

گزارش یک مورد فاسیولاهپاتیکا در ریه

دکتر عبدالحسین داودآبادی*، دکتر صفرعلی طالاری**

* استادیار، بخش جراحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

** دانشیار، گروه انگل شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

خلاصه

فاسیولاهپاتیکا یکی از بیماریهای مشترک بین انسان و حیوانات گیاهخوار است و انسان بطور اتفاقی از طریق مصرف سبزیجات آلوده به متاسرکر به آن مبتلا می شود. این انگل بطور معمول موجب درگیری کبد و مجاری صفراوی می شود، اما ندرتاً بصورت اکتوپیک ریه، حفره صفاق، مغز، تیروئید، اپیدیدیم و چشم در جریان فاسیولازیس گرفتار می شوند. بیمار خانم ب - ج ۳۷ ساله به علت تنگی نفس و سرفه های خلطدار همچنین تب، لرز و تعریق مراجعه نموده است. در گرافیهای انجام شده پلورال افیوژن و آمپیم لوکوله و توده ای در ناف ریه مطرح شد. در نمونه BxAL، کرم بالغ فاسیولاهپاتیکا تشخیص داده شد. پیشنهاد می شود در بیماران با علائم فوق، علاوه بر بررسی های معمول از نظر فاسیولاهپاتیکا، اسمیر نیز انجام گیرد. **واژگان کلیدی:** فاسیولاهپاتیکا، ریه

مقدمه

فاسیولاهپاتیکا یکی از ترماتودهای مجاری صفراوی - کبدی حیوانات گیاهخوار است که در اکثر نقاط جهان به خصوص در مناطقی که دامداری رواج دارد، شایع است (۱). انسان به ندرت و به طور اتفاقی از طریق مصرف سبزیجات آلوده به متاسرکر، به این بیماری مبتلا می گردد. در شرایط عادی لارو انگل پس از عبور از جدار دئودنوم با باره کردن کپسول گلیسون وارد پارانشیم کبد می شود و پس از مدتی در مجاری صفراوی قرار می گیرد و به کرم بالغ تبدیل می شود (۲). جایگزینی نابجای فاسیولاهپاتیکا در حفره صفاق (۳)، مغز (۴)، ریه ها (۵)، غده تیروئید (۶)، کیسه صفرا و مجاری صفراوی (۷، ۸)، عضلات چشم (۹)، نسوج زیرجلد (۱۰) و اپی دیدیم به ندرت رخ می دهد.

شیوع فاسیولاهپاتیکا در انسان در مناطقی از دنیا بخصوص در سال هایی که میزان بارندگی زیاد بوده، بطور اپیدمی اتفاق افتاده است. بطور مثال ۵۰۰ مورد بیماری در منطقه Lyon شمال فرانسه، ۴۹ مورد در ویلیز در غرب انگلیس در

سال ۱۹۶۸ و ۷۰۰ مورد در گیلان و مازندران در سال

۱۳۷۷-۷۸ گزارش شده است (۹).

گرچه موارد نابجای فاسیولاهپاتیکا نادر و اغلب با مشکلات تشخیصی همراه هستند، در این راستا یک مورد فاسیولاهپاتیکای نابجا در ریه که موجب عفونت ریه، پلورال افیوژن و آمپیم شده است، معرفی می شود.

