

## گزارش یک مورد کیست هیداتید سپتوم بین بطنی قلب

دکتر بهداد حق پناه\*، دکتر بهزاد حق پناه\*\*

\* کاردیولوژیست، بیمارستان غرضی اصفهان، اصفهان، ایران.

\*\* استادیار، گروه قارچ وانگل شناسی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۷

## چکیده

اکی‌نوкокوزیس یک بیماری انگلی است که به وسیله‌ی اکی‌نوкокوس گرانولوزوس پدید می‌آید و در ارگانهای مختلف بدن انسان کیست تولید می‌کند. کیست هیداتید قلب یک مورد نادر در آلودگی‌های بدن انسان با *Echinococcus granulosus* می‌باشد و از آنجا که بیماری به کندی رشد می‌کند تشخیص هیداتیدوز قلبی دیر هنگام است.

در این مقاله یک مورد آلودگی سپتوم بین بطنی قلب به انگل یاد شده گزارش گردیده است که پس از تشخیص، بیمار تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفت و متأسفانه پس از عمل فوت نمود. با توجه به احتمال درگیری قلب در مناطق آندمیک، توجه و شناخت سریع‌تر بیماری می‌تواند در کاهش عوارض ناشی از آلودگی مؤثر باشد.

## کیست هیداتید قلب.

## واژگان کلیدی:

تعداد صفحات:

تعداد جدول‌ها:

تعداد نمودارها:

تعداد منابع:

## آدرس نویسندهٔ مسئول:

دکتر بهداد حق پناه، بخش قلب بیمارستان دکتر غرضی اصفهان، اصفهان، ایران.

E-mail: behaghpanah@yahoo.com

## مقدمه

هیداتیدوز یک بیماری انگلی مشترک بین انسان و دام می‌باشد که به وسیله‌ی مرحله لاروی اکینوкокوس گرانولوزوس پدید می‌آید. عامل بیماری در چهارپایان علفخوار میزبان واسط بوده، به طور اتفاقی انسان را دچار می‌نماید و با جایگزینی در اعضای مختلف بدن، منجر به پیامدهای گوناگونی می‌گردد (۱).

کیست هیداتید قلب، یک بیماری انگلی نادر است که با توجه به درگیر نمودن سیستم قلبی-عروقی با آن، موارد نادری از ضایعات قلبی را موجب می‌گردد و آلودگی آن بین ۰/۰۲٪ تا ۲٪ می‌باشد (۱). آلودگی‌های قلبی ناشی از آلودگی با اکینوкокوس بیشتر با تشکیل کیست در میوکارد و و پریکارد بروز می‌کند (۲). از نظر بالینی ضایعات یاد شده با علائم آریتمی، بلوک قلبی، نارسایی قلب و یا ضایعه‌ی انسدادی سمت چپ و یا راست قلب بروز می‌کند (۳) که به طور معمول به شکل یک کیست منفرد پدید می‌آید.

## گزارش مورد

بیمار خانم ۴۳ ساله‌ای بود که از تنگی نفس با سابقه‌ی ۵ سال رنج می‌برد. بیماری او به تدریج افزایش یافته بود به طوری که در هنگام مراجعه با کم‌ترین فعالیت بدنی دچار تنگی نفس می‌شد (Functional class= III). او از درد مبهم قفسه سینه و سرفه مختصر شاکی بود. در معاینه نبض اندام‌ها به خوبی قابل لمس بود و در آن ادم، رنگ پریدگی و زردی وجود نداشت. ریتم قلب منظم و سوفل سیستولیک خفیف در لبه‌ی سمت چپ استونوم (LSB) شنیده می‌شد. در معاینه‌ی شکم عارضه‌ای دیده نشد و فشار خون بیمار طبیعی بود. نتایج CBC بیمار نشان‌دهنده‌ی WBC مساوی ۵۲۰۰ با ۳۰/۴٪ لنفوسیت ۴/۴٪ مونوسیت و ۶۵/۵٪

گرانولوسیت بود. در نمودار الکتروکاردیوگرام ریتم قلبی سینوسی و محور به سمت چپ چرخیده بود. مدت زمان کمپلکس QRS ۱۶ صدم ثانیه و مدت زمان PR ۲۲ صدم ثانیه اندازه‌گیری شد. بسته بودن کامل شاخه‌ی چپ و اکستراسیستول بطنی مشاهده گردید. در نموداری دیگر، ابعاد قلب نسبت به قفسه‌ی سینه افزایش یافته بود و افزایش جریان خون ریوی به سمت ناحیه‌ی فوقانی مشاهده می‌شد اما ضایعه فضاگیر در ریه دیده نشد.

