● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی١٦)، صفحه ٥٠ الی ٥٤ پاییز ١٣٨١

گزارش یک مورد فاسیولیازیس با تظاهرات نادر تب راجعه و آسیت

دکتر سید داوود منصوری[1*]، دکتر علی جمشیدی فرد[2]

۱- دانشیار گروه بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- پزشک عمومی

سابقه و هدف: عفونت با فاسیولا هپاتیکا انگلی از گروه ترماتودها، تظاهرات بالینی گوناگونی ایجاد میکند و عفونت با این انگل در کشور ایران مخصوصاً در استانهای شمالی آن، شیوع قابل ملاحظه‌ای دارد.

گزارش مورد: دراین مقاله، یک مورد عفونت با فاسیولا هپاتیکا با تظاهرات غیرمعمول تب و آسیت راجعه گزارش میگردد که تأیید تشخیصی آن توسط تست سرولوژی مثبت و یافته‌های سی تی‌اسکن کبدی و ائوزینوفیلی صورت گرفت و بعد از درمان مناسب بیمار بهبودی کامل بالینی و رادیولوژیک یافت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع عفونت در کشورمان و تظاهرات بالینی فوق به نظر میرسد که باید فاسیولیازیس در کلیه بیماران با یافته‌های فوق مدنظر باشد.

واژه‌های کلیدی: *فاسیولیازیس، تب راجعه، آسیت.*

مقدمه

فاسیولیازیس عفونت ناشی از انگلی به نام فاسیولا است که در ایـن میان فاسیولاهپاتیکا از همه شایعتر است . فرم بالغ این انگل در دام و احشـام بخصـوص گوسفند و نیز انسان زندگی می‌کند (۱). این انگـل در اکـثر نقاط دنیا بخصوص در مناطقی که پرورش گوسفند و آبگـیرهای آب شـیرین وجـود دارد شـایع اسـت، مـیزبان واسطه آن حلـزونهای آب شـیرین مـی‌باشـد(۱). عفونـت با این انگل تظاهرات بالینی گوناگونی دارد از جمله تظاهرات شایع تب، درد RUQ، بزرگی کـبد و ائوزینوفیلـی مـی‌باشـد(۲و۱). تـب جزء علائم شایع (۱) و تب طول کشیده (۴و۳) و تب راجعه (۵) جزء علائم نادر بوده و آسیت نیز بسـیار نادر است (۲)که در بررسی متون، گزارشی از آسیت به صورت راجعـه صـورت نگرفـته اسـت. در ایـن مقالـه بـیماری بـا عفونـت فاسـیولیازیس کـه علائم نادر تب راجعه و آسیت راجعه دارد، گزارش می‌گردد.

گزارش مورد

بـیمار آقـای ۳۰ ساله اهل مازندران که بدلیل تب به این مرکز مـراجعه کـرد. تـب بـیمار از ۲ ماه قبل از مراجعه آغاز شده و نامنظم بـوده است. تب عصرها آغاز شده و تا اواخر شب ادامه داشته و بدون اسـتفاده از دارو بهـبود مـی‌یافـت. دوره‌هـای تب ۱ تا ۳ روزه بوده و سـپس بهـبودی بیـن دوره‌هـا وجود داشته است. در طی ۲ ماه بیمار تقریـباً ۱۵ روز (۵تـا ۷ بار) با الگوی فوق تب داشته است. همزمان با تـب، بیمار تعریق داشته و در مواردی درد مفاصل را نیز ذکر می‌کرده اسـت. همچنیـن از ۲ ماه قبل از مراجعه، سابقه کهیر را ذکر می‌کرده است. علائم همراه نظیر استفراغ، زردی، درد شکمی و علائم تنفسی نظـیر خـس‌خـس سینه و خلط نداشته است. بیمار سابقه مسافرتهای مـتعدد بـه بـندر انزلـی داشته است. همچنین بیمار، سابقه وجود و یا تمـاس با یک بیماری عفونی مشخص نظیر سل ذکر نکرده است. در هـنگام مـراجعه، معایـنه ریـه‌ها نرمال و معاینه شکم نیز نرمال بوده

