

کیست هیداتیک اولیه بطن چپ

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۰ - ۲۵۳۶

دکتر مرتضی باجفلی - دکتر محمد فرهاد - دکتر نجات‌الله یعقوب زاده-

دکتر امیرآتش* دکتر هرمز آذر** دکتر محمود نوربخش*

خلاصه :

سگ است. حیوانات واسطه‌ای مانند گوسفند از طریق خوردن آب و علفهای آلوده بامدفوع سگ مبتلی می‌گردند. دوره‌زندگی انگل وقتی کامل می‌شود که احشاء گوسفند آلوده توسط سگ خورده شود. آلودگی انسان از طریق تماس با سگ یا خوردن آب و سبزی آلوده بهمدفوع سگ اتفاق می‌افتد (۱۶).

بعدازبلیدن تخم توسط انسان جنین عقلابه (Hexacanth Embryo) آزاد ووارد گردش خون باب (Portal Circulation) می‌گردد. در حدود ۷۰ درصد از آنها در کبد باقی مانده ۱۵ درصد بدیره راه می‌یابند و تعداد خیلی کمی از جنین‌های ۶ قلابه پس از عبور از این دوپالایه (فیلتر) به جریان عمومی خون راه یافته در اعضاء دیگر از جمله قلب استقرار می‌یابند. گرفتاری قلب را در اکینوکوکوز بین ۵/۰ تا ۲ درصد تمام کیست‌های هیداتیک بدن در کالبدگشائی گزارش داده‌اند که این گرفتاری اغلب از راه سرخرگ‌های تاجی و گاهی اوقات از راه رگ‌های لنفاوی صورت می‌گیرد (۱۶).

کیست هیداتیک قلب یکتا و اولیه است (Solitaire et primitif) و در ۶۰ درصد موارد در جدار بطن چپ جایگزین می‌شود. گرفتاری سایر نقاط قلب از نظر تشریحی در ۴۸ مورد کیست هیداتیک قلب که توسط Gibson بررسی شده، در جدول شماره ۱ نشان داده شده است (۳۶ و ۴۵ و ۸۷).

کیست هیداتیک قلب بیماری نادری است و در نقاطی که بطور بومی وجود دارد، شیوع آنرا ۰/۵ تا ۲ درصد تمام کیست‌های هیداتیک بدن گزارش داده‌اند. تا قبل از سال ۱۹۲۲ تمام موارد بیماری در کالبدگشائی مشاهده می‌گردید و در این سال برای نخستین بار عمل جراحی کیست هیداتیک قلب انجام شد. این بیماری اغلب بدون نشانه‌ای بالینی و بطور اتفاقی ممکن است در پرتونگاری سینه دیده شود. مرگ ناگهانی ممکن است تنها نشانه بیماری باشد. در ۸۸ درصد موارد با پرتونگاری سینه میتوان آنرا تشخیص داد. کیست هیداتیک تمام حفره‌های قلب را میتواند گرفتار نماید ولی بطن چپ بیش از سایر حفره‌ها گرفتاری شود و میزان ابتلاء بطن چپ را تا ۶۰ درصد موارد گزارش کرده‌اند.

بحث :

از دیرزمان بقراط در نوشته‌هایش از بیماری شدیدی ناشی از پاره شدن کبدی‌های پراز آب یادگرده که منجر به مرگ بیمار شده است (۱). در طی قرنهای هفدهم و هجدهم کیست هیداتیک قلب توسط تبسیوس (Thebesius) و رولفنیک (Rol Fincke) و فانتون (Fanton) در کالبدگشائی شرح داده شد (۱). اکینوکوکوز در نقاطی از جهان که دامداری معمول است بطور بومی مشاهده می‌شود (۱). میزبان اصلی اکینوکوکوز گرانولوز،

* مرکز پزشکی خورشید دانشگاه اصفهان - اصفهان.

