خ، ۱۲ساله، اهل وساکن چهارمحال بختیاری، بعلت تب، پارزی واستفراغ به‌بخش فوریت‌های پزشکی مرکز پزشکی خورشید مراجعه کرد. در معاینه‌ای که در بیمارستان از بیمار بعمل آمد درجه‌حرارت ۳۹ درجه سانتی‌گراد- نبض ۱۲۰ در دقیقه وفشار خون $\frac{۱۱۰}{۸۰}$ بود.

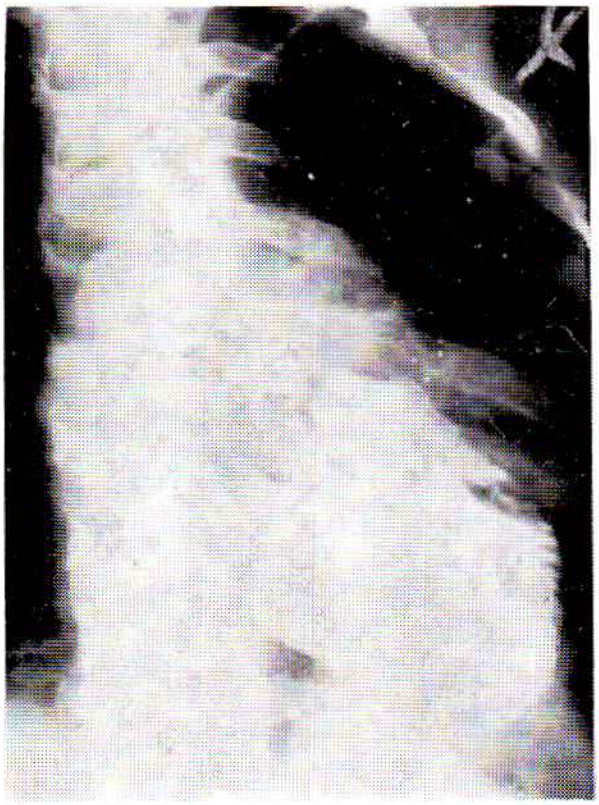


شکل ۴

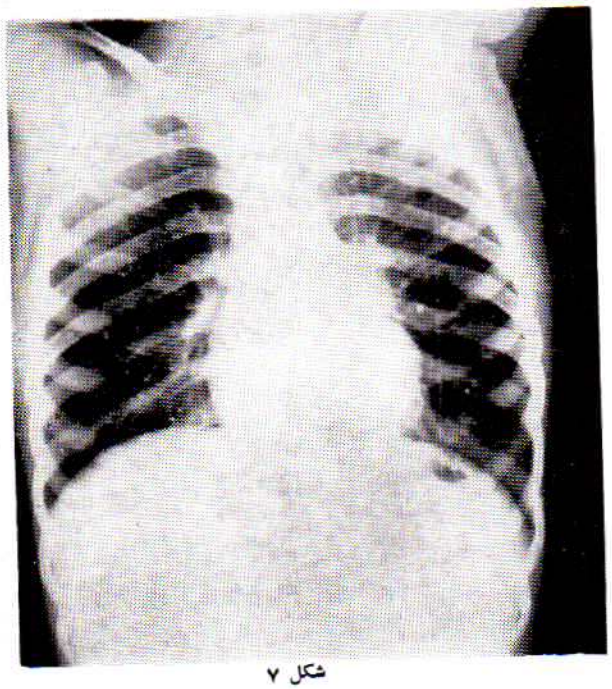
شکلهای ۴ و ۵ و ۶ــ آنژیوکاردیوگرافی دفکت مخصوص جدار بطن چپ را بعدازتزریق ماده حاجب نشان میدهد



