تسرع قلب فوق بطيني معند بسبب كيسة مائية قلبية بتوضع نادر (تقرير حالة طبية)

أحمد تكريتي*

الملخص

الكيسة المائية القلبية هي آفة غير شائعة تسببها المشوكة الحبيبية، يصاب بها الإنسان عن طريق الكلاب المصابة خلال طفولتها أو عن طريق الخضراوات غير المطهوة في مناطق رعي الأغنام في العالم مثل أمريكا الجنوبية، نيوزيلاندا، استراليا، الفيليبين، الصين، المنطقة العربية، أوروبا الشرقية، وشواطئ المتوسط.

سجلنا حالة كيسة مائية قلبية بتوضع نادر جداً وتكاد تكون الحالة الوحيدة في الأدب الطبي مسببة تسرع قلب فوق بطيني (SVT) والذي تحسن مباشرة بعد الجراحة.

الكلمات المفتاحية:

الكيسة المائية القلبية، المشوكة الحبيبية، تسرع القلب فوق البطيني.

الرسائل المفتاحية:

الكيسة المائية القلبية في العضلات الحليمية للدسام مثلث الشرف التي تسبب تسرع قلب فوق بطيني معند، الكيسة المائية القلبية في العضلات الحليمية لم تسجل سابقاً، وهذه الحالة هي الأولى من نوعها.

* أستاذ مساعد-رئيس شعبة جراحة القلب-كلية الطب البشري-جامعة دمشق

Case Report: Cardiac Hydatid Cyst Causing Refractory Supraventricular Tachycardia

Ahmad Takriti*

Abstract

Cardiac hydatid cyst is uncommon lesion ,mostly caused by Echinococcus granulosus.Humans are infected by way of contaminated dogs during their childhood or contaminated uncooked vegetables in sheep-raising areas of the world such as South America , Australia,New Zealand, Philippines, China, Arabic area,Eastern Europe and the Medeterranean coast.

We report a case of cardiac hydatid cyst causing refractory supraventricular tachycardia (SVT) Which improved immediately after surgery.

Key words: Cardiac hydatid cyst, Echinococcus granulosus, supraventricular tachycardia

* Professor Assistant –Department of Cardiac Surgery-Facility of Medicine-Damascus University

مقدمة:

داء الكيسات المائية طفيلي تسببه المشوكة الحبيبية، يتصف بآفات كيسية في الكبد، والرئتين، وبشكل نادر في باقي الأعضاء[1].
الكيسة المائية القلبية هي حالة غير شائعة، مع نسبة إصابة العضلة القلبية تقدر بنحو 0.2 إلى 3% من كل حالات الكيسات المائية البشرية 2,4,6.
تصل اليرقة إلى العضلة القلبية خلال الدوران الإكليلي ويختلف توزع الكيسات في القلب تبعاً للتروية الدموية[2,4]، لذلك فإن البطين الأيسر هو الموضع الأكثر تواتراً للإصابة (55%-60%) وباقي المواضع تشمل البطين الأيمن (15%)، والحجاب بين البطينين (IVS) (5-9%)، والأذينة اليسرى (8%)، والتامور (8%)، والشريان الرئوي (7%)، والأذينة اليمنى (3-4%)[2،3].

سجلنا حالة للكيسات المائية القلبية تسبب تسرع قلب فوق بطيني معند في العضلة الحليمية للدسام مثلث الشرف (TV)، وتبعاً لمعرفتنا فإن هذه الحالة للكيسات المائية القلبية في العضلات الحليمية هي الأولى المسجلة في الأدب الطبي.

القصة المرضية:

أسعفت امرأة بعمر 25 سنة تعاني من خفقان وزلة تنفسية، معدل سرعة القلب 220 ضربة/د، الضغط الشرياني60/90، زرقة شفاه وفي الأطراف السفلية استجابت للأكسجين2-3 ل/د. تخطيط القلب الكهربائي (ECG) أظهر تسرع قلب فوق بطيني (SVT) بسرعة 220 ضربة/د منتظم.

في سوابق المريضة قيصرية بتمام الحمل منذ 3 أشهر، استئصال فص علوي أيسر بسبب تمزق كيسة مائية في الرئة اليسرى منذ 6 سنوات مع حدوث نزف شديد مهدد للحياة تتطلب جهوداً مضنية ودقيقة للسيطرة عليه.

