

تشخیص اکوکاردیوگرافیک بیمار مبتلا به کیست هیداتیک دیواره بین دو بطن

دکتر فرهنگ مسیح‌نیا*

معرفی بیمار

ابوالفضل ج. ۳۱ ساله، کمک‌آشپز که در تاریخ ۶۷/۶/۱۱ در بخش عفونی بیمارستان شهید دکتر لبافی‌نژاد بستری گردید.

علت مراجعه. تب و لرز که به طور ناگهانی از ده روز قبل از مراجعه شروع شده بود و طی این مدت شدت و ضعف داشته که طبق اظهار بیمار خستگی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن نیز با آن همراه بوده است.

پیشینه^۱ شخصی. بیمار قبلاً هیچگونه کسالتی نداشته فقط دو هفته پیش دچار آبسه دندان شده بود که بدون درمان بهبود می‌یابد.

معاینه عمومی. بیمار رنگ پریده بود، ولی اعضای بدن هنگام معاینه در حد طبیعی بودند، فقط در سمع قلب، سوفل سیستولیک از نوع ejection با شدت $\frac{۴}{۶}$ در سومین فضای بین دنده‌ای طرف چپ کنار جناغ سینه شنیده می‌شد که بدون انتشار و تقریباً متمرکز (لوکالیزه) بود. ضربانهای قلب منظم و تعداد آنها در حدود ۸۰ در دقیقه بود، فشارخون $\frac{۱۱۰}{۷۰}$ میلیمتر جیوه و حرارت بدن ۳۷/۹ درجه سانتیگراد.

یافته‌های آزمایشگاهی. آزمونهای انجام شده در تاریخ

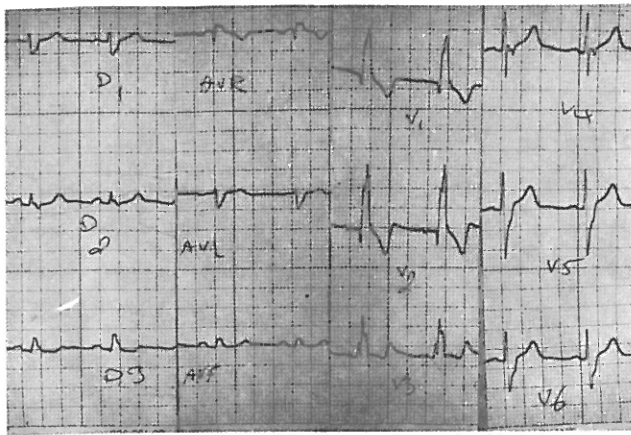
۶۷/۶/۱۲ نتایج زیر را نشان داد: فرمول و شمارش گلبولی: گویچه‌های سفید ۱۵۲۰۰، نوتروفیل ۶۶ درصد، ائوزینوفیل ۲۳ درصد، لنفوسیت ۱۱ درصد، هموگلوبین ۵/۶ گرم درصد، هماتوکریت ۴۸/۵ درصد، گویچه‌های سرخ ۵۳۹۰۰۰۰ و سدیمنتاسیون گلبولی در ساعت اول ۳۳ میلیمتر بود.

در تاریخ ۶۷/۶/۲۰ آزمایشهایی جهت کنترل به عمل آمد که در زیر توضیح داده می‌شود:

گویچه‌های سفید ۷۲۰۰، نوتروفیل ۴۳ درصد، ائوزینوفیل ۳۸ درصد، لنفوسیت ۱۷ درصد، مونوسیت ۲ درصد، هموگلوبین ۱۶/۵ درصد، هماتوکریت ۴۹/۴ درصد و گویچه‌های سرخ ۵۵۷۰۰۰۰.

آزمایش انگلی مدفوع منفی، آزمون لام محیطی از نظر مالاریا منفی، رایت و ویدال و کشت خون در سه نوبت منفی، کشت ادرار منفی و آزمایش کازونی - باتوجه به غیراختصاصی بودن تست - میسر نگردید. پرتونگاری از قلب، کاردیومگالی متوسط با پرخونی (کنزیون) مختصر ناف ریه را نشان می‌دهد. پرتونگاری، بویژه در وضعیت نیمرخ ارجحیت بطن راست را بخوبی تصویر کرده است (شکل ۱- الف و ب). الکتروکاردیوگرافی بلوک شاخه راست هیس را نشان می‌دهد (شکل ۲).

