

گزارش دو مورد توکسوپلاسموز اکتسابی همراه با آدنوپاتی و تظاهرات جلدی

دکتر هوشنگ ساغری ✽
دکتر اصغر جمشیدی ✽
دکتر فائزه احمدی ✽✽
دکتر محمد دانش ✽

توکسوپلاسموز اکتسابی معرفی میگردد که هر دو از کارکنان یکی از مراکز پزشکی دانشگاه بوده‌اند ؛ و علت مراجعه آنها تظاهرات جلدی مختلف همراه باخارش توأم بالنفادنوپاتی و تب‌های شدید نامشخص بوده است .

بیمار اول

آقای ح. الف. ۲۴ ساله ، شغل خدمتگزار ، ساکن تهران ؛ متأهل دارای زن و دو فرزند که همگی سالم هستند . در تاریخ ۳/۹/۳۴ بعلت ضایعات جلدی پراکنده خارش‌دار که از دو هفته قبل شروع شده ، توأم باتورم غدد لنفاوی گردن تب‌های خفیف و نامشخص لاغری و بی‌اشتهایی و درد اندام (آرترالژی) وضع به‌بخش عفونی مراجعه کرد . در سابقه شخصی بیمار ابتلاء به مننژیت و فوروونکولوز را ذکر میکند ولی چگونگی آنها را بخاطر ندارد . دوماه قبل دچار حالت سرماخوردگی توأم باتب و لرز و دردهای اندام و درد شکم شده که بامراجعه به پزشک و درمانهای معمولی بهبود یافته است . نه‌ماه قبل از بیماری اخیر به مشهد مسافرت کرده و درباغ وحش آنجا

مقدمه :

توکسوپلاسموز یکی از عفونتهای شایع انسانی است که در اکثر نقاط دنیا بصورت منتشر و به‌فرمهای مادرزادی و اکتسابی دیده میشود . تظاهرات بالینی آن در انسان متغیر و به فرمهای خفیف و یا واضح و به‌اشکال مختلف مشاهده میگردد .

از نظر انتشار در مناطق سردسیر نظیر آلاسکا و ایسلند و مناطق شمالی سوئد با انجام آزمایشهای سرولژی و جلدی ، پائین‌ترین میزان آلودگی و در بعضی گزارشها این آزمونها را صددرصد منفی گزارش کرده‌اند . در حالیکه در بعضی مناطق از قبیل هند و راس و تاهیتی و گواتمالا ، میزان آلودگی بر مبنای جستجوی پادتن در خون در گزارشهای مختلف بین ۷۸ تا ۱۵۰٪ گزارش شده است . بطور کلی بیماری در مناطق گرم و خشک و یاسرد و مرتفع شیوع کمتری داشته در حالیکه در مناطق گرم و مرطوب شایعتر است (۲۹۱) .

انتشار بیماری در ایران تاکنون بطور دقیق مورد بررسی و تحقیق قرار نگرفته ولی چند مورد آن تاکنون توسط همکاران گزارش شده است (۳ و ۴) . در این گزارش دو مورد

✽ بخش بیماریهای عفونی و گرمسیری مرکز پزشکی آموزشی و درمانی لقمان الدوله ادهم .

✽✽ بخش پوست مرکز پزشکی آموزشی و درمانی لقمان الدوله ادهم .

تا آخر دوره درمان سه مرتبه آزمایش کامل خون انجام شد که به ترتیب:

دفعه اول ۹۸۰۰ گویچه سفید خون، نوتروفیل ۶۱، ائو ۲، لنفو ۳۳، مونو ۴ درصد؛ هموگلوبین ۱۴ گرم درصد، هماتوکریت ۴۰٪. بار دوم گویچه‌های سفید خون ۹۴۰۰، نوتروفیل ۶۳، ائو ۲، لنفو ۲۷، مونو ۳، سلول باند ۳، هماتوکریت ۴۲ درصد.

دفعه سوم گویچه سفید خون ۱۱۷۰۰، هموگلوبین ۱۳/۶، هماتوکریت ۴۰٪، پلاکت ۱۵۰۰۰۰. ضایعات جلدی خارش‌دار ضمن هفته دوم درمان محو گردید و در خاتمه درمان غدد لنفاوی و کبد و طحال بطور واضح کوچک شدند. در کنترل بیمار در ماه‌های بعد هیچگونه لنفادنوپاتی و بزرگی کبد و طحال دیده نشد.

