

دکتر پیرنیا - رئیس بخش
پزشکی ۲ بیمارستان رازی

دکتر سنایشگر
دستیار کرسی آسیب شناسی و
بخش پزشکی بیمارستان رازی

يك مورد توغر مناساتيک قلب

لمس شکم فقط کبد بزرگ و دردناک است طحال لمس نشد آسیب ندارد روی پوست شکم جریان جانبی دیده نمیشود بعلت خیز لمس کیتین مقدور نیست ادرار بنا بر گفته بیمار فوق العاده کم و غلیظ است از بیمار فوراً الکترو-کاردیوگرافی شد نتیجه آن بشرح زیر است:

معاینه: بیمار دچار تنگی نفس شدید و سیانوز و خیز عمومی است و داجها (ژوگولرها) برجسته و در روی قفسه صدری طرف راست وریدها برجسته و پر خون و يك جریان جانبی (کولاترال) دیده میشود کبد بزرگ و دردناک است. در معاینه قلب ماتیته قلب بزرگ نیست شوک قلب لمس نمیشود صدا های قلب خفیف و تاکیکاردی ۱۳۰ در دقیقه و آریتمی وجود دارد و داجها ضربان ندارد فشار خون $\frac{90}{60}$ است نبض تند کوچک و نامنظم است در سمع ریتین رالهای کرپتان و سوکرپتان در سرتاسر ریه شنیده میشود دفعات تنفسی تند یعنی ۳۲ در دقیقه و سطحی است در

ریتم قلب تند در حدود ۱۳۰ در دقیقه نامنظم - با ولتاژ دارد V.A.T خیلی پهن T ها تقریباً در تمام اشتقاقها یا معکوس است یابی فازیک در $V_4-V_3-V_2$ T های معکوس نوك تیز دیده میشود. ST در $V_6-V_5-D_2$ سودنیولاسیون دارد بعلت با ولتاژ زیاد به تحقیق نمیشود گفت فیبریلاسیون در کار است یا نه در ضمن الکترو بیمار دچار کلاپس شد و تحت درمان فوری قرار گرفت و بهمین جهت از رادیوسکپی و رادیوگرافی بیمار صرف نظر گردید پس از بهبود کلاپس فشار خون به ۸۰/۵ رسید و با در نظر گرفتن علائم الکتروکاردیوگرافی و بالینی

شرح حال بیمار: زن ۶۰ ساله خانه دار که بعلت نفس تنگی و ورم پاها به بیمارستان آورده شده تا آنجا که بیمار قادر به جواب گوئی بوده است سابقه بیماری قلبی و ریوی و همچنین سرفه و دفع خلط خونی و سینه درد نداشته است.

معاینه: بیمار دچار تنگی نفس شدید و سیانوز و خیز عمومی است و داجها (ژوگولرها) برجسته و در روی قفسه صدری طرف راست وریدها برجسته و پر خون و يك جریان جانبی (کولاترال) دیده میشود کبد بزرگ و دردناک است. در معاینه قلب ماتیته قلب بزرگ نیست شوک قلب لمس نمیشود صدا های قلب خفیف و تاکیکاردی ۱۳۰ در دقیقه و آریتمی وجود دارد و داجها ضربان ندارد فشار خون $\frac{90}{60}$ است نبض تند کوچک و نامنظم است در سمع ریتین رالهای کرپتان و سوکرپتان در سرتاسر ریه شنیده میشود دفعات تنفسی تند یعنی ۳۲ در دقیقه و سطحی است در

۳- برنشا - ساختمان پوشش اپی- تلیالی برنشا هیپرپلازی یافته و در یک قسمت، سلولهایش علائم بدخیمی دیده میشود سلولهای تومری وارد کانال های لنفاوی زیر مخاط شده اند و در نسج ریه اطراف این قسمت انوازیون تومر دیده میشود.

سرطان پستان ۸۸ درصد

ریه ۷۵ "

معده ۲۵ "

قولون ۰.۸۸ "

رکتوم ۱.۱ "

تخمندان ۱.۶ "

تیروئید ۱.۰ "

بنظر میآید که نوع تومر و همچنین طول زندگی بیمار در حال مرض در پیدایش ضایعات قلبی دخالت داشته باشد فقط متاستاز زودرس قلبی ملانوم است که خیلی زود صورت میگیرد.