وكانت هذه المريضة قد أجري لها تصوير ظليل للشريان الرئوي بتقنية SC64 أظهر انسداداً تاماً للشريان الرئوي الأيسر، وبالاعتماد على نتائج التصوير السابق الذكر كان الاقتراح الأولي الصمة الرئوية، ومن ثمَّ تم تقييم المريضة بشكل أوسع.

كانت الفحوص المخبرية كلَّها طبيعية باستثناء أضداد المشوكة الحبيبية 1024/1 (الإيجابي يساوي أو أكثر من 160/1)، لم يوجد أي دليل على وجود خثرات في الإيكو دوبلر للحوض والأطراف السفلية. أظهر التصوير الطبقي المحوري متعدد الشرائح 64 مع إعادة تركيب ثنائي وثلاثي الأبعاد للصدر مظاهر بداية صمة رئوية حديثة التشكل نسبياً في الفروع الشريانية القطعية في الفص السفلي الأيمن، وتوسعاً في الحدود اليمنى للقلب مع تسمك في جدار البطين الأيمن مع عيب امتلاء واضح في البطين الأيمن (الشكل 1)، وشكلاً موزاييكياً للرئة اليمنى وكثافات متعددة محيطية تحت قطعية، ومظاهر استئصال الفص العلوي الأيسر السابق، وتوسعاً واضحاً في قطر الجذع الرئوي و الشريان الرئوي الأيمن (الشكل 2). أظهر ايكو القلب ثنائي الأبعاد وجود كتلة مولدة للصدى في البطين الأيمن (خثرة غالباً) تصل إلى الحجاب بين البطينين مع ظل صوتي حول الدسام مثلث الشرف والأذينة اليمنى والوريد الأجوف السفلي (الشكل 3). كان ايكو البطن طبيعياً.

كانت محاولاتنا لعلاج التسرع فوق البطيني بالـ Verapamile الوريدي غير ناجحة.

أمام هذه المعطيات انسداد الشريان الرئوي الأيسر ووجود كتلة في البطين الأيمن، وسريرياً وجود تسرع قلب فوق بطيني معند على العلاج الدوائي، تقرر إجراء عمل جراحي قلبي.

تم شق الأذينة اليمنى وظهرت من خلال الدسام مثلث الشرف(TV) كتلة موترة بشدة بلون صدفي على حساب العضلة الحليمية اليسرى (الحاجزية) للدسام مثلث الشرف، وبعد شق هذه الكتلة خرجت ثلاث كيسات مائية بنات، تم استئصال كامل جدار الكيسة

وغسيل الجوف والبطين الأيمن بالمحلول الملحي عالي التوتر، تم تصنيع الدسام مثلث الشرف وإغلاق شق الأذينة اليمنى بخيط برولين 3/0. وفطام عن الدارة ونقل المريضة إلى العناية المشددة (ICU). زوال الـ SVT مباشرة بعد الجراحة.

أظهر التشريح المرضي نسيجاً رخواً نازفاً 1غ يحتوي على بنى لكيسات مائية صغيرة، كيسة مائية مع تليف ثانوي، ومظاهر ارتكاس ضد جسم أجنبي والتهاباً بالفحص المجهري.

تخرجت المريضة في اليوم السادس بعد الجراحة دون مضاعفات. وهي حالياً بعد 7 أشهر من العمل الجراحي دون أي مشاكل وتقارير المتابعة بالايكو القلبي طبيعية.

المناقشة:

داء المشوكة الحبيبية القلبي خطير ولكن يمكن أن يكون غير عرضي تماماً إلى أن تصل الكيسة إلى حجم كبير.[1]

تأثيرات الكيسة تعود عادةً إلى الضغط، واضطرابات النظم، وخناق الصدر، وسوء الوظيفة الدسامية والارتكاس التاموري، والصمة الرئوية والجهازية، والارتكاس التأقي.[2،3،4]

في حالتنا عزيت الأعراض للصمة الرئوية بادئ الأمر، و وجود كتلة مولدة للصدى في البطين الأيمن (خثرة غالباً) بالايكو ثنائي الأبعاد دعم هذا الاقتراح.