در بررسی اکوکاردیوگرافی دو بعدی، ضایعه فضاگیر کیستیک به ابعاد ۵۲×۴۸×۵۰ mm در قسمت فوقانی سپتوم بین بطنی با کیست‌های متعدد کوچکتر که به داخل حفره‌ی بطن چپ و بطن راست پیشروی کرده و دارای جدار نازک و مشخص بودند، مشاهده شد که این امر به طور قطع کیست هیداتید قلب را تأیید می‌نمود. تخلیه‌ی بطن چپ کاهش مختصری یافته بود (EF ۴۵٪). و دریچه‌ی میترال طبیعی بود. لیکن نارسایی جزئی در دریچه‌ی آئورت مشاهده گردید. سونوگرافی کبد و طحال هیچ‌گونه آلودگی دیگری را در سایر ارگان‌ها نشان نداد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده آزمایش‌های سرولوژیک کیست هیداتید برای بیمار درخواست گردید. آزمایش ایمونوفلورسانس بیمار برای کیست هیداتید ۱/۶۰ (I.F.A.T) مثبت و آزمایش هم‌گلوتیناسیون غیر مستقیم به میزان ۱/۱۲۸ (I.H.A.T) تیترا مثبت نشان داد که با توجه به معیارهای طبیعی، هر دو آزمایش آلودگی به کیست هیداتید را تأیید می‌نمود و در CT اسکن قفسه‌ی سینه ضایعه کیستیک در سپتوم بین بطنی یافت شد.

در آنژیوگرافی انجام شده با تزریق در کرونر چپ، در ناحیه‌ای از سپتوم بین بطنی، به علت وجود

هیداتید در بطن راست را اعلام کردند. Umesan و همکاران نیز یک مورد کیست هیداتید بطن چپ را در یک زن هندی گزارش نمودند. این کیست عفونی بود که پس از عمل جراحی و خارج کردن آن، بیمار از بیمارستان مرخص شد (۱۰).

Biyik و همکاران نیز یک مورد کیست هیداتید قلب را در یک زن اهل ترکیه گزارش نمودند که با کیست ریوی همراه بوده و منجر به مرگ بیمار شده بود (۱۱). میرمحمد صادقی و همکاران یک مورد کیست هیداتید عضله‌ی بطن چپ در یک مرد ۳۲ ساله را گزارش نمودند که با موفقیت جراحی شده بود (۱۲). در گزارشی دیگر مناطق درگیری قلب شامل بطن چپ ۶۰٪، بطن راست ۱۰٪، پریکارد ۷٪، شریان ریوی ۶٪ و دهلیز چپ ۶٪ اعلام شده است (۱۳). تغییرات الکتروکاردیوگرام ممکن است در تعیین محل کیست سودمند باشد. تغییرات موج T و کاهش ولتاژ در تعیین گرفتاری بطن چپ مؤثر بوده، هر گونه اشکال در هدایت دهلیزی بطنی و یا بلوک شاخه‌ی راست، نشانگر گرفتاری سپتوم بین بطنی می‌باشد. تشخیص زودهنگام اکینوکوزیس قلبی مشکل است، زیرا بیماری به کندی رشد می‌کند و در مدت ۱ تا ۵ سال یک کیست واقعی پدید می‌آورد (۱۴). کیست میوکارد ممکن است کلسیفیه شده، یا دچار پارگی گردد. پارگی کیست در پریکارد می‌تواند موجب یک پریکاردیت حاد شده، به نوبه خود به یک پریکاردیت مزمن منجر شود. پارگی کیست در حفرات قلب منجر به آمبولی سیستمیک یا ریوی می‌شود که در آمبولی ریوی فشار ریوی به طور سریع افزایش می‌یابد. آزاد شدن مایع هیداتید در جریان خون، احتمال دارد که شوک حساسیتی پدید آورد. اکوکاردیوگرافی در بیشتر موارد اولین و تنها وسیله‌ی تصویربرداری لازم برای

ضایعه‌ی فضاگیر هیچ شاخه‌ای مشاهده نگردید و در بررسی انجام شده ضایعه عروق کرونر نیز یافت نشد. با توجه به برجستگی مشخص ضایعه‌ی فضاگیر در بطن چپ و احتمال پارگی آن، به داخل بطن چپ تزریق انجام نشد. در تزریق ماده حاجب در دهلیز راست، ضایعه‌ی فضاگیر و برجسته با منشأ سپتوم به داخل بطن راست مشاهده شد.

