

CASE REPORT گزارش مورد

معرفی یک بیمار مبتلا به استروئیلویئیدوز مهاجم

دکتر محسن آخوندی*

چکیده

استروئیلویئیدوز استرکورالیس (*Strongyloides Stercoralis*) یک نماتد روده ای است که افراد زیادی را در مناطق گرمسیری مبتلا می کند که اغلب به صورت غیر مهاجم تظاهر می کند در شرایط خاصی مانند سرکوب ایمنی، مصرف استروئید مستعد ایجاد فرم مهاجم انگل می شود. در این مقاله یک مورد استروئیلویئیدوز مهاجم که مردی ۶۰ ساله، اهل و ساکن قشم است معرفی می کنیم بیمار با تهوع و استفراغ که مقاوم به درمانهای معمولی بوده مراجعه می کند بیمار به علت آرتریت تمپورال تحت کورتیکواستروئید از ۴۵ روز قبل بوده است در بدو ورود بیمار کاملاً بدحال، تب دار، دهیدره، دچار هذیان و در دیسترس تنفسی بود. در معاینه شکم تندرست مختصری در ناحیه ای اپی گاستر وجود داشت. کبد و طحال نرمال بود. در آندوسکوپی انجام شده اروژنهای متعدد موضعی به همراه نامنظمی و ضخامت مخاطی وجود داشت که در پاتولوژی تعداد زیادی لارو استروئیلویئیدوز در غدد گراندولار به همراه اروژنهای مخاطی و انفیلتراسیون نوتروفیل، لنفوسیت و ائوزینوفیل گزارش شد. درمان با تیاندازول ۲۵mg/kg به مدت ۵ روز صورت گرفت و بعد از ۱۰ روز تمام علائم برطرف شد.

واژه های کلیدی: استروئیلویئیدوز استرکورالیس، تهاجم بافتی

مقدمه

استروئیلویئیدوز استرکورالیس یک انگل غیرمعمول است که به دو فرم آزاد و انگلی در طبیعت وجود دارد. در فرم انگلی کرمهای ماده در سطح مخاطی روده کوچک جای می گیرند (جنس نر به صورت فرم انگلی وجود ندارد). فرم ماده از طریق Parthenogenically بدون لقاح تولید لارو می کنند که از طریق مدفوع میزبان دفع می شود. وجود لارو استروئیلویئیدوز در نمونه مدفوع مشخصه استروئیلویئیدوز می باشد. بعد از دفع لارو در مدفوع بعضی از لاروها بصورت آزاد و بعضی به صورت

انگلی در خاک باقی می ماند. لاروهایی که به صورت آزاد در خاک در می آیند چرخه زندگی خود را در خاک کامل می کنند و به کرمهای بالغ نر و ماده تبدیل می شوند. این کرمهای بالغ تولید لاروهای بیشتری می کنند که بعضی به فرم آزاد و بعضی به فرم انگلی ادامه حیات می دهند. این سیکل زندگی غیرانگلی (Free-Living) از مخازن عمده عفونت انسانی به شمار می آید. لاروهای انگلی مشابه کرمهای قلابدار با نفوذ به پوست سالم، انسان (میزبان) را آلوده می کنند. لاروها از طریق خون به ریه مهاجرت کرده و به آلوئولها می رسد و بعد از سوراخ کردن دیواره آلوئول با سرفه بالا می آیند و بلعیده

* استادیار گروه بیماریهای داخلی، فوق تخصص گوارش، کبد، مجاری صفرا دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳۸۵ بیمار ۴ مورد استروئیلوئید گزارش شده است ولی در کل گزارشات ارایه شده در دو کنگره کشوری، هیچ گزارشی از استروئیلوئید مهاجم دیده نمی شود. از نظر علایم بالینی، اغلب بیماران مبتلابه استروئیلوئیدوز علایم شکمی ندارند و با یک راش کھیری (Larva Currens) که به علت مهاجرت لارو فیلاویفوم در درم ایجاد می شود، مراجعه می کنند. این راش معمولاً در ناحیه باسن و پشت ران است. در یک مطالعه بر روی زندانیان جنگی این علامت از علایم گوارشی شایعتر بوده است. البته گاهی این بیماری به صورت تهوع، دل درد، دفع خون مخفی از مدفوع، التهاب کولون و تابلوی شبیه کولیت اولسروز که بیشتر در طرف راست کولون و با برتری انفیلتراسیون ائوزینوفیلیک است، تظاهر می کند (۳،۲).