** مرکز قلب بیمارستان ملکه مادر - تهران.

جدول شماره ۳- شیوع نشانه‌های بالینی در ۸۲ بیمار مبتلی به کیست هیداتیک قاب

درصد بیماران	تعداد بیماران	نشانه‌ها
%۲۲	۱۸	بی نشانه‌های بالینی
%۴۷	۳۹	درد جلو قلب
%۲۲	۱۸	تنگی نفس هنگام فعالیت یا استراحت
%۱۳	۱۱	تب
%۱۲/۲	۱۰	درد شدید شکم
%۱۱	۹	سرفه
%۱۱	۹	طیش قلب
%۱۱	۹	نارسائی احتقانی قلب
%۹/۷	۸	ختنگی
%۶	۵	هموپنیزی
%۶	۵	کلاپس ناگهانی
%۴/۹	۴	کاهش وزن
%۴/۹	۴	راش‌های پوستی خارش‌دار

استفراغ ، تشنج و آمبولی رگ‌های مغز می‌باشد . جدول شماره ۲ نشانه‌های بالینی و شیوع آنها را در ۸۲ بیمار بررسی شده نشان میدهد (۱۹۵۶ و ۱۹۶۰).

تشخیص : تاریخچه بیمار از نظر وجود کیست در سایر قسمتهای بدن مخصوصاً کبد و ریه ارزش دارد . اوزینوفیلی ۷ درصد و یا بالاتر هم گاهی دلیل با ارزشی بشماره می‌برد . ولی در مورد تباہی کیست (دژنرسانس) اغلب اوزینوفیلی موجود نیست .

ثبت بودن آزمون پوست (Casoni) به تشخیص کمک می‌کند . هر چند که منفی بودن آزمون کازونی بیماری را رد نمی‌کند . آزمون فیکساسیون وینبرگ (Weinberg) ممکن است ثابت باشد ولی در تشخیص بیماری نشانه اختصاصی نیست (۱۹۷۸) .

هنگامیکه کیست درون قلب راست جایگزین شده است ولی عارضه ایجاد نکرده باشد الکتروکاردیوگرام ممکن است طبیعی باشد . در مواردیکه کیست در داخل قلب چپ یا پریکارد جایگزین شود نشانه‌های کم خونی زیر پریکارد (Sub Pericardial ischemia) بصورت، ووج Q غیرطبیعی در الکتروکاردیوگرام مشاهده می‌شود . سایر تغییرات الکتروکاردیوگرافی بصورت امواج T ممکن است در اشتغال‌های I و AVL و جلو قلبی و امواج R کوچک در

جدول شماره ۹- جایگزینی کیست هیداتیک قلب از نظر تشریحی

محل	تعداد
بطن چپ	۲۹
بطن راست	۲
شیار دهلیزی بطن چپ	۵
هردو بطن	۱
دهلیز راست	۲
دهلیز چپ	۲
پریکارد بهنهایی	۴
محلهای غیر اختصاصی	۲
آورت و شیار دهلیزی بطن چپ	۱
جمع	۴۸

بعد از جایگزین شدن جنین ۶ قلابه (Hexacanth Embryo) در ماهیچه قلب یک بافت فیبرو (Fibreux) در اطراف آن ایجاد و کیست تشکیل می‌گردد که رشد آن از ۱ تا ۵ سال به طول می‌انجامد و جدار آن ممکن است آهکی شود که در این صورت رشد کیست متوقف می‌گردد . ممکن است کیست پاره شده به قلب چپ راه باید و کیست‌های ثانوی در اعضاء مختلف بدن واژ آن جمله مغز (۵۵ درصد موادر) ایجاد کند (۷) . همچنین آمبولیهای ریوی و شوک آنافیلاکتیک و مرگ آنی نیز در تمقیب پاره شدن کیست هیداتیک بطن چپ ممکن است اتفاق افتد و چنانچه سمت راست قلب مبتلی به کیست باشد امکان گرفتاری ریه نیز هست (۱۹۷۶) . سن شیوع بیماری معمولاً ۲۰-۵۰ سالگی است و کمترین سن ابتلاء که برای این بیماری بخصوص گزارش داده شده است ۸ سالگی می‌باشد و بنظر میرسد که مردها بیش از زنان مبتلی می‌شوند (۸) . بسیاری از بیماران مبتلی به اکینوکوکوز قلب بدون نشانه‌های بالینی هستند و تشخیص بیماری اغلب بطور اتفاقی و هنگام پرتونگاری سینه داده می‌شود . تا قبل از سال ۱۹۲۲ تشخیص تمام موارد گزارش شده کیست هیداتیک قلب با کالبد گشائی صورت گرفته است (۱۹۲۶) .