بیمار از نظر سایر بیماریهای عفونی نیز مورد بررسی قرار گرفت که مشکل خاصی مشاهده نگردید؛ لذا بیمار با تشخیص کیست هیداتید قلب تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفت که متأسفانه دچار آریتمی و بلوک کامل قلبی شد و با وجود استفاده از پیس‌میکر فوت نمود.

**نتیجه‌گیری:** علائم کلینیکی کیست هیداتید قلب متفاوت است و همین مسأله تشخیص را مشکل می‌نماید. از آنجا که توده‌ی کیست در قلب رشدی آهسته دارد، به طور معمول در مراحل اولیه بدون علامت بوده، بسته به محل تشکیل کیست در قلب، احتمال دارد که علائم خفیفی از خود نشان دهد. به نظر می‌رسد که تنها ده درصد از بیماران با کیست هیداتید قلب دارای تظاهرات آشکار بالینی باشند (۴).

Kudaiberdiev و همکاران در سال ۲۰۰۱ میلادی چندین کیست هیداتید را در اپیکارد و پریکارد یک مرد چهل ساله گزارش نمودند که با عمل جراحی موفقیت آمیز خارج گردید (۵). Sakarya و همکاران در مقاله‌ی دیگری در سال ۲۰۰۲ یک مورد کیست هیداتید در بطن چپ را گزارش نمودند که آزمایش سرولوژی بیمار منفی بود (۶). در گزارش‌های دیگری Ladhili و همکاران (۷) آمبولی ریوی حاد ناشی از پارگی کیست هیداتید بطن و Kirova و همکاران (۸) و نیز Sensoz و همکاران (۹) گزارش موردی کیست

بیماران برای برداشتن کیست هیداتید نیاز به جراحی دارند. برای پیش‌گیری از پیامدهای متاستاتیک بیماری، سه یا چهار روز پیش از عمل نیاز به درمان با آلبندازول یا مبندازول می‌باشد. درمان دارویی باید پس از عمل نیز برای پیش‌گیری از رشد انگل در احشاء ادامه یابد. در هنگام عمل جراحی به (CPB Cardio Pulmonary Bypass) برای جداسازی کامل کیست از میوکارد نیاز می‌باشد (۱۶). با توجه به احتمال درگیر شدن قلب در مناطق آندمیک، توجه و شناخت سریعتر بیماری می‌تواند در کاهش عوارض ناشی از آلودگی مؤثر باشد.

تشخیص بیماری بوده، تصاویر MRI، سی تی اسکن گاهی برای بررسی بهتر کیست سودمند می‌باشد. اگرچه برای تشخیص بیماری از آزمایش‌های سرولوژیک نیز استفاده می‌شود ولی اکوکاردیوگرافی حساسیت بیشتری دارد؛ حساسیت آزمایش‌های سرولوژیک در هیداتیدوز قلبی ۵۶-۲۵٪، در گرفتاری کبد ۹۸-۸۵٪ و در گرفتاری ریه ۵۶-۵۰٪ می‌باشد (۱۵). درمان بیماران مبتلا به اکینوкокوزیس قلب با درمان دارویی شروع می‌شود که موجب از بین رفتن کیست تنها در ۲۰٪ از بیماران می‌گردد. آلبندازول و مبندازول در بیماران با کیست‌های کوچک و بدون شکل استفاده شده است. بیشتر