وقتی تعداد انگل کم باشد علایم بالینی مختصر و یا اصلاً وجود ندارد. سرکوب ایمنی و مصرف کورتیکواستروئید می تواند باعث تشدید سیر و علایم بیماری شود (۴).

معرفی بیمار

بیمار مردی ۶۱ ساله، اهل و ساکن قشم می باشد که با علایم سرفه، تهوع و استفراغ مراجعه کرده است. از ۲۰ روز قبل از مراجعه بیماری وی با تهوع و استفراغ شدید مقاوم به درمانهای معمولی به همراه سرفه بدون خلط شروع شده است که طی این مدت درمانهای متعدد شامل داروهای ضد استفراغ رانیتیدین و اومپرازول دریافت کرده که به همه آنها مقاوم بوده است. قابل ذکر است که بیمار به دلیل آرتريت تمپورال برای مدت ۵ ماه تحت درمان با استروئید خوراکی به میزان ۴۵ میلیگرم روزانه بوده است. در بدو ورود بیمار تب دار و کاملاً بدحال بوده به طوری که قادر به نشستن نبوده و به علت شدت استفراغ دهیدره و دچار دیسترس تنفسی بود.

در معاینه شکم تندرست مختصری در اپی گاستر وجود داشت. کبد و طحال نرمال بود، معاینه عصبی و ته چشم

می شوند و در روده کوچک جایگزین شده و فرم ماده آن بالغ می گردد. استروئیلوئید استرکوریالیز از طریق Autoinfection نیز می تواند در شرایط خاصی مانند یبوست مزمن موجب عفونتهای مکرر شود. در یبوست مزمن، انگل فرصت کافی جهت رشد و تبدیل شدن به فرم عفونت زا پیدا کرده و با سوراخ کردن روده مسیری مانند نفوذ به پوست را طی می کند. گاهی عفونت خودبخودی از طریق نفوذ لارو در پوست اطراف مخرج باعث عفونت مجدد می شود. عفونت از طریق Autoinfection گاهی می تواند باعث ایجاد تعداد زیادی انگل در انسان شود.

فرمی از استروئیلوئیدوز که بصورت آزاد در خاک وجود دارد برای تکثیر خود نیاز به میزبان ندارد. قابل ذکر است که بهبود وضعیت بهداشت تاکنون نتوانسته شانس آلودگی به این انگل را از طریق خاک کاهش دهد.

از نظر اپیدمیولوژی استروئیلوئید در مناطق گرمسیری و غیر گرمسیری اندمیک می باشد. افراد ساکن در مناطق آندمیک، سربازانی که در آسیا خدمت می کنند و زندانیان جنگی در معرض ابتلا به موارد تحت بالینی می باشند.

گزارشهای دو کنگره سراسری در سالهای ۱۳۷۶ و ۱۳۷۹ نشان می دهد بررسی های کاملی در استانها و شهرستانهای مختلف در مورد شیوع انگل در جمعیت های مختلف صورت گرفته است (۱۴ و ۱۵). بررسی ای که در شهر کرمان و حومه در سال ۱۳۷۰ بر روی ۲۰۰۰ نمونه صورت گرفته ۰/۰۴٪ و در شهرستان اهواز و روستاهای اطراف از ۲۲۶۴ در ۱/۳٪ استروئیلوئیدوز گزارش شده است.

از ۴۰۰۰ نمونه ای که در شهر کرد آزمایش مدفوع صورت گرفت استروئیلوئید گزارش نشده است. همچنین گزارشی شیوع انگل در شهرستان «تفت» و حومه استروئیلوئید گزارشی نشده است. بررسی دیگری که در شهر تهران بر روی بیمارانی که داروهای سرکوبگر ایمنی دریافت می کرده اند از

از عوامل مستعد کننده ابتلا و تشدید بیماری به فرم مهاجم می باشد گزارش شد^(۵).