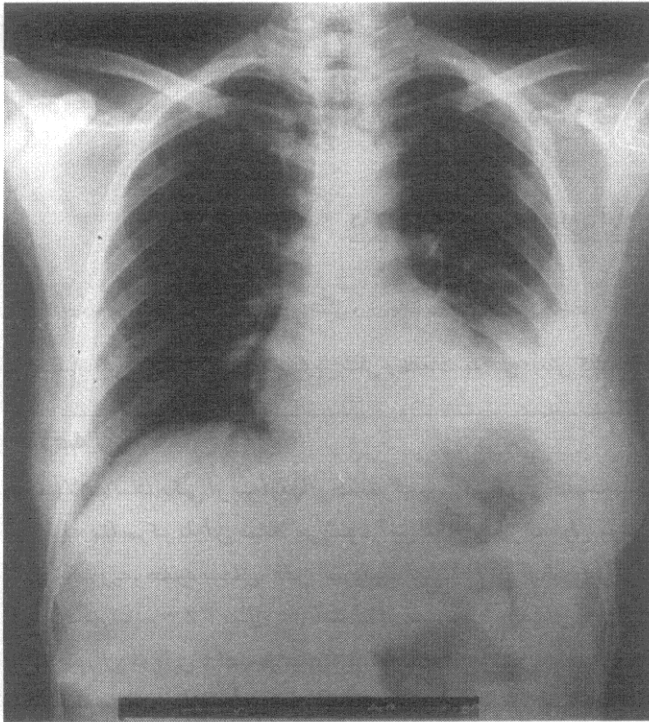
معرفی بیمار

بیمار خانم ب ج، ۳۷ ساله، خانه دار، اهل و ساکن بادرود کاشان در تاریخ ۱۳۷۸/۵/۱۰ به علت تنگی نفس و سرفه های خلطدار برنگ صورتی که از حدود بیست روز پیش بوجود آمده بود، به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه نمود. تنگی نفس وی بتدریج افزایش یافته، تب و لرز و تعریق بخصوص عصرها و شبها و درد پلورتیک چپ هم بر آن اضافه شد. کاهش وزن ۳-۴ کیلو گرمی و ضعف و بیحالی در جریان بیماری پدید آمد. در معاینه، بیمار بی حال و توکسیک بود. فشار خون بیمار در حد طبیعی بود ولی تعداد ضربانات قلب ۹۵ عدد در دقیقه، تعداد تنفس ۲۶ عدد

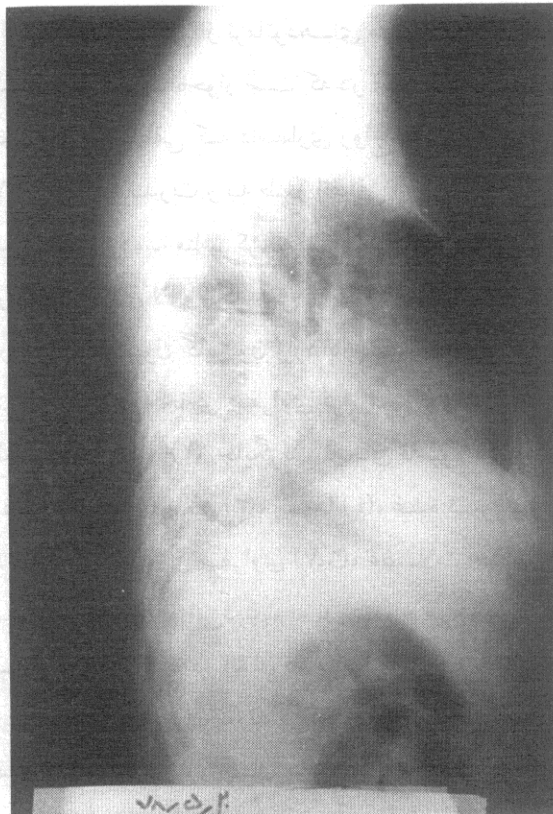
در دقیقه و درجه حرارت $38/5^{\circ}\text{C}$ گزارش شد. بیمار دیسترس تنفسی متوسط داشت.

