

گزارش موردی

## گزارش یک مورد فاسیولایزیس با تب، شکم درد و زردی

دکتر احسان ملکیان زاده\*، صدیقه خزاعی\*\*، دکتر مظاهر رضانی\*\*\*، دکتر حشمت الله سلیمانی\*\*\*\*

دریافت: ۹۰/۱۲/۲۲، پذیرش: ۹۱/۲/۱۸

### چکیده:

**مقدمه:** عفونت با فاسیولاهپاتیکا، انگلی از گروه ترماتودها، تظاهرات بالینی گوناگونی ایجاد می کند و عفونت با این انگل در کشور ایران، مخصوصاً در استانهای شمالی شیوع قابل ملاحظه ای دارد.

**معرفی بیمار:** در این مطالعه، یک مورد عفونت با فاسیولاهپاتیکا با تظاهرات تب، لرز، شکم درد و زردی (کلانژیت) گزارش می گردد که تایید تشخیصی آن توسط تست سرولوژی مثبت، یافته های سی تی اسکن و مشاهده مستقیم انگل در جراحی و نتیجه پاتولوژی صورت گرفت. بعد از درمان جراحی (رفع انسداد) و مدیکال بیمار بهبودی کامل بالینی و رادیولوژیک یافت.

**نتیجه نهایی:** با توجه به شیوع بالای عفونت در ایران و تظاهرات بالینی فوق، به نظر می رسد فاسیولایزیس را می بایست از علل انسدادی مجرای کلدوک و ایجاد کلانژیت در نظر گرفت.

کلید واژه ها: التهاب مجاری صفرا / تب / فاسیولایزیس

### مقدمه:

شهرستان قصرشیرین که به دلیل شکم درد به بیمارستان امام رضا کرمانشاه مراجعه کرده بود. شکم درد ماهیت کولیکی داشته که بیشتر در قسمت میانی فوقانی (اپی گاستر) و ربع فوقانی راست با انتشار به کتف راست بوده است درد از ۲ هفته قبل آغاز شده و با غذا خوردن تشدید پیدا می کرده است. از ۲ روز قبل از بستری، شکم درد تشدید شده و حالت مداوم به خود گرفته و تهوع و استفراغ و تب و لرز و زردی ملتحمه نیز به علائم فوق اضافه شده بود. سابقه ای از کهیر، سرفه و خس خس سینه گزارش نشد. بیمار سابقه مصرف سبزیجات وحشی خوراکی را ذکر می کرد.

هنگام مراجعه بیمار توکسیک و بی قرار به نظر می رسید. و از درد شکم شاکی بود. در علائم حیاتی، دمای بدن: ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، تعداد تنفس در دقیقه: ۲۰، تعداد ضربان قلب در دقیقه: ۱۲۰ و فشار خون: ۱۰۰ / ۶۰ میلی متر جیوه بود.

ملتحمه ایکتریک به نظر می رسید و در معاینه شکم در دق و لمس ناحیه RUQ درد و تندرns واضح بود. اندازه

فاسیولایزیس عفونت ناشی از انگلی به نام فاسیولاست. این بیماری به صورت زئونوز در تمام جهان در نقاطی که دامداری رواج دارد گسترده است. انسان در اثر مصرف گیاهان آبرزی آلوده به انگل یا آب آلوده به متا سرکر (کیست) مبتلا می شود. آلودگی با فاسیولاهپاتیکا دو فاز مجزای بالینی دارد که شامل مهاجرت انگل به کبد و سپس جایگزینی آن در مجاری صفراوی است که ابتدا به صورت تب، درد ربع فوقانی راست شکم، بزرگی کبد و ائوزینوفیلی و در فاز دوم که چند هفته بعد شروع می شود کرم در مجاری صفراوی و مجرای کلدوک جایگزین و با تحریکات مداوم منجر به تغییرات پاتولوژیک می شود (۱،۲) در صورتیکه آلودگی کم باشد علائم پس از مدتی از بین می رود در غیر اینصورت ممکن است منجر به انسداد و یا سیروز صفراوی گردد (۳).

### معرفی بیمار:

زنی ۴۰ ساله، متاهل، ساکن یکی از روستاهای اطراف

\* متخصص بیماریهای عفونی مرکز تحقیقات مولکولار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*\* کارشناس ارشد میکروبیولوژی مرکز تحقیقات مولکولار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (skhzaei2003@yahoo.com)

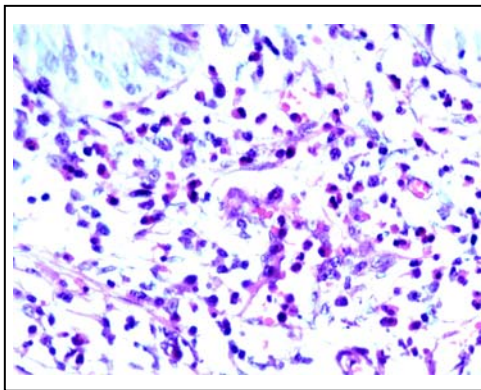
\*\*\* استادیار پاتولوژی مرکز تحقیقات مولکولار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*\*\*\* استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