مصرف استروئید باعث افزایش تولید لارو و تسهیل عفونت به صورت Autoinfection شده است. مصرف استروئید نه تنها باعث افزایش تولید لارو و تسهیل عفونت و فولمینات شدن آن می شود بلکه از طریق کاهش ائوزینوفیلها دفاع بدن را در مقابل لارو فیلاریفوم ضعیف می کند^(۴).

در گزارشات متعدد مشابه عوامل مختلف کاهش ایمنی از قبیل مصرف استروئید، ایدز، عفونت با HTLVI، فرد را مستعد ابتلا به فرم فولمینات می کند. گرفتاری ریوی که به شکل تنگی نفس بروز می کند و همچنین سیتی سمی گرم منفی از سایر تظاهرات استروئیلوئیدوز منتشر می باشد^(۱۰). از طرفی مهاجرت لارو از مخاط دستگاه گوارش باکتریهای گرم منفی را به جریان خون می برد که این منجر به سیتی سمی گرم منفی می شود^(۱). در مورد بیمار مذکور کشت خون بعمل آمد که منفی بود ولی با توجه به تب پاندمی و بدحالی آنتی بیوتیک برای بیمار شروع شد. در مورد تنگی نفس بیمار که در معاینه علایمی از رال و ویزینگ نداشت و سابقه تنگی نفس قبلی نیز نداشت و بیماری شغلی ریوی نیز نداشته است در رادیوگرافی ضایعه فضاگیر نداشت و با درمان علایم ریوی کاملاً بهبود یافت.

نگارنده با یک مورد دیگر بیماری در سال ۱۳۷۶ در بیمارستان طالقانی تهران مواجه بوده که در خانمی ۲۷ ساله که با تظاهر التهابی روده مراجعه کرده بود و با تشخیص شکم حاد باز شده بود، درنمای ظاهر، التهاب، تهوع، استفراغ شدید و لاغری شدید داشت. در بیوپسی دئودنوم فرم لارو استروئیلوئید دیده شد و بعد از ۳ روز درمان علایم کاملاً برطرف شد.

گرفتاری ریوی و سیتی سمی از تظاهرات دیگر بیماری می باشد^(۱۰). تنگی نفس بیمار در ابتدا به صورت بارزی جلب توجه می کرد. ولی در معاینه رال و ویزینگ واضحی

بیمار طبیعی بود. علایمی از سفتی گردن نداشت. در معاینه قلب نرمال بود و در معاینه ریه علیرغم دیسترس تنفسی، رال و ویزینگ شنیده نشد.

آزمایشات بیمار به قرار زیر بود:

FBS : 125, WBC : 5000, PMN: 88%, lym: 4%, Ast : 17, Alt: 23, mono: 9%, Band: 4%, Pt: 12, total protein : 5.3, Blood culture : Negative.

در آزمایش مدفوع از نظر انگل منفی بود. آزمایش خلط از نظر BK منفی بود. PPD منفی، در خون محیطی ائوزینوفیلی نداشت. در علایم حیاتی، تب ۳۸/۵ درجه، تائیکاردی و تاکی پنه مشاهده گردید.

در آندوسکوپی انجام شده، مری و معده طبیعی بود ولی در اثنی عشر از اروژنهای متعدد موضعی به همراه نامنظمی و ضخامت مخاطی که از آن بیوپسی به عمل آمد. در جواب پاتولوژی تعداد زیادی لارو استروئیلوئیدوز غدد گراندولار به همراه اروژنهای مخاطی و انفیلتراسیون نوتروفیل و لنفوسیت و ائوزینوفیل گزارش شد.

باتوجه به پاسخ پاتولوژی، بیمار تحت درمان با تیا بندزول با دوز ۲۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن روزانه قرار گرفت. بعد از گذشت ۴ روز از شروع درمان حال عمومی بیمار بهتر شد و بعد از ۱۰ روز کلیه علایم از جمله تنگی نفس و تب کاملاً قطع گردید و بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث

استروئیلوئید استرکوریس در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری اندمیک است. البته این انگل در جنوب شرق آمریکا و شمال ایتالیا نیز دیده شده است.