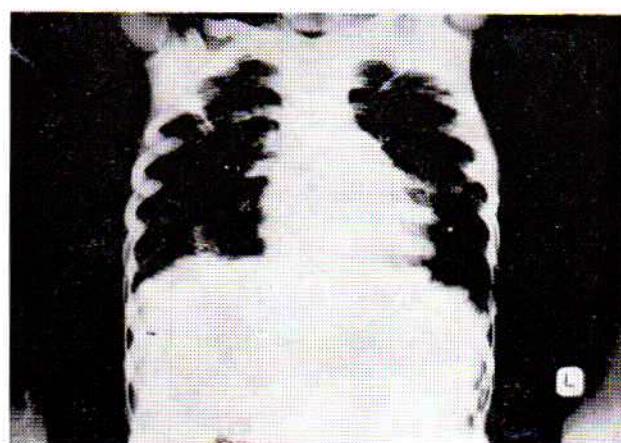
شایعترین شکایت بیماران در دلخلی سینه است که احتمالاً در اثر پارگی کیست بداخل پریکارد و ایجاد پریکاردیت می‌باشد . دریشتر موارد تنها نشانه بالینی بیماری را مرگ ناگهانی گزارش کرده‌اند . از نشانه‌های دیگر بیماری فشارخون بالا ، سردرد ،

رادیوسکوپی باحر کات قلب حرکت میکند ولی ضربان در آن دیده نمیشود . توموگرافی و آنژیوکاردیوگرافی وسایل دیگر تشخیص هستند . در آنژیوکاردیوگرافی ضایعه‌ای بدون عروق بصورت یک تاجید گرد باجدار مشخص مشاهده میشود (۵۷ و ۸۰ و ۵۵) . کیست هیداتیک قلب را باید از تومورهای مدیاستن ، کیست‌های پریکارد ، تومورهای میوکارد و آنوریسم بطن چپ تشخیص اقتراffی داد و چنانچه جدار آنوریسم بطن چپ کلسيفيک شده باشد تشخیص آن از کیست هیداتیک بطن چپ مشکل است (۱۸ و ۱۹) .