شکل ۵



شکل ۶



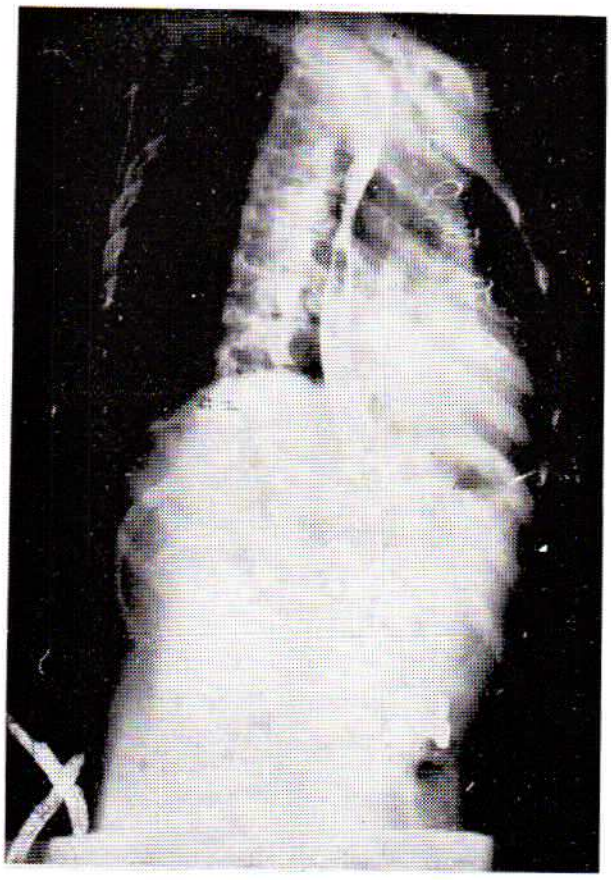
شکل ۷

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

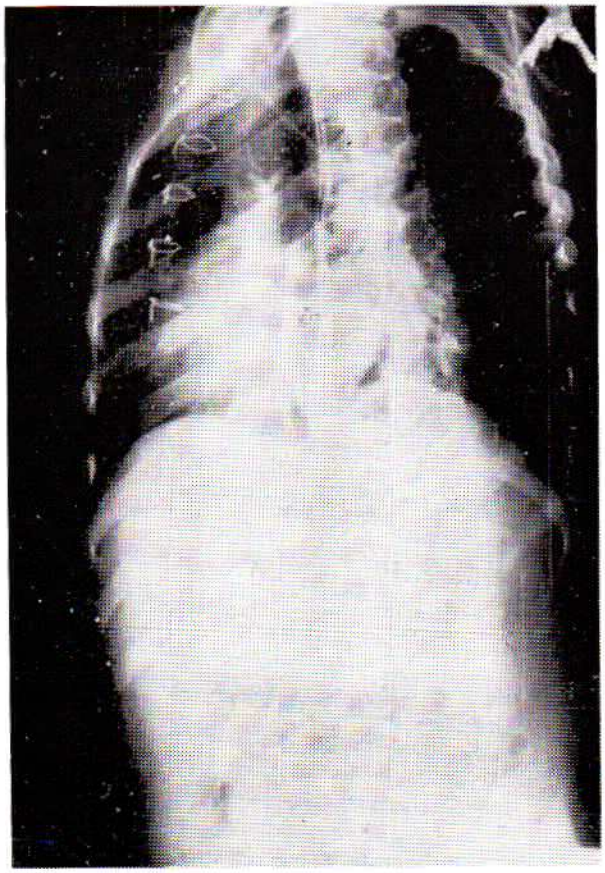
بیمار باتشخیص بیماری عفونی احتمالا منتژیت بستری گردید . بزل مایع نخاع طبیعی بود . در رادیوگرافی سینه یك برجستگی درجدار بطن چپ مشاهده شد(شکلهای۳و۲و۱). دررادیوگرافی مغز انسداد شریان مغزی میانی بدون ضایعه فضاگیر داخل‌جمجمه دیده شد. در انژیوکاریوگرام در فازهای مختلف (شکلهای ۶ و ۵ و ۴) ضایعه واضحی در ناحیه بطن چپ مشاهده گشت که بدون رگ بود ودر ناحیه عمقی چپ قرارداشت. آزمون کازونی ۴+ مثبت بود و بیمار باتشخیص کیست‌هیداتیك بطن‌چپ‌تحت عمل جراحی قرار گرفت . نتیجه آسیب‌شناسی وجود کیست هیداتیك بطن چپ راتأیید کرد.

در رادیوگرافی که‌یکماه بعداز عمل جراحی بعمل آمد(شکلهای ۹و۸ و۷) جدار بطن چپ بحال طبیعی بازگشته بود . احتمالا انسداد شریان مغزی میانی بعلت آمبولی در اثر تحریکات آندوکارد بوده است (۵).

درسال ۱۹۷۱ نخستین مورد کیست هیداتیك قلب از ایران‌توسط آقای دکتر هیئت وهمکارانش گزارش شده است (۸). بیمار ما بنظر میرسد که دومین مورد کیست هیداتیك بطن چپ در ایران باشد.



شکل ۸



شکل ۹

شکلهای ۸و۷ و۹

رادیوگرافیهای سینه پس از عمل جراحی نشان میدهد که جدار بطن چپ بحالت طبیعی برگشت نموده‌است.

REFERENCES :

1- Murphy, T.E. et al. Echinococcus cyst of the left ventricle. Report of a case with review of the pertinent literature. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol. 61,443-450,1971.

2- Heilbrunn, A. et al. Surgical management of echinococcal cysts of the heart and pericardium. Circulation Vol. 27, 219-228, 1963.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

3- Romanoff, H. Echinococcosis of the heart. Report of three new cases. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol 66, No. 1, 29-37, 1973.

4- Halliday, J.H., et al.: Constrictive pericarditis following rupture of a ventricular hydatid cyst. British Heart Journal. Vol 25, 821-824, 1963.

5- Al-Naaman, Y.D., et al. Hydatid disease of the heart; a report of four cases. Journal of Cardiovascular Surgery. Vol 14, P. 95-101, 1973.

6- Perez-Comez, F. et al. Cardiac echinococcosis, clinical picture and complications. British Heart Journal, 35, 1326-1331, 1973.

7- Gibson, D.S. Cardiac hydatid cysts. Thorax, Vol 19, 151-158, 1964.

8- Heyat, J. et al. Surgical Treatment of echinococcal cyst of the heart. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol. 61 755-764, 1971.

9- Di Bello, R.Hydatid cyst of the left ventricle of the heart: Mitral insufficiency after surgical treatment. Journal of Thorax and Cardiovascular Surgery. Vol. 49, 854-859, 1965.

10- Al-Naaman Y. et al. Successful emergency operation for hydatid disease of the left ventricle. Journal of Cardiovascular Surgery. Vol 14, 564-568, 1973.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]