تصویر ۲ B: تصویر میکروسکوپی انگل

در گزارش پاتولوژی تشخیص کلوستیت مزمن در زمینه عفونت پارازیتی در زمینه فلوک کبدی فاسیولا هپاتیکا مطرح شد (تصویر ۳) ضمن اینکه تست سرولوژی فاسیولا برای بیمار مثبت گزارش گردید و بیمار تحت درمان با قرص تری کلوندازول ۵۰۰ میلی گرم تک دوز (۱۰ mg/kg) قرار گرفت.



تصویر ۳: تجمع ائوزینوفیلی بافت کبد با بزرگنمایی ۴۰۰×

**بحث:**

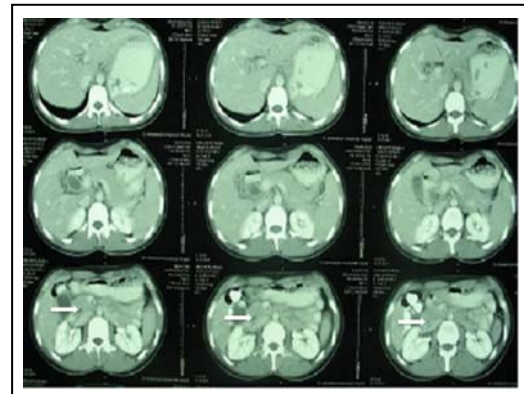
فاسیولا هپاتیکا، کرمی از رده ترماتودهاست که در مناطقی که دامداری گوسفند رایج است شایع می باشد (۱،۴). آلودگی مداوم (گوسفند و گاو) و گاهی در انسان از طریق خوردن گیاهان آبیزی مخصوصاً شاهی آبی خام ایجاد می شود. میزان آلودگی با این کرم در جهان به بیش از ۳ میلیون نفر می رسد. بیشترین میزان آلودگی در بولیوی، پرو، مصر، ایران، پرتغال و فرانسه گزارش شده است (۴). اپیدمی آلودگی بالغ بر ۱۰۰ هزار نفر در شمال ایران (گیلان) گزارش شده است (۵،۶).

فرم بالغ این فلوک کبدی، هرمافرودیت، صاف، قهوه ای و برگی شکل است و اندازه آن 3×1.5cm می باشد. کرم بالغ در میزبان اصلی خود (گوسفند و گاو) در داخل کبد و

کبد در حد نرمال بود. در بقیه معاینات بیمار نکته خاصی یافت نشد.

بررسی آزمایشگاهی: شمارش لکوسیتها 7500 cell/mm<sup>3</sup> (نوتروفیل 50%، لنفوسیت 40% و مونوسیت 10%) هموگلوبین 13 gm/dl، پلاکت 246x1000/mm<sup>3</sup>، قند خون 100 mg/dl، آنزیمهای کبدی (ALT=408، AST=308 (normal 5-40)، ALP=519 بیلی روبین توتال 7.2، بیلی روبین مستقیم ۵/۹، آمیلاز، لیپاز، سدیم و پتاسیم نرمال گزارش شد.

در بررسی های رادیوگرافیک که از بیمار به عمل آمد عکس ساده قفسه سینه (Cxr) نرمال بود. در سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی و سی تی اسکن شکم و لگن: کبد دارای سایز و اکو نرمال بود مجرای کلدوک دارای قطر بیشتر از نرمال (۲۰ میلی متر) و در داخل مجرای کلدوک تصویر یک توده بافت نرم هتروژن به ابعاد ۱۳×۴۱ میلیمتر مشاهده شد که در برخی از نواحی این توده توبولی و متحرک بوده که مطرح کننده یک Bull از کرمهای انگلی (اسکاریس) می باشد (تصویر ۱).



تصویر ۱: نمایی از CT Scan کبد (فلش منطقه مجرای کلدوک)

بیمار با تشخیص کلانژیت در زمینه عامل انسدادی انگلی (اسکاریازیس) تحت عمل باز کوله سستیکتومی قرار گرفت که در مجرای کلدوک دو کرم فلوک کبدی قهوه ای صاف برگی شکل، فاسیولا هپاتیکا بیش از ۲/۵ cm خارج شد (تصویر ۲ A و B).



تصویر ۲ A: تصویر ماکروسکوپی انگل

بالارونده مراجعه می کنند. تشخیص فاسیولاهپاتیکا در خلال فاز حاد براساس اپیدمیولوژی به علائم بالینی و اغلب یافته های CT اسکن و MRI می باشد. نمونه برداری از ندولها در کبد، پوست یا هر جای دیگر ممکن است مسیرهای التهابی و کرم های نابالغ را نشان دهد. تستهای سرولوژیک در این مرحله مفید هستند. تشخیص قطعی با جداسازی کرم ها در جراحی و یا رویت تخم انگل در مدفوع، صفرا و یا ترشحات دئودنوم می باشد(۱).

