

گزارش یک مورد عفونت کریپتوکوکوس نفوورمانس ریه در یک بیمار بدون نقص ایمنی در بابل

دکتر خضرااله بیژنی^۱، دکتر عزیزالله عباسی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: کریپتوکوکوس نفوورمانس یکی از قارچهای نادر مولد عفونت در ریه میباشد. اکثراً عفونت‌های ناشی از آن در افراد با نقص ایمنی بدن اتفاق می‌افتد. گزارش مورد: بیمار آقای ۴۷ ساله است که با سرفه‌های تحریکی و کاهش وزن بارز مراجعه نموده است. در Cxray و سی تی - اسکن انجام شده، تصویر ندول در منطقه فوقانی و تحتانی ریه راست جلب نظر می‌نمود. بررسی‌های لازم از نظر B.K (باسیل کخ)، و هیستولوژی انجام گردید که همگی منفی بودند. با توجه به نرمال بودن پرونکوسکوپی، توصیه به تراکتومی شد. نتیجه بیوپسی باز ریه، عفونت کریپتوکوکوس نفوورمانس را نشان داد. درمان: با تجویز کتوکونازول به مدت ۳ هفته، تظاهرات رادیولوژیک محو گردیدند و حال عمومی بیمار رو به بهبودی رفت. پس از شش ماه Cxray بیمار کنترل گردید و آثاری از بیماری در خود نداشت.

واژه‌های کلیدی: عفونت قارچی، ریه، کریپتوکوکوس نفوورمانس، نقص ایمنی.

۱ - فوق تخصص بیماریهای ریه، استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲ - فوق تخصص جراحی ریه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

جهت ارزیابی ضایعه موجود در CXR، سی تی اسکن ریه و مדיاستن بعمل آمد که در سی تی اسکن ضایعه ندولر در منطقه فوقانی ریه راست چسبیده به دنده با فیروز اطراف و ضایعه با افزایش دانسیته دیگری در برش های ناحیه تحتانی جلب نظر می کرد که در تشخیص پرتونگاری، ضایعه سرطانی ارزیابی شد. به بیمار با توجه به منفی بودن برونکوسکوپی پیشنهاد بیوپسی ریه از طریق پوست (TTNA) و یا توراوتومی شد که بیمار با این دو پیشنهاد موافقت کرده و به جراح ریه در تهران معرفی گردید و تحت عمل توراوتومی باز قرار گرفت. از ضایعات موجود در پارانیشیم ریه و پلور بیوپسی بعمل آمد. بررسی های باکتریولوژیک و TB از نمونه های ارسالی منفی بود. هیچ گونه ضایعه نشو پلازیک گزارش نشد ولی نمونه های فرستاده شده، دو کانون مملو از میسیلیوم های قارچی کریبتوکوکوسی نشان دادند. از بیمار بررسی های ایمونولوژیک از نظر بیماری های مثل HIV, HBA و بررسی ایمونوگلوبین ها بعمل آمد که همگی در حد نرمال بودند. همچنین بررسی های HIV, HBA منفی گزارش شدند. بیمار با تشخیص عفونت قارچی پارانیشیم ریه بدون نقص ایمنی تحت درمان باکتوکونازول بمدت ۴ هفته قرار گرفت که بعد از یک ماه در CXR بیمار، تا ۸۰٪ بهبودی ضایعه دیده شد. در CXR سه ماه بعد تقریباً ضایعه پاک شده بود. بیمار همچنین افزایش وزن واضحی نیز پیدا کرد.

بحث

عفونت های قارچی خصوصاً عفونت ناشی از کریبتوکوکوس ثوفورمانس از عفونت های نادر ریه می باشند. این عفونت بیشتر در افراد با نقایص زمینه ای و نقایص ایمنی دیده می شود (۱).

در سال ۱۸۹۴ بوسیله Buss و بعد توسط باسچکی گزارش شد. ابتدا تصور می کردند عامل این بیماری لنفوما می باشد. بعداً دیده شده است که عامل این بیماری قارچی به اسم کریبتوکوکوس ثوفورمانس است که به شکل سلولهای قارچی جوانه دار باکپسول پلی ساکاریدی مشخص می باشد که دو

کریبتوکوکوس یکی از قارچ های نادر مولد عفونت در ریه است. معمولاً، اکثر قریب به اتفاق موارد گزارش شده در افراد با نقص ایمنی می باشد (۱). البته موارد بسیار معدودی ممکن است در افراد بدون نقص ایمنی در ریه گزارش شوند. هر چند که این قارچ در ۲۰٪ خلط افراد نرمال مشاهده می شود ولیکن این گروه افراد هیچ گونه علائم کلینیکی، پاراکلینیکی و رادیولوژیکی دال بر درگیری ارگان های مختلف توسط این قارچ را ندارند (۱). این مقاله اولین مورد عفونت کریبتوکوکوس ثوفورمانس را در یک فرد بدون نقص ایمنی در بابل نشان می دهد.

