

معرفی بیمار دوم :

« خانم افسرخ ، ۲۴ ساله متأهل خانه دار و دارای ۳ کودک سالم . اهل نطنز فعلا ساکن تهران »

از ۴۰ روز قبل از بستری شدن در بخش عفونی متوجه بزرگ شدن غدد لنفاوی در ناحیه گردن ، زیر بغل و کشاله ران میشود . شوهرش کارمندیکی از بیمارستانهای دانشکده پزشکی است و در مراجعه سرپائی به پزشکان ابتدا از نقطه نظر توبرکولوز مورد بررسی قرار میگردد وی چون مانع و رادیوگرافی طبیعی داشته با احتمال لنفوم از غدد لنفاوی گردن بیوپسی میشود که نتیجه بقرارد زیر بوده است :

شرح ماکروسکوپی: گانگلیون ارسالی با قطار $1/5 \times 2$ سانتی متر در سطح مقطع صاف و برنگ قهوه ای روشن می باشد.

شرح میکروسکوپی: ساختمان گانگلیون لنفاوی دیده میشود که طرح ساختمان آن تا حدی بهم خورده است . در پولپ ، همپر-پلازی نسج لنفورتیکولر مشهود است و حدود اکثر فولیکولها نامشخص است . قسمتهائی از پولپ فیبروزه میباشد . یافته قابل تذکر وجود سلولهای هیستوسیت نسبتاً بزرگ با سیتوپلاسم اغوزینوفیل میباشد که این سلولها بصورت ندولهای کوچک در سرتاسر گانگلیون دیده میشود .

نکروز یا جسمهای انکلوزیون و یا تغییرات اختصاصی دیگری وهمچنین علائم دال بر ضایعه بدخیم دیده نشد .

تشخیص : لنفادنیت با راکسیون هیستوسیتیک در تاریخ ۲۳/۳/۵۲ بیمار به بخش عفونی مراجعه نمود و بستری گردید .

در سابقه شخصی بیمار کسالت های عفونی وجود ندارد در منزل گربه یا حیوان دیگری نگهداری نمیکند و سابقه مصرف کالپاس ندارد .

سابقه تصادف و ترانسفوزیون ندارد مدتی به دردی بامشخصات تحت فشار قرار گرفتن عصب سیاتیک مبتلی بوده است .

۸ سال قبل ازدواج کرده و ۳ فرزند سالم دارد . هر ۳ کودک وی در روز سوم تولد دچار ایکتر میشده اند که بدون معالجه بهبودی مییافته اند .

مادر بیمار دیابت مبتلی است و پدر او بعلت «سکته مغزی» فوت کرده است .

علائم حیاتی $PR=68$ $W=63$ $BP=120/90$ $RR=20$ $T=36/5$

حالت عمومی بیمار خوب است در موقع مطالعه زود خسته میشود از خشکی دهان و حلق شاکی است آنفوپاتی در زیرفک ، پشت گوشها ، زیر بغل و کشاله ران دارد . این غدد بغیر از کشاله ران

$Hb=14/8$ gr $Eos=13\%$ $Mono=1\%$ $lym=40\%$

در آزمایش ادرار پروتئین تراس ، گلوکز منفی $WBC=2-3$

$RBC=2-3$ و بمقدار کم اورات آمونیم وجود داشت . بمقدار کم قارچ و بمقدار زیاد باکتری در میکروسکوپی ادرار مشاهده شد .

در رادیوگرافی قفسه صدری سایه قلب ، مدیاستن و سینوسهای جنبی طبیعی بودند .

نتیجه ایمونوفلورسانس توکسوپلاسموز که در بخش ایمونولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بعمل آمد تا $1/6400$

مثبت بود و تست آگلو تیناسیون که در دانشکده بهداشت انجام گرفت تا میزان $1/128$ مثبت بود .

