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

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۵۴ ، ۲۵۳۶

دکتر علی‌اکبر صحت *

اکینوکوکوز اولیه قلب حتی در نقاط بومی بندرت اتفاق میافتد زیرا لارو انگل جهت رسیدن به ماهیچه قلب و جایگزینی درآن مجبور است ازدو سد مویرگی کبد وریه وبالاخره شرائین باریك کرونر بگذرد.

علت بیماری Echinococcus Granulosus کوچکترین انگل از دسته تنیا است که ۲/۵ تا ۳/۵ میلیمتر طول دارد و در روده سگ بتعداد زیاد یافت میشود. بندهای آخر بدن این انگل دارای تخمهای زیادی است که بامدفوع دفع میشود. اگر تخمها بدستگاه گوارش انسان، گوسفند وچهارپایان برسد تخم بازشده لاروآزاد میگردد. لارو پس از عبور از روده به کبد وریه ونقاط دیگر بدن میرود. باین ترتیب سگ میزبان نهائی وانسان وگوسفند میزبان اتفاقی ویا واسطه انگلاند و دچار مرحله جنینی انگل می‌شوند. اکینوکوکوز اولیه قلب تنها ۲-۰/۵ درصد کلیه اشکال شناخته شده بیماری را تشکیل میدهد (۳۷-۳-۲-۱) . بیماری بیشتر اوقات در دهه‌سوم یاچهارم‌زندگی اتفاق‌میافتد و درمردان‌شایعتر از زنان (۲:۱) است (۳-۸-۴۵).

برخی از مؤلفان معتقدند که بیماری بیشتر درطرف راست قلب اتفاق میافتد وعلت آنرا مستقیم بودن مجرا وبزرگ بودن تنه سرخرگ تاجی راست میدانند (۳ و ۴).

درسال ۱۹۲۸ ، Dew گزارش کرد که‌طرف چپ قلب بیشترمبتلا به‌بیماری میشود زیرا جریان خون بطن‌چپ غنی‌تر از بطن راست است (۲).

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

درسال ۱۹۰۲ Devé (۵) مقاله خودرا منتشرودرآن نحوهٔ انتشار انگل‌را درانسان‌توصیف نمود ودرسال ۱۹۱۶ توانست ۱۰۵ مورد ازبیماری را ازگزارش‌کالبد شکافی جمع‌آوری ومنتشرسازد(۶). بعقیده Mills (۷) تاسال ۱۹۲۲ درهیچ موردی تشخیص بیماری در زمان حیات بیمار انجام نگرفته و آنچه‌گزارش شده ازکالبد 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 تنهاهشت مورد در زمان حیات تشخیص داده شده بود.

تشخیص : معمولا کیست هیداتیك قلب اگر بدون عارضه، منفرد وبخصوص اگر مرده باشد بی‌نشانه است و همچنان بی‌نشانه باقی خواهد ماند (۴ و۸ و۴۳). پارگی کیست هیداتیك قلب ممکنست نخستین تظاهر بیماری درفرد کاملا سالم باشدکه بعلت آزاد شدن پروتئین خارجی باشوك آنافیلاکتیك همراه است و اکثر اوقات (۷۷٪) باعث مرگ میشود (۳۷)، در موارد دیگر کیست بصور مختلفی‌چون درد سینه، آنژین دوپوآترین، تپش قلب‌وتاکیکاردی گهگیر یا نارسائی احتقانی قلب تظاهر مینماید. در آزمایش با

* دانشکده پزشکی رازی ـ دانشگاه تهران .