بیمار دوم:

نام ط. س.، ۲۶ ساله، تاریخ مراجعه ۲۷/۷/۵۴ شغل کارمند بیمارستان، ساکن تهران؛ بیمار بعلت تب، کهیر و خارش و تورم غدد لنفاوی در دوطرف گردن مراجعه نمود. سابقه بیماری ضعف و بی‌اشتهایی و لاغری که بیمار اظهار می‌دارد که از سه ماه قبل متعاقب ازدواج دچار تب‌های نامشخص و خفیف و کهیر شده و این تصور برایش ایجاد می‌شود که مبتلا به بیماری مقاربتی می‌باشد. بیمار مدتی نزد متخصص بیماری‌های پوست و آمیزشی تحت عنوان ضایعات آلرژیک درمان می‌شده که در این مدت ۲ کیلوگرم لاغر می‌شود. در سابقه شخصی، ابتلاء به بیماری مهمی را ذکر نمی‌کند؛ در سابقه فامیلی نکته قابل ذکری وجود ندارد.

معاینه بیمار:

درسروگردن آدنوپاتی‌های ریز در طرفین گردن لمس می‌شود که متحرک است و با فشار تا اندازه‌ای دردناک می‌باشد. اندازه آدنوپاتی‌ها مختلف و یکی از آنها به اندازه یک فندق است. لبها، زبان، مخاط دهان و حلق طبیعی است؛ دانه‌های کهیر بر روی گردن مشاهده می‌شود.

در معاینه قفسه صدری جز چند دانه کهیر نکته پاتولوژیک دیگری مشاهده نشد. لکه‌های کهیر در روی پوست شکم بطور پراکنده دیده می‌شود؛ کبد و طحال در لمس پالپابل، در سمع قلب و ریتم طبیعی و در سایر دستگاه‌های بدن بیمار نکته قابل ذکری ملاحظه نگردید. وزن بیمار ۵۴ کیلوگرم، قد ۱۶۰ سانتیمتر، درجه حرارت ۳۸، فشار خون ۱۱/۵ روی ۶/۵، نبض ۸۴ و تنفس ۲۱.

علائم آزمایشگاهی:

در آزمایش خون: گویچه‌های سفید ۷۵۰۰، نوتروفیل ۳۹، ائو ۱، لنفو ۵۵، مونو ۵، هموگلوبین ۱۵/۴ گرم، هماتوکریت ۴۴٪، VDRL منفی، توبرکولین تست منفی، سایر آزمایش‌های روتین طبیعی بود. تست ایمونوفلورسانس توکسوپلاسموز $\frac{1}{6400}$ مثبت بود (۳/۱۰/۳۴) متأسفانه بیمار بخاطر حفظ زیبایی حاضر به انجام عمل بیوپسی غده

باحیوانات تماس نزدیک داشته و آنها را لمس نموده است. در درمانگاه جراحی از غدد لنفاوی گردن بیوپسی بعمل آمد. ولی بیمار چون ناراحتی چندانی نداشت، بعلت عدم توجه جهت دریافت جواب پاتولوژی مراجعه نمی‌کند؛ تازمانی که بعلت ناراحتیهائی که در ابتدا ذکر شد به بخش عفونی مراجعه می‌نماید. در معاینه بیمار مردی است لاغر با حال عمومی نسبتاً خوب که به سئوالات بخوبی جواب می‌دهد.

در معاینه بالینی، دانه‌های ماکولوپاپولر خارش‌دار در روی پوست ناحیه سینه و پشت و ناحیه شکم وجود داشت؛ آدنوپاتی متعدد دوطرفه در ناحیه گردن به اندازه‌های مختلف که در سمت راست واضحتر بود و در محل اسکار بیوپسی انجام شده نیز مشاهده گردید. یکی از آدنوپاتی‌ها در سمت راست گردن به بزرگی یک بادام لمس شد؛ آدنوپاتی‌ها در لمس سفت، متحرک و بدون درد بوده در ناحیه فوق ترقوه و زیر بغل نیز آدنوپاتی قابل لمس مشاهده گردید. در کشاله ران آدنوپاتی موجود نبود؛ کبد به اندازه دو عرض انگشت بزرگ با قوام نرم و طحال پالپابل بوده است. شکل قفسه صدری و سمع قلب و ریتم طبیعی در سایر دستگاه‌ها نکته پاتولوژی مشاهده نشده است.

وزن ۶۲/۵ کیلوگرم، قد ۱۷۵ سانتیمتر، درجه حرارت ۳۷/۸، نبض ۸۶، تنفس ۲۰ و فشار خون $\frac{11}{6}$.