در تاریخ ۱۱/۴/۵۲ بیوپسی غدد بناگوشی راست انجام گرفت و ۲ غده لنفاوی با اندازه پسته خارج و در لوله آزمایش استریل بدون محلول نگهدارنده قرار داده شد و بسرعت به دانشکده بهداشت فرستادیم .

پس از اعلام نتایج ایمنولوژی و با توجه به مدت طولانی که برای تأیید تشخیص با تلقیح غدد لنفاوی به موش لازم بود بلافاصله بعد از بیوپسی معالجه شروع شد . در روز اول ۲ قرص ۲۵ میلی گرمی پریمتامین (دارا پریم) و ۴ گرم سولفاسوکسازول (هر شش ساعت یک گرم) داده شد و در روزهای بعد با دوز روزانه ۲۵ میلی گرم پریمتامین و ۴ گرم سولفامید درمان برای مدت ۲۱ روز ادامه پیدا کرد .

در شش روز اولیه درمان بیمار بستری بود و بخوبی درمان را تحمل میکرد و پس از آن از بخش مرخص و درمان بصورت سرپائی ادامه یافت . در این مدت مرتب با امتحان مکرر خون بیمار تحت نظر بود تا اثر احتمالی عوارض جانبی دارو بموقع جلوگیری شود .

در معاینه بیمار در ماههای بعد مشاهده شد که غدد لنفاوی باقیمانده پس از معالجه از بین رفته اند .

نحوه جدا کردن سوش توکسوپلاسماتوئیدی :

غدد لنفاوی پس از له شدن در هاون و حل شدن در سرم فیزیولوژیک به محوطه صفاقی موش که از لحاظ سرولژیک توکسو-پلاسموز منفی بودند تلقیح گردید . یکماه بعد بار دیگر از موشها امتحان سرم شناسی بعمل آمد و پس از مثبت بودن تشریح شدند و از مغز آنها کیست توکسوپلاسماتوئیدی جدا شد .

در مدت امتحان دقتهای لازم بعمل آمد که موشها توسط آلودگیهای محیط مبتلی به توکسوپلاسموز نشوند .

دوم مسئله زیر اهمیت و خطر ابتلاء به این بیماری را بخصوص در زمان حال و آینده روشن میسازد:

اول: T. Strickland و همکارانش نشان دادند در موشهایی که بوسیله «توکسوپلازما گوندئی» آلوده شده اند سطح هموگلوبین، همولیزین و قدرت ایجاد پلاک در گلبولهای قرمز گوسفند توسط سلولهای طحالی در فاصله یک هفته تا یکماه پس از تلقیح داخل پریوتومین ۲۰۰-۱۵۰ کیست T.G (که از موشهای آلوده استخراج شده بود) مقارن با نقصان IgM کاهش یافته بود در حالیکه در این مدت اندازه طحال و تیتر آنتی کورد در حیوانات آلوده سریعاً افزایش پیدا مینمود. محققین فوق این مسئله را به رقابت آنتی ژنیک نسبت داده اند [۱].

اگر این مسئله یعنی کم شدن عوامل مؤثر در سیستم دفاعی بدن حتی در مدتی نسبتاً کوتاه در انسان هم نتایج مشابهی داشته باشد در این صورت ابتلاء به توکسوپلاسموز نه تنها بالنفسه امکان خطر دارد بلکه بدن را برای پذیرش بیماریهای دیگری هم آماده میسازد. دوم: در زمان ما بیماران مبتلی به سرطانها و بیماریهای بدخیم یا مزمن خونیشان بیشتر برای ادامه حیات دارند که در سایه استعمال ایمنوسوپرسیوها، کورتن و یک سلسله اقدامات پزشکی شامل سونداژ عروق خونی و قلب و یا تزریق مکرر مقادیر گاه حجیم خون صورت میگیرد.

