

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۴ (۱۳۸۱)، صفحه ۶۷

گزارش دو مورد جالب و نادر کیست هیداتیک قلب

دکتر احمدرضا جوادی^۱، دکتر محمدعلی یوسف‌نیا^۲، دکتر سید محمدباقر طباطبائی^۳

خلاصه

علی‌رغم شایع بودن کیست هیداتیک در انسان، بروز آن در قلب نادر است. در صورت بروز کیست هیداتیک در قلب عمدتاً بطن چپ گرفتار می‌شود که با علایمی نظیر انسداد راههای خروجی بطنها، اختلالات هدایتی، پارگی به حفرات قلب و پارگی به داخل حفره پریکارد خود را نشان می‌دهد. در این گزارش دو مورد جالب و نادر کیست هیداتیک قلب معرفی می‌شود که مورد اول به خاطر نوع تظاهر بالینی به صورت تاکیکاردی سینوسی و مورد دوم به خاطر محل استقرار کیست در راه خروجی بطن راست و کشف تصادفی آن می‌باشد. هر دو مورد بعد از درمان جراحی کاملاً بهبود یافتند.

کلید واژه‌ها: کیست هیداتیک، اکتینوکوکوزیس، سیستم هدایت کننده قلب

مقدمه

ارگانهای مختلف را درگیر می‌کند و می‌تواند تظاهرات بالینی سایر بیماریها را تقلید کند. قلب نیز از این ارگانهاست که به طور نادر به آن مبتلا می‌شود و حدود ۲ - ۰/۰۲ درصد موارد را به خود اختصاص می‌دهد و از آنجایی که بروز کیست هیداتیک با علایم آتیپیک و یا قرارگیری آن در محل‌های ناشایع مثل قلب نادر است لذا همواره جالب و مورد توجه است و در صورت بروز کیست در قلب عمدتاً بطن چپ گرفتار می‌شود (۲).

بیماری کیست هیداتیک یک بیماری انگلی شایع است که توسط مرحله لاروی اکتینوکوکوس گرانولوزیس یا اکتینوکوکوس مولتی لوکولاریس در ارگانهای مختلف بدن ایجاد می‌گردد و در زمره بیماریهای نگران کننده، بعد از بیماریهای بدخیم برای انسان می‌باشد. تشخیص بیماری با سرولوژی، رادیوگرافی، سی تی اسکن و MRI بوده و درمان با جراحی و اغلب دارویی و در مواردی به هر دو صورت توأم می‌باشد (۱).

عدم درمان صحیح و به موقع، عوارض شدید مثل پارگی به داخل ارگانهای بدن، عفونت باکتریایی ثانویه، تشکیل آبسه و سرانجام مرگ و میر را به دنبال خواهد داشت. این بیماری

- ۱- استادیار جراحی قلب و عروق - دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده رابط)
- ۲- استادیار جراحی قلب و عروق - دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۳- استادیار جراحی قلب و عروق - دانشگاه علوم پزشکی ایران

گزارش مورد

از میان موارد کیستهای هیداتیک قلب در حد فاصل ۱۳۸۰-۱۳۷۷ در بیمارستان قلب شهید رجائی تهران دو مورد نادر به شرح ذیل معرفی می‌گردد:

مورد اول: خانم محبوبه - ۲۴ ساله، متأهل، ساکن یکی از بخشهای کاشان با سابقه هیپرتیروئیدی که تحت درمان بوده و در زمان بررسی از نظر آزمایشگاهی یوتیروئید بود؛ بیمار به علت تاکی‌کاردی ناگهانی مکرر به بخش اورژانس بیمارستان قلب مراجعه نموده در مراجعات قبلی نیز همواره تاکی‌کاردی ایشان با دارو درمان شده بود و در معاینه فیزیکی غیر از تاکی‌کاردی سینوسی مساله‌ای نداشت. در الکتروکاردیوگرام انجام شده تغییراتی در موج T به شکل معکوس شدن آن در لیدهای $V_1 - V_6$ - داشته است جهت بررسی تکمیلی، بیمار تحت اکوکاردیوگرافی قرار گرفت که توده‌ای در ابعاد $۶/۵ \times ۴/۵ \times ۳$ سانتی‌متر در سپتوم بین بطنی متمایل به دیواره آزاد بطن چپ مشاهده شد. در بررسی بعدی با سی تی اسکن وجود توده با همان ابعاد در محل یاد شده تأیید گردید. در بررسیهای آزمایشگاهی غیر از افزایش ESR مساله خاصی نداشت؛ بیمار کاندیدای عمل جراحی گردید. در عمل جراحی بعد از برقراری کاردیوپولمونری بای پاس و ایست قلب با تزریق کاردیوپلژین، از طریق دهلیز چپ به داخل قلب دسترسی حاصل و از طریق دریچه میترال بطن چپ بررسی گردید و توده‌ای سفید رنگ با قوام کیستیک در ابعاد ۴×۳ سانتی‌متر در سپتوم بین بطنی با تمایل به دیواره آزاد بطن چپ رؤیت شد که ابتدا با تزریق محلول سدیم کلراید هیپرتونیک و سپس تخلیه مایع آن، کیست به طور کامل در آورده شد که شامل لایه ژرمیناتیو و در نمای ماکروسکوپی کیست هیداتیک بوده و فاقد کیست دختر بود. در بررسی سایر ارگانها شامل ریه، کبد و ... یافته مثبت وجود نداشت. بیمار بعد از عمل فاقد شکایت اصلی طپش قلب بود.

