

دکتر فرزد

دکتر کاوندی

دکتر رحمتیان

دکتر شریعت

يك مورد اکتینو میکوز شکمی

ش. ع ۳۳ ساله اهل سشکین شهر شغل زارع. در تاریخ ۴۴/۱۱/۲۱ بعلت بی اشتعائی، لاغری پیشرونده، تب مکرر، ادرار و درد حفره خاصره‌ای راست به بخش پزشکی ۲ بیمارستان پهلوی مراجعه کرد. طبق اظهار بیمار تب ازدوماه قبل از مراجعه شروع و بادر ناحیه کمر و اندامها همراه بوده است. کم کم بیمار متوجه توده‌ای در طرف راست و پائین شکم میشود که آهسته آهسته بزرگ شده و دردناک میشود. در یکماه اخیر بیمار دوچار سوزش و تکرر ادرار بوده است و علاوه از نفخ شکمی بعد از غذا و بیوست شاکمی بود.

از نظر فامیلی بیمار متأهل و دارای ۷ اولاد بوده است و از نظر سابقه بیماریهای قبلی غیر از ابتلاء به اسهال خونی در ۷ سال پیش بیماری دیگری نداشته است. در معاینه بیماری بود ضعیف با مختصر سوب ایکتر در چشمها و در معاینه شکم توده نسبتاً سفتی با اندازه یک نارنگی و بدون حدود خیلی مشخص در حفره خاصره‌ای راست. لمس میشد که در سلاسه دردناک سطحی و تا اندازه‌ای به اطراف جسیده بود.

درجه حرارت بشکل غیر منظمی در حدود ۳۸/۵ - ۳۸/۰ نوسان داشت. در سیستوسکوپی که از بیمار بعمل آمد جدار مثانه طبیعی بود فقط در قسمت فوقانی احتمانی دیده میشد که بعنوان فشار یک توسور خارج مثانه‌ای تفسیر شده بود و در رکتوسکپی جدار قداسی رکتوم بعلت فشار از خارج قدری برجسته بنظر میرسید ولی مخاط کاملاً سالم بود. مادیما تاسیون بیمار در ساعت اول ۶۸ میلی متر فرسول لکوسیت:

گلبول قرمز: ۴/۲۸۰/۰۰۰ گلبول سفید: ۸۴۰۰ با ۷۱۰۰ گممانته یک ائوزینوفیل - ۲ باتونه ۲۲ لئوسیت و ۴ مونوسیت.

در امتحان مدفوع تخم اسکاریس وجود داشت. در امتحان ادرار ۳/۲ لکوسیت در هر میدان میکروسکوپی. همتا و کریت ۴/۰۰/۰۰۰ اوره خون ۳ میلی گرم. انترادر سوراکسیون کازونی منفی عکس برداری از ریه ها - ستون فقرات - استخوانهای لگن و کولون طبیعی بوده و

♦♦ رئیس بخش داخلی بیمارستان پهلوی

♦ - استادان دانشکده پزشکی

♦♦♦ - دانشیار دانشکده پزشکی

قوسهای انتهائی روده باریک هم که در رادیوگرافی کولون دیده میشد طبیعی بود. برای تعیین ماهیت تومور در تاریخ ۱۳۸۴/۱۲/۴ در بخش جراحی ۲ بیمارستان پهلوی یک لاپاراتومی بعمل آمد در باز کردن شکم توموری با چسبندگی بمزائتر و اطراف و مخصوصاً متقف مشاهده وجود داشت که برای برداشتن آن مجبور شدند قسمتی از جدار مثانه را هم بردارند این تومور رابطه واضحی باشکم نداشت ولی یک قسمت از حفره خاصره ای راست را پر کرده بود. پاتولوژی: ماکروسکوپی: بافت شناسی یک قطعه بابعاد $9 \times 8 \times 4$ سانتی متر است سطح آن ناستب میباشد قوایش در بعضی نقاط نرم و در نقاط دیگر برعکس سفت است سقف برش بزرگ صورتی است.