زمینه مساعد این بیماران در مقابل سایر عوامل عفونی مثلاً قارچها (مثل کاندیدوز)، میکروبی و ویروسی (سیتومگال و وروس، E.B و وروس و هرپس و وروس) قبلاً کراً با اثبات رسیده است. در یک گروه ۷۷ نفری از این بیماران نسبت کسانی که جواب سرولژیک مثبت در مقابل توکسوپلازما داشته اند بیشتر از افراد جامعه بوده و در یکی از آنها آنسفالیت بعلت توکسوپلازما پیدا شده بود که از مغز این فرد پس از فوت توکسوپلازما گوندئی جدا شد [۲].

- در جریان حوادث، جراحیهای یبوست اعضا، بیماریهای بدخیم خونی مثل تالاسمی ابتلاء به این بیماری گزارش شده است البته آنتی کورد منتقل شده در جریان ترانسفوزیون در مغشوش کردن امتحانات سرولژیک مؤثر است و احتمال ابتلاء به اشکال وخیم بیماری مثل کاردیت در بیماران که مصونیت آنها بوسیله مصرف ایمنوسوپرسیو شکسته شده است امکان پذیر است.

مشاهدات و مقالاتی که جدیداً منتشر شده با اندازه کافی این حقیقت را روشن میسازد که نقش مصرف گوشت خام و نیمه خام (کالباس - سوسیس) و با توجه به کثرت استعمال آنها بویژه در شهرهای بزرگ و در گروههای اجتماعی اقتصادی خاص (نظیر دانشجویان - کارگران و کارمندان) در ابتلاء به این بیماری

که بزرگ و با اندازه فندق است همه کوچک و عموماً در لمس بدون درد هستند و براحتی حرکت میکنند.

کبد با اندازه ۳ سانتی متر از زیر لبه دنده بدست میخورد، توام شکم نرم و شل و کمی جدار پر چربی است. ضایعه پاتولوژیک در احشاء و دستکاهها وجود ندارد. آزمایشهای پاراکلینیک:

آزمایش خون $Hb = 15/4 \text{ gr}$ $WBC = 6500$ $Eos = 5\%$ $Seg = 26\%$ $lym = 10\%$ $Mono = 5\%$ همانو کریت ۴۱٪ سدیمنتاسیون ساعت اول ۲۲ ساعت دوم ۴۸ میلیمتر و پلاکتها در گسترش لام طبیعی بنظر میرسند. در رادیوگرافی قفسه صدری ضایعه غیر طبیعی مشاهده نشد. امتحان ایمنوفلوئورسانس که در بخش ایمنو لوژی دانشکده تهران بعمل آمد به نسبت $\frac{52/3/19}{6400}$ در تاریخ ۵۲/۳/۱۹ مثبت بود.

در تاریخ ۵۲/۳/۲۸ از کشاله ران بیوپسی از دو غده لنفاوی که نسبتاً عمقی بودند بعمل آمد و غدد حاصله در لوله آزمایش استریل به دانشکده بهداشت فرستاده شد و در تاریخ ۵۲/۴/۲۸ (پس از یکماه) در غز موشهایی که مورد تلقیح قرار گرفته بودند کیست توکسوپلازما مشاهده و تشخیص مسجل شد.

بیمار بعد از معالجه هنوز زیر نظر است. در تاریخ ۵۳/۱/۱۹ امتحان ایمنوفلوئورسانس به نسبت $\frac{1}{6400}$ مثبت است و نکته جالب در تاریخچه زندگی بیمار زایمان یک کودک میکروسفال در ۶ سال قبل است که پس از آن دو کودک سالم دنیا آورده است. در معاینه بالینی در فروردینماه ۱۳۵۳ اثری از آدنوپاتیها نبود و هیچگونه کسالت یا ناراحتی نداشت.

بحث:

توکسوپلاسموز یکی از شایعترین بیماریهای عفونی در نقاط مختلفه جهان است. در بعضی از نواحی نظیر تاهیتی و جزایر شرقی و سرزمینهای پست گواتمالا نزدیک به ۱۰۰٪ مردم سرولژی مثبت در مقابل توکسوپلاسموز نشان میدهند در حالیکه کمترین تعداد مبتلایان در مناطق صحرائی خشک آریزونا و منطقه آلاسکا است [۹-۱۱].