علائم آزمایشگاهی:

گویچه‌های سفید خون ۱۲۱۰۰، نوتروفیل ۵۴٪، ائو ۱٪، لنفو ۴۰٪، مونو ۵٪، هموگلوبین ۱۴/۷ گرم درصد، هماتوکریت ۴۵٪، تعداد پلاکت ۱۷۲۰۰، زمان سیلان ۲ دقیقه و زمان انعقاد ۸ دقیقه؛ آزمایش ادرار طبیعی، توبرکولین تست منفی، معاینه ته چشم سالم، رادیوگرافی جمجمه و قلب و ریتم طبیعی، آزمایش ایمونوفلورسانس توکسوپلاسموز $\frac{1}{6400}$

(در بخش ایمونولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران انجام شد). با توجه به علائم و ضایعات کنونی و سابقه تماس بیمار با حیوانات، جواب پاتولوژی بیوپسی خواسته شد و گزارش آن مشکوک به توکسوپلاسموز بود. مجدداً از غدد لنفاوی فوق ترقوه سمت راست بیمار بیوپسی بعمل آمد و جهت کشت به انستیتو تحقیقات بهداشتی فرستاده شد که نتیجه کشت مثبت بود و سوش آن در آزمایشگاه تک یاخته‌های خونی و نسجی دانشکده بهداشت موجود است. بیمار با توجه به آزمایش ایمونوفلورسانس و پس از انجام بیوپسی مجدد، از تاریخ ۳۴/۹/۱۰ تحت درمان با دارا پریم (پریمتامین) روز اول چهار قرص ۲۵ میلیگرمی همراه با ۴ گرم سولفادیازین و روز دوم و سوم دو قرص ۲۵ میلیگرمی همراه با ۴ گرم سولفادیازین و روزهای بعد یک قرص ۲۵ میلیگرمی دارا پریم همراه با ۴ گرم سولفادیازین جمعاً بمدت ۱۴ روز تحت درمان قرار گرفت.

بیمار در سه روز اول درمان بستری بود و چون درمان با بخوبی تحمل نمود، دنباله درمان سرپائی ادامه یافت؛ در ضمن

لنفای نشد. بدین جهت با توجه به آزمایش سرولوژی مثبت تحت درمان توکسوپلاسموز قرار گرفت.

روز اول دو قرص ۲۵ میلی گرمی داراپریم (پریمتامین) و ۴ گرم سولفادیازین و از روز دوم روزانه یک قرص ۲۵ میلی گرمی داراپریم و چهار گرم سولفادیازین تجویز شد. جمعاً بمدت ۲۱ روز درمان ادامه یافت؛ در ضمن درمان بیمار از جهت عوارض خونی تحت کنترل بود که خوشبختانه هیچگونه عارضه‌ای دیده نشد و درمان را بخوبی تحمل نمود. ضایعات جلدی ۱۵ روز پس از شروع معالجه برطرف گردید و آدنوپاتی‌ها در خاتمه درمان خیلی کوچک شد و یکماه بعد از درمان بکلی محو گردید.

بحث:

بیماری توکسوپلاسموز را از نظر بالینی به دو فرم مادرزادی و اکتسابی تقسیم میکنند: فرم اکتسابی در تمام سنین و بویژه نزد کسانی دیده میشود که با حیوانات اهلی - که مخزن بیماری هستند - سابقه تماس نزدیک داشته باشند. توکسوپلاسموز اکتسابی در اغلب موارد بدون علامت و گاهی با علائم غیر اختصاصی تظاهر میکند. این علائم بترتیب شیوع عبارتند از:

۱- آدنوپاتی‌های سطحی و عمقی بثورات جلدی و زیکولوپا و زیکولوپاپولر، آئزین و تب.

۲- عوارض نادرتر نظیر هپاتیت، اسپلنومگالی، میوکارдит، آنسفالومیلیت و عوارض چشمی اختصاصی در شکل اکتسابی جنبه استثنائی دارد.

بطور کلی با در نظر گرفتن شیوع زیاد، بیماری پیش-آگهی خوش خیم دارد. فرم اکتسابی، خود به انواع بالینی مختلف تقسیم میشود که در حقیقت مجزا از یکدیگر هستند ولی نمایانگر جایگزینی - فعال تر بودن - عفونت در یکی از اعضاء میباشد. معمولاً غدد لنفای بطور ژنرالیزه بزرگ و شدت تورم در بعضی از آنها بیشتر است. غدد گردنی زیر بغل و ناحیه مغبنی معمولاً بیش از سایر غدد گرفتار میشوند. پوست روی غدد متورم، سالم باقی میماند. بزرگی غدد لنفای ماهها و گاهی سالها باقی است. در بعضی موارد غدد لنفای مدیاستن و ناف ریتین گرفتار میشوند که تشخیص افتراقی آن با بیماری هوچکین مطرح میگردد. طحال و کبد معمولاً قابل لمس هستند و در بیشتر موارد قبل از ظهور لنفادنیت تبهای خفیف و مکرر با فواصل نامعین وجود دارد که ممکن است هفتهها ادامه یابد.