* عضو هیات علمی و متخصص بیماریهای قلب و عروق بیمارستان شهید دکتر لبافی‌نژاد (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

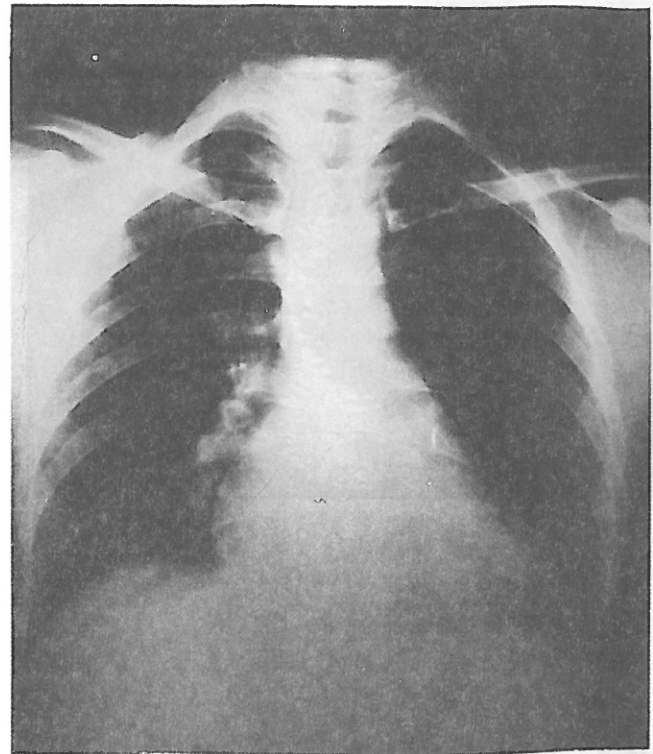


شکل ۲. اکوکاردیوگرام به روش M-Mode بعد از عمل جراحی وضعیت دیواره بین دو بطن را که تقریباً در حد طبیعی می‌باشد، نشان می‌دهد.

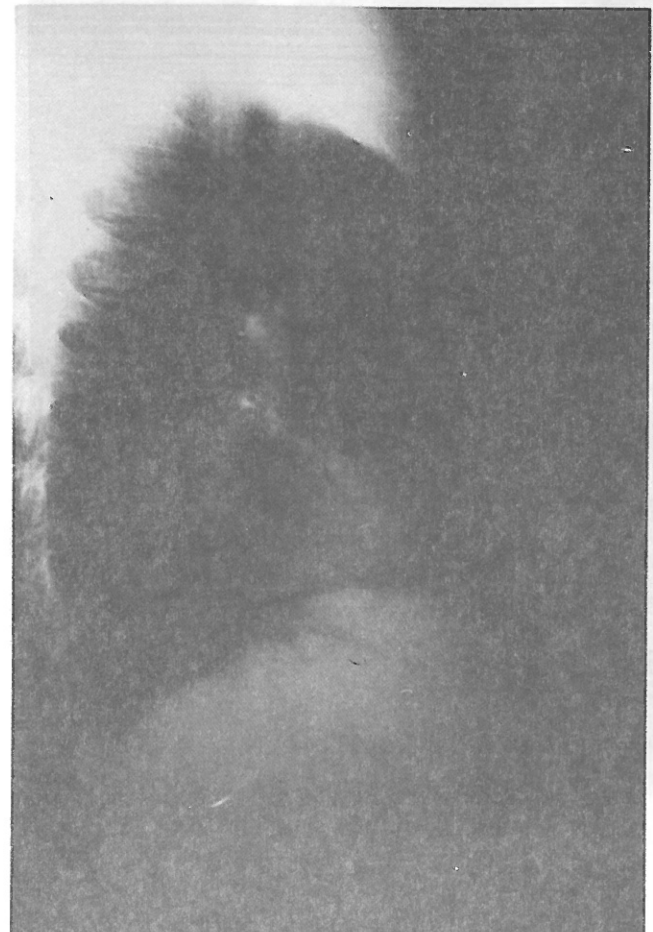
با توجه به پدیده‌های فوق، بیمار تحت بررسی اکوکاردیوگرافیک به روش M-Mode و سپس دو بعدی (2-dimensional) قرار گرفت که در نتیجه، وجود توده‌ای لوبوله (لانه زنبوری) در قسمت فوقانی دیواره بین دو بطن در محل خروجی بطن راست مشخص گردید (شکل ۳ - الف و ب). بیمار جهت عمل جراحی به بیمارستان شهید رجایی اعزام گردید. نتیجه عمل جراحی وجود کیست هیداتیک را تأیید کرد و به علت تخریب درجه سه‌لتی (تریکوسپید) تعویض درجه نیز انجام گردید. معاینه مجدد پس از عمل جراحی نشان داد که سوفل قبلی برطرف گردیده و قلب بیمار کاملاً به حال طبیعی بازگشت (شکل ۴). وضع بیمار کاملاً رضایتبخش بود و جهت پیشگیری از عود بیماری، با ۲ گرم میندازول در روز، تحت درمان قرار گرفت. در ضمن به بیمار توصیه شد که جهت پی‌گیری متناوباً به بیمارستان مراجعه نماید.

