

معرفی بیمار بروسلوزی با درگیری کبدی و کلیوی همزمان

احسان نزاکتی^۱، محمدباقر سهرابی^۲، حکیمه بابایی^۳، پونه ذوالفقاری^۲، زهرا اسکندری^۴

^۱ استادیار، دکترای تخصصی بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

^۳ اینترن پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود

^۴ کارشناس پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود

چکیده

سابقه و هدف: تب مالت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مشترک انسان و دام در سطح جامعه است. تنوع علایم بالینی این بیماری بسیار زیاد بوده و گاه علایم نامعمولی ایجاد می‌نماید که باعث سردرگمی پزشکان در خصوص تشخیص و درمان آن می‌شود، لذا باعث افزایش دوره درمان، صرف هزینه بسیار زیاد اقتصادی و گاه جانی خواهد شد.

معرفی مورد: بیمار مورد نظر، آقای ۴۷ ساله روستایی با شغل کشاورزی بود که با شکایت تب طول کشیده، ضعف و بی حالی، حالت تهوع و بی اشتها و درد کل شکم همراه با زردی به اورژانس بیمارستان امام حسین شاهرود مراجعه نمود. در آزمایشات اولیه فقط افزایش اوره و کراتینین داشته و سایر آزمایشات سرولوژیک منفی بود. در سونوگرافی و سی تی اسکن شکم یافته خاصی به جز هیپاتواسپلنومگالی یافت نشد. با تکرار آزمایشات و مثبت شدن تست‌های رایت و 2ME، بیمار با درمان استاندارد بروسلوز بهبودی یافته و پس از ده روز از بیمارستان مرخص شد و پیگیری درمان در منزل توصیه شد.

نتیجه‌گیری: آشنایی با تظاهرات مختلف بروسلوز، تشخیص و درمان به موقع و پیشگیری از عوارض آن را موجب می‌گردد.

واژگان کلیدی: بروسلوز، درگیری کبدی، درگیری کلیوی.

مقدمه

زایمان دام‌ها است (۴). بروسلوز انسانی، در کشورهای صنعتی، بیشتر در کارگران کشتارگاه‌ها و قصابان، عارض می‌گردد. در کشور ایران بیشتر بیماران مبتلا به بروسلوز را کشاورزان، دامداران و افرادی که از محصولات دامی پاستوریزه نشده، استفاده می‌نمایند تشکیل می‌دهد (۵).

نشانه‌های بالینی بروسلوز غیراختصاصی بوده و شامل تب، تعریق، کسالت، بی‌اشتهایی، سردرد، کمر درد و افسردگی می‌باشد. بروسلوز عفونت سیستمیکی است که هر اندام و دستگاهی از بدن را می‌تواند درگیر کند (۶، ۷). تابلوی بالینی بروسلوز بسیار متفاوت است. فراوانی نشانه‌های بالینی بسیار متفاوت است، به طوری که تب بین ۶۲ و ۸۸ درصد و آرتریت بین ۳۴ و ۸۳ درصد گزارش شده است (۸). علی‌رغم اینکه به

بروسلوز بیماری عفونی مزمن شایع مشترک بین انسان و دام است که از حیوانات به انسان منتقل می‌گردد (۱). طبق گزارش WHO، فراوانی بروسلوز انسانی و حیوانی در دو دهه اخیر در حوزه دریای مدیترانه، کشورهای خاورمیانه، غرب آسیا و بخش‌هایی از آمریکای جنوبی و آفریقا گسترش یافته است (۲). سالیانه حدود ۵۰۰ هزار مورد بروسلوز انسانی در سطح جهان به سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌شود (۳).

بیشترین شیوع فصلی بروسلوز در فصل بهار و سپس در فصل تابستان می‌باشد که دلیل این امر بیشتر به خاطر حاملگی و

آدرس نویسنده مسئول: شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، بیمارستان امام حسین (ع)، معاونت

آموزشی، دکتر محمد باقر سهرابی (email: mb.sohrabi@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱/۲۷

در بخش اورژانس و سپس جهت پیگیری در بخش عفونی بستری شد. برای بیمار آزمایش در بدو بستری درخواست شد که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد:

شمارش کامل خون - شمارش گلبول سفید: 10200 در میلی‌متر مکعب (پلی‌مرفونوکلتر 72 درصد، لنفوسیت 25 درصد، منوسیت 3 درصد)، هموگلوبین: $6/2$ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (MCV: 78)، هماتوکریت: $18/8$ درصد، شمارش رتیکولوسیت: 3 درصد، شمارش پلاکت: 175000 در میلی‌متر مکعب، سدیمانتاسیون خون: 77 در ساعت اول؛

بیوشیمی خون - قندخون: 105 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، ازت اوره خون (BUN): 243 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، کراتینین: 3 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، سدیم: 131 میلی‌اکی‌والان در دسی‌لیتر، پتاسیم: $3/8$ میلی‌اکی‌والان در دسی‌لیتر، آسپارات آمینوترانسفراز (AST): 509 واحد بین‌المللی در لیتر، آلانین آمینوترانسفراز (ALT): 220 واحد بین‌المللی در لیتر، آلکان فسفاتاز (ALP): 603 واحد بین‌المللی در لیتر؛

آنالیز ادراری - pH: 5 ، گلبول سفید: $3-2$ ، گلبول قرمز: $15-12$ ، سلول اپی‌تلیال: $8-6$ ، پروتئین: ++، خون: +، اروبیلینوژن: + سایر موارد - CRP: ++، PT: طبیعی، PTT: طبیعی، آزمایش رایب: منفی، آزمایش ویدال: منفی، 2ME: منفی، HBsAg: منفی.

برای بیمار سونوگرافی و سی‌تی اسکن شکم با تزریق ماده حاجب انجام شد که در هیچکدام از آنها به جز بزرگی کبد و طحال نکته مثبت دیگری یافت نشد. در بررسی هم‌چوری، هیچ یافته خاصی در خصوص سنگ ادراری در سونوگرافی به دست نیامد.

با توجه به کم‌خونی شدید بیمار، دو واحد گلبول قرمز فشرده پس از کراس‌مچ تزریق شده و با عنایت به مقادیر بالای اوره و کراتینین و حجم بسیار ناچیز ادرار (10 سی‌سی در 24 ساعت) بیمار تحت همودیالیز اورژانس قرار گرفت که پس از انجام دیالیز، مقادیر اوره و کراتینین کاهش یافت و BUN به 84 و کراتینین به $1/9$ رسید. با توجه به وخامت حال بیمار و عدم دستیابی به تشخیص قطعی، دو روز بعد آزمایشات بیمار تکرار شد که در آزمایشات مجدد در آزمایش رایب تیترا $1/2560$ و در 2ME تیترا $1/1280$ به دست آمد. با توجه به جواب آزمایشات، بیمار با تشخیص بروسلوز تحت درمان دو دارویی کوتیریموکسازول و ریفامپین قرار گرفت. لازم به ذکر است علت انتخاب کوتیریموکسازول عدم تحمل بیمار به داکسی‌سیکلین و استرپتومایسین بوده که پس از گذشت سه روز از درمان حال عمومی بیمار بهتر شده و پس از ده روز بیمار با حال عمومی نسبتاً خوب و علائم حیاتی پایدار و

این بیماری، تب مواج گفته می‌شود، با این حال معمولاً در حدود 70 درصد بیماران، تب قابل تشخیص است (۹).

معمولاً علائم بیماری به صورت آهسته شروع شده، در عرض 10 تا 14 روز خود را نشان می‌دهد. اگر علائم بیماری بیشتر از یک سال طول بکشد، به این حالت بروسلوز مزمن می‌گویند. بروسلوز مزمن معمولاً ناشی از استمرار نقاط عفونی و چرکی در بافت‌های عمقی مثل استخوان‌ها، مفاصل، کبد، طحال و یا کلیه بوده و با تیترا بالای IgG که مدت طولانی در سرم استمرار می‌یابد، مشخص می‌گردد (۱۰).

با وجود اینکه از شناخت بیماری تاکنون بیش از یک قرن سپری گذشته، بروسلوز هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مشترک انسان و دام می‌باشد و تنها تعداد محدودی از کشورهای جهان این بیماری را ریشه‌کن نموده یا در آستانه ریشه‌کنی قرار دارند (۱۰، ۱۱). بروسلوز باعث عوارض مزمن و تحمیل هزینه‌های درمانی فراوانی به بیماران و ضرره‌ای اقتصادی زیادی به دامداران می‌گردد (۴).

