

گزارش یک مورد فاسیولیاژیس با تظاهرات نادر تب راجعه و آسیت

دکتر سید داوود منصوری^{۱*}، دکتر علی جمشیدی فرد^۲

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

سابقه و هدف: عفونت با فاسیولا هیپاتیکا 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: در این مقاله، یک مورد عفونت با فاسیولا هیپاتیکا با تظاهرات غیرمعمول تب و آسیت راجعه گزارش میگردد که تأیید تشخیصی آن توسط تست سرولوژی مثبت و یافته‌های سی تی اسکن 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 فاسیولیاژیس در کلیه بیماران با یافته‌های فوق مدنظر باشد.

واژه‌های کلیدی: فاسیولیاژیس، تب راجعه، آسیت.

مقدمه

فاسیولیاژیس عفونت ناشی از انگلی به نام فاسیولا است که در این میان فاسیولا هیپاتیکا از همه شایعتر است. فرم بالغ این انگل در دام و احشام بخصوص گوسفند و نیز انسان زندگی می‌کند (۱). این انگل در اکثر نقاط دنیا بخصوص در مناطقی که پرورش گوسفند و آبگیرهای آب شیرین وجود دارد شایع است، میزبان واسطه آن حلزونهای آب شیرین می‌باشد (۱). عفونت با این انگل تظاهرات بالینی گوناگونی دارد از جمله تظاهرات شایع تب، درد RUQ، بزرگی کبد و ائوزینوفیلی می‌باشد (۲و۱). تب جزء علائم شایع (۱) و تب طول کشیده (۳و۴) و تب راجعه (۵) جزء علائم نادر بوده و آسیت نیز بسیار نادر است (۲) که در بررسی متون، گزارشی از آسیت به صورت راجعه صورت نگرفته است. در این مقاله بیماری با عفونت فاسیولیاژیس که علائم نادر تب راجعه و آسیت راجعه دارد، گزارش می‌گردد.

گزارش مورد

بیمار آقای ۳۰ ساله اهل مازندران که دلیل تب به این مرکز مراجعه کرد. تب بیمار از ۲ ماه قبل از مراجعه آغاز شده و نامنظم بوده است. تب عصرها آغاز شده و تا اواخر شب ادامه داشته و بدون استفاده از دارو بهبود می‌یافت. دوره‌های تب ۱ تا ۳ روزه بوده و سپس بهبودی بین دوره‌ها وجود داشته است. در طی ۲ ماه بیمار تقریباً ۱۵ روز (۵ تا ۷ بار) با الگوی فوق تب داشته است. همزمان با تب، بیمار تعریق داشته و در مواردی درد مفاصل را نیز ذکر می‌کرده است. همچنین از ۲ ماه قبل از مراجعه، سابقه کهیر را ذکر می‌کرده است. علائم همراه نظیر استفراغ، زردی، درد شکمی و علائم تنفسی نظیر خس‌خس سینه و خلط نداشته است. بیمار سابقه مسافرتها به متعدد به بندر انزلی داشته است. همچنین بیمار، سابقه وجود و یا تماس با یک بیماری عفونی مشخص نظیر سل ذکر نکرده است. در هنگام مراجعه، معاینه ریه‌ها نرمال و معاینه شکم نیز نرمال بوده

انجام گرفت که دوبار آن همزمان با دوره‌های تب بوده که آسیب گزارش گردید.

پونکسیون مایع آسیب بدلیل متغیر بودن مایع آسیب و کمی مایع آسیب در زمان انجام، عملی نشد. همچنین در سونوگرافی شکم و لگن، هپاتومگالی خفیف و کانونهای با اکوژنیسیته کاهش یافته در لوب راست به ابعاد ۳۵-۲۵ و شبیه توده‌های تومورال با حدود نامشخص که نمای آن حالت جغرافیایی بوده، گزارش گردید. سپس برای بیمار سی تی اسکن دینامیک شکم صورت گرفت که توده‌های توپر متعدد در لوب راست کبد وجود داشت (شکل ۱) و مقداری مایع آسیب نیز گزارش گردید.



(الف)



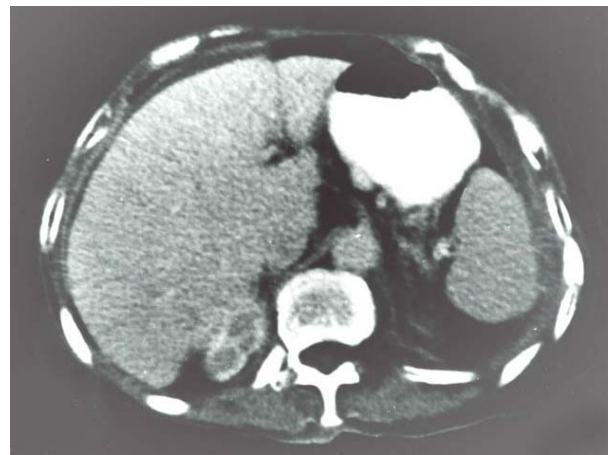
(ب)