بحث

جایگزینی لارو اکی‌نوкок (Echinococcus) در قلب در دو درصد موارد ابتلای به کیست هیداتیک مشاهده می‌شود. مسیر لارو از طریق سیاهرگ باب و راههای لنفاوی به بطن راست، سرخرگ ریوی، ریه؛ برگشت به بطن چپ و از آنجا به سرخرگهای کرونر و بالاخره میوکارد (۵۰ درصد موارد) و سیتوم (۲۰ درصد موارد) می‌باشد. لارو پس از چند هفته تبدیل به کیست گردیده و در نتیجه بزرگ شدن، اختلالاتی نظیر: (۱) بلوک شاخه راست هیس، (۲) بلوک نیمه قدامی چپ (LAH ۳۰٪) توسعه کیست به داخل بطنها و در نتیجه تنگی راه خروجی سرخرگ ریوی و یا



شکل ۱- الف



شکل ۱- ب

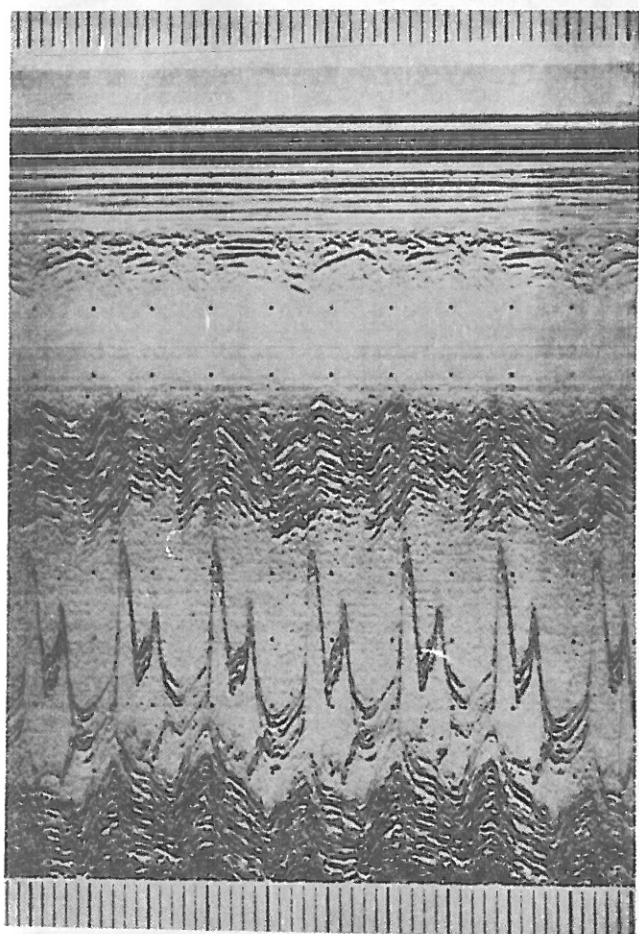
آئورت . ۴) و بالاخره پارگی کیست در داخل بطن و عوارض ناشی از آن به وجود می‌آورد (۱) .

کیستهای خوش خیم دیگر قلب که شامل مزوتلیوما و کیستهای منشاء گرفته از اپیتلیال می‌باشند، غالباً در جنس مونث ایجاد می‌شوند که در زمان حاملگی شایعتر است . به همین دلیل نقش هورمونی را در تشکیل این نوع کیستها دخیل می‌دانند، و به علت مجاورت با گره AV گاهی سبب ایست کامل قلب و مرگ ناگهانی می‌شود و گاه نیز تا پایان عمر بدون علامت باقی می‌ماند (۷) .