در معاینه، expansion و حرکات ریه چپ محدود شده و در سمع نیز کاهش واضح صداهای ریوی وجود داشت. ریه مقابل در معاینه سالم بود. در گرافی PA و نیمرخ کدورت در قاعده ریه چپ همراه با پلورال افیوژن وجود داشت. (شکل های ۲، ۱). در CT scan نیز علاوه بر افیوژن، آمپیم لوکوله به همراه آتلکتنازی سگمانهای تحتانی وجود داشت. وجود توده ای در ناف ریه، احتمال لنف نود بزرگ یا لنفوم را مطرح می کرد (شکل های ۳، ۴). آنالیز گازهای خون شریانی در بیمار طبیعی بود. در آزمایش خون محیطی، لکوسیتوز ($\text{WBC}=14140/\text{mm}^3$) با $\text{PMN}=80\%$ ، لنفوسیت 6% ، سلولهای باند 14% و بدون ائوزینوفیلی مشاهده شد. $\text{ESR}=100$ ، $\text{CRP}=+1$ و قند خون ناشتا 166 میلی گرم در دسی لیتر بود. آزمایش کلسیم، فسفر، آنزیم های کبدی و آلکالین فسفاتاز طبیعی بود. سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی طبیعی گزارش شد. آزمایش رایت، ویدال، کامل ادرار و بررسی مدفوع از نظر تخم فاسیولاهپاتیکا طبیعی بود. باسیل BK نیز منفی بود. PPD، کشت خلط و اسمیر از لحاظ باسیل اسید فست نیز منفی بود. برای بیمار tap پلور انجام شد که $\text{LDH}=1020$ ، $\text{glucose}=260$ و آلبومین $3/5$ میلی گرم درصد (اگروداتیو) گزارش شد. با توجه به گرافیها، بیمار با احتمال لنفوم و یا آمپیم و کیست هیداتید عارضه دار، کاندید تورا کوتومی تجسسی قرار گرفت. قبل از آن در برونکوسکوپي انجام شده ضایعه اندوبرونشیل گزارش نشد ولی BAL انجام شد و ترشحات آن برای سیتولوژی کشت و اسمیر برای باسیل اسید فست فرستاده شد.

در تورا کوتومی صورت گرفته پلورال افیوژن همراه فیبرین فراوان در ناحیه لوب تحتانی همراه با peel ضخیم و آمپیم لوکالیزه وجود داشت. در تیکاسیون کامل انجام شد. قسمتی از لوب چپ بصورت سفت و کبدی (هپاتونیزه) شده بود ولی تومورال نبود. لنف نودهای ناف ریه بصورت واکنشی بزرگ شده بودند. نمونه هایی از لنف نودها و peels برای پاتولوژی ارسال شد. پس از شستشوی همی تورا کس، جداره سینه بخیه شد. سیر بعد از عمل طبیعی بوده و بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.



شکل ۱: گرافی ساده PA سینه بیمار در بدو ورود به بیمارستان



شکل ۲: گرافی نیمرخ سینه بیمار در بدو ورود به بیمارستان

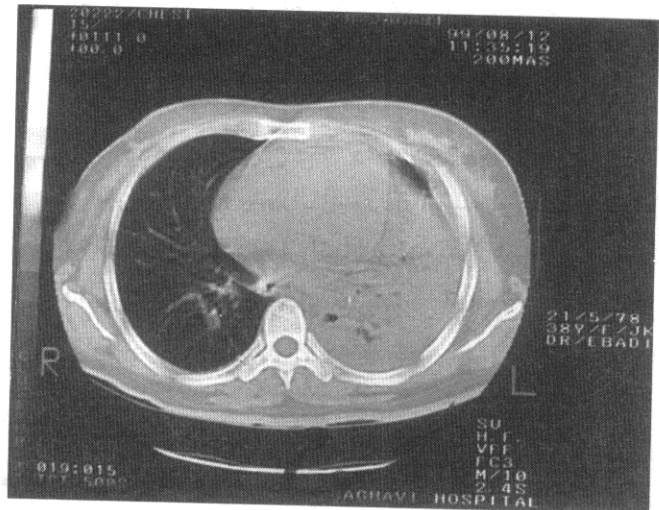
پاتولوژی ریه نیز قطعات بافت نکروز با ارتشاح شدید سلولهای التهابی یک و چند هسته‌ای که با تشخیص بالینی آمپیم مطرح شده مطابقت داشته است، گزارش شد.