معرفی مورد

آقای 49 ساله کشاورزی اهل و ساکن یکی از روستاهای شاهرود با شکایت درد و حساسیت شدید کبد حفره شکم همراه با حالت تهوع و استفراغ شدید، تب و زردی که از دو هفته قبل دچار آن شده و حالت افزایش یافته داشته است، به بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه نمود. بیمار همچنین از ضعف و بی‌حالی شدید، بی‌اشتهایی، کاهش وزن و اختلالات خواب نیز شکایت داشت.

بیمار کشاورز و دامدار بوده و تعداد نسبتاً زیادی گوسفند و چند عدد گاو داشت. در خصوص سابقه ناراحتی، هیچ‌گونه بیماری قبلی یا مصرف دارو را ذکر نمی‌کرد.

در معاینه فیزیکی، بیمار هوشیار ولی شدیداً بی‌حال بود. علائم حیاتی شامل موترد زیر بود:

فشار خون: $110/60$ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب: 88 بار در دقیقه، تعداد تنفس: 14 بار در دقیقه و دجه حرارت دهانی: 38 درجه سانتی‌گراد.

مردمک‌ها ایکتریک و مخاطات خشک بودند. در لمس شکم تندرست ژنرالیزه به خصوص در ناحیه فوقانی آن وجود داشت، ولی ریباند یافت نشد. کبد و طحال بزرگ لمس گردید. تندرست CVA خفیف وجود داشت. در معاینه اندام‌ها قدرت عضلانی طبیعی بوده و رفلکس‌های وتیری عمقی در حد طبیعی بود. پس از اقدامات اولیه و هیدراتاسیون کافی بیمار

نسبتاً نادر می‌باشد و لازم است در بیماران مشکوک به تب مالت حتماً بررسی سیستم ادراری نیز مدنظر باشد.

از آنجایی که مبارزه با این بیماری و کنترل و ریشه‌کنی آن به دلیل کثرت گونه‌های عوامل بیماری‌زا و کثرت گونه‌های حیوانات میزبان، دوام نسبتاً قابل توجه باکتری در محیط، عدم کفایت برنامه‌های واکسیناسیون برای ریشه‌کنی بیماری و لزوم شناسایی و حذف دام‌های عامل انتشار بیماری در محیط و لزوم هزینه شدن سرمایه‌های سنگین اقتصادی، همواره در بسیاری از کشورهای جهان با دشواری‌ها و مشکلات عدیده‌ای مواجه بوده است (۱۵)، لازم است اقدامات موثری در امر آموزش افراد در جلوگیری از آلودگی با آن به طور موثر انجام شود (۱۶). اثربخشی مداخلات آموزشی در اصلاح رفتارهای پیشگیری کننده مانند استفاده از ماسک و دستکش، شستشوی دست با آب و صابون و دفع بهداشتی ضایعات و فضولات دام به طور مؤثری مشخص گردیده است (۱۲، ۱۳).

تشکر و قدردانی

محققین پژوهش از کلیه کسانی که ما را در تهیه این مقاله یاری نمودند، به ویژه پرسنل محترم بخش عفونی و بیمار مذکور، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

