

گزارش یک مورد اکتینومایکوزیس جدارشکم

(۱) دکتر منوچهر آقاچانزاده - (۲) دکتر فیض... صفرپور

خلاصه:

اکتینومایکوزیس یک عفونت باکتریال است که بیشتر گردن و صورت را درگیر می کند و شکم در مرحله بعد قرار دارد، در شکم ناحیه آپاندیس بیشتر مبتلا می شود که علائم بصورت سینوسهای متعدد با ترشح خود رانشان می دهد. تشخیص قطعی بیماری دیدن گرانول های سولفور در ترشحات بوده و درمان با پنی سیلین بادوز بالا و طولانی مدت می باشد که نتیجه درمان رضایت بخش است.

مقدمه:

مخصوصاً در مواردیکه دندان دچار آبه یا پوسیدگی قبلی یا حتی بهداشت نادرست باشد ایجاد میگردد (۱۳). شایعترین علت اکتینومایکوزیس شکمی، جراحی آپاندیسیت یا تخلیه آبه آپاندیس می باشد (۱۱). در درجات بعد دیورتیکول پاره شده، کوله سیستیت حاد، تروما یا سایر اعمال جراحی Catastrophic شکم و ندرتا" ترومای غیر نافذ هم ممکن است باعث شروع ضایعه گردد (۱۱). اکتینومایکوزیس ممکن است معده، کبد، کیسه صفرا، عناصر لگنی و ندرتا" جدارشکم را درگیر کند (۱۱).

واکنش شایع ناشی از این بیماری ایجاد توده سفت می باشد و این تظاهر موجب اشتباه با بدخیمی و سل می گردد. تشخیص ضایعه با دیدن گرانولهای سولفور در ترشحات می باشد (۱۳). چون در بیشتر موارد از بدخیمی غیر قابل افتراق است لذا جراحی اجتناب ناپذیر است. درمان جراحی، همراه با مصرف آنتی بیوتیک بمدت طولانی است. معرفی بیمار:

بیمار دختر ۱۲ ساله اهل رودبار - که بعلت درد دائمی ناحیه هیپوگاستر، تب، بی اشتها و کاهش

اکتینومایکوزیس بوسیله باکتری گرم مثبت که خودبخشی از فلور طبیعی دهان است ایجاد می گردد (۱۰۶) این باکتری غیر اسپورزاوی هوازی مطلق می باشد. اکتینومایکوزیس کلاسیک اغلب موارد (۷۸٪) بوسیله اکتینومایکوزیس اسرائیلی ایجاد می گردد، اما در عین حال می توان آن را به سایر ارگانسیمهای غیر هوازی و میکروآناتروپیک دهان نسبت داد (۱۰). اکتینومایکوزیس در بیماران دچار نقص ایمنی مثل لوسمی و Aids و نارسائی کلیوی بصورت یک اورگانسیم فرصت طلب ظاهر می شود. مردها سه تا چهار برابر زنها گرفتار شده و سن شایع دهه دوم و سوم زندگی است. این ارگانسیم معمولاً توسط افراد بلعیده می شود و ممکن است وارد دستگاه تنفسی گردد ولی وقتی مخاط سالم باشد ایجاد بیماری نمی کند (۱۰۶). این ارگانسیم توده پیچیده ای به ضخامت ۱-۲ میلیمتر ایجاد می کند، که در آزمایش بنام گرانولولهای سولفور (Sulfur Granules) معروف است و برای اکتینومایکوزیس اختصاصی می باشد.

شایعترین محل درگیری اکتینومایکوزیس ناحیه گردن و صورت است (۴)، که معمولاً بعد از کشیدن دندان

۱ - متخصص جراحی عمومی، فوق تخصص توراکس - استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان - دانشکده پزشکی - رشت

۲ - متخصص جراحی عمومی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان - دانشکده پزشکی - رشت

وزن بستری شد، او سومین فرزند خانواده است، بقیه فرزندان خانواده سالم بوده و بیماری خاصی رادر گذشته ذکر نمی‌کردند، او سابقه مصرف دارو و یا اعمال جراحی نداشته و از نظر معاینات مامایی سالم بوده و هنوز عادت ماهیانه نداشته است.