میکروسکوپی. در برش های متعددی که از بافت بعمل آمد مشاهده شد که در زمینه ای از بافت همبندی نسبتاً اسکروزه بیکروآبسه هائی وجود دارد که برخی از آنها دارای صفات خاصی میباشد باین معنی که آبسه های مذکور از سرکز به محیط دارای سه قسمت کاملاً متمایز میباشد.

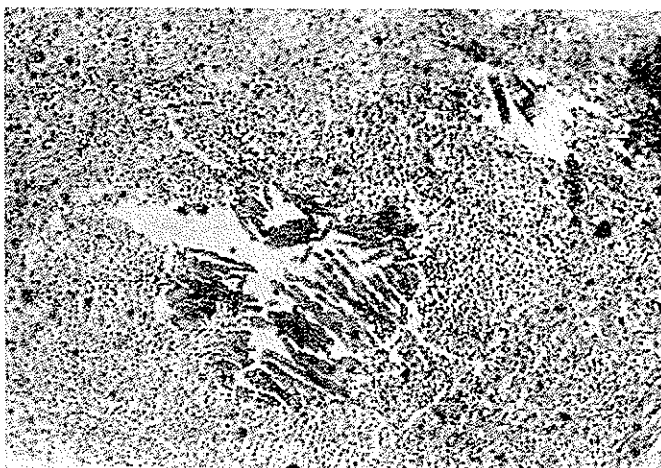
الف - منطقه سرکزی - این منطقه از عناصر مشخصی درست شده که شامل توده های میسیلین در هم پیچیده ای بوده و منظره ای مشابه را دارند. در اطراف عناصر فوق الذکر واکنش های آماسی بصورت ارتشاح سلولهای چند هسته ای وجود دارد که عیناً مانند آبسه معمولی است (شکل ۱).



شکل ۱- میسلوم های قارچ و ارتشاح سلولهای چند هسته ای در اطراف آنها بخوبی هویدا است

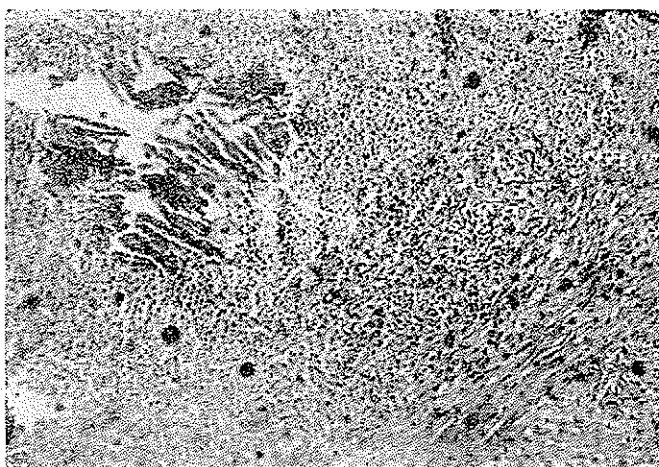
ب - منطقه میانی - در این منطقه عناصر ماکروفاژیک و هیستوسیتی وجود دارد که

همراه با مقداری لنفوسیت و پلاسموسیت میباشد (شکل ۲).



شکل ۲- در این شکل منطقه مرکزی و میانی نشان داده شده است

ج : منطقه محیطی - در این منطقه اسکروز وسیعی وجود دارد که تا فاصله زیادی امتداد دارد (شکل ۳) با خصوصیات میکروسکوپی فوق تشخیص قطعی ضایعه آکتینومیکوز مسلم میگردد.