REFERENCES

- Meng XJ, Lindsay DS, Sriranganathan N. Wild boars as sources for infectious diseases in livestock and humans. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2009; 364: 2697-707.
- Yoo SJ, Choi YS, Lim HS, Lee K, Park MY, Chu C, et al. Seroprevalence and risk factors of brucellosis among slaughterhouse workers in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2009; 42: 237-42. [In Korean]
- Ayaslioglu E, Koçak M, Bozdoğan O. A case of brucellosis presenting with widespread maculopapular rash. *Am J Dermatopathol* 2009; 31: 687-90.
- Pandit VR, Seshadri S, Valsalan R, Bahuleyan S, Vandana KE, Kori P. Acute brucellosis complicated by fatal myocarditis. *Int J Infect Dis*. 2010; 14: e358-60.
- Paixão TA, Roux CM, den Hartigh AB, Sankaran-Walters S, Dandekar S, Santos RL, et al. Establishment of systemic *Brucella melitensis* infection through the digestive tract requires urease, the type IV secretion system, and lipopolysaccharide O-antigen. *Infect Immun* 2009; 77: 4197-208.
- Trangadia B, Rana SK, Mukherjee F, Srinivasan VA. Prevalence of brucellosis and infectious bovine rhinotracheitis in organized dairy farms in India. *Trop Anim Health Prod* 2010; 42: 203-207.
- Bosilkovski M, Katerina S, Zaklina S, Ivan V. The role of Brucellacapt test for follow-up patients with brucellosis. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2010; 33: 435-42.
- Bosilkovski M, Dimzova M, Grozdanovski K. Natural history of brucellosis in an endemic region in different time periods. *Acta Clin Croat* 2009; 48: 41-46.
- Çalışkan AC, Barut S, Köseoğlu D, Aytan H, Demirtürk F. Obturator abscess and pelvic pain caused by *Brucella melitensis*. *Mikrobiyol Bul* 2009; 43: 325-29. [In Turkish]
- Mukhtar F, Kokab F. *Brucella* serology in abattoir workers. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008; 20: 57-61.
- Johnston V, Stockley JM, Dockrell D, Warrell D, Bailey R, Pasvol G, et al. Fever in returned travellers presenting in the United Kingdom: recommendations for investigation and initial management. *J Infect* 2009; 59: 1-18.

بحث

کاهش تیتراژ تست‌های سرمی رایج از بیمارستان مرخص و ادامه درمان در منزل توصیه شد.

بروسلوز یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن مشترک بین انسان و دام بوده که همواره افراد زیادی از جامعه را مبتلا می‌نماید (۱). عدم آشنایی با تظاهرات مختلف بیماری به ویژه موارد غیرمعمول منجر به سردرگمی پزشکان گردیده و تا رسیدن به تشخیص، گاه بیمار درمان‌های غیرضروری و نامناسب دریافت می‌دارد و متحمل هزینه‌های زیاد تشخیصی و درمانی می‌گردد. حال آنکه آشنایی با تظاهرات مختلف این بیماری، تشخیص و درمان به موقع و پیشگیری از عوارض آن را موجب می‌گردد (۱۱، ۱۲).
لنفادنوپاتی و بزرگی کبد و طحال در بروسلوز دیده می‌شود. در مطالعات مختلف، بزرگی کبد ۶۳ درصد، بزرگی طحال ۳۶ درصد و لنفادنوپاتی ۵/۹ درصد گزارش شده است. در مطالعات مختلف، درگیری کلیه‌ها از ۱/۶ درصد تا ۴/۶ درصد متغیر بوده است که این تفاوت‌ها به مرحله و شدت بیماری بستگی دارد و به طور کلی درگیری سیستم رتیکولوآندوتلیال در ۱۰ تا ۲۰ درصد موارد مشاهده می‌شود (۱۳، ۱۴). در بیمار فوق نیز درگیری سیستم کبدی و متعاقب آن درگیری کلیه و نارسایی کلیه به وقوع پیوست که این امر به خصوص درگیری کلیه‌ها

12. Wolff T, Leupold J, Nüesch R. Bang! The smoker with suprapubic pain. *Lancet* 2009; 374:174.
13. Manock SR, Jacobsen KH, de Bravo NB, Russell KL, Negrete M, Olson JG, et al. Etiology of acute undifferentiated febrile illness in the Amazon basin of Ecuador. *Am J Trop Med Hyg* 2009; 81: 146-51.
14. Catakli T, Arikan FI, Acar B, Dallar Y. Cutaneous vasculitis in a patient with acute brucellosis. *Clin Exp Dermatol* 2009; 22: 187-92.
15. Ben Turkia H, Azzouz H, Tebib N, Abdelmoula MS, Ben Chehida A, Mbarek M, et al. Tuberculosis and Brucellar spondylodiscitis co-infection. *Tunis Med* 2009; 87: 226-28. [In French]
16. Moens AA, Vlasplolder F, Verlind J, Sepers JM, Stam F. Epididymo-orchitis due to brucellosis: not only to be considered in endemic areas. Two cases for the price of three patients *Urol Int* 2009; 82: 481-83.