

گزارش مورد:

کیست هیداتیک جدار قدامی بطن چپ با گسترش به سپتوم بین دو بطن

دکتر اسداله میرزایی^۱ - دکتر بهروز متحدی^۲

چکیده

بیماری هیداتید یا اکی‌نوкокوزیس با گسترش جهانی خود در مناطق آندمیک، یک مشکل بهداشتی محسوب می‌شود. انسیدانس بیماری در جوامع مختلف به میزان شیوع بیماری در میزبانان واسط مانند گوسفندان، خوکها و گله‌های گاو موجود در آن نواحی بستگی دارد. این بیماری در آمریکای جنوبی، ایسلند استرالیا، نیوزلند و جنوب آفریقا به صورت آندمیک مشاهده شده و کشور ما نیز از نواحی آلوده به این بیماری محسوب می‌شود. تقریباً هیچ عضوی از بدن از ابتلای به بیماری مصون نیست. بیماری هیداتید قلب اگر چه نادر است ولی گهگاه در مطبوعات پزشکی مواردی از آن گزارش می‌شود. در این مقاله یکی از این موارد، یعنی ابتلای جدار قدامی بطن چپ و سپتوم بین دو بطن به بیماری اکی‌نوкокوزیس گزارش می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیست هیداتیک؛ جدار قدامی بطن چپ؛ اکی‌نوкокوزیس

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۱، شماره ۱، سال ۱۳۸۳)

مقدمه

از جمله مناطق ابتلا می‌باشند (۲). ابتلای قلب به بیماری هیداتید یافته‌ای نادر است و تنها شامل ۳٪ از موارد ابتلای انسان به اکی‌نوкокوزیس می‌شود. انگل معمولاً از راه گردش خون و از طریق عروق کرونر به قلب انتقال می‌یابد و در عضله قلب جایگزین می‌گردد (۳، ۴). شایعترین محل ابتلای قلب به بیماری هیداتید، دیواره بطن چپ می‌باشد. احتمال ابتلای حفره‌های قلب و سپتوم بین دو بطن به بیماری نیز وجود دارد (۵). ابتلای پریکارد به صورت اولیه به اکی‌نوкокوزیس بسیار نادر است ولی مواردی از آن گزارش شده است (۶). بسته به محل جایگزینی کیست در قلب، بیمار می‌تواند سالها بدون علامت باشد و یا دچار عوارض مرگباری شود (۵، ۶).

بیماری هیداتید جزو بیماریهای مشترک بین انسان و دام است. عامل آن اکی‌نوкокوس گرانولوزوس است. انگل معمولاً در مرحله لاروی یا مرحله کیستیک، بیماری را منتقل می‌کند (۱). این بیماری در نقاط مختلف دنیا به صورت آندمیک وجود دارد و تقریباً تمام اعضای بدن انسان به این بیماری مبتلا می‌گردد. کبد در ۷۵٪ موارد، ریه‌ها در ۱۵٪ موارد و سایر اعضا در ۱۰٪ موارد درگیر این بیماری می‌شوند. مغز، سینوس کاروتید، غدد ساب مندیولار، غده تیروئید، قلب، پلور، دیواره قفسه صدری، کلیه‌ها، طحال، پانکراس، حفره پریتون، کانال اینگوینال، پستانها، استخوان و نسج نرم

^۱ (نویسنده مسؤول) فوق تخصص جراحی قلب و عروق؛ استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
آدرس: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی، بیمارستان قائم (عج)، گروه جراحی قلب، دانشکده پزشکی
تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۴۳۳۰۱ دورنگار: ۰۵۱۱-۸۸۱۶۴۳۹ پست الکترونیک: mirzaie@yahoo.com
^۲ فوق تخصص جراحی قلب و عروق؛ استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

طبیعی بودند.

در اکوی انجام شده، فقط مایع متوسط در حفره پریکارد، کلاپس دهلیز راست و نارسایی خفیف میترا ل گزارش شد و اثری از کیست قبلی در قلب دیده نشد. آنژیوگرافی عروق کرونر نیز طبیعی بود. پس از ۱۰ روز بیمار بهبود یافت و مرخص شد.

پس از گذشت ۵ ماه، بیمار جهت کنترل به کلینیک مراجعه کرد که پس از انجام رادیوگرافی قفسه صدری و مشاهده تصویر دانسیته دوبل بر روی سایه قلب، مجدداً اکوکاردیوگرافی انجام شد که تصویر توده کیستیک بزرگی در ناحیه آنتریور بطن چپ با گسترش به ناحیه سپتوم بین دو بطن گزارش گردید. این توده مسؤول ایجاد اثر فشاری روی مجرای خروجی بطن راست، با تولید گرادیانی حدود ۳۰ میلیمتر جیوه در این ناحیه بود. بیمار در تاریخ ۸۲/۵/۲۹ مورد عمل جراحی قرار گرفت. پس از انجام استرنوتومی و باز نمودن پریکارد، توده کیستیک بزرگی در ناحیه قدامی بطن چپ با گسترش به سپتوم بین دو بطن و مجرای خروجی بطن راست جلب توجه کرد. این توده به حفره‌های قلب، مرتبط نبود.

