

گزارش یک مورد اکتینوما یکوزیس جدار قفسه سینه

(^۱) دکتر منوچهر آفاجانزاده - (^۲) دکتر علی سرشاد - (^۳) دکتر حسین رحمتی رودسری - (^۴) دکتر مریم سعیدی ساعدی

کلیدواژه: اکتینوما یکوزیس

مقدمه:

اولین بار اکتینوما یکوزیس در ۱۰۰ سال گذشته توضیح داده شد و سپس بیولوژی سلولی، آسیب شناسی تظاهرات کلینیکی و درمان آن مورد مطالعه قرار گرفت. گزارشات دال بر افزایش این عفونت در سالهای اخیر ارائه شده، در نتیجه اطلاع کافی از خصوصیات کلینیکی و بالینی آن ضروری است. بعضی از مؤلفین و دست اندرکاران مجدداً مناطق نادر ایجاد این بیماری را مورد مطالعه قرار دادند. اکتینوما یکوز با کتری گرام مثبت است که به آهستگی رشد می کند. و قبلاً "جزء قارچ هام محسوب می شد. در سال ۱۸۷۷ Harz آنرا actinomycosis نامگذاری کرد (۲).

در سال ۱۸۸۲ برای اولین بار بطور کامل بوسیله DON FLIC توضیح داده شد. WOLF و ISRAEL در سال ۱۸۹۱ از کشت بیهوازی استفاده کرد و آنرا از عفونت انسانی جدا کردند و بتدریج درمان جراحی این بیماری شروع شد (۹). و درمان باپنی سیلین از عوارض و مرگ و میر بیماری جلوگیری نمود (۱۸).

بیماری اکتینوما یکوزیس بصورت عفونتهای شکمی - آسه های ریوی و توده های گردنی و جدار شکمی تظاهر میکند. بیمارانی که با سابقه اعمال جراحی و عفونت دندان مراجعه می کنند و، بیمارانی که با عفونتهای ریوی و تب ولرز و قرمزی جدار قفسه سینه بستری میشوند. باید بفکر

اکتینوما یکوزیس باشیم. از طرفی بیمارانی که ترشح شیرازستان دارند، می توانند یک راه غیر متعارف ورود اورگانیزم باشد. و باعث اکتینوما یکوزیس جدار قفسه سینه شوند (۱۵). در ۶۰ درصد موارد ناحیه CERVICO FACIAL درگیر می کند (۱۰). و شکم در ۲۰ درصد موارد مبتلا میشود سومین محل درگیری ریه است (۲). گزارش های محدودی در مورد ابتلاء جدار قفسه سینه وجود دارد (۳). در مورد بیمار معرفی شده تشخیص اکتینوما یکوزیس مشکل بود در آسیب شناسی نهائی معلوم شد و درمان باپنی سیلین شروع گردید.

معرفی بیمار:

الف - پ - ر - ۱۹ ساله

شکایت اصلی بیمار: وجود توده ای در سمت چپ قفسه سینه و تب بود. این توده از ۳ ماه قبل ظاهر شد که ابتدا کوچک بود و بتدریج در عرض این مدت بزرگتر شده است. درد ندارد ولی در لمس مختصر حساس است. بیمار در گذشته سابقه بیماری خاصی نداشته است. فقط یکبار دچار ضربه به سمت چپ قفسه سینه در اثر لگد شده است. که به پزشک مراجعه کرده و دارو دریافت نموده است. مشکل دهان و دندان ندارد. سروگردن و قلب و ریه طبیعی است. در قسمت چپ قفسه سینه در خط زیر بغلی

۱ - استادیار گروه جراحی توراکیس - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان رازی - رشت

۲ - استادیار گروه بیماریهای عفونی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان رازی - رشت

۳ و ۴ - دستیار جراحی عمومی - بیمارستان رازی - رشت

بیست می باشد (۱۱). علت اکتینوما یکوزیس قفسه سینه را بیشتر بخاطر عفونت برونکویلو مونر یا اسپیراسیون ناشی از تغییرات سطح هوشیاری می دانند (۱۴). اما بیمار ماهیچکدام از مسائل فوق رانداشت. منشاء عفونت معمولاً از خود بیماری آندوزن است (۸، ۹). SLACK بطور روتین در ۱۴٪ بیمارانیکه لوزه برداری شده بودند در کشت اکتینوما یکوزیس را پیدا کردند. این اورگانیزم جزء فلور طبیعی دهان می باشد. همچنین در اطراف آپاندیس، واژن - دیورتیکول کولون پیدامیشود (۱۷ و ۱۸). گازگرفتن توسط انسان نقش بیماری زائی آنرا افزایش می دهد (۱۳). ضایعات اغلب یا یک ادم بدون درد شروع میشود. و سپس بصورت ندول سفت درمی آید و در آن نکروز ایجاد میشود. و بتدریج ترشحات چرکی در مرکز آن بوجود می آید که بوسیله مجاری متعدد سینوس شکل به خارج تخلیه میشود (۲).