در معاینات فیزیکی بیمار به ظاهر ضعیف و لاغر و کم خون و در معاینه شکم ناحیه هیپوگاستر حساس و درد ناک و توده‌های ندولرلمس میشد. از ناف بیمار گاه به گاه ترشح کاهی رنگ غلیظ خارج میشده است ولی در داخل ناف هیچگونه ضایعه پاتولوژیک وجود نداشت در توشه رکتال در بن بست دوگلاس توده نامنظم قابل لمس بود. نتیجه آزمایشات به قرار زیر می‌باشد.

WBC=10700 PN=70%

UA=normal Hb=8/5 E=5%

عکس سینه طبیعی و درسونوگرافی شکم توده بزرگی که تمام لگن را پر کرده مشخص شد و رحم و تخمدانها قابل رویت نبودند. درسی تی اسکن شکم، باکتراسست، توده بسیار بزرگ با اثر فشار روی مثانه و رکتوم گزارش شد و سیستم اسکپی اثر فشار خارجی روی مثانه را بطور یکنواخت نشان داد. مخاط مثانه سالم بود، بیمار با تشخیص توده لگنی و احتمالاً "لنفوما تحت عمل جراحی قرار گرفت. در بررسی اولیه توده‌های متعدد در لگن وجود داشتند که به مثانه و تخمدان و رحم چسبندگی شدید داده و توده‌ها حتی المقدور بصورت نسج فیبروز، بطور کامل برداشته شد. تغذیه بیمار یک روز بعد از عمل آغاز شد. جواب پاتولوژی اکتینوما یکوزیس بوده است. بیمار تحت درمان با پنی سیلین بمدت دو هفته در بخش جراحی بستری و سپس مرخص گردید و بمدت ۳ ماه در منزل تحت درمان با پنی سیلین ۷ قرار گرفت.

بحث:

اکتینوما یکوزیس بیماری مزمن گرانولوماتوز است. عامل بیماری باکتری گرم مثبت بی هوازی

می‌باشد (۱۰ و ۶) که بصورت مسالمت آمیز در کریپتهای لوزه و دهان و پلاکهای دندان و قسمت تحتانی دستگاه گوارش و دستگاه تناسلی زنها وجود دارد (۱۲). محتویات ترشح اکتینوما یکوزیس ممکن است وارد سیستم گوارشی یا لنفی شود و در سیستم گوارش از محل پارگی خارج شده و در نسوج اطراف جایگزین و ایجاد ضایعات التهابی خیلی شدیدی نماید. یا از محل زخم اعضاء وارد جدار آن شده و ایجاد توده التهابی نماید و نسوج طبیعی اطراف ضایعه سدی در مقابل پیشرفت ضایعه نمیشد. گردن و صورت شایعترین محل درگیری اکتینوما یکوزیس بوده و شکم در مرحله بعد قرار دارد و ریه هم بندرت درگیر می‌شود (۱۱ و ۴).

شایعترین محل درگیری شکمی آپاندیس است، بعد از آن کولون - معده - کیسه صفرا و الزامعده و روده کوچک، آنورکتال و عناصر داخل لگن و جدار شکم می‌توانند مبتلا شوند و در داخل شکم معمولاً یک عضو درگیر می‌شود.

معده: اکتینوما یکوزیس ممکن است در جدار معده یا اثنی عشر ایجاد بیماری کند و توده ایجاد شده باعث تنگی پیلور گردد. اکتینوما یکوزیس پرگاستریک معمولاً پس از پارگی زخم معده ایجاد میشود که پس از ترمیم زخم بیمار دچار تب و توده التهابی در اپیگاستر می‌شود و تشخیص بدنال آزمایش ترشحات تخلیه شده داده می‌شود. اکتینوما یکوزیس پری گاستریک ممکن است پس از گاسترکتومی هم ایجاد شود (۱۱).

کولون: در کولون ایجاد توده می‌کند که ممکن است به معده یا جدار شکم فیستولیزه شود و اکثراً "باکانسرا شتابه شده و فقط پس از جراحی می‌توان به تشخیص رسید (۱۱).