درمان: برخلاف بقیه فلوک ها، فاسیولاهپاتیکا به پرازیکوآنتل (praziquantel) پاسخ خوبی نمی دهد. خط اول درمان، تک دوز خوراکی داروی تریکلوبندازول (Triclobendazole) و در صورت عدم پاسخ تکرار آن است. داروهای جایگزین شامل بیوتیونل (Bithionol)، نیتازوکساید و ارستونیت (Artesunate) می باشد(۱).

با توجه به احتمال آلودگی برخی گیاهان (نظیر شاهی آبی، نعناع و...) با انگل فاسیولاهپاتیکا و بروز عوارضی نظیر آسیب کبدی و انسداد مجاری صفراوی و کلدوک (که بعضا نیاز به جراحی پیدا می کنند)، به نظر میرسد ضدعفونی کردن سبزیجات به طور کامل و اجتناب از مصرف گیاهان آبی آلوده در پیشگیری از بروز موارد مذکور نقش به سزایی داشته باشد.

#### منابع:

1. Gerald L, Mandell MD. Mandell, Douglas and Bennetts infectious Disease. 7th ed. Vol 3. Elsevier, 2009:360-1.
2. Elshazly AM, Soliman M, Gabr A. Clinicoepidemiological study of human fascioliasis in an endemic focus in Dakahlia Governorate, Egypt. J Egypt Soc Parasitol 2001;31:725-36.
3. Dalton JP. Human fasciolosis. Wallingford: CAB International, 1999.
4. Agatsuma T, Arakawa Y, Iwagami M, Honzako Y, Cahyaningsih U, Kang SY, et al. Molecular evidence of natural hybridization between fasciola hepatica and F.gigantica. Parasitol Int 2000;49(3):231-8.
5. Salahimoghaddam A. [Epidemiology of human fascioliasis in Iran]. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2009;16(4):385-398.
6. World Health Organization. Control of food born trematodes infections. Geneva: WHO, 1995.

مجرای صفراوی(جایی که تخمک گذاری می کنند) جایگزین می شود. تخم های این انگل به رنگ قهوه ای - دارای یک اپرکولوم می باشند. پس از مصرف گیاهان آبی آلوده به انگل، با ورود به دستگاه گوارش از مسیر روده ای گذشته از طریق مدفوع دفع می شوند و رشد و تکامل خود را در داخل آبهای تازه تکمیل می کنند و تبدیل به میراسیدا شده، وارد بدن میزبان واسط خود که نوعی حلزون است می شوند و شروع به تکثیر غیر جنسی می کنند و بعد از خروج از بدن میزبان واسط به صورت سرکاربا بر روی گیاهان آبی مانند شاهی کوهی، نعناع، کلم آبی، جعفری باقی می ماند و بعد از مصرف خوراکی این گیاهان متاسرکرها یا همان لاروکرم از طریق نفوذ به جدار روده به پریتون و از آنجا مستقیماً به کپسول کبدی نفوذ می کنند و در کبد و مجاری صفراوی جایگزین می شوند. ۳-۴ ماه زمان برای بلوغ لاروها نیاز است یک کرم بالغ تا ۱۰ سال عمر می کند(۱).

علائم بالینی: آلودگی با فاسیولا دو فاز کاملاً مجزا از نظر بالینی دارد که منطبق بر چرخه زندگی مهاجرتی کبدی انگل و سپس جایگزینی نهایی آن در مجاری صفراوی است. علائم مرتبط با فاز مهاجرتی فاسیولاهپاتیکا ۱۲-۶ هفته بعد از بلع متاسرکرها ایجاد و می تواند تا ۴ ماه یا بیشتر به طول بیانجامد. ائوزینوفیلی واضح (Significant)، شکم درد، تب های بالای گهگاهی (intermittent)، کاهش وزن و کهیر از علائم شایع هستند علائمی همچون هپاتومگالی زردی، کم خونی و افزایش آنزیم های کبدی نیز ممکن است دیده شود. ۱۵-۱۰٪ سرفه وافیوژن فضای جنب به همراه ائوزینوفیلی داخل مایع پلور دیده می شود، گاهی به طور غیر معمول باعث ایجاد ندول هایی در پوست و دیواره روده، ریه، مغز، ادراری تناسلی یا سایر قسمتها می شود. مواردی از سیروز صفراوی با تب طول کشیده (FUO) و آسیت گزارش شده است(۱).

بعد از سپری شدن چندین هفته تا چند ماه علائم و نشانه های فاز حاد فروکش می کند و انگل در مجاری صفراوی جایگزین شده و بیماران در این زمان با علائمی همچون کولیک صفراوی، کولسیستیت و گاهی کلانژیت