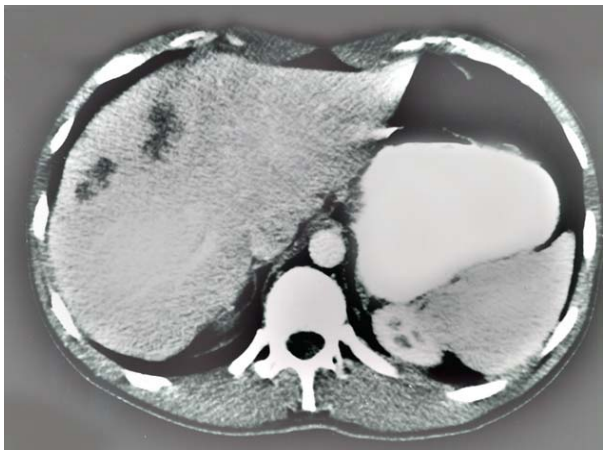
[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.9.1]

است در معاینات سیستمیک نکته خاص غیرطبیعی وجود نداشت. در طی ۲ ماه از شروع علائم، کارهای تشخیصی زیادی بر روی بیمار صورت گرفت. که شمارش لکوسیتها ۱۴۵۰۰ (لنفوسیت ۲۳٪ و نوتروفیل ۷۵٪ و ائوزینوفیل ۲٪) و سرعت سدیمان اریتروسیتی ۲۵ بود. تستهای رایت و ویدال بیمار نیز منفی بوده است. PPD =۲Mm بوده وHBsAg و HCVAb بیمار منفی بوده است. آزمایشهای کبدی بیمار نیز نرمال بوده است. در طی این دو ماه دوبار برای بیمار سونوگرافی انجام گرفت که در هر دوبار ارگانهای شکمی و لگنی نرمال بوده و حدود ۲۰۰cc مایع در لگن و فضای موریسون و تحت کبدی گزارش گردید. این سونوگرافی‌ها همزمان با تب بیمار بوده است. از هنگام مراجعه به این مرکز نیز کارهای تشخیصی مختلفی بر روی بیمار انجام گرفت که لکوسیت ۱۴۰۰۰ (لنفوسیت ۲۳٪ و نوتروفیل ۳۱٪ و ائوزینوفیل ۴۳٪) بوده است.

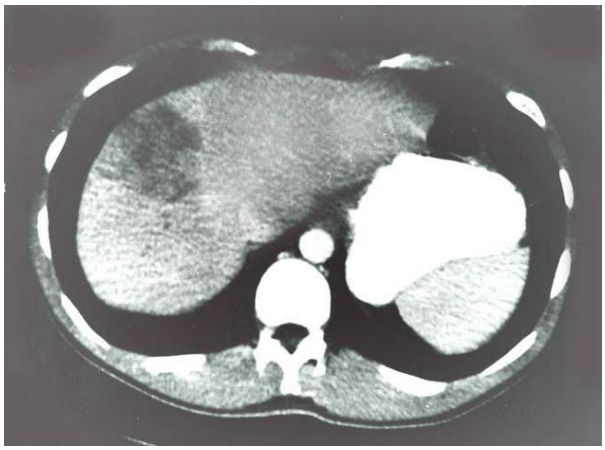
شمارش گلبولهای قرمز، هموگلوبین و هماتوکریت در محدوده طبیعی بوده، سرعت سدیمان اریتروسیتی۳۰ و آنزیمهای کبدی، مختصری افزایش یافته بود، آلانین آمینو ترانسفراز۵۰ و آسپارتات آمینو ترانسفراز ۵۰ و بیلی روبین بیمار در محدوده نرمال بوده است.