علائم عمومی بیمار معمولاً سبک ولی گاهی ممکن است

شدید باشد؛ تظاهرات جلدی در نوع اکتسابی توکسوپلاسموز بعد از چند روز از شروع بیماری بصورت راشهای ماکولوپاپولر آریتماتو و ژنرالیزه ظاهر میشود که شبیه تظاهرات جلدی تیفوس اندمیک بوده ولی ضایعات در کف دستها و پاها دیده نمیشود. دردهای عضلانی از ابتدا بصورت محدود پامنتشر وجود دارد که گاهی بصورت حساس یا نقاط خیلی دردناک بروز مینماید و ممکن است پس از خاتمه دوره حاد بیماری خود بخود و یا بالمس آن، نقاط درد حس شود (۷۰۶).

از تظاهرات کلینیکی ذکر شده، بیمار اول سابقه تبهای نامشخص و خفیف همراه با آدنوپاتی‌های متعدد در ناحیه طرفی گردن بویژه سمت راست داشته سپس راشهای جلدی خارش دار منتشر ظاهر گشته است. بیمار دوم ابتدا راشهای جلدی بصورت کهیر همراه خارش داشته (بعقیده و پور)، علت بعضی از کهیرهای مکرر ممکن است توکسوپلاسموز حاد باشد (۵) و سپس آدنوپاتی دوطرف گردن ظاهر شده است. بیماری دهر دو مورد توأم با بی‌اشتهائی و کم شدن وزن بوده است.

در این مقاله نکته مهم این است که دهر دو بیمار از مجموعه علائم کلینیکی - صرف نظر از آدنوپاتی که جزو علائم شایع این بیماری است - بثورات جلدی که نادر میباشد بصورت بارزی خود نمائی نموده است.

خلاصه و نتیجه:

توکسوپلاسموز بیماری شایعی میباشد ولی در ایران تاکنون موارد معدودی گزارش شده است. ۴ موردی که در این گزارش ذکر شده، بیمار اول آدنوپاتی همراه با تظاهرات جلدی داشته و بیمار دوم با تظاهرات جلدی بصورت کهیر - مراجعه نموده سپس آدنوپاتی در دوطرف گردن ظاهر شده و مدتها بعد کهیر تحت درمانهای پوستی قرار گرفته است.

نکته مورد توجه در دو بیمار این است که بثورات جلدی - که معمولاً نزد بیماران توکسوپلاسموز نادر میباشد - در هر دو بیمار ما بصورت علامت بارزی جلب توجه نموده است. بنابراین بهتر است در بیمارانی که تظاهرات جلدی بصورت ماکولوپاپولر یا کهیر دارند به فکر این بیماری باشیم و وجود آدنوپاتی را در بیمار بررسی کنیم. و در صورت وجود آدنوپاتی توکسوپلاسموز را در تشخیص افتراقی بیماری در نظر داشته باشیم. در ضمن باید توجه داشت که ممکن است در بیماری توکسوپلاسموز اکتسابی، بروز تظاهرات جلدی مقدم بر پیدایش آدنوپاتی یا علائم عمومی باشد.

SUMMARY

In this report two cases of acquired toxoplasmosis are reported. Both cases are brought to hospital due to skin manifestations (Macule, Papule, Urticaria) accompanied by lymphadenopathie and low grade fever. Positive immunoflorecent test at the rate of $\frac{1}{6400}$ in both cases and positive tissue culture in one case.

With regards to this point that skin eruptions are usually rare manifestations in acquired toxoplasmosis but these manifestations has been very prominent in our two reported cases.

Therefore in contact to the patients with skin eruptions it is advisable to search for adenopathie and to have in mind acquired toxoplasmosis for differential diagnosis.

REFERENCES

- 1- FRANKLIN H. Top, sr. Paul F. Wehrle
Communicable and infectious diseases
1972 page 677
- 2- Paul D. Hoeprich, M. D. Infections
diseases 1972 page 1000 .
- 3- M. Ghorbani and A.H. Samii, Jaur
of tropical med ang Hyg July 1973 .
- 4- دکتر رضا جمالیان - دکتر محمد علی مولوی - دکتر
علیرضا یلدا - دکتر محمد حسین نصیرزاده .
مجله دانشکده پزشکی تهران شماره سوم و چهارم - آذر و دی
۵۳، صفحه ۳۹.
- 5- دکتر ناصر مهدوی، مجله نظام پزشکی شماره اول سال ۴۸
(۲۵۲۸) .
- 6- A. B. CHRISTIE infections disaces
epidemiology and clinical practice
second edition 1974 page 998 -
1002 .
- 7- Wintrobs , thorn, Adams Harrison's
principles of internal medicine 1972
page 1037 .