



گزارش یک مورد نادر اکتینومایکوز داخل برونشیا با هموپتیزی شدید

*دکتر فریبا رضایی طلب^۱، دکتر ننا زابلی نژاد^۲

^۱استادیار گروه ریه، ^۲استادیار گروه آسیب شناسی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: اکتینومایکوز داخل برونشی بیماری نادری است که با علائم سرفه، هموپتیزی و علائم انسداد داخل برونشی بروز می کند. این بیماری می تواند علائم بیماری هایی نظیر سل ریوی یا سرطان ریه را تقلید کند.

معرفی بیمار: بیمار مردی ۶۸ ساله می باشد که با شکایت تب، سرفه و هموپتیزی شدید مراجعه کرده بود. بیمار کاهش وزن را به میزان ۸ کیلوگرم در ۳ ماه اخیر ذکر می کرد. آزمایشات خونی موید وجود لکوسیتوز مختصر و سدیمان افزایش یافته بود. در رادیوگرافی قفسه‌ی سینه کدورت در منطقه‌ی تحتانی ریه‌ی چپ و در برونکوسکوپی فیبر اپتیک، ضایعه‌ای ندولر در سگمان جانبی لوب تحتانی ریه چپ دیده شد. مطالعات آسیب شناسی وجود ضایعه‌ی اکتینومایکوز را تایید نمود.

نتیجه گیری: اگرچه اکتینومایکوز داخل برونشی نادر است ولی در تشخیص افتراقی ضایعات انسدادی داخل برونشیا به ویژه تومورهای بدخیم برونش و سل برونشیا قرار می گیرد. در مناطقی که سل شایع می باشد، اکتینومایکوز داخل برونشی می تواند علائم سل داخل برونشی را تقلید نماید.

واژه‌های کلیدی: اکتینومایکوز، داخل برونش، هموپتیزی

مقدمه

کاهش اشتها و کاهش وزن به میزان ۸ کیلوگرم در ۳ ماه اخیر را ذکر می کرد. در بدو مراجعه، درجه‌ی حرارت زیر بغلی ۳۷/۸ درجه‌ی سانتی گراد، فشارخون ۱۰۰/۷۰ میلی متر جیوه، تعداد تنفس ۳۲ بار در دقیقه و تعداد ضربان قلب ۱۲۰ بار در دقیقه ثبت گردید. در معاینه‌ی فیزیکی ریه، کراکل در زون میانی و تحتانی چپ شنیده می شد.

در بررسی آزمایشگاهی تعداد گلبول‌های سفید به میزان ۱۱۶۰۰، همراه با نوتروفیل ۶۱٪، لنفوسیت ۳۱٪، منوسیت ۶٪، ائوزینوفیل ۲٪، هموگلوبین ۱۲ گرم در دسی لیتر و تعداد پلاکت ۲۹۳۰۰۰ را نشان داد. در ضمن سدیمان در ساعت اول ۷۸ میلی متر گزارش شد. در رادیوگرافی قفسه‌ی سینه کدورت در ناحیه‌ی میانی و تحتانی ریه‌ی چپ مشخص گردید تصویر (۱).

اکتینومایکوز ریه بیماری نادری است که به شکل پنومونی