بررسی لام خون محیطی از نظر مالاریا و بورلیا منفی بوده است. بررسی ادرار و کشت ادرار و بررسی مدفوع نرمال بوده است. آنتی بادی ضد هسته سلول (ANA) و آنتی بادی ضد اجزاء سیتوپلاسمی نوتروفیل (ANCA) و آنتی بادی ضد DNA دو رشته‌ای (Anti dsDNA) منفی بوده است. تست رایت و کومبس رایت بیمار منفی و ایمونوگلوبولینهای IgM ، IgG ، IgA و IgE در محدودهٔ نرمال بوده است. کارسینوآمبریونیک آنتی ژن و آلفا فیتو پروتئین در محدوده نرمال و همچنین گرافی ریه بیمار نیز نرمال بوده است. از هنگام مراجعه به این مرکز، چهار بار برای بیمار سونوگرافی شکم و لگن صورت گرفت که دو بار تمام یافته‌ها طبیعی و مایعی گزارش نگردید و دوبار مایع به میزان متغیر، از صد الی دویست میلی لیتر در شکم گزارش گردید. که گزارش آسیت همزمان با دوره‌های تب بوده است. در مجموع برای بیمار از آغاز شروع علائم شش بار سونوگرافی انجام گرفت که چهار بار آسیت گزارش گردید که این آسیت‌ها همزمان با دوره های تب بوده است همچنین از این شش مورد چهار بار سونوگرافی در این مرکز و توسط یک سونوگرافیست انجام گرفت که دوبار آن همزمان با دوره‌های تب بوده که آسیت گزارش گردید.

پونکسیون مایع آسیت بدلیل متغیر بودن مایع آسیت و کمی مایع آسیت در زمان انجام، عملی نشد. همچنین در سونوگرافی شکم و لگن، هپاتومگالی خفیف و کانونهای با اکوژنیسیته کاهش یافته در لوب راست به ابعاد ۳۵mm- ۲۵ و شبیه توده‌های تومورال با حدود نامشخص که نمای آن حالت جغرافیایی بوده، گزارش گردید. سپس برای بیمار سی تی‌اسکن دینامیک شکم صورت گرفت که توده‌های توپر متعدد در لوب راست کبد وجود داشت (شکل۱) و مقداری مایع آسیت نیز گزارش گردید.



(الف)

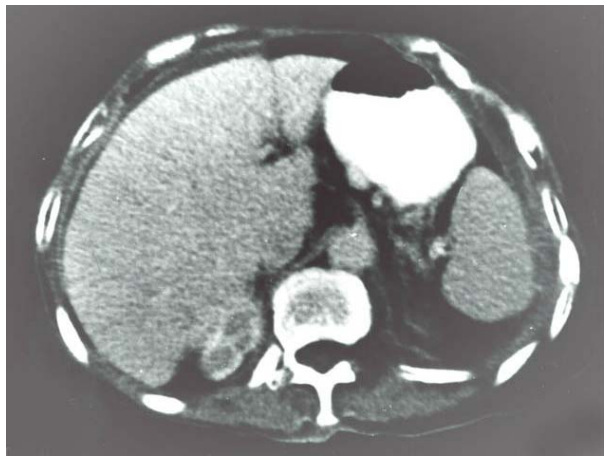


(ب)

شکل ۱. سی تی اسکن شکم و کبد بیمار که توده‌های توپر متعدد در کبد وجود دارد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.9.1]

برای بیمار تستهای سرولوژی نیز صورت گرفت که تست سرولوژی فاسیولا مثبت و تست سرولوژی توکسوکارا و اکینوکوکوس گرانولوزیس منفی بوده است. بیمار با تشخیص فاسیولیازیس تحت درمان با تریکلابندازول به میزان یک گرم بمدت دو روز قرار گرفت. در پیگیری ۶ ماهه کلیه علائم بالینی بهبود یافت، ائوزینوفیلی، لکوسیتوز و سرعت سدیمان اریتروسیتی و آنزیمهای کبدی به محدوده طبیعی رسیدند و در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن کنترل، هیچ نکته غیر طبیعی یافت نشد(شکل۲).



شکل ۲. سی تی اسکن شکم که ضایعات کبدی در پیگیری شش ماهه و به دنبال مصرف دارو بهبود یافته است.