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

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 و HBsAg 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 ارگانه‌های شکمی و لگنی نرمال بوده و حدود ۲۰۰CC مایع در لگن و فضای موريسون 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 اریتروسیتی ۳۰ و آنزیمهای کبدی، مختصری افزایش یافته بود، آلانین آمینو ترانسفراز ۵۰ و آسپاراتات 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 کومیس رایت بیمار منفی و ایمونوگلوبولینهای IgG، IgM، IgA و IgE در محدوده 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 آسیب همزمان با دوره‌های تب بوده است. در مجموع برای بیمار از آغاز شروع علائم شش بار سونوگرافی انجام گرفت که چهار بار آسیب گزارش گردید که این آسیب‌ها همزمان با دوره‌های تب بوده است همچنین از این شش مورد چهار بار سونوگرافی در این مرکز و توسط یک سونوگرافست

برای بیمار تستهای سرولوژی نیز صورت گرفت که تست سرولوژی فاسیولا مثبت و تست سرولوژی توکسوکارا و اکیونوکوس گرانولوزیس منفی بوده است. بیمار با تشخیص فاسیولیاژیس تحت درمان با تریکلا بندازول به میزان یک گرم بمدت دو روز قرار گرفت. در پیگیری ۶ ماهه کلیه علائم بالینی بهبود یافت، اتوزینوفیلی، لکوسیتوز و سرعت سدیمان اریتروسیتی و آنزیمهای کبدی به محدوده طبیعی رسیدند و در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن کنترل، هیچ نکته غیر طبیعی یافت نشد (شکل ۲).



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

بحث

فاسیولا هپاتیکا کرمی از رده ترماتودهاست که در مناطقی که دامداری گوسفند رایج است، شایع می‌باشد (۱). عفونت انسانی معمولاً بعلت استفاده از سبزیجات آلوده 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 سال ۷۸- ۱۳۷۷ یک اپیدمی در گیلان روی داد که موارد آلودگی ۱۰۰۰۰ نفر بوده که در بندر انزلی ۲۴۶۵ نفر و در رشت ۱۴۲۵ نفر ابتلا داشتند که بیشترین درصد ابتلا در گروه سنی (۲۰-۴۹) سل بوده است (۸).

تظاهرات این بیماری بصورت تب و ایجاد درد RUQ می‌باشد (۱). معمولاً اتوزینوفیلی خون محیطی مشاهده می‌شود و بزرگی کبد و تست سرولوژی مثبت نیز معمولاً وجود دارد (۱). در مطالعه‌ای که توسط elshazly و همکاران در Dakhia مصر صورت گرفته است، عفونت فاسیولا در ۷/۴٪ جمعیت منطقه وجود داشته است، نتایج بدست آمده شامل اتوزینوفیلی در (۱۰۰٪)، آنمی (۱۰۰٪) افزایش میزان سدیمان اریتروسیتی در ۸۷٪، تب ۸۵٪، هپاتومگالی دردناک در ۸۱/۹٪، افزایش آلانین آمینوترانسفراز ۲۱/۵٪ و افزایش آسپاراتات آمینوترانسفراز در ۲۱٪، افزایش بیلی‌روبین در ۱۶٪ بوده است. در سونوگرافی مواردی نظیر بزرگی کبد و طحال، اتساع مجرای صفراوی مشترک، فیروز اطراف پورت، ضایعات سیستیک و موضعی در کبد، وجود فاسیولا در مجرای صفراوی مشترک و کیسه صفرا، سنگ کیسه صفرا، دیواره 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 (۹ و ۱۰)، تب طول کشیده (۳ و ۴)، طحال دردناک و قابل لمس (۱۱)، انسداد مجرای صفراوی، کلدوک و سیروز (۱۲ و ۱۳)، 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 و غیره مطرح است، که با توجه به اتوزینوفیلی و تست سرولوژی مثبت و پاسخ به درمان فاسیولا، تشخیص فاسیولیاژیس قویاً مطرح است. همچنین سابقه مسافرتهاى متعدد به بندر انزلی که عفونت فاسیولا در آنجا شایع است (۸) نیز در تشخیص این عفونت کمک کننده است.

تظاهرات بالینی فاسیولیاژیس 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 فاسیولیاژیس گزارش شده

باشد با توجه به شیوع فاسیولیازیس در شمال کشور (۸) و تظاهرات نادر مشابه مورد گزارش، در حضور اتوزینوفیلی و علائم فوق، می‌توان فاسیولیازیس را در نظر داشت، که البته باید توجه داشت در مواردی اتوزینوفیلی 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، اتوزینوفیلی 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 بیتئونول 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 ۱۰ mg/kg، دو بار در یک روز تا ۱۰۰٪ 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 livingstone 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 Mogrejevo 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 Wochenschr 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.

13. Baca Y, Besnier JM, et al. Successful treatment of acute fascioliasis with bithonal. Hepatology 1991; 14(6): 1069-90.
14. Puente GL. Acute and subacute fascioliasis of alpacas and treatment with triclabendazole. Trop Anim Health Prod 1997; 29(1):13-21.