عفونت ممکن است بطرف بافتهای سالم نیز گسترش پیدا کند چون اسکار شدید در عمل باقی می گذارد و به صورت توده سفتی درمی آید که بیمار ما هم با توده بسیار سفت مراجعه کرده بود و قابل جدا کردن از نسوج سالم نبود. اما سینوس یا مجاری به خارج باز شده نداشت.

اکتینوما یکوزیس ممکن است بصورت آبسه ریه خود را نشان دهد و یا اینکه ناشی از اسپیراسیون است و یادارثر گسترش از داخل شکم باشد (۱۰). درگیری جدار قفسه سینه معمولاً "درناک است که با تومورهای استخوان اشتباه میشود. و حتی باعث تخریب دندهها میشود و در بیمار معرفی شده تشخیص اولیه ما تومور بود. استئومیلیت دندهها ناشی از اکتینوما یکوزیس نیز گزارش شده است. کاهش وزن - کم خونی - سرفه - خلط خونی و تب و زخم از تصاویر غیر اختصاصی بیماری می باشد. در پرتونگاری قفسه سینه (C.X.R) پلورال افیوژن با انفلتراسیون دیده میشود که با کانسریه، سل اشتباه میشود. از روی پرتونگاری میتوان التهاب شدید پریوسیت و تخریب دنده و درگیری ریه را حدس زد. ضایعات ریوی

میانی در فضای ۶ یا ۷ بین دندهای، توده ای وجود داشت که اندازه آن ۶×۵ سانتی متر مربع است. پوست محل دارای قرمزی مختصری، بدون التهاب و زخم یا سینوس که در لمس تا اندازه ای حساس بود. توده کاملاً ثابت بوده و حدود واضح نداشت. شکم و اندامها طبیعی بودند. در پرتونگاری قفسه سینه (C.X.R) انجام شده توده در جدار قفسه سینه وجود داشت دندهها طبیعی بوده و خوردگی نداشت. درسونوگرافی قفسه سینه توده توپر گزارش میشود. بیمار با تشخیص تومور جدار قفسه سینه تحت عمل جراحی قرار می گیرد. شکاف جراحی در مسیر دنده ۶ داده میشود. پس از باز کردن نسوج زیر جلدی و عضله های ناحیه توده ای ظاهر میشود که حدود واضح نداشت. و به اطراف شدیداً چسبندگی و قوام بسیار سختی داشت. که در مرکز توده ترشحات نکروتیک موجود بود که زرد رنگ بوده است. و سعی شد تمام توده فوق برداشته شود ولی امکان نداشت. و لذا تا آنجا که مقدور بود توده با ترشحات نکروتیک خارج شد. دندهها و فضای پلور درگیری نداشت و در پایان عمل، درن Redon گذاشت در پی گیری جواب آسیب شناسی اکتینوما یکوزیس گزارش شد و جدار دوخته شد. و در ترشحات آن گرانوهای سولفور دیده شد. بیمار تحت درمان پنی سیلین وریدی ۱۰ میلیون واحد روزانه بمدت ۱۰ روز قرار گرفت و با حال عمومی خوب مرخص شد و در منزل درمان با پنی سیلین خوراکی ادامه پیدا کرد. و در پی گیری مشکلی نداشت.