بحث

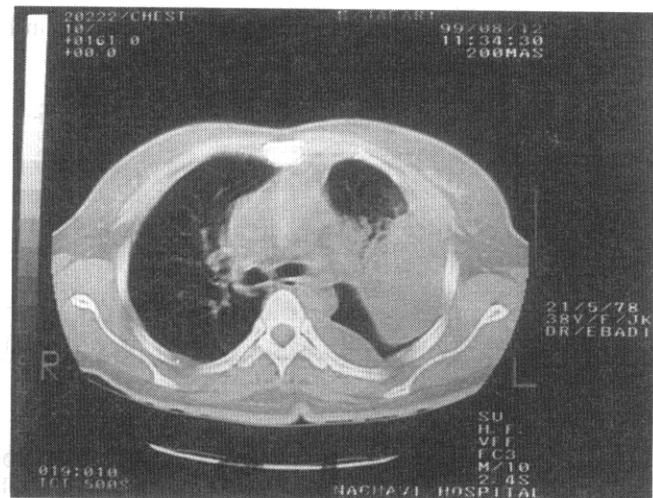
بطور معمول آلودگی با فاسیولاهپاتیکا چهره بالینی ملایمی دارد. این سندرم به دو فاز تقسیم می‌شود. در فاز اول یا acute migratory phase، انگل از حفره صفاق به طرف کپسول کبد و پارانشیم ریه مهاجرت می‌کند. در این فاز تب، درد ناحیه RUQ و یا اپیگاستریک همراه با ائوزینوفیلی وجود دارد. در این حالت آزمایش مدفوع از نظر تخم انگل منفی است. در طی فاز استقرار (فاز دوم)، بیشتر افراد آلوده شده بدون علامت هستند. در کل علائم بالینی این انگل بستگی به مهاجرت آن به ارگانهای مختلف بدن دارد (۱۰). در فرم معمول آن که مجاری صفراوی درگیر می‌شوند، دردهای شکمی در ۶۵٪، تب در ۶۰٪ و خستگی و کاهش وزن در ۳۵٪ موارد وجود دارد. فاسیولا به صورت اکتوپیک (ناجای) در قسمت‌هایی نظیر صفاق به صورت توده تومورال صفیافی خود را نشان می‌دهد. همچنین در جریان درگیری مغزی تهاجم به مغز موجب اختلالات فوکال عصبی می‌شود (۳). انگل در صورت تهاجم به ریه ممکن است موجب سرفه، تنگی نفس و هموپتری شود. علائم تنفسی عموماً شایع نیستند ولی در بعضی موارد علائم ریوی ممکن است اولین علامت عفونت باشند که در این صورت انفیلتراسیون پارانشیمال مشابه سندرم لوفلر و پلورال افیوژن شایعترین تظاهرات رادیولوژیک بیماری می‌باشند (۱۱).

در گزارش Flores و همکاران انفیلتراسیون ریوی محیطی دو طرفه در اثر لارو مرده انگل که در پارانشیم ریه تخریب شده بود، گزارش شد (۴). آنها معتقد هستند کاوش‌های جامع اپیدمیولوژیک بیشترین کمک را در تشخیص فاسیولاهپاتیکا و دیگر انگلهایی که تمایل به نفوذ به ریه دارند (pulmonary histotroism) خواهند کرد.

در این مطالعه علائم بالینی به صورت سرفه و خلط فراوان همراه با درد پلوریتیک همی‌توراکس چپ و تب و لرز مشاهده شد. با توجه به منفی بودن آزمایش مدفوع در مرحله حاد (۴، ۱۰)، در میان روش‌های آزمایشگاهی، الیزا



شکل ۳: مقطع CT اسکن سینه بیمار قبل از عمل که لب تحتانی را همراه افیوژن پلورال نشان می‌دهد



شکل ۴: مقطع CT اسکن سینه بیمار قبل از عمل که در مقطع کارینا آمپیم لوکوله دیده می‌شود

گرافیه‌های بعدی بیمار کاملاً طبیعی گزارش شد. از نمونه‌های ترشح و لاوزبرونشها که برای TB و آلودگی انگلی فرستاده شد، کرم بالغ فاسیولاهپاتیکا بدست آمد. در

بعدی بیمار هیچ گونه علائم بالینی مجاری صفراوی و کبدی نداشت و از نظر تخم انگل منفی بود. توصیه می‌شود در ارزیابی BAL در عفونت‌ها و بیماری‌های ریوی، به فاسیولاهپاتیکا به خصوص در مناطق گرمسیر و مرطوب توجه بیشتری شود (۱۳). با توجه به مورد مطرح شده توصیه می‌کنیم در بیماران مبتلا به عفونت ریه و پلورال افیوژن و آمپیم لوکوله از نمونه لاواژ برونکیال علاوه بر آزمایشهای معمول ارزیابی از نظر فاسیولاهپاتیکا نیز انجام گیرد. این کار موجب کاهش موارد جراحی در بیماران خواهد شد.