در آلاسکا از نقطه نظر سرولژی تعداد مبتلایان صفر درصد گزارش شده است [۱۴].

تحقیقات کافی در جنبه های بالینی و آزمایشگاهی این بیماری که جمعیتی معادل ثلث تا دو ثلث از جهانیان را مبتلی میسازد هنوز انجام نشده و ابتلاء به آن اکثراً بصورت Sub Clinic انجام میشود و در مواردی که سیمای حاد بخود میگیرد - شاخص ترین نشانه ابتلاء به آن لنفادنوپاتی است [۱۱].

بنابراین همکاران در مقابل آدنوپاتی های افراد بویژه جوانان و کودکان شایسته است از نقطه نظر سرولژی امتحانات ایمنوفلوئورسانس و آگلو تیناسیون را انجام بدهند و در صورت مثبت بودن نتیجه - ازغذالنفای ویروسی کرده و نسج حاصله را برای جدا کردن انگل به دانشکده بهداشت دانشگاه تهران بخش تک یاخته های خونی و نسجی ارسال نمایند .

خلاصه:

۲ خانم جوان که مبتلی به لنفادنوپاتی ژنرالیزه بوده و با توجه به نتایج مثبت ایمنوفلوئورسانس و آگلو تیناسیون به توکسو-پلاسموز مشکوک شده و با جدا کردن سوش توکسوپلازما گوندئی از مغز موشهایی که با تلقیح غذالنفای بیماران فوق بمحوطه صفاقی آنها آلوده شده بودند معرفی شدند .

بیماران ما با دختر جوان دیگری که توسط آقایان دکتر قربانی و سمعی مورد مطالعه قرار گرفته اند در ایران اولین بیمارانی هستند که با جدا کردن سوش از بافت های آنها پس از تلقیح به حیوان تشخیص نهائی آنها داده شده است .

بهترین روش برای تشخیص توکسوپلاسموز پس از انجام تست های ایمنولژیک و سرولژیک در اشکال همراه با آدنوپاتی جدا کردن انگل می باشد .

بسیار مهم است که بحث درباره آنها در حد این گزارش نیست [۱۱-۱۲-۴-۱۵] .

نتیجه ،

توکسوپلاسموز از نقطه نظر سرولژی بوفور در ایران مشاهده شده است .

۴۳٪ از یهودیان ایران که به اسرائیل مهاجرت کرده اند سرم آنها از لحاظ توکسوپلاسموز سرولژی مثبت داشته اند [۱۵] . درین مراجعین به بخش ایمنولژی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران (که از لحاظ آماری یک نوع Selection هستند) نتیجه ایمنوفلوئورسانس به نسبت زیر مثبت بوده است [۱۵] :

در اشکال گانگلیونی ۶/۶۶٪

در اشکال چشمی ۴۷٪

در اشکال کلینیکی مختلف ۵۰٪

در زنانیکه سابقه سقط داشته اند ۴۰٪

بررسی در حیوانات ایران هم وجود این عارضه را نشان داده است [۴] .

سازمان بهداشت جهانی در گزارشی سال ۱۹۵۹ علت ۱۵٪ از آدنوپاتی های بدون دلیل non specific adenitis را توکسوپلاسموز معرفی کرده است [۶] .

تشکر :

از آقای دکتر غلامرضا نظری که امتحانات ایمنولژیک در بخش ایشان ما را به تشخیص و درمان راهنمایی کرده و آقایان دکتر قربانی و دکتر اردیسیان که در دانشکده بهداشت بخش تک یاخته های خونی و نسجی کارهای مربوط به جدا کردن انگل را انجام داده اند نهایت تشکر حاصل است .