گزارش مورد

بیمار آقای ۴۷ ساله بدلیل سرفه های تحریکی، تنگی نفس و لاغری مشخص مراجعه نمود. تب، تعریق و کاهش وزن را بیان نمی کرد. هر چند که بیمار لاغر بنظر می رسید. سیر بیماری را از سه ماه قبل بیان می کند که به پزشکان متعدد مراجعه نموده است. در معاینه بالینی جز لاغری مفرط مسئله خاصی نداشت. معاینه فیزیکی قلب و ریه نرمال بود. در شرح حال مصرف سیگار را بمیزان ۲۰-۱۰ عدد در روز بیان می کرد. از بیمار با توجه به شرح حال، معاینه بالینی و CXR بعمل آمد که در X-ray انجام شده، ضایعه غیر یکنواخت آلوئولی در منطقه فوقانی ریه راست در قسمت محیطی، و ضایعه با افزایش دانسیته در منطقه تحتانی ریه راست در مجاورت کناره قلب جلب نظر می کرد. در عکس نیمرخ، ضایعه در قسمت خلفی دیده شد. در بررسی های آزمایشگاهی بعمل آمده از نظر FBS، اوره، کراتینین، آزمایش کامل و کشت ادرار، کلسیم، فسفر، آلکالن فسفاتاز و اسید اوریک همگی در حد نرمال بودند. تست مانتو منفی بوده و بررسی خلط در سه نوبت از نظر B.K (باسیل کخ) منفی و بررسی از نظر قارچ و سلولهای بدخیم در خلط منفی بودند. با توجه به سن و کاهش وزن و سابقه مصرف سیگار برونکوسکوپی انجام شد که ضایعه داخل برونش دیده نشد. مایع برونش از نظر B.K و سلولهای بدخیم منفی بود.

References;

1. Fishman AP. Pulmonary disease and disorders. 2nd ed. New York, McGraw Hill Co. 1988; 1770-1771
2. Mitchell TG, Perefect JR. Cryptococcus in the era of Aids. Clin Microbiol Res 1995; 8: 515-598
3. Currie BP, Casadevall A. Estimation of the prevalence of cryptococcus infection among patient infected with human immune defeciency virus in New York city. clin infect dis 1994;19:1029-1033
4. Gerald LB. Text book of Pulmonary disease. 6th ed. Lippincott publishers Washington 1999; 227.
5. Vrchairle A, Dortorin MJ. Respiratory cell. Mol Biol 1994; 11:130-137
6. Gbennt Jh. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed. New York, Mc Graw Hill Co. 1998;1153-1154
7. Patz EF. Pulmonary cryptococcosis. J Thora Imaging 1992; 751-755
8. Armstrong PA. Imaging of disease of the chest. Mosby year book inc 1990; 204-206

سروتایپ A/D و B/C دارد (۲). مهم‌ترین راه ورود این عامل از راه دستگاه تنفسی است و فاصله کبوتران منشاء انتشار این بیماری می‌باشد. محل درگیری اولیه این عفونت در ریه‌ها است و بعد در هر عضوی ممکن است جایگزین شود. این قارچ تمایل خاصی به آلوده کردن سیستم عصبی مرکزی (پارانشیم مغزی) دارد. عکس العمل بیماری یا به شکل حاد است و یا بدون عکس العمل می‌باشد. ممکن است تغییرات گرانولوماتوز همراه با فیروز باشد. این بیماری در ۷۰٪ افراد با نقص ایمنی دیده می‌شود (۳) و در $\frac{1}{3}$ موارد ممکن است در افراد بظاهر سالم دیده شود (۴ و ۱). در بیمار مورد نظر نیز طبق بررسیهای بعمل آمده عامل زمینه‌ای خاصی پیدا نشد. همچنین برخی مطالعات نشان دادند که ممکن است این بیماری بدون علامت باشد که در بیمار ما نیز علامت خاصی دیده نشد (۵). بیشتر درگیریهای ریوی در افراد بدون علامت می‌باشد و بطور اتفاقی در رادیوگرافی قفسه صدری کشف می‌شود (۶). در یک نوع خاص از درگیری ریه که بصورت پنومونی پیشرونده می‌باشد علائم بالینی جلب نظر می‌کند. بیماری در این حالت سیر پر سرو صدائی داشته و بیمار با سرفه، تب و حتی سیانوز ممکن است مراجعه کند. در این نوع خاص بیماری حتی نمای آبسه ریه ممکن است پیدا شود. در فرم بدون علامت معمولاً شکل درگیری بصورت ضایعه میکروندولار می‌باشد (۷). یکی از بیماریهایی که در تشخیص افتراقی با این بیماری مطرح می‌شود توبرکولوز ریه است. راه تشخیصی قطعی بیماری بیوپسی از ضایعه در ریه می‌باشد که از راه بیوپسی سوزنی از طریق پوست (TTNA) و یا بیوپسی باز ریه امکان‌پذیر است (۸)، که در بیمار ما بیوپسی باز انجام شد. در پاتولوژی، گرانولوم غیر کازئیفیه گزارش شد و بررسی در اسمیر و کشت، قارچ کریپتوکوکوس تئوفورمانس را ردیابی کردند. بیمار بمدت سه هفته کتوکونازول دریافت نمود که در CXR کنترل بعد از آن مدت، آثاری از ضایعه موجود نبود. البته در حال حاضر درمان انتخابی این بیماری، تجویز فلوکونازول بمیزان ۴۰۰-۲۰۰ روزانه بمدت شش هفته می‌باشد.