در بیمار فوق سابقه خدمت در ارتش کویت و سکونت در قشم و مصرف کورتیکواستروئید با دوز بالا و طولانی مدت که

مصرف استروئید و پاتولوژی دئونوم یک فرم منتشر استروئیدوژیلیوئیدوزیس می باشد که با درمان کاملاً بهبود یافته است. لازم به ذکر است ولی این فرم بیماری با مرگ و میر بسیار بالایی روبروست که خوشبختانه بیمار ما نجات پیدا کرد. به علت شدت و وخامت استروئیدوژیلیوئیدوز منتشر، توصیه می شود اگر بیماران قرار است تحت درمان با استروئید قرار گیرند قبل از درمان، از بیمار آزمایش مدفوع گرفته شود.

شنیده نمی شد. از طرفی سابقه تنگی نفس و بیماری شغلی نیز نداشت و با درمان توسط تیابندازول علائم ریوی وی کاملاً برطرف شد.

مهاجرت لارو از مخاط دستگاه گوارش، باکتریهای گرم منفی را به جریان خون می برد که این امر منجر به سپتی سمی گرم منفی می شود^(۶). در بیمار ذکر شده کشت خون منفی بود ولی با توجه به تب پاندمی و حال عمومی بد بیمار آنتی بیوتیک وسیع الطیف شروع شد. با توجه به علائم بالینی،

References

- 1- Gill GV, Bell DR: ***Strongyloides stercoralis infection in farmer for East prisoners of war.*** Br Med J, 1997, 2(6190) : 572-4.
- 2- Weight SC, Burrie WW: ***Colonic Strongyloides stercoralis infection masquerading as ulcerative colitis.*** J R Coll Surg Edinb, 1997, 42(3): 202-3.
- 3- Al Sammun M, Haques, Long JD. ***Strengloidiasis colitis A case report and review of the Literature.*** J. Clin Microbiol Review, 1992, S(4) :343 -55.
- 4- Genta RM: ***Dysregulation of Strongyloidiasis A new hypothesis .*** Clin Microbiol Rev 5(4) : 345-55.
- 5- Cruz T Robous G, Rocha H: ***Fetal Strongyloidiasis in patients receving corticostenoids.*** N Eng J Med 1996 Nov. 17; 275 (20) : 1093-6.
- 6- Link K, Orenstein R: ***Bactrial complication at Strengloidiasis streptococcus bovis meningitis.*** South Med J, 1999, 92(7) , 728-31.
- 7- Upadhag D, Corbridge T. Jain M: ***Pulmonary hyperinfection syndrome with Strengloidiasis stercoralits.*** Am J Med 2001, 111(2) : 167-9.
- 8- Case record of the massachusetts general hospital case 22-2001. N Eng J Med 2001 Jul 19; 395(3) 201-5.
- 9- Adodayo Ao, Grell GA, Bellot P. ***Case study fetal Strengloidiasis assosiated with HTLV1.*** Am J Trop Med Hyg 2001 NOV , 65(5) 650.
- 10- Palau LA Pankey GA: ***Strongyloidiasis hyper infection in renal transplant recipient receiving cyclosporine.*** Am J Trop Med Hyg, 1997, 57(4): 413-5.
- 11- Ran der Feltz, Slee PH. Von Hees PA: ***Strengloidiasis stercoralis infection: How to diagnose best.*** Neth J Med 1999 Sep 55(3) 128-31.
- 12- Gelber M, Rodring J: ***Strengloidiasis stercoralis hyperinfection.*** Horefuah 1996 Jan 15 ; 130 (2) 90-2, 143.
- 13- Ha.Quo AK et al: ***Pathogenesis of human stagyloidosis autopsy and quantrtive parastiology analysis .*** Mod Pathol, 1994, 7: 276.

۱۴- خلاصه مقالات دومین کنگره انگل شناسی، پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ۱۳۷۶، صص: ۱۳۲-۱۳۱.

۱۵- خلاصه مقالات سومین کنگره انگل شناسی، ساری ۱۳۷۹، صص: ۷۸ و ۳۰۴.