« منابع »

- 1- T. Strickland et al, Tropical Med. and Hyg. July 1973 Page 452
- 2- Scandinavian Jour. of infectious diseases Vol 5 No 3 Page 181, 1973
- 3- Gordon and D. Wallace, Amer. J. of Tropical Med. and Hyg. July 1973 Page 456
- 4- M. Anwar and M. Ghorbani synopsis of Papers of Symposium in Parasitic diseases Shiraz 1973 Page 21
- 5- J.K.A. Beveley, « Lyon Médical » Sept. 1969
- 6- M. Ghorbani and A.H. Samii, Jour. of tropical Med. and Hyg. July 1973 page 158-160,

۷- مارکوس کراپ و میلتن شاتون ، بیماریهای عفونی و گرمسیری ۱۹۷۲ ترجمه فارسی از دکتر رضا جمالیان دکتر علی سجادی صفحه ۳۰۷

۸- دانیل وگان ، بیماریهای چشم ترجمه فارسی دکتر علی سجادی - دکتر رضا جمالیان ۱۹۷۲ ، صفحات ۱۹۵ تا

۲۰۴ و ۵۳۱

9_ Carl.C. Dauer et al, Harward university Press Page 113, 1968
 10_ Peterson, tonca and Bonin Amer. Jour. of Epidemiology June 1973 Page 424
 11_ Paul A. Marcial - Rojas, Pathology of Protozoal and Helminthic diseases with clinical correlation Page 254_290
 12_ دکتر مهدی قربانی، مجله دانشکده پزشکی صفحات ۶۱۳-۶۱۹-۱۳۴۹
 13_ Abstract of Hygiene october 1973 from Am. Jour. of Epide. V_97 1973
 14_ S. Kragman and R. ward, Infections diseases of children nov 1971
 ۱۵_ دکتر غلامرضا نظری - دکتر شهناز رفیعی - تهران، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران اردیبهشت ۱۳۵۲ صفحه ۲۵۵-۲۵۴
 ۱۶_ دکتر مهدی قربانی، مجله دانشکده پزشکی تهران، آبانماه ۱۳۵۱ صفحات ۶۸-۶۴

دکتر رضا جمالیان
 (دانشیار، بیمارستان امام خمینی - تهران)
 دکتر شهناز رفیعی
 (دانشیار، بیمارستان امام خمینی - تهران)

توکسوپلاسموز یکی از شایع‌ترین عفونت‌های پارازیتاری است که در سراسر جهان پراکنده است. این بیماری در انسان و حیوانات ایجاد می‌کند و می‌تواند منجر به عوارض جدی شود. تشخیص این بیماری اغلب دشوار است و نیاز به روش‌های دقیق آزمایشگاهی دارد. در این مقاله، به بررسی مواردی از توکسوپلاسموز همراه با آدنوپاتی در کودکان پرداخته می‌شود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که توکسوپلاسموز می‌تواند عامل اصلی آدنوپاتی باشد و تشخیص آن با استفاده از روش‌های میکروسکوپی و کشت ضروری است. درمان مناسب و به‌موقع می‌تواند به بهبود علائم و جلوگیری از عوارض مزمن منجر شود.

توکسوپلاسموز یک عفونت پارازیتاری است که توسط *Toxoplasma gondii* ایجاد می‌شود. این پارازیت در سراسر جهان پراکنده است و می‌تواند در انسان و حیوانات ایجاد کند. تشخیص این بیماری اغلب دشوار است و نیاز به روش‌های دقیق آزمایشگاهی دارد. در این مقاله، به بررسی مواردی از توکسوپلاسموز همراه با آدنوپاتی در کودکان پرداخته می‌شود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که توکسوپلاسموز می‌تواند عامل اصلی آدنوپاتی باشد و تشخیص آن با استفاده از روش‌های میکروسکوپی و کشت ضروری است. درمان مناسب و به‌موقع می‌تواند به بهبود علائم و جلوگیری از عوارض مزمن منجر شود.