#### منابع

- Engin G, Acunas B, Rozanes I, Acunas G. Hydatid disease with unusual localization. *Eur Radiol* 2000; 10(12):1904-12.
- Maffeis GR, Petrucci O, Carandina R, Leme CA, Jr., Truffa M, Vieira R, et al. Cardiac echinococcosis. *Circulation* 2000; 101(11):1352-4.
- Borner H, Demertzis S, Heisel A, Berg G, Schneider G, Schafers HJ. [Acute pericardial tamponade in cardiac echinococcosis]. *Z Kardiol* 1999; 88(12):1028-33.
- Salih OK, Celik SK, Topcuoglu MS, Kiscakoglu B, Tokcan A. Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: a report of 3 cases and a review of the literature. *Can J Surg* 1998; 41(4):321-7.
- Kudaiberdiev T, Djoshibaev S, Yankovskaya L, Djumanazarov A. Multiple hydatid cysts of epicardium and pericardium. *Int J Cardiol* 2001; 81(2-3):265-7.
- Sakarya ME, Etlik O, Sakarya N, Ozen S, Temizoz O, Evirgen O, et al. MR findings in cardiac hydatid cyst. *Clin Imaging* 2002; 26(3):170-2.
- Lahdhili H, Hachicha S, Ziadi M, Thameur H. Unusual complication of hydatid cyst. *Eur Radiol* 2002; 12:627-33.
- Kirova GI, Velchev V, Hinkov G, Hadjidekov V, Hadjidekov G. Right ventricular echinococcosis followed by hydatid pulmonary embolism. *European Journal of Radiology Extra* 2003; 48(3):63-6.
- Sensoz Y, Ozkokeli M, Ates M, Akcar M. Right ventricle hydatid cyst requiring tricuspid valve excision. *Int J Cardiol* 2005; 101(2):339-41.
- Umesan CV, Kurian VM, Verghese S, Sivaraman A, Cherian KM. Hydatid cyst of the left ventricle of the heart. *Indian J Med Microbiol* 2003; 21(2):139-40.
- Biyik I, Acar S, Ergene O. Left atrial mobile hydatid cyst mimicking left atrial myxoma and mitral stenosis and causing heart failure and arrhythmia. *Int J Cardiovasc Imaging* 2007; 23(2):193-5.
- Mir Mohamad Sadeghi M, Pourmoghadas A, Sanei, H, Behdad G. Report Of One Rare Case Of Cardiac Hydatid Cyst. *JRMS* 2001; 6(2):144-6.
- Birincioglu CL, Bardakci H, Kucuker SA, Ulus AT, Arda K, Yamak B, et al. A clinical dilemma: cardiac and pericardiac echinococcosis. *Ann Thorac Surg* 1999; 68(4):1290-4.
- Macedo AJ, Magalhaes MP, Tavares NJ, Bento L, Sampayo F, Lima M. Cardiac hydatid cyst in a child. *Pediatr Cardiol* 1997; 18(3):226-8.
- Force L, Torres JM, Carrillo A, Busca J. Evaluation of eight serological tests in the diagnosis of human echinococcosis and follow-up. *Clin Infect Dis* 1992; 15(3):473-80.
- Kardelen F, Akcurin G, Ertug H, Beyazit O. Right atrial hydatid cyst with multiple organ involvement. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2001; 9:240-2.

## Case Report

Journal of Isfahan Medical School  
Vol 26, No 89, Summer 2008Received: 26.1.2008  
Accepted: 26.4.2008**Hydatid Cyst of Interventricular Septum, a Case Report**

Behdad Haghpanah MD\*, Behzad Haghpanah MD\*\*.

\* Cardiologist, Gharazi Hospital, Isfahan.

\*\*Assistant Professor, Department of Parasitology and Mycology. Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences

**Abstract**

Hydatid disease caused by *Echinococcus granulosus* and produce cysts in different organs and tissues. Heart hydatid disease is a rare Echinococcosis. Since the cyst grows very slowly the disease is diagnosed with delay.

In this report the case discussed of a female interventricular septum hydatid cyst. It was removed surgically after diagnosis and she was unfortunately expired after surgery. According to probability of heart involvement in endemic areas, rapid diagnosis can decrease the pathogen city and mortality rate.

**Key words:** Exercise, spatial memory, rat, Morris water maze.**Page count:** 5**Tables:** 0**Figures:** 0**References:** 16**Address of Correspondence:** Behdad Haghpanah MD, Gharazi Hospital, Isfahan Iran.  
E-mail: behaghpanah@yahoo.com