ابتدا دستگاه قلب و ریه مصنوعی به بیمار وصل شد. محتویات کیست که حاوی مایعی زلال بود، آسپیره شد و کیست با محلول قندی هیپرتونیک استریل گردید. در خاتمه کیست باز شد و محتویات آن (شامل ممبران ژرمیناتیو)، خارج و جدارهای آن تا حد امکان حذف گردید. نمونه‌ها برای آزمایشگاه پاتولوژی ارسال گردید که جواب آن کیست هیداتیک گزارش شد. در تاریخ ۸۲/۶/۱۶ بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد و در اکوکاردیوگرافی ۸ ماه بعد از عمل اثری از کیست در قلب مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

اکی‌نوкокوزیس یکی از بیماری‌های نسبتاً شایع در کشور

مواردی از آمبولی حاد ریه به دنبال پارگی کیست هیداتیک درون بطن راست، سکتته مغزی ناشی از آمبولی کیست هیداتیک درون دهلیز چپ، بلوک دهلیزی بطنی و تاکی‌کاردی حمله‌ای بطنی ناشی از کیست هیداتیک درون سپتوم بین دو بطن گزارش شده است (۷-۹).

کیست هیداتیک قلب را با آزمایشهای سرولوژیک، اکوکاردیوگرافی، سی‌تی‌اسکن و MRI می‌توان تشخیص داد. درمان این بیماری در قلب پس از تشخیص، عمل جراحی است (۱۰، ۱۱).

در مواردی که کیست به داخل حفره‌های قلب گسترش پیدا نکرده است، به صورت بدون پمپ (Off-Pump) و در بقیه موارد با استفاده از ماشین قلب و ریه مصنوعی می‌توان جراحی را انجام داد (۵، ۱۲).

در عمل پس از استریل‌نمودن کیست با محلول گلوکز هیپرتونیک و تخلیه محتویات آن، کیست را حذف و محل را ترمیم می‌کنند. پس از عمل نیز بیمار مدتها با آلبندازول درمان می‌شود (۴، ۵).

گزارش مورد

بیمار مردی ۳۴ ساله، کشاورز، اهل فردوس با شکایت از درد قفسه صدری از ۶ ماه قبل به متخصص قلب مراجعه نموده و پس از انجام اکوکاردیوگرافی، تشخیص کیست هیداتیک جدار قدامی بطن چپ با گسترش به سپتوم بین دو بطن مطرح و بیمار آماده عمل جراحی شد.

قبل از عمل تحت درمان دارویی با آلبندازول قرار گرفت یک ماه پس از شروع درمان دارویی بیمار با درد سوزشی ناحیه پره‌کوردیال به اورژانس مراجعه و بستری شد. در زمان پذیرش علائم حیاتی بیمار ثابت بود؛ ریه در سمع پاک بود و ورید ژوگولر مختصری برجسته و در سمع قلب سونل سیستولیک ۳/۴ در کناره چپ استرنوم شنیده می‌شد. آزمایشهای پاراکلینیک و الکتروکاردیوگرافی در حد معمول و

ما می‌باشد که تمام اعضای بدن از جمله قلب را مبتلا می‌کند. اگر چه ابتلای قلب به بیماری هیداتید نادر است ولی به علت احتمال بروز عوارضی کشنده مثل آمبولی، پارگی و شوک آنافیلاکسی، در بیماران مبتلا به کیست هیداتیک نقاط دیگر بدن لازم است قلب نیز از نظر وجود این بیماری بررسی گردد.

منابع:

- 1- Dighiero J, Canabal EJ, Aguirre CV, Hagan J, Horjales JO. Echinococcus disease of the heart. *Circulation* 1958; 17: 127-32.
- 2- Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H. Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22 (1): 17-22.
- 3- Biricioglu CL, Bardakci H, Kucuker SA. A clinical dilemma: cardiac and pericardiac echinococcosis. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1290-94.
- 4- Kaplan M, Demertas M, Cimen S, Ozler A. Cardiac hydatid cysts with intracavitary expansion. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 1587-90.
- 5- Miralles A, Bracamonte L, Pavie A. Cardiac echinococcosis: surgical treatment and result. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 184-90.
- 6- Abid A, Khayati, Zargouni N. Hydatid A cyst of the heart and pericardium. *Int J Cardiol* 1991; 31: 108-109.
- 7- Sanchez-Recalde A, Peinado RP, Gonzalez AE, Sobrino JA. Atrial flutter resulting from right atrial compression by a hepatic hydatid cyst. *Int J Cardiol* 2000; 73: 87-89.
- 8- Agarwal DK, Agarwal R, Barthwal SP. Interventricular hydatid cyst presenting as complete heart block. *Heart* 1996; 75: 266.
- 9- Gurgun C, Nalbantagil S, Cinar CS. Two cases of cardiac cyst hydatid with right and left ventricular involvement. *Int J Cardiol* 2001; 78: 193-95.
- 10- Rey M, Alfonso F, Torrecilla EG. Diagnostic value of two-dimensional echocardiography in cardiac hydatid disease. *Eur Heart J* 1991; 12: 1300-07.
- 11- Bashour TT, Alali ARK, Mason DT, Saalouke M. Echinococcosis of the heart: clinical and echocardiographic features in 19 patients. *Am Heart J* 196; 132: 1028-30.
- 12- Ben-Hamda K, Maatouk F, Ben-Farhat M, Betbout F, Gamra H, Addad F, et al. Eighteen-year experience with echinococcosus of the heart: clinical and echocardiographic features in 14 patients. *Int J Cardiol* 2003; 91(2-3):145-51.