مورد دوم: بیمار محسن - ۱۱ ساله اهل و ساکن یکی از روستاهای استان اصفهان در معاینه روتین شش ماه قبل توسط پزشک عمومی، وی متوجه وجود یک سوفل سیستولیک درجه II/VI در LSB شده و بیمار به متخصص قلب معرفی می‌شود؛ در بررسی اکوکاردیوگرافی یک توده نسبتاً بزرگ در سپتوم بین بطنی متمایل به بطن راست در مجاورت دریچه تریکوسپید مشاهده گردید که تا حدودی باعث انسداد راه خروجی بطن راست (ROVT) شده بود. بررسیهای آزمایشگاهی نرمال بوده، بیمار با تشخیص کیست هیداتیک تحت درمان دارویی Albendazol و دیگوکسین قرار می‌گیرد. در پیگیری تغییری در اندازه توده حاصل

نشده لذا بیمار به بیمارستان قلب معرفی می‌شود. در اکوی مجدد، کیستی در ابعاد ۴×۳ سانتی‌متر در سپتوم بطنی بدون تنگی شدید انفاندیبولوم وجود داشت. بیمار کاندیدای عمل جراحی باز شد که در عمل جراحی بعد از قرار گرفتن روی کاردیوپولمونری بای پاس و ایست قلب با تزریق کاردیوپلژین از طریق دهلیز راست به بطن راست دسترسی حاصل شد و توده‌ای در ابعاد $۴ \times ۲/۵$ سانتی‌متر در سپتوم بین بطنی در RVOT مشاهده گردید که بعد از تزریق سالین نرمال هیپرتونیک و تخلیه مایع، کیست به طور کامل خارج شد و در داخل آن یک کیست دختر وجود داشت. در بررسی سایر ارگانها شامل مغز - کبد - ریه - با سی تی اسکن مساله‌ای وجود نداشت. نمای ماکروسکوپی شبیه کیست هیداتیک بوده و در آزمایش میکروسکوپی نیز کیست هیداتیک تأیید شد. اکو کاردیوگرافی بعد از عمل، رفع کامل تنگی انفاندیبولوم و برداشته شدن کامل کیست را نشان داد. بیمار با حال عمومی خوب و ادامه درمان دارویی با آلبندازول مرخص شد (شکل).

بحث و نتیجه‌گیری

اولین گزارش وجود بیماری اکتینوکوکوس در قلب توسط Williams در سال ۱۸۳۶ ارائه شد (۳). اکثر گزارشها نشان داده‌اند که کیستهای هیداتیک قلب عمدتاً در دوران کودکی اکتسابی بوده و بیشتر در بالغین جوان و میانسالی خود را نشان می‌دهند (۲). که این مساله در هر دو مورد گزارش شده صدق می‌کند.

همچنین آمار نشان می‌دهد بطن چپ شایعترین ناحیه ابتلا به کیست هیداتیک در قلب است (۲). در بررسی ۴۸ مورد جمع‌آوری شده توسط Gibson در ۱۹۶۴، ۲۹ مورد در بطن چپ و تنها ۲ مورد در بطن راست بود (۴).

در یک مطالعه دیگر در ۱۹۷۱ توسط Heyat شایعترین محل، بطن چپ در حدود ۷۷٪ و سپتوم بین بطنی ۷/۷٪ و تنها ۱۱/۵٪ بطن راست بود (۵). احتمالاً خون رسانی قابل توجه و زیاد بطن چپ علت فراوانی کیست هیداتیک در بطن چپ می‌باشد.

در مورد بیمار اول کیست در طرف چپ سپتوم بین بطنی با تمایل به دیواره آزاد بطن چپ قرار داشت ولی در بیمار دوم کیست در راه خروجی بطن راست واقع شده بود که با توجه به آمار فوق‌الذکر، بطن راست محل ناشایعی جهت استقرار کیست هیداتیک است. کیست هیداتیک قلب می‌تواند پارگی به داخل حفرات قلب، پارگی به داخل حفره پریکارد، فشار روی عروق کرونر و در نتیجه

علایم ایسکمی میوکارد، فشار روی مکانیسم هدایتی قلب و انسداد راههای خروجی بطنها را سبب شود(۶).