يعتمد التطور السريري لداء الكيسات المائية على الموضع وحجم الكيسة [1,4,5] قد تكون الكيسات المائية القلبية غير عرضية أو تعطي علامات نقص تروية في المنطقة تحت التامور الحشوي (Subepicardium) على تخطيط القلب الكهربائي، واضطراب توصيل في حزمة هيس أو فروعها[2]، كانت هناك SVT معند في حالتنا بسبب كتلة موترة في العضلات الحليمية التي تحسنت مباشرة بعد الجراحة.

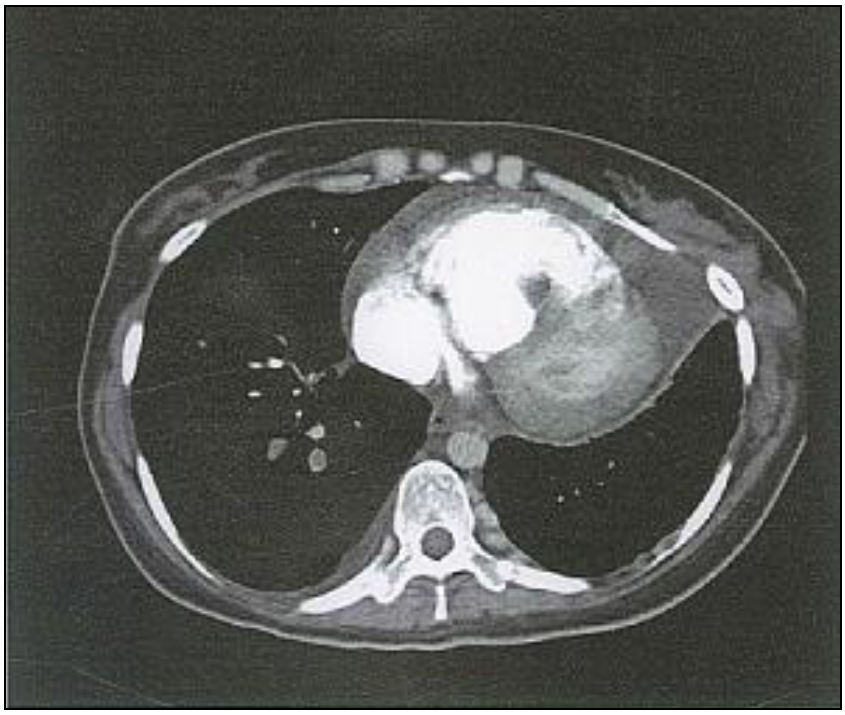
في حالتنا أُجريَ تقييم للصمة الرئوية أولاً. أظهر التصوير الطبقي المحوري صمة رئوية مع مظاهر ارتفاع توتر رئوي، ولكن التصوير بالايكو دوبلر للحوض والأطراف السفلية لم يظهر وجود أية خثرات كمصدر للصمات. بالتقييم والبحث الأوسع لكتلة الـ RV بالايكو القلبي وإيجابية أضاد الكيسات المائية والقصة السابقة للكيسات المائية الرئوية في الفص العلوي الأيسر اشتبهنا بإمكانية وجود كيسة مائية قلبية ولكن لم يكن هناك أي بنى كيسية أخرى في باقي المواضع بالطبقي المحوري وايكو البطن.

بعد التشخيص وبسبب الموضع وخطورة التمزق وحدوث الصمات الرئوية فإن الجراحة وجب أن تتم بصورة إسعافية.

في حالتنا أجريت الجراحة بشكل إسعافي بسبب الـ SVT المعند، من جهة أخرى وبسبب انسداد الشريان الرئوي الأيسر الأصلي فقد كانت هناك خطورة عالية للانسداد التام للشريان الرئوي الأيمن الأصلي ومن ثمَّ الموت المفاجئ.