شکل ۳- هر سه منطقه و بخصوص فیروز محیطی در این شکل به خوبی مشاهده میشود

• **شرح بیماری** - آکتینومیکوز بوسیله یک آکتینومیسین گرم مثبت آناتروپی از دسته آکتینومیسین Bovis بنام آکتینومیسین Irraelie ایجاد میشود که بطور مایوریت در دهان - حلق - جهاز هاضمه و مخصوصاً در کرم خوردگی دندانی وجود دارد و ایجاد عوارضی در نواحی صورت، گردن، ریه و جهاز هاضمه میکند.

عارضه آکتینومیکوز انسانی همیشه مبدأ آندوزنی دارد ولی چگونگی بیماری را شدن این قارچ ساپروفیت هنوز روشن نیست شاید ضربه در بعضی موارد دخیل باشد سه محل اصلی ابتلای آکتینومیکوز ناحیه صورت و گردن در ۸/۶ درصد و ریه در ۲۲٪ و جهاز هاضمه در ۱۵٪ مورد است ولی در بعضی آمارها ابتلای جهاز هاضمه را خیلی بیشتر و حتی تا ۶۵٪ موارد دانسته اند در جهاز هاضمه در ۷۷٪ موارد ضایعه در حدود سکوم و آسنیوم انتهائی است و ظاهراً آکتینومیکوز ایجاد اولسری در ناحیه سکوم میکند که قارچ از آنجا وارد ناحیه دور سکومی میشود و ضایعه مرضی در خارج از روده واضح تر بوده و بشکل توموری در سزانتر درسیاید.

معمولاً در موقع عمل رابطه ای بین این تومور و سکوم وجود ندارد و حتی عقیده دارند که اگر رابطه بین تومور و مجرای روده موجود باشد مستحتملاً نتیجه پاره شدن توده آکتینومیکوز بداخل روده است.

این تومور ممکن است بجدار خارجی شکم یا فواصل روده ها فیستولیزه شود علاوه بر ناحیه سکوم آکتینومیکوز ممکن است بشکل آبسه در آنال یا ایسکیورکتال شروع شده و بشکل تحت حاد یا مزمن پیشرفت کند مهمترین علامت آکتینومیکوز سکوم درد مبهم در حفره خاصره ای راست همراه با احساس یک توده نسبتاً سفت و تاحدی حساس در این ناحیه است. تشخیص این عارضه از سرطان سکوم آبسه در سکوم و سل این ناحیه بدون کمک لاپاراتومی شکمی اغلب غیر ممکن است تشخیص قطعی با جدا کردن قارچ آکتینومیکوز از ضایعه داده میشود.

درمان انتخابی آکتینومیکوز پنی سیلین بمدت طولانی و بمقدار زیاد است در موارد عادی روزانه ۲ تا ۴ میلیون و در موارد خطر حتی تا ۲ میلیون پنی سیلین در روز برای مدت ۶ تا ۸ ماه داده میشود.

در این بیمار بعد از انتقال بیمار از بخش جراحی روزی ۵ میلیون پنی سیلین تزریق میشود نتایج کلینیکی فوق العاده خوب بوده وزن افزایش یافته است و درد بیمار از بین رفته و سدیمان تاسیون پائین آمده است فعلاً منتظر نتایج قطعی در آن هستیم. بنظر میرسد این اولین

مورد اکتینومیکوز شکمی تشخیص داده شده در ایران باشد از اینجهت گزارش آن را از نظر اطلاع همکاران وتوجه بان درتشخیص تومورهای شکمی مفید میدانستیم.

مآخذ :

- I) Warthin T.A A.M.A. Archi. int. Med. 101 : 239. 1958.
- II) Abraham E. P Lancet 2 : 177, 1941.
- III) Florey M. E Lancet 1. 387, 1943.
- IV) Harvey J. C. Ann Int Med 46 : 868, 1957.
- V) Peahody J. W Am J. Med 28 : 99, 1960.
- VI) Hildick Smith. G. and Blank, Harvey : Fungus diseases and their treatment. 1964.
- VII) Backus, H. Gastroenterology Volum 2, 1964.