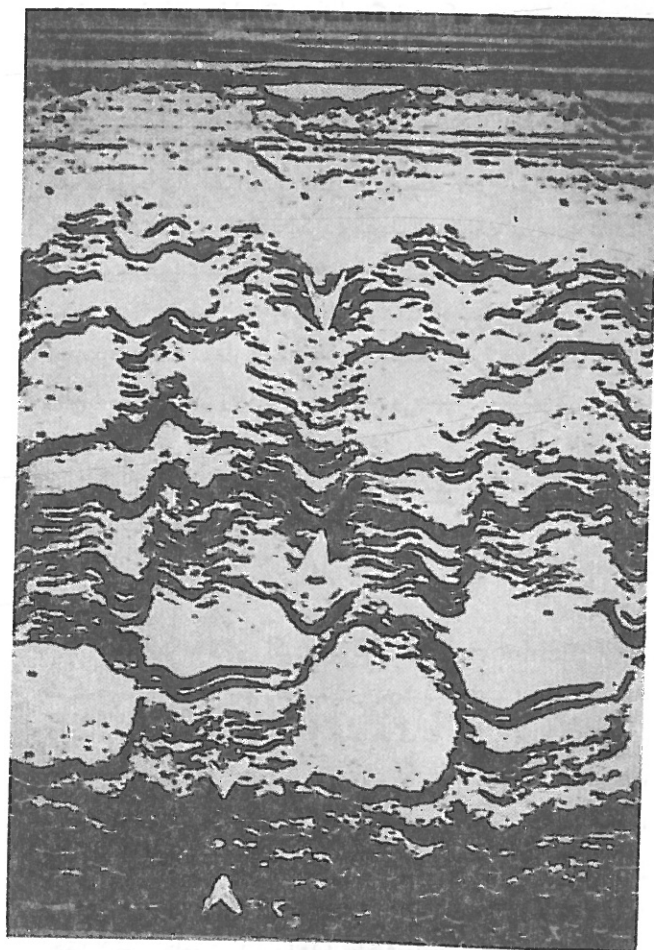
اکوکاردیوگرافی، بخصوص به روش دو بعدی، بهترین وسیله غیرتهاجمی برای تشخیص کیستهای قلبی می‌باشد، و نظر به اینکه ائوزینوفیلی یکی از راههای تشخیص کیست هیداتیک می‌باشد، لذا توام شدن علایم دوگانه ائوزینوفیلی و وجود نشانه اکوکاردیوگرافیک (کیست لانه زنبوری و کیستهای با حاشیه کالسیفیه) تشخیص را مسجل می‌سازد .



شکل ۳- ب. اکوکاردیوگرام دو بعدی و در وضعیت 4 Chamber محل قرار گرفتن کیست در قسمت فوقانی دیواره بین دو بطن مشخص است .



شکل ۴



شکل ۳- الف. اکوکاردیوگرام به روش M. Mode قطر دیواره بین دو بطن و فضاهاى اکوفری بین آن و مقایسه آن با دیواره خلفی بطن، که با فلش مشخص گردیده است نشان می‌دهد .

مراجع

1. Cia O Farooki Co, Adelman, Edward W Green W: Echocardiographic differentiation of a cystic and a solid tumor of the heart. Am J Cardiol 39:107, 1977
2. Limacher MC et al: Cardiac echinococcal cyst. Diagnosis by two dimensional echocardiography. J Am Coll Cardiol 2:574, 1983
3. Ernst A, Cikes I, Radovanovic, N: Two dimensional echocardiographic study of a cardiac hydatid cyst. Am J Cardiol 52:1361, 1983
4. Oliver J M, et al: Cardiac Hydatid cyst diagnosed by two dementional echocardiography. Am J Heart 104:164, 1982
5. Feigenbaum H: Echocardiography. 4th edition lea & Febiger Phil, 1986, p 599
6. Ramsey PG, Plorde J: Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill book Company 1987, pp827-828
7. Wilson S, Colucci W, and Braunwald E: Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine "Braunwald" W B Saunders Company, Phil, 1984, p 1462