مهمترین علامتهای متاستاز قلبی که هیچیک برای سرطان قلبی اختصاصی نیست - عبارتند از تنگی نفس - درد های آنژینی - سرفه های مختلف - اختلال ریتم - فلوتر - فیبریلاسیون دهلیزی بلوک شاخه ها و مایع پریکارد - مایع پریکارد در یک سوم موارد وجود دارد و اغلب خونی است باید متذکر شویم که متاستاز قلبی بتنهائی خیلی خیلی نادر

۴- کلیه - وضعیت گلو مری و لوله ها طبیعی است نکته جلب آنکه در یک قسمت از انترستیس کلیه ساختمان بافت نئوپرمه ای دیده میشود که از اجتماع توده تومری که بدور هم جمع شده اند درست شده و این سلولهای دارای علائم بدخیمی میباشند.

بحث - در بررسی ۳۷۵ اتوپسی که در انستیتو کانسرهاروارد Harvard شده ۱۴۶ مورد متاستاز قلب دیده شده است بین انواع تومرها در درجه اول کارسینوما قرار دارند و بین این دسته سرطان تیروئید- پستان و بعد سرطان برنش و معده بیشتر از همه متاستاز قلبی داده اند در بین سارکوماها لنفو- سارکوم بیشتر از همه نوع سارکوماها متاستاز قلبی میدهد فقط در یک مورد سارکوم استخوانی متاستاز قلب دیده شده است از آماری کسه داده شده مشاهده میشود که اولاً فقط ۳۸ درصد سرطانها متاستاز قلبی میدهند ثانیاً در

رفته و تاكيكاردی بیمار به ۱۰۰ رسیده بود و بیمار احساس بهبودی مینمودولی پس از يك مدت کوتاهی ناگهان رنگ بیمار پریده و نبض دوباره تند و نخی شکل و فشار خـسـون پائین افتاد. و معالجات و تدابیر دیگر از قبیل پرفوزیون Levophed و غیره مفید واقع نشد و بیمار در حال کلاپسوس درگذشت.

مقایسه علائم بالینی و پاراکلینیکي با اتوپسی -

بیمار مورد بحث هیچوقت شکایت از درد سینه و سرفه و دفع خلط خونی و تنگی نفس نداشت در صورتیکه در اتوپسی مسلم شد که سرطان اولیه در برنش بوده است - از نظر بالینی بیمار علامت واضح پریکاردیت را نداشت ماتیته قاب

است و همیشه متاستاز های دیگری وجود دارد که اگر بیمار زنده بماند علائم آنها کم کم ظاهر میشود و بین متاستاز های قسمتهای دیگر باید در درجه اول متاستاز فوق کلیه و کلیه را اسم برد و در بعضی موارد علت مرگ بیمار را باید در متاستاز غده فوق کلیزی جستجو کرد مثل علت مرگ بیمار مورد بحث که در اثر يك خونریزی غده فوق کلیوی در حال کلاپسوس فوت نموده است در صورتیکه اگر این خون-ریزی اتفاق نمیافتاد ممکن بود بیمار با وجود مایع پریکارد و علائم فشاری که بر قلب داشت مدتی زنده بماند چنانکه اول معالجات با اکسیژن و دیژیتال حال بیمار را بهتر کرده بود و کبودی از بین



جدار ضخیم پریکارد و توده تومورال بطن چپ

بزرگ نشده بود و همچنین علائم فشار برمد یاستن را نداشت فقط علائم يك فشرده شدن قلب را داشت که در انو- پسی معلوم شد که اولاً با وجود همو- پریکارد نسبتاً زیاد بعلت ضخیم شدن پریکارد و چسبندگی پریکارد به میو- کارد - پریکارد دیگر قابل اتساع نبوده و بهمین جهت ماتیته قلب بزرگ نشده بود و مایع مستیماً به قلب فشارمیاورده است - کلاپسوس درمان ناپذیر بیمار بعلت نارسائی قاب نبود بلکه بعلت خون-

ریزی ننگهانی سورنال بوده است و علائم نارسائی حاد سورنال در جنب علائم نارسائی قلب تا اندازه‌ای مکتوم مانده بود .

عات تغییرات الکتروکاردیوگرافی که علاوه بر پریکاردیت ضایعه میوکارد بطن چپ را نشان میداد و ما را لحظه‌ای بفکر يك انفارکتوس میوکارد انداخته بود توده تومرالی بود که يك قسمت از بطن چپ را گرفته بوده است .

References

- 1 - Bousser, J. and christol, D., (1961), Sem. Hop., 72:2542
- 2 - Friedberg, C.K., (1959), Maladie de coeur, second edition, P. 1155, Maloine, PARIS
- 3 - Landing, B., (1956), Tumors of the Cardiovascular system, section III, P. 30, Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D.C.