استتوسکوپ ممکنست انواع مختلف سوفل یا اختلال صداهای قلب را برحسب محل قرارگرفتن ضایعه در قلب شنید (۳و۴۵). تغییرات الکتروکاردیوگرافی نیز در اکینوکوکوز قلب مشاهده میشود و عبارتند از واژگونی موج T (بخصوص در ضایعات نوك قلب)، تغییرات قطعه S_T ، عدم‌وجود موج Q ، تغییرات موج R و مواج بودن QRS یکی از نکات مهم تشخیص درالکتروکاردیوگرام ، عدم وجود نشانه‌های نکروز در ماهیچه قلب که هرگز دیده نشده است و میتواند در بازشناخت عارضه از سایر بیماریهای قلبی مشابه مورد استفاده قرارگیرد (۴۰). اگر کیست در دهلیز باشد تغییرات موج P واگر در دیواره بین‌دو بطن‌باشد تغییرات فاصله P_R همراه با یا بی‌تغییرات موج QRS دیده میشود (۴۳). بلوك دهلیزی ـ بطنی‌باشکال‌مختلف همراه باحملات استوکس‌آدامس وبلوك شاخه راست نیز گزارش شده‌است (۴۵). رادیوگرافی سینه بیشتر بصورت نامنظم شدن کناره‌های قلب یا وجود کالسیفیکاسیون در قلب یا پریکارد میباشد . آزمایش‌آنژیو-کاردیوگرافی مؤید تشخیص و مکمل رادیوگرافی‌است ، بعلاوه میتواند محل‌دقیق ضایعه و وسعت آنرا نشان دهد (۴۰-۴۱-۴۲-۴۳).در رادیوسکوپی‌حرکت ناحیه مبتلا کم‌میگردد، یا برجستگی نظیرآنوریسم بطن دیده میشود؛ یعنی حرکت‌آن متناقض با نواحی مجاور است.

آزمایش پوستی کازونی یا آزمایش برمبنای ثبوت مکمل نیز باید انجام گیرد.

انواع بالینی :

۱ـ نوع آنوریسم مانند: تاکنون هفت مورداز‌این نوع درمنابع پزشکی جهان گزارش شده است (۳۶).
الکتروکاردیوگرام این‌بیماران‌درست مشابه الکتروکاردیوگرام بیماران مبتلا به‌آنوریسم قلب بعد ازانفارکتوس ماهیچه قلب است وممکنست سالها بهمان حال باقی‌بماند (۳۷).

۲ـ نوع همراه با گانگرن‌اندام: آمبولی قطعات واجزاء کیست هیداتیك از قلب به عروق محیطی سبب انسداد شریان و احتمالاً گانگرن عضو میشود. دربیمار wesley (۸) ازاسترالیا ، بعد از آمبولکتومی‌فمورال دریك‌پسربچه، آزمایش‌ازلخته، قطعات کیست هیداتیك را نشان داد.

۳ـ نوع همی‌پلژیك : موردی از این بیماری توسط Dew (۲) در سال ۱۹۲۸ گزارش گردید. بیمار خانمی است با فلج طرف راست بدن واغماء بمدت نه‌روز که بتدریج هوش خودرابازمییابد لیکن یك‌هفته بعد دربیمارستان درمی گذرد. درکالبد شکافی کیست پاره شده درقلب وی دیده شد که در بطن‌چپ قرارداشت، همچنین درلب پشت‌سری راست مغز ،هردوشریان مغزی متوسط‌ودر کلیه و طحال نیز کیست‌دیده شد.

۴ ـ سندرم پارگیهای مکرر: دراین عارضه بیمار ناگهان هوش وحواس خودرا از دست‌میدهد و به‌اغماء کامل میرود. رفلکسهای وی غیرطبیعی‌همراه باشوك، لکه‌های خونمردگی در روی پوست وعدم وجود یا اختلال ضربان سرخرگها در نقاط مختلف بدن برحسب محل ضایعه مشاهده میشود.