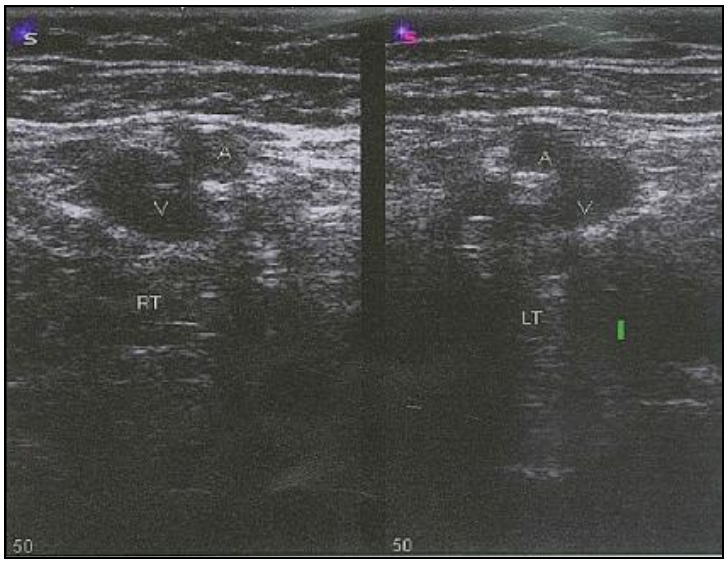
أظهرنا أن الكتلة كانت كيسة مائية. موضع الكيسة في حالتنا كان في العضلة الحليمية اليسرى (الحاجزية) لمثلث الشرف، وحسب معلوماتنا فإن حدوث الكيسة المائية القلبية في العضلات الحليمية لم يسجل سابقاً، وحالتنا الحالية هي الأولى المسجلة، وهي المريضة الأولى بالكيسات المائية القلبية التي لم تكشف فيها البنى الكيسية بالإيكو. من ناحية أخرى فإن الكيسة المائية في العضلة القلبية مع SVT معند فقط بسبب كتلة موترة على العضلات الحليمية دون نقص تروية المنطقة تحت التامور الحشوي (Subepicardium) أو اضطراب توصيل في حزمة هيس أو فروعها هي حالة نادرة جداً.

بالمحصلة فإن عودة الإصابة بداء الكيسات المائية يمكن أن يحدث في أي عضو في الجسم حتى في العضلة القلبية [1,5]، في مريضتنا حدث ذلك في العضلات الحليمية لمثلث الشرف فقط دون إصابة أي عضو آخر، لذلك يجب أن يكون جراح القلب ومختص التصوير الشعاعي واعيين لهذه الناحية المهمة في المرضى الذين لديهم قصة إصابة سابقة بداء الكيسات المائية[6].



الشكل 1 . مظاهر صمة رئوية حادةفي الفروع الشريانية القطعية للفص الرئوي السفلي الأيمن، انصباب جنب خفيف مع انصباب تاموري متوسط، توسع الحدود اليمنى للقلب، تسمك جدار البطين الأيمن، مع عيب امتلاء في البطين الأيمن

الشكل 2 . انسداد تام مع عدم تصنع و تليف في الشريان الرئوي الأيسر وفروعه، توسع في قطر الجذع الرئوي الأصلي والشريان الرئوي الأيمن.



الشكل 3 . كتلة مولدة للصدى في البطين الأيمن

References

1. Halezeoglu S,Celik M,Uysal A,enol C,Kele M,Arman B.Giant hydatid cyst of the lung. J Thorac CardiovascSurg 1997;113:712-7
2. Mancus L, Bondi F , Marchi S , Iacona MA, Guernera S, Patane L. Cardiac hydatit disease with clinical features resembling tricuspid stenosis. Am Heart J 1987;113:1234-6
3. Tetik O, Yilik L, Emrecan B, Ozbek C, Gurbuz A. Gaint hydatid cyst in the interventricular septum of a pregnant woman. Tex Heart Inst J 2002; 29: 333-335
4. Perez-Gomez F, Duran H, Tamames S, Perrote JL, Blanes A. Cardiac echinococcosis: clinical picture and complications. Br Heart J 1973;35: 1326-1331
5. Aydodu T, ahin N, Ulusan V, Gurpinar F, Turkay C, Bayezid O. Right atrial hydatid cyst associated with multiple organ involvement: Case report. J Thorac Cardiovasc Surg 2001;121: 1009-1011
6. Ameli M, Mobarhan HA, Nouraii SS. Surgical treatment of hydatid cysts of the heart: report of six cases. J Thorac Cardiovasc Surg 1989;98:892-901.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2009/9/27.
تاريخ قبوله للنشر 2009/11/24.