تخمدان، رحم و لوله های فالوپ: معمولاً منشاء اکتینوما یکوزیس از آپاندیس است ولی ممکن است در اثر انتشار از عناصر ضد حاملگی مثل IUD،

تشخیص بیماری ممکن است ماههاحتی سالها طول بکشد، یکی از مشخصات آلودگی و ایجاد بیماری در عضو تولید توده بسیار سخت و چوبی و فیروز شدیدا است که در حین لاپراتومی با بدخیمی اشتباه می شود (۶ و ۱۰). این توده ممکن است به شکل آبسه درآمده و به اعضاء مجاور یا پوست فیستولیزه شده و ایجاد سینوسهای متعدد بکند. در مراحل ابتدائی، بیماری رانمی توان از سایر ضایعات التهابی مثل آپاندیسیت - کرون - کوله سیستیت حاد - آمیباریس - توبرکولوز و بدخیمی افتراق داد (۴ و ۱۰ و ۵).

هر بیماری که بدنبال لاپراتومی تحت پوشش آنتی بیوتیک مناسب دچار زخم عود کننده همراه با ترشح و سینوسهای متعدد باشد باید به فکر اکتینومایکوزیس شکمی باشیم (۴). از نظر هیستولوژی نسوج گرانولاسیون فیروزه مزمن بوسیله ترشحات چرکی احاطه شده است، و در بررسی پاتولوژی از نسج که در حین لاپراتومی بدست آمده است ضایعات گرانولوماتوز دیده می شود که برای اکتینومایکوزیس اختصاصی نیست زیرا این گرانولوماها در سل و کرون نیز وجود دارد و لذا تشخیص قطعی بیماری، دیدن گرانولهای سولفور در ترشحات زخم می باشد. در مراحل پیشرفته گرانولهای کلاسیک زرد - قهوه ای یاسفید تر ممکن است در لابه لای نقاط چرکی دیده شوند و یا اگر درن وجود داشته باشد در پانسمان محل زخم بچشم دیده شود و این وضعیتی است که به آن گرانولهای سولفور گویند (۱۳).

گرانولهای سولفور که اندازه آن ۲-۱ میلیمتر می باشد را از پانسمان یا خود چرک، رنگ آمیزی و یا در اسلاید میکروسکوپی گذاشته و بعد از رنگ آمیزی با بلودو منلین ۱٪ می توانیم بچشم بینیم (۱۳).

درمان:

از سال ۱۹۶۰ درمان اکتینومایکوزیس عبارت از دوز طولانی و بالای بنزیل - پنی سیلین همراه با درناژ

شیافهای واژینال آلوده و یابخیه های باقیمانده رحمی ایجاد گردد (۱۲) و یا ممکن است آلودگی از کریپتهای آنال منشاء بگیرد و بطرف خلفی طرفی منتشر و خود رابه ناحیه سرین برساند و یا بطرف آنورکتال گسترش یابد (۱۲) و باعث سینوسهای دارای ترشح مزمن و عود کننده، فیستول و شقاق آنال بشود. همچنین می تواند بصورت آبسه Tuboovarian موجب انسداد حالب گردد و بصورت توده سفت درآید که باعث چسبندگی شده و تمام لگن را در بر می گیرد (۵).

کبد: ابتلاء کبد در ۱۵٪ موارد دیده می شود کبد از راه ورید باب درگیر می شود که از معده، کولون آپاندیس و رکتوم گسترش می یابد. ابتلاء کبدی ممکن است بصورت ضایعات منفرد یا متعدد یا بصورت Miliary باشد. در شکل پیشرفته، کبد منظره لانه زنبوری پیدامی کند ولی در مراحل اولیه بیماری کانونهای فیروئیک در کبد ظاهر می شود (۴ و ۱۱).

اکتینومایکوزیس کبدی ممکن است دیافراگم را سوراخ کرده و به جلد فیستولیزه بشود. تظاهرات اصلی بیماری بصورت هیپاتومگالی و تب نامنظم و ضعف عمومی و کاهش وزن می باشد (۴ و ۱۱). اکتینومایکوزیس رکتوم معمولاً نادر است و ممکن است از حفره ایلیاک یا ایسکیورکتال به رکتوم گسترش یابد (۵).