جهت تشخیص و پیگیری بیشترین ارزش را دارد و روش‌های IFA (۱۲) و CCIE از حساسیت کمتری برخوردار هستند. تشخیص فاسیولاهپاتیکا در این بیمار کاملاً اتفاقی و از طریق بررسی ترشحات خلط بود. در عمل جراحی که قبل از تشخیص انجام گرفت مقادیر فراوان فیبرین ضخیم، پلورال افیوژن غلیظ و نسبتاً کدر همراه با آمپیم لوکوله و peel ضخیم روی ریه وجود داشت. با دکرتیکاسیون peel و خارج سازی مواد فیبرینی و شستشوی همی‌توراکس، ریه به تدریج حجم خود را بدست آورد و expansion کامل پیدا نمود. در پیگیری‌های

REFERENCES

- 1- Esteban JG, Flores A, Aguirre C. Presence of very high prevalence and intensity of infection with *Fasciola hepatica* among Aymara children from Northern Bolivian Altiplano. *Acta Trop* 1997; 66(1): 1-14.
- 2- Liulx, Horinasuto KT. Liver and intestinal flukes. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996; 25: 627-36.
- ۳- صائبی اسماعیل. فاسیولاهپاتیکا. در کتاب بیماریهای انگلی در ایران. جلد دوم، چاپ اول، ۱۳۷۰، صفحات ۱۱ و ۱۷.
- 4- Flores M, Merino A, Aguirre EJ. Pulmonary infiltrate as first sign of infection by *Fasciola hepatica*. *Eur J Respir Dis* 1982; 63: 231-3.
- ۵- عدل یحیی، صدیق منوچهر. گزارش یک مورد فاسیولا در غده تیروئید. ماهنامه دانشکده پزشکی دانشگاه تهران ۱۳۳۵؛ سال سیزدهم، شماره هشتم.
- 6- Mohseni H, Ebrahimi MA. Human fascioliasis in Iran. Report of a case with fasciola in biliary duct. *Bull Soc Path Exot* 1969; 62(5): 871-4.
- ۷- معیر حسین فرد و همکاران. گزارش یک مورد فاسیولازیس مجرای صفراوی در انسان از اصفهان. مجله بهداشت ایران ۱۳۵۶؛ سال ششم، شماره ۳.
- ۸- گل جای جواد، دولتی یحیی. تظاهرات جلدی فاسیولیزیس. اولین کنگره سراسری بیماریهای انگلی در ایران، آذر ماه ۱۳۶۹؛ صفحات ۸۴ و ۲۰ تا ۲۲.
- ۹- شهیدپور علی اصغر. بررسی فاسیولیزیس انسانی و میزبانهای واسطه آن در ایران. دومین کنگره ملی بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان ۱۳۷۲. صفحه ۶۴.
- 10- Theodore E. Schistosomiasis and other trematodes infection. In: Braunwald, Fauci, kasper, editors. *Harison's Principals of Internal Medicine*. 14th ed. 1998; Mc GrawHill, Vol 2, p: 1223.
- 11- Arjona R, Riancho JA, Aguado J, Saleo M. Fascioliasis in developed countries: A review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine* 1998; 74(1): 3-23.
- 12- Diaza A. Identification of *Fasciola hepatica* immunogens by western blot. *Rev Cuba Med Trop* 1998; 1207.
- 13- Jones EA, Kay JM, Milligan HP, Owens D. Massive infection with *Fasciola hepatica* in men. *Am J Med* 1977; 63: 836-42.