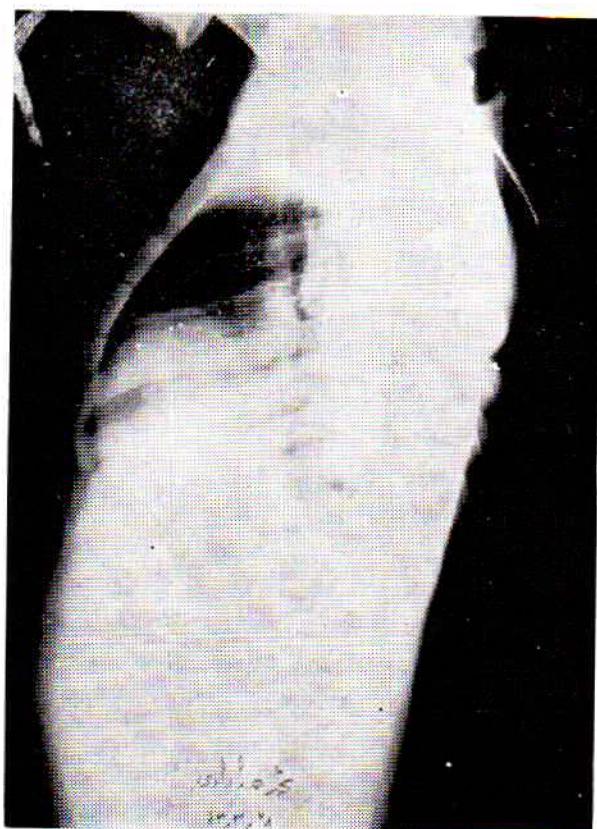
درمان : از نظر درمان لازم است بمحض تشخیص دادن این بیماری ، حتی در بیمارانیکه هیچ گونه شکایتی ندارند ، بدرمان جراحی و خارج کردن کیست مبادرت کرد . درمان طبی در این بیماری مطلقاً بر اثر است . تاییج درمان جراحی در اکثر گزارش‌ها موفقیت آمیز بوده است . اگر کیست سطحی باشد مبتوان مایع آن را تخلیه کرد (آسپیراسیون) و از طریق همان سوزن مواد کشنده مانند فرمالین و یا کلروردسیم ۳۳ درصد بداخل حفره کیست تزریق نمود . پس از تخلیه مایع نوبت بیرون آوردن غشاء

اشتقاقهای جلو قلبی و افزایش ولناز ناگهانی امواج در اشتقاقهای جلو قلبی و جاور کیست میباشد (۱۰ و ۶۶ و ۵۵) .

پرتو نگاری سینه و رادیوسکوپی نخستین اقدامی است که برای تشخیص بیماران مبتلی به کیست هیداتیک قلب میتوان انجام داد و در آن ضایعه بصورت یک سایه گرد در جدار قلب چپ مشاهده میشود که ممکن است کلسيفيکاسيون هلالی شکل (Rim Calcification) در آن مشاهده شود و این خود نشانه از بین رفتن فیلیت کیست میباشد . در اکثر موارد کیست بدون کلسيفيکاسيون است و در

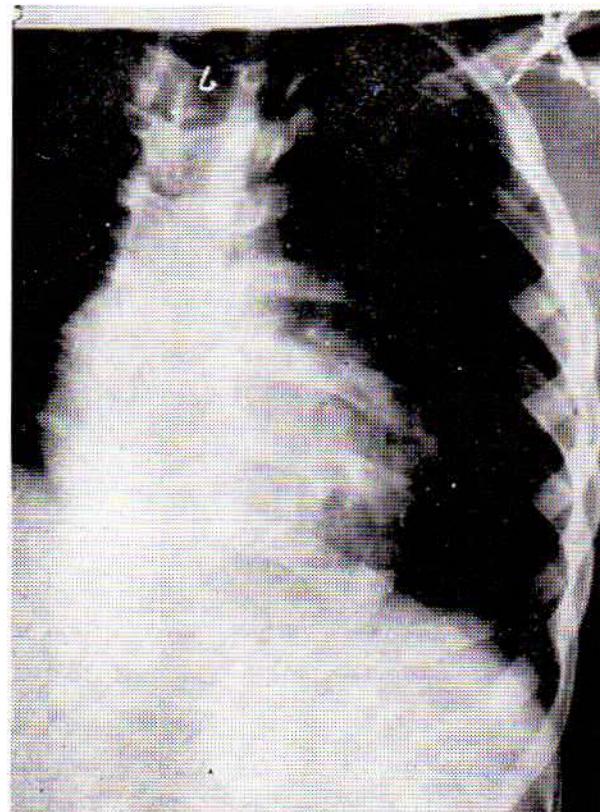


شکل ۱



شکل ۲

شکلهای ۲۹۱ و ۲۹۲ - رادیوگرافی قصه صدری بر جستگی جدار بطن چپ را بطور واضح نشان میدهد