بحث

فاسیولاهپاتیکا کرمی از رده ترماتودهاست که در مناطقی که دامداری گوسفند رایج است، شایع می باشد (۱). عفونت انسانی معمولاً بعلت استفاده از سبزیجات آلودهٔ کنار جویها و آبگیرها ایجاد می‌شود. سیکل زندگی این انگل وابسته به حلزونهای آب شیرین است. وجود آبگیرها، حلزونهای میزبان و پرورش گوسفند از عوامل ایجاد کننده عفونت در یک منطقه هستند.(۶).گزارشهای زیادی از عفونت انسانی فاسیولا در آمریکای جنوبی، اروپا، آفریقا، چین و استرالیا و مدیترانه انجام گرفته است (۱). حداقل ۳۵۰ هزار مورد عفونت انسانی در کوهستانهای بولیوی و پرو تخمین زده می‌شود. در دیگر کشورهای آمریکای جنوبی عفونت اسپورادیک می‌باشد. عفونت دامی بصورت شایع در اروگوئه، پرو، آرژانتین و شیلی گزارش می‌گردد(۷). در مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده، این بیماری در شمال ایران، در استان گیلان و مازندران شایع است و در سال۷۸-۱۳۷۷ یک اپیدمی در گیلان روی داد که موارد آلودگی ۱۰۰۰۰نفر بوده که در بندر انزلی ۲۴۶۵ نفر و در رشت ۱۴۲۵ نفر ابتلا داشتند که بیشترین درصد ابتلا در گروه سنی(۴۹-۲۰) سل بوده است(۸).

تظاهرات این بیماری بصورت تب و ایجاد درد RUQ می‌باشد (۱). معمولاً ائوزینوفیلی خون محیطی مشاهده می‌شود و بزرگی کبد و تست سرولوژی مثبت نیز معمولاً وجود دارد(۱). در مطالعه‌ای که توسط elshazly و همکاران در Dakhlia مصر صورت گرفته است عفونت فاسیولا در ۷/۴ ٪ جمعیت منطقه وجود داشته است، نتایج بدست آمده شامل ائوزینوفیلی در (۱۰۰٪)، آنمی (۱۰۰٪) افزایش میزان سدیمان اریتروسیتی در ۸۷٪ ، تب ۸۵٪ ، هپاتومگالی دردناک در ۸۱/۹٪ ، افزایش آلانین آمینوترانسفراز ۲۱/۵٪ و افزایش آسپارتات آمینوترانسفراز در ۲۱٪، افزایش بیلی‌روبین در ۱۶٪ بوده است. در سونوگرافی مواردی نظیر بزرگی کبد و طحال، اتساع مجرای صفراوی مشترک، فیبروز اطراف پورت، ضایعات سیستیک و موضعی در کبد، وجود فاسیولا در مجرای صفراوی مشترک و کیسه صفرا ، سنگ کیسه صفرا، دیوارهٔ ضخیم کیسه صفرا و آسیت بدست آمد که موارد آسیت نادر بوده است(۲). بعضی تظاهرات بالینی در این بیماری نادر است از جمله تظاهرات نادر آبسه‌های کبدی (۱۰و۹)، تب طول کشیده (۴و۳)، طحال دردناک و قابل لمس (۱۱)، انسداد مجرای صفراوی، کلدوک و سیروز (۱۲و۳و۱)، ادم پا (۳)، ادم ژنرالیزه (۳)، تب‌های راجعه متناوب(۵)، خونریزی معده‌ای روده‌ای (۳)، واریس مری (۳) و آسیت (۲) می‌باشد. در این بیمار با توجه به علائم، شامل تب راجعه و آسیت همراه، تشخیصهایی نظیر سل، تب مدیترانه‌ای فامیلیال، بروسلوز، لنفوم وغیره مطرح است، که با توجه به ائوزینوفیلی و تست سرولوژی مثبت و پاسخ به درمان فاسیولا، تشخیص فاسیولیازیس قویاً مطرح است. همچنین سابقه مسافرتهای متعدد به بندر انزلی که عفونت فاسیولا در آنجا شایع است(۸) نیز در تشخیص این عفونت کمک کننده است.