علائم بالینی:

پروسه معمولاً "بصورت مزمن و فیروز دهنده است و فاقد یافته های کلینیکی همراه با عفونتهای باکتریال مثل تب - لکوسیتوزیس و آنمی است و این امر موجب اشتباه با عفونتهای قارچی - میکروباکتری و بدخیمی می گردد - ضایعه ممکن است بصورت یک ماده سفت و چند حفره ای باشد (۱۴ و ۴). عفونت در دستگاه گوارش شروع میشود و به فضای صفاقی یا دیواره شکمی انتشار می یابد و یا از طریق شیار روده ای راست به فضای تحت دیافراگم یا فضای دوگلاس کشیده می شود (۶ و ۱۰). فاصله زمانی بین تلقیح و

جراحی، برداشتن جسم خارجی - دبریدمان یا برداشتن تراکتهای سینوسی بوده است. گاهها "درمان تنها با پنی سیلین ضایعه را محدود می کند و ضرورتی به عمل جراحی نیست، این امر مخصوصاً در مراحل اولیه بیماری بیشتر دیده می شود. پنی سیلین G به مقدار ۲۰-۱۰ میلیون واحد روزانه به مدت ۲ تا ۶ هفته و بدنبال آن پنی سیلین V خوراکی به مقدار ۲-۴ گرم در روز برای اغلب موارد شدید کافی است (۴ و ۵ و ۶). احتمال عود در صورت درمان، بمدت ۲-۴ ماه در موارد خفیف و متوسط و بمدت ۱۲-۶ ماه در موارد شدید کاهش می یابد. در مواردیکه بیمار به پنی سیلین

حساسیت داشته باشد اریترومايسين و کلیندامایسین بکارگرفته می شود (۴ و ۵). اگر پاسخ به درمان خوب نباشد و یا عود عارض شود بایستی بفکر آبنسه درن نشده و یا باکتری مقاوم باشیم. اغلب به هنگام درمان اغلب باید به فکر میکروارگانيسم های دیگر هم بود و به همین خاطر ترجیح داده می شود که همراه با پنی سیلین، آموکسی سیلین نیز تجویز و در صورت وجود باکتریوئید فراژیلیس از مترونیدازول با کلیندامایسین استفاده شود. (۹ و ۷). در صورت شک به بدخیمی باید بیمار تحت لاپراتومی قرار گیرد. پیش آگهی با آنتی بیوتیکهای موجود مناسب است (۱۴ و ۹ و ۷).

REFERENCES:

- 1- Putnam .H.Dockerty .M Abdominal Actinomycosis,surgery 1960 38 :810
- 2- Ashton F. Slaney G Postgasterectomy .doudenal fistula due to actinomycosis B.J of surgery 1964 5 ^ 884.
- 3- Wilson E Abdominal Actinomycosis .B.J.of surgery 1968 49:266.
- 4- Harold Ellis "Actino mycosis " Maingot'abdominal operation 1992 vol:1.327
- 5- phillip .T lerner "Avtinomycosis " priciple of internal medicin 1994 Vol:1 699.
- 6- Wright .JH: The biology of the microorganism of Action mycosis .J med Res 1974 -13-349 .
- 7- Wangenstein .Om :The Role of surgery in the treatment of actionmycosis.Ann ,Surg 1936 -104 :752.
- 8-Brown JR:Human actiomycosis Astudy or 181 subject .Hum pathology 4:1973-4:319,330 .
- 9- Harris LF, Kakani PR. seldH .CE.Actiomycosis :surgical aspect A nn.of surg 51: 1985 -262 -264.
- 10 - slacky soyrcce infetion in Actinomycosis J Bacteriology 43: 1942 193-164.
- 11- Berger DH, Bernstein .M.O Abdominal Actinociycosis surg Round .14 1991 .14 585 -593 .
- 12 - Yoonessi .M crickard K.Association of Actinomycosis and intrauterine ontraceptive J.Reprod Med 1985 -301 -48 - 52.
- 13 - Graybill JR .Silverman .BD sulfur granules ;Second Thoughts Arch .intern med 1969 123:430 - 432 .
- 14 - Moses J,Bonomo .GR wend lunu .DE.Actino mycosis in child :Historical review and presentation .clin pediatr 1967 .6:221.