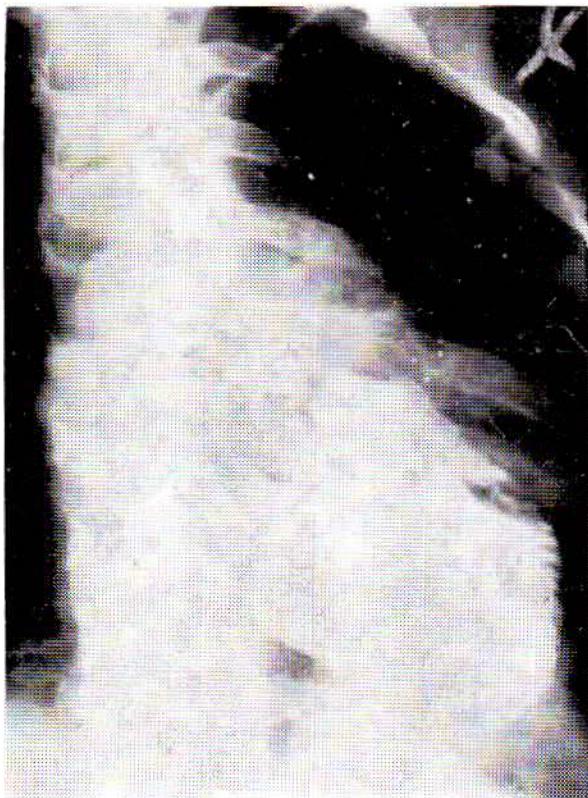
شکل ۲

واستفراغ بهبخش فوریت‌های پزشکی مرکز پزشکی خورشید مراجعت کرد . در معاینه‌ای که در بیمارستان از بیمار بعمل آمد درجه حرارت ۳۹ درجه سانتی گراد نبض ۱۲۰ در دقیقه و فشار خون $\frac{110}{80}$ بود .

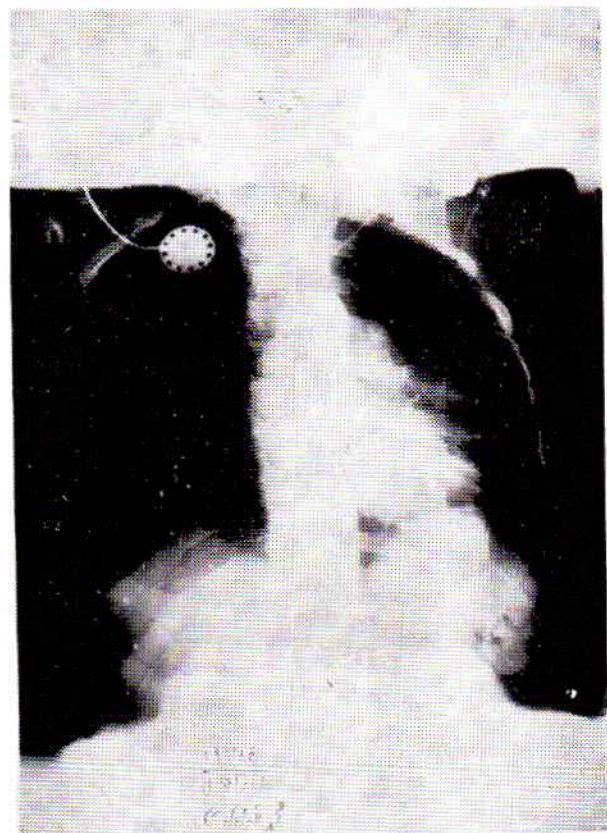
ذاینده کیست فرامی‌رسد . هنگامیکه کیست عمقی باشد بیرون آوردن کیست با عمل جراحی قلب باز (Open Heart Surgery) انجام می‌گیرد (۲۶و۲۷). نارسائی میترال در تعقیب عمل جراحی کیست هیداتیک بطن چپ گزارش شده است (۹) .

معرفی بیمار:

م-خ، ۱۲ ساله، اهل وساکن چهارمحال بختیاری، بعلت تب، پارزی

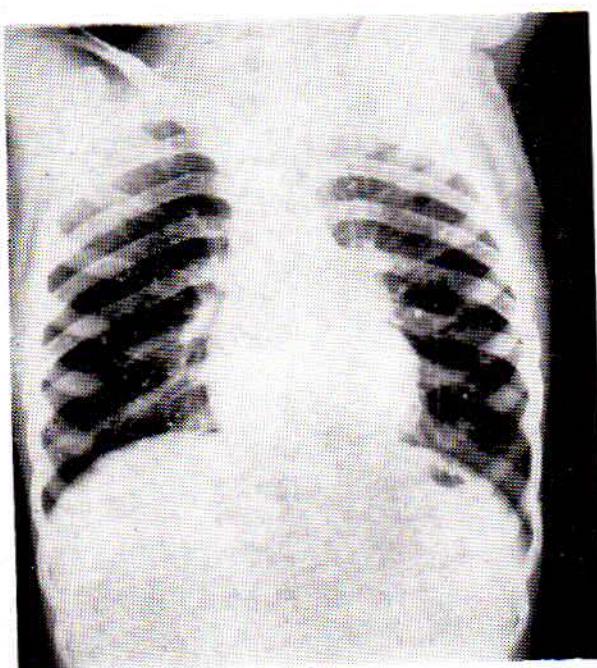


شکل ۶

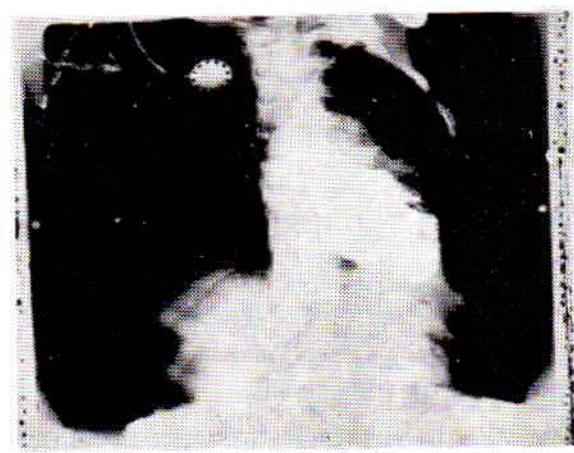


شکل ۴

شکل‌های ۴ و ۵ و ۶ - آنزیو کاردیوگرافی دفکت مخصوص جدار بطن چپ را بعد از تزریق ماده حاجب ننان میدهد