یك مورد از این عارضه بوسیله Peters در زنی ۴۳ ساله گزارش شده است(۳). بیمار شش‌بار درمدت نه‌سال بحال اغماء میرودکه نخستین‌بار درسال ۱۹۳۲ سپس درسال۱۹۳۷ و۱۹۴۰ وبالاخره درماههای‌فوریه، مارس ومه ۱۹۴۱ بوده است. حملات اغماء ناگهانی وبمدت چند ساعت دوام داشته و در طول حملات بیمار درشوك شدید بوده است‌که بالاخره بعد از یك هفته سلامت خود را بازمییابد . در رادیوگرافی سینه سایه‌هائی درکنار قلب مشاهده میشودکه ضربان‌آنها باقلب همزمان بوده‌است. درآسیب-شناسی چهارکیست هیداتیك قلب‌که یکی از آنها در دهلیز چپ پاره شده بود مشاهده میگردد. بعلاوه آمبولی اجزاء کیست قلب دربطن چپ، سرخرگهای کاروتید ، مغزی متوسط، مزانتریك فوقانی، سلیاك، سرخرگ‌کلیه وطحال نیزمشاهده میشود.

۵ـ تظاهر کیست به‌شکل تومرمغز- آمبولی اجزاء کیست هیداتیك به مغزوریشه آن‌آگاهی نمای مشابه تومرمغز را بوجودمیآورد. یك مورد ازاین عارضه بوسیله دکتر هاروی‌کوشینگ عمل‌شده و جزئیات آن بوسیله دکتر Peters نقل قول گردیده است(۳). بیمار وی جوانی است ۲۴ ساله ، ایتالیائی تبار که از سردرد و ضعف بازو واندام تحتانی راست بمدت دو ماه شکایت داشته‌است. آزمایشهای دستگاه اعصاب وجود احتمالی تومری را در ناحیه تامپورال چپ ثابت میکند. بهنگام عمل‌جراحی، دکتر کوشینگ سه‌کیست هیداتیك از لب گیجگاه بیمار خارج‌کرد. بعد از فوت بیمار درکالبد شکافی، کیست هیداتیك در قلب وسرخرگهای مغز بیمار نیزمشاهده گردید.

۶ـ نشانگان(سندرم)متاستازریوی: متاستازمتعددریوی‌هنگامی‌دیده میشودکه کیست‌اولیه درطرف راست‌قلب‌باشد وپاره گردد(۲ـ۶).

۷ـ پریکاردیت حاد هیداتیك: این نوع اکینوکوکوز قلب ممکنست ناراحتیهای متعدد و عجیب ایجاد کند و یك مشکل تشخیص گردد . موردی از این بیماری بوسیله Di Bello درسال۱۹۶۷ گزارش گردیدکه مؤید این‌مطلب‌است(۳۸). بیمار دختری است ۱۲ ساله‌که اول بار درسپتامبر۱۹۵۷ باتب، سرفه وخلط خونی‌مراجعه‌می کند. در رادیوگرافی سینه، ناف ریه چپ بزرگ وسایه‌ای ندول‌مانند درریه چپ درحد فضای بین‌دنده دوم

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 ، قوزك پاها و آرنج همراه با بثورات جلدی در اندام تحتانی بستری‌میگردد. آزمایش‌رامپل- لید مثبت وآزمایش زمان سیلان وانعقاد و Clot Retraction طبیعی بود وفرمول‌لکوسیتر ۱۸٪ ائوزینوفیلی نشان داد. این بار نیز بهبود کامل ظرف مدت بیست روزحاصل‌شد و بیمارمرخص گردید. دوسال بعد از نخستین مراجعه ، دوباره ناف ریه چپ بزرگ بود . شش سال بی‌نشانه و ناراحتی سپری میشود و بعد از این مدت طولانی بیمار درسال۱۹۶۴ با تب، سرفه، تنگی‌نفس، درد سینه‌که باتنفس‌شدید میشود وحال‌عمومی‌خراب‌بستری می گردد. درمعاینه کبد بزرگ و دردناك ، تاکیکاردی و وجود مایع در پریکارد مشخص میشود. آزمون توبرکولین منفی و سرعت رسوب گلبولهای قرمز ۹۵ میلیمتر درساعت اول بوده است. وانتریکولوگرام چپ بدشکلی حفره بطن وافزایش ضخامت دیواره قلب را نشان‌داد. بیمارتحت عمل جراحی قرار میگیرد و یك کیست هیداتیك با بعاد ۸×۷ سانتیمتر در دیواره قدامی طرفی بطن چپ همراه باپریکاردضخیم و پرازعروق مشاهده می‌شود. ضایعه قبلی ریوی بیمارنیزهیداتیك وهمراه با واکنش لنفاوی ناف ریه چپ‌بوده است.