تظاهرات بالینی فاسیولیازیس در این بیمار بصورت تب راجعه و آسیت راجعه بوده که این تظاهرات بسیار نادر می‌باشد و به نظر نمی‌رسد چنین موردی تا بحال در مورد فاسیولیازیس گزارش شده

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.9.1]

باشد با توجه به شیوع فاسیولیازیس در شمال کشور (۸) و تظاهرات نادر مشابه مورد گزارش، در حضور ائوزینوفیلی و علائم فوق، می‌توان فاسیولیازیس را در نظر داشت، که البته باید توجه داشت در مواردی ائوزینوفیلی دیرتر از بروز علائم در بیماران یافت می‌شود که در مورد بیمار فوق نیز پس از حدود ۲ ماه از شروع تظاهرات بیماری و مشکلات پیچیده تشخیصی و بررسیهای فراوان، ائوزینوفیلی ایجاد شد. همچنین یافته‌های سی تی اسکن و سونوگرافی پیشنهاد کننده پدیده‌ای بدخیم بوده که در صورت عدم انجام تست سرولوژیک فاسیولا ، می‌توانست به انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی‌تر از جمله لاپاراتومی منجر گردد. هت درمان این بیماری بیتیونول بهترین درمان محسوب می‌شود (۱۳).

داروی دیگر تریکلابندازول است که در برخی مقالات به عنوان داروی انتخابی در درمان فاسیولیازیس معرفی شده است(۱۲)، این دارو جهت درمان دامها در آمریکا استفاده می‌شود عوارض جانبی عمده‌ای ندارد، و با دوز ۱۰mg/kg، دو بار در یک روز تا۱۰۰٪ موارد باعث درمان و بهبودی می‌شود(۱۴).

****

References

1. Adel AL, Mahmood F. Trematodes and other fluke in principles practice of infectious disease, 5th ed. Mandell Douglas and Bennetts. Churchill livigstone co 2000; pp: 2953-5.

2. Elshazly AM, Soliman M, Gabr A, et al. Clinicoepidemiological study of human fascioliasis in an endemic focus in Dakahlia Governorate، Egypt. J Egypt Soc Parasitol 2001; 31: 725-36.

3. Almendras Jaranillo M, Rivera Medina J, Sijyas Mogrevejo G, et al. Hepatic fascioliasis in children: Uncommon clinical manifestations. Arq Gastroenterol 1997; 34(4): 241-7.

4. Kim JB, Im DJ, Huh S, et al. A human case of invasive fascioliasis associated with liver abscess. Korean J Parasitol 1955; 33(4): 395-8.

5. Bechtel U, Fevcht HE, Held E, et al. Fasciola hepatic infection in a family: Diagnosis and therapy. Dtsch Med Wochenchr 1992; 117(25): 978-82.

6. Kodam K, Ohnishi H, Matsuo T, et al.Three cases of human fascioliasis. Kansenshogakuzasshi 1991; 65(12):1620-4.

7. Karbinis A, Herson S, Brucker G, et al. Fasciolar hepatic abscesses: Value of hepatic ultrasonography. Apropos of 3 cases. Ann Med Interne (paris) 1985; 136(7): 575-8.

۸ . رکنی، پایان نامه تخصصی (PhD)، دانشکده بهداشت ، دانشگاه تهران، ۱۳۸۰.

9. Cosme A, Marcosy M, Galany A, et al. Choledochal obstruction due to fasciola hepatica. Med Clin (Barc) 1979;73 (10): 438-42.

10. Cloxton JR, Zambrano H, et al. Strategic control of fasciolosis in the inter-andean valey of Cagmarca, peruvet. Rec 1998; 143(2): 42-5.

11. Richard LG, Zimmerman GL, et al. Influence of ivermectin and clorsulon treatment on productivity of a cow-calf herd on the southern Oregon coast. Vet Parasitol 1992; 41(1-2): 44-5.

12. Yilmaz H, Oner AF, et al. The effect of triclabendazol in children with fasciliasis. J Egypt Soc Parasital 1998; 28(2) :497-502.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.9.1]

13. Baca Y, Besnier JM, et al. Successful treatment of acute fascioliasis with bithonal. Hepatology 1991; 14(6): 1069-90.

14. Puent GL. Acute and subacute fascioliasis of alpacas and treatment with triclabendazol. Trop Anin Health Rod 1997; 29(1):13-21.

* آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی، تلفن: ۲۲۸۵۷۷۷-۰۲۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.9.1]