بحث:

اکتینوما یکوزیس به آهستگی رشد می کند و اورگانیزم گرام مثبت - شاخه دار - فیلامان دار می باشد. قبلاً جزء قارچ ها بود و این اواخر در رده باکتریها قرار گرفت (۱۸). زیرا رنگ گرام را بخود می گیرد و به داروهای ضد قارچ پاسخ نمی دهد (۱). اگرچه اکتینوما یکوزیس در انسان نادر است و شیوع آن در مردان ۴ برابر زنان می باشد و سن شایع درگیری بالای

باسولفانامیدها دارای نتایج خوبی شدند (۱۸).
 پنی سیلین بادوز ۱۰، ۲۰ میلیون واحد بمدت طولانی
 بهترین نتیجه را دارد. ماهم از پنی سیلین تزریقی بمدت
 ۱۰ روز استفاده نمودیم و سپس با پنی سیلین خوراکی
 بمدت سه ماه درمان را ادامه دادیم.
 انسیدیکاسیون جراحی شامل تخریب ریه -
 واکنش های آنتی بیوتیک پسودوتومور - آبه
 زیر جلدی و آبه داخل پلور و شک بدخیمی است.
 و مابیشتر بیمار را بخاطر شک به تومور جدار قفسه سینه
 جراحی کردیم.
 درمان مناسب آنتی بیوتیکی و مداخله به موقع جراحی
 ، بهبودی تا ۹۰٪ گزارش شده است و بیمار ما با اقدام جراحی
 و پنی سیلین تزریقی و خوراکی صد درصد بهبود یافت.

می تواند به دیواره قفسه سینه و به فیشرهای داخل لوبولی
 گسترش و حتی می تواند باعث خرابی تنه - زائده عرضی
 مهره شود و کال های استخوانی ایجاد نمایند (۱۴ و ۱۵).
 البته چون بیمار مادر زمان مناسب جراحی شد دچار
 عوارض فوق نشد. وقتی اکتینوما یکوزیس جدار قفسه
 سینه رامیتلا کرد ریه و مدیاستن را باید بررسی کرد (۱۴).
 برعکس سل در اکتینوما یکوزیس لب های تحتانی ریه
 بیشتر درگیر می شدند. با پرونکوسکوپی
 و میدیاستنوسکوپی میتوان به تشخیص رسید (۳ و ۸).
 MRI, CT هم در تشخیص کمک کننده است (۱۳).
 در گذشته درمان شامل استفاده متنوع از عاملهای ضد
 میکروبی و جراحی بود. سولفانامیدها ابتدا کارایی خوبی
 داشتند (۱۸). و بتدریج پنی سیلین بتنهایی یا توأم

Keywords: Actinomycosis

REFERENCES:

- 1- Wright JH. The biology of the microorganisms of actinomycosis. J Med 1993 ;13: 349.
- 2- Mcquarrie DG, Hall WH. Actinomycosis of the lung and chest Wall. Surgery 1987: 64: 905-11.
- 3- Cutler EC, Gross RE. Actinomycosis of the lung pleura. Am Rev Tuberc 1980;41 :358. 4-
- 4- Wangenstein OM. The role of surgery in the treatment of actinomycosis. Ann surg 1983 :194:752.
- 5- Bates M, Cruickshank G. Thoracic actinomycosis. Thorx 1987;12:99-123 .
- 6- McCarty MJ, Whittlock WL, Ditrich RA. A red - hot sternal mass. chest 1989;96:924-6.
- 7- Golden N, Chohen H, et al. Thoracic actinomycosis in childhood. Clin pediatri 1985;24:646 -50.
- 8- Key EB. Actinomyces in chronic bronchopulmonary infection. Am Rev Tuberc 1988: 57: 322.
- 9- Harris LF, Kakani PR, Selah CE. Actinomycosis Surgical aspects. Am surg 1985;51:262 - 264.
- 10- Berger DH, Bernstein MO. Abdominal actinomycosis. surg Rounds 1991;14:585 -593.
- 11- Cope Vz. Visceral actinomycosis. Br Med J 1989;2:1311-1316.

- 12- Prather JR, Eastridge CE, et al .Actinomycosis of the thorax Diagnosis and treatment. Ann Thract Surg 1980;9:307-12.
- 13- Stanley SL, Lusk RH .Thoracic actinomycosis presenting as a brachial plexus syndrom . Thorax 1985;40:74.
- 14- Flynn MW, Felson B. The roentgenographic manifestations of thoracic actinomycosis . Am J Roentgenol Radium ther Nucl Med 1982;110:707- 16.
- 15- Louie S, Allen Rp, Lillington GA. Cough and axillary calor ,dolor ,and tumor. Chest 1986;90:761-2.
- 16- Preston TW. pulmonary actinomycosis .Brit Med Jou 1989;2:1172.
- 17- Colebrook L. A report upon 23 cases of actinomycosis with 1984 special reference to vaccine therapy .Lancet 1991;1:893.
- 18- Dobson L, Holman E, Cutting W. Sulfanilamide in the therapy of actinomycosis. JAMA 1984;116:272.