شکل ۱، تصویر اکو کار دیو گرافی کیست هیداتیک RVOT بیمار مورد دوم

در بررسی انجام شده Ghanem & Darwish در ۱۹۵۱، یک مورد از کیست هیداتیک قلب و Paroxysmal Tachycardia را نشان دادند. لذا بروز علایم کیست هیداتیک به صورت تاکیکاردی یک علامت بسیار نادر بود که در مورد بیمار اول اتفاق افتاده بود(۸). کیست هیداتیک قلب می‌تواند در درصد بالایی به مغز ۶۴٪، کلیه ۱۷/۵٪، طحال ۱۷/۵٪، کبد ۱٪ آمبولی فرستد که در مطالعه ۸۰ بیمار، بررسی شده است(۲). در بررسی سایر ارگانهای هر دو مورد با سونوگرافی و CT. Scan موردی از آمبولی ارگانهای دیگر وجود نداشت.

نادر و جالب بودن هر دو مورد معرفی شده به خاطر بروز علامت بالینی به صورت تاکیکاردی سینوسی در مورد اول و کشف تصادفی و قرارگیری در بطن راست در مورد دوم می‌باشد. کیست هیداتیک موجود در عضله قلب اشغال کننده بخشی از فضا است که باعث فشار روی باندل هایس و شاخه‌های آن و سبب اختلالات هدایتی به صورت بلوک کامل و نیمه کامل می‌شود(۷)، که در مورد بیمار اول علایم به صورت تاکیکاردی سینوسی بود که با توجه به سابقه هیپرتیروئیدی بیمار عمدتاً به پرکاری تیروئید نسبت داده می‌شد، هر چند بیمار از نظر علایم بالینی و آزمایشگاهی در وضعیت یوتیروئید بود.

هیداتیک در مورد دوم حاصل توجه دقیق و پیگیری یک پزشک عمومی بود. از طرفی بروز علایمی نظیر تاکیکاردی در ابتلای سیستم هدایتی قلب به کیست هیداتیک و سابقه هیپرتیروئیدی در مورد اول سبب شده بود که این بیمار بارها به علت تاکی آریتمی به مرکز اورژانس مراجعه و صرفاً تحت درمان دارویی واقع شود لذا توجه دقیق و ارزیابیهای کلینیکی تکمیلی مثل اکوکاردیوگرافی مخصوصاً در بیمارانی که در مناطق روستایی و آلوده از نظر کیست هیداتیک زندگی می‌کنند کمک کننده خواهد بود.

کیست هیداتیک قلب به علت قرار گرفتن در معرض ترومای مکانیکی ثابت ناشی از ضربان قلب تمایل دارد که مولتی و زیکولر باشد. کیستهای دختر می‌تواند در داخل کیست هیداتیک قلب باشد(۲) که در مورد بیمار دوم صدق می‌کرد.

با توجه به بحث فوق می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که تا زمانی که بیماری اکتینوکوکوسی در کشور ما ریشه‌کن نشده ابتلای ارگانهای مختلف از جمله قلب هر چند نادر است، بایستی مد نظر بوده و در معاینات فیزیکی روتین افراد بالغ جوان و میانسال، معاینه فیزیکی قلب مورد توجه قرار گیرد و علایمی نظیر سوفل و ... مورد ارزیابی دقیق و تکمیلی واقع شود. کشف اتفاقی کیست

References:

1. Macpherson CNL, Roming T, Zeyhle E. Portable ultrasound scanner versus serology in screening for hydatid cyst in a nomadic population. *Lancet* 1987; 2: 259-267.
2. Saidi F. *Surgery of hydatid disease*. 1 st ed . London, WB Saunders Company, 1976; P: 302 – 321.
3. Williams WH. Hydatiden in dem herzen eines Kindes. *Schmidt's Jahrbuch* 1836; 9: 29(Germany).
4. Gibson DS. Cardiac hydatid cysts. *Thorax* 1964; 19: 151-158.
5. Heyat J, Mokhtari H, Hajaliloo J, Shakibi J G. Surgical treatment of echinococcal cyst of heart. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1971; 61: 755- 764.
6. De Paulis R, Seddio F, Colagrande L, Polisca P, Chiaviello L. Cardiac echinococcosis causing coronary artery disease. *Ann Thoraco Surg* 1999; 67: 1791-3.
7. Kammoun S, Frikha I, Fourati K, Fendri S, Benyoussef S, Sahnoun Y, et al. Hydatid cyst of heart located in the interventricular septum. *Can J Cardiol* 2000; 16(7): 921-4.
8. Ghanem MH, Darwish AE. Hydatid heart disease with paroxysmal tachycardia. *British Heart Journal* 1951; 13: 109-111.