شکل ۷

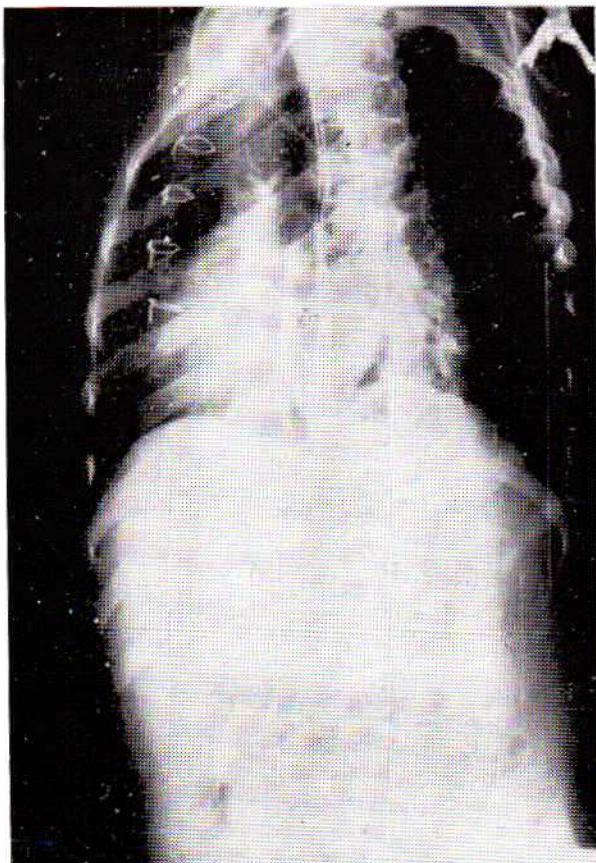


شکل ۵

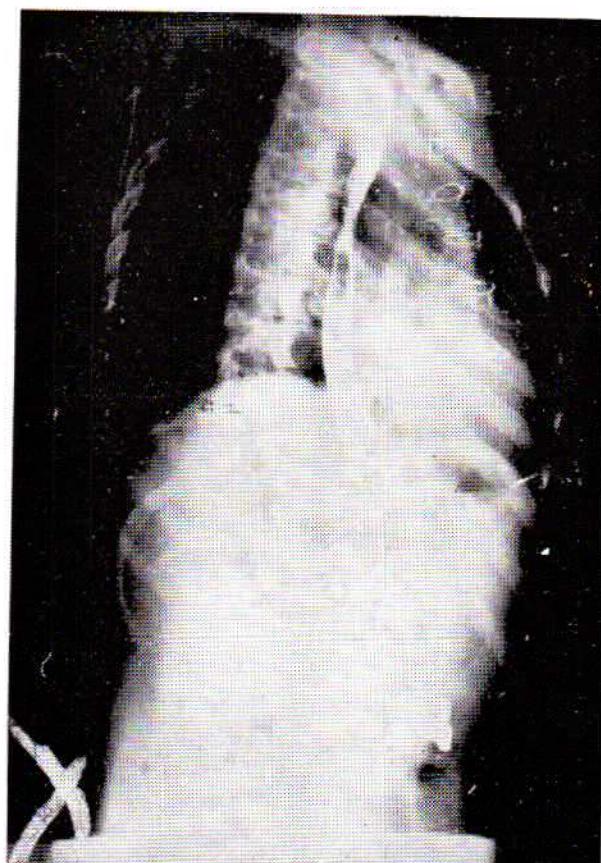
بطن چپ را تأیید کرد. در رادیوگرافی که یکماه بعداز عمل جراحی بعمل آمد(شکلهاي ۷۹ و ۸۰) جدار بطن چپ بحال طبیعی باز گشته بود . احتمالاً انسداد شریان مغزی میانی بعلت آمبولی در اثر تحریکات آندو کارد بوده است (۵).

در سال ۱۹۷۱ نخستین مورد کیست هیداتیک قلب از ایران توسط آفای دکتر هیئت و همکارانش گزارش شده است (۶). بیمار ما بنظر میرسد که دومین مورد کیست هیداتیک بطن چپ در ایران باشد.

بیمار با تشخیص بیماری عفونی احتمالاً منژیت بستری گردید . بزل مایع نخاع طبیعی بود . در رادیوگرافی سینه یک بر جستگی در جدار بطن چپ مشاهده شد(شکلهاي ۳۰ و ۳۱) . در رادیوگرافی مغز انسداد شریان مغزی میانی بدون ضایعه فضائیگیر داخل جمجمه دیده شد. در انژیوکاریوگرام در فازهای مختلف (شکلهاي ۳۶ و ۳۵ و ۳۴) ضایعه واضحی در ناحیه بطن چپ مشاهده گشت که بدون رگ بود و در ناحیه عمقی چپ قرار داشت. آزمون کازونی + مثبت بود و بیمار با تشخیص کیست هیداتیک بطن چپ تحت عمل جراحی قرار گرفت . نتیجه آسیب شناسی وجود کیست هیداتیک



شکل ۹



شکل ۸

شکلهاي ۳۰ و ۳۱
رادیوگرافیهای سینه پس از عمل جراحی نشان میدهد که جدار بطن چپ بحال طبیعی ارجست نموده است.

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.

- 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.