۸- پریکاردیت فشار دهنده: تاکنون هفت مورد آن در منابع پزشکی جهان گزارش شده‌است. آخرین مورد Finch و Sehat (۳۹) مرد پنجاه ساله‌ای است که بعلت تنگی نفس، خیز اندام تحتانی ودردقسمت فوقانی‌راست شکم مراجعه می کند. درآزمایش بیمارکبود، مبتلا به اسیت، کبد بزرگ و دردناك و وجود صدای سوم متناوب درقلب واتساع وریدهای گردن بود که باشهیق‌خالی نمیشدند. بهنگام عمل‌جراحی، پریکارد فوق‌العاده ضخیم وتعدادی کیست دختر و زوائدهیداتیك وبافت نکروزه مشاهده گردید. بقایای‌کیست هیداتیك پاره شده در دیواره بطن چپ یافت شدکه تا نوك قلب امتداد می‌یافت. بیمار با بهبود کامل مرخص گردید.

۹- اختلال هدایتی قلب: اگراختلال هدایتی قلب بصورت بلوك دهلیزی ـ بطنی یا بلوك شاخه‌ای بعلل نامعلوم، در نقاطی که اکینوکوکوز بومی است یا درمناطق پرورش احشام یافت شود، باید بفکر این بیماری بود (۴۳ و ۴۵). Di Bello بیمار۲۶ ساله‌ای‌را بادوبارسابقه آمبولی ریه گزارش کرده‌است. هموگرام بیمار ۳۱٪ ائوزینوفیلی داشت، آزمون‌کازونی و واینبرگ مثبت بود والکتروکاردیوگرام بلوك شاخه راست را نشان داد. در آنژیوکاردیوگرافی‌سایه‌ای در بطن دیده‌شدکه‌نشانهٔ وجودتوده‌ای در دیواره بین‌دوبطن بود. بهنگام عمل حفره‌ای‌کیسه مانند بقطر شش‌سانتیمتر درقسمت وسطای دیواره بین دو بطن‌پیدا شد(۴۵).

۱۰- نشانگان«سندرم» نارسائی‌کرونر: گاهی اکینوکوکوزقلب به‌شکل‌نارسائی‌سرخرگ‌های قلب‌تظاهرمیکند. یك مورد ازعارضه بوسیله Di Bello (۴۵)درسال۱۹۶۴ گزارش‌شده‌است. بیمارزنی است ۲۰ساله که از درد مکرر وشدید عقب استرنوم بمدت چند روز شکایت می کرده است. الکتروکاردیوگرام موج T واژگون و عمیق در V3 ، V2 ، AVL ، I و موج T قرنیه در II ، III و AVf را نشان داد. بعد ازگذشت هفده سال‌بی هیچ ناراحتی، مجدداً دچار درد شدید عقب استرنوم گردیدکه چند روز طول کشید . بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و یك تومور تخم مرغ مانند بقطر۶×۸ سانتیمتراز سطح قدامی بطن چپ برداشته شد. تومور سرخرگ نزولی- قدامی‌چپ را بسمت راست منحرف کرده‌بود که میتواند دردآنژین‌صدری‌راتوجیه کند.

۱۱- اختلال درعمل دریچه‌های قلب: گاهی اکینوکوکوز قلب براثرجابجاکردن دریچه‌های‌قلب یا کوتاه ساختن طنابهای‌وتری سبب پیدایش نشانه‌های بیماری دریچه‌ای قلب میشود (۴۵). در بیمار Herard (۴۶) کیست ناحیه انفاندیبولوم بطن راست‌سبب پیدایش سوفل تنگی انفاندیبولوم گردید. وجودکیست در بیمار Rendu (۴۷) در ریشه آئورت سوفل رفت و برگشتی آئورت ایجادکرد و بالاخره نشانه گشادی دریچه‌های میترال و سه‌لتی در بیمار Bado (۴۸) مشاهده شده است.

۱۲- مرگ ناگهانی: اکینوکوکوز قلب ممکن است سبب مرگ ناگهانی گردد(۴۹). بموجب‌آمارهای دیگر نیز ۱۱٪ ازبیماران با مرگ ناگهانی از پای درآمدند (۳).

درمان. نخستین درمان جراحی درسال۱۹۲۱ بوسیله Marten و De Cerespigny (۹) انجام‌گرفت‌که منجر بفوت بیمار گردید. درسال ۱۹۳۲ دکتر Long (۱۰) توانست با موفقیت یك کیست مرده قلب را تخلیه‌کرده بردارد.

از زمان نخستین‌عمل‌جراحی‌درسال۱۹۲۱ تافوریه۱۹۷۲مجموعاً ۵۵ مورد اکینوکوکوز قلب‌گزارش شده است (۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۴-۴۵). بررسی‌این‌موارد نشان‌میدهدکه مسن‌ترین بیمار ۷۱ساله وجوانترین‌آنها ده ساله بوده‌است. ضمناً ۲۱مورد مرد و بقیه زن بوده‌اند.

از نظر محل قرارگرفتن ضایعه درقلب، 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) دومورد در دیواره بین دو بطن ودرسایرموارد کیست در دیواره بطن چپ بوده است.

ازنظر نتایج‌جراحی۴۴مورد باعمل‌جراحی بهبود یافتند، شش‌بیمار فوت‌شدند ودومورد تنهاتحت‌عمل‌قرارگرفتند وضایعه‌برداشته‌نشد. یك‌بیمارنیز سه‌سال‌پس‌ازباز کردن‌سینه(Exploration) درگذشت.

فهرست موارد بیماری اکینوکوکوز قلب‌که طی بیش از نیم قرن یعنی‌ازسال۱۹۲۱ درمنابع پزشکی‌جهان‌گزارش‌شده‌است باذکر جزئیات ونتایج درمان جراحی درهرمورد ذیلاً مشاهده‌میگردد.

نتایج درمان	نوع ضایعه ومحل 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	پریکاردیت بدون کیست دختر	زن	۴۸	6. Amargos, 1947
فوت شد	پریکاردیت	–	–	7. Amargos, 1947
بهبود یافت	کیست دیواره بطن‌راست، پاره شده‌بداخل بطن راست، پریکاردیت و کیست در هردو ریشه	زن	۲۶	8. Amargos, 1947
بهبود یافت	کیست درمحل‌الصاق دهلیز و بطن‌چپ ، وزیکولهای متعدددرپریکارد	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
تنها بازشدو بیمار پنج‌سال بعدفوت‌شد	کیست متعدد در بطن چپ، کیست در مغز، کبد وریه	زن	۱۶	14. Blakelay Reid 1951
بهبود یافت	کیست تغییر شکل یافته در دیواره بطن چپ باپریکاردیت	مرد	۲۴	15. Bosch del marco 1952
–	–	–	–	16. Ganickin, 1953
بهبود یافت	کیست دیواره بطن چپ، پریکاردیت، کیست متعددکلیه 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 تغییریافته در ناودان دهلیزی بطن چپ	زن	۴۸	19. Windsor, 1954
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای در دیواره بطن چپ	مرد	۶۱	20. Stojanovic, Vujadinovic1955
بهبود یافت	کیست تغییرشکل یافته در دیواره بطن چپ، پریکاردیت	زن	۴۰	21. Larghero, 1955
بهبود یافت	کیست تغییرشکل یافته در دیواره بطن‌چپ	زن	۳۳	22. Canabal et al. 1956
بهبود یافت	کیست کالسیفیه در دیواره بطن چپ	زن	۷۱	23. Canabal » 1956
بهبود یافت	کیست درمحل اتصال دهلیز و بطن چپ، کیست دیواره بطن چپ و پریکاردیت	مرد	۱۱	24. Canabal » 1956
بهبود یافت	کیست مدیاستن احتمالا ازمنشاء دیواره بطن	زن	۵۹	25. Canabal » 1956
بهبود یافت	کیست‌های متعدد در دیواره بطن چپ	مرد	۵۳	26. Canabal » 1956
فوت شد	کیست دهلیز راست، کیست متعدد در هردو ریه وشریان ریوی‌چپ	مرد	۳۴	27. Canabal » 1956
بهبود یافت	کیست در دیواره بطن چپ	مرد	۲۵	28. Canabal » 1956
تنها بازشد	کیست آهکی شده در دیواره بطن چپ	زن	۶۰	29. Demirlu & Cohen 1956
بهبود یافت	کیست چرکین وآهکی شده در دیواره بطن چپ	مرد	۵۰	30. Demirlu & Cohen 1956

نتایج درمان	نوع ضایعه ومحل آن	جنس	سن	نام مؤلف
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای درد وبطن راست وچپ	مرد	۳۷	31. Demirlu & Cohen
بهبود یافت	کیست در دیواره بطن چپ، کیست درکبد وصفاق	مرد	۱۷	32. Houel, 1956
بهبود یافف	دوکیست تغییر شکل یافته در دیـواره بطن چپ، کیست درکبد	زن	۴۰	33. Houel, 1956
بهبود یافت	کیست دیواره بطن (پاره شده) کیست متعدد پریکارد	زن	۲۴	34. Tountas, 1957
بهبود یافت	کیست در دیواره دهلیز چپ، کبد وصفاق	زن	۳۱	35. Sbarounis, 1957
بهبود یافت	کیست‌آهکی شده در دیواره بطن‌چپ، کیست متعدد درپریکارد	مرد	۳۰	36. Chalnot, 1957
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای در دیواره‌بطن چپ	مرد	۳۰	37. Henry, 1958
بهبود یافت	کیست چندحفره‌ای در دیواره بطن چپ، کیست درصفاق و کبد	زن	۳۰	38. Henry, 1958
بهبود یافت	کیست سالم درناودان دهلیز وبطن چپ	زن	۴۹	39. Michaud, 1959
بهبود یافت	کیست چند حفره‌ای در دیـواره دهلیز راست با انتشار بهردوریه	مرد	۶۰	40. Barret, 1960
فوت شد	کیست دیواره بطن چپ پاره شده در پریکارد	مرد	۲۲	41. Houel, 1960
بهبود یافت	کیست‌دیواره دهلیزچپ، سه‌کیست در دیواره‌بطن چپ(چندحفره‌ای)	مرد	۳۱	42. Houel, 1960
بهبود یافت	کیست تغییر شکل یافته، چندحفره‌ای، در دیواره بطن چپ	مرد	۲۹	43. Romanoff, 1962
بهبود یافت	کیست دیواره قدامی بطن چپ	زن	۳۸	44. Di Bello, 1963
بهبود یافت	کیست دیواره بطن چپ، تعداد زیادی‌کیست کوچك درپریکارد	زن	۱۳	45. Karageorgis, 1965
موقع عمل درگذشت	کیست دیواره بطن چپ	مرد	۳۷	46. Karageorgis, 1965
بهبود یافت	کیست دیواره بطن چپ، پریکاردیت حاد هیداتیك	زن	۱۲	47. Di Bello, 1967
بهبود یافت	کیست تغییرشکل‌یافته دیواره بطن چپ با پریکاردیت فشارنده	مرد	۵۰	48. Sehat & Pinch, 1972
بهبود یافت	دیواره بطن چپ وپریکاردیت فشارنده	زن	۲۳	49. Haliday et al, 1963
بهبود یافت	دیواره بین دوبطن	مرد	۲۶	50. Di Bello et al, 1964
بهبود یافت	دیواره بین دو بطن	زن	۲۰	51. Di Bello et al, 1964
بهبود یافت	دیواره بطن چپ همراه باپریکاردیت فشارنده	مود	۲۲	52. منتشر نشده
بهبود یافت	دیواره قدامی بطن چپ بانفوذ جزئی بداخل بطن	مرد	۱۱	53. منتشر نشده

* دو بیمار آخر یکی ازاصفهان ودیگری ازتهران است که اخیراً دربیمارستان قلب ملکه مادر بوسیله آقایان دکتر مطلق ودکترآذر عمل شده‌اند، بدین ترتیب مجموع بیماران عمل شده از سال ۱۹۲۱ تاکنون ۵۳ مورداست که در ۴۴ مورد بهبودکامل یافته‌اند.

** دومورد اکینوکوکوز دیواره بطن چپ نیز قبلا گزارش شده‌است: یك‌موردآن از دانشکده پزشکی پهلوی شیراز توسط همکاران آقایان دکترعلی فرپور، دکترهنجی ودکتر مکانیك ومورد دیگر ازبیمارستان شهربانی تهران توسط آقای دکترهیئت بوده است. کیست درهردومورد در دیواره بطن چپ قرارداشت و با عمل جراحی بهبود یافت.

ماده‌ایکه بتواند بداخل غشاء کیست نفوذکند ومحتویـات آنرا از بین ببرد وجود ندارد ، لذا هیچگونه درمان پزشکی بصورت شیمیوتراپی برای مرحله جنینی انگل در دست نیست (اخیراً از Mebendazol درحیوان‌وانسان‌استفاده شده است). پرتودرمانی نیز کمکی درجلوگیری از رشد انگل‌نمیکند وتنها وسیله درمان، جراحی است .

پارگی جدار کیست بعلت شکنندگی فوق‌العاده آن ضمن‌جراحی خطری است که همیشه‌بیماران را تهدید میکند ومنجر بآزادشدن هزاران اسکولکس فعال در محیط عمل میگرددکه باپیوند شدن در روی بافتها ، سبب پیـدایش اکینوکوکوزثانوی می‌شود . برای آنکه از انتشار محتویات سیست بنسوج اطراف جلوگیری شود ، قبل از برداشتن‌کیست معمولا یك محلول‌کشنده‌اسکولکس

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 ، فوق‌العاده مقاوم است . بعلاوه ماده کشنده اسکولکس تزریق شده بداخل سیست بامحتویات سیست بخوبی مخلوط نمیشود وازهمه‌مهمتر آنکه شکنندگی جدار سیست و فشار زیاد داخل آن ممکنست محل سوزن را درجدار تبدیل بیك پارگی وسیع کند .

Meymerian وهمکارانش توانسته‌اند خاصیت کشنده اسکولکس‌را درسی وهشت ماده شیمیائی‌مختلف آزمایش کنند . از جمله این مواد یکی فرمالین است که بوسیله اکثر جراحان جهت سترون کردن‌محتویات کیست بکاررفته‌است. محلول فرمالین‌در کیست‌های قلب ویابطور کلی‌درقفسه صدری نباید مصرف شود چون‌در گذشته خود باعث‌چسبندگی‌وعوارض گوناگون شده است . محلول۳۳٪ سالین را بعضی کاملا مؤثر وبی‌خطرمیدانند. اخیراً ثابت شده است که نیترات‌دار ژان باغلظت کم (۰/۵ درصد) میتواندبعنوان یك ماده کشنده اسکولکس قوی وبدون داشتن‌خاصیت سمی‌برای نسوج میزبان مصرف شود .

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 hydatica, Arch. Intern. Hidatid. 11: 346, 1950.

19- Armand Ugon, V., et al.: Quiste hydatico del ventricule 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 secondarire du pericarde traitment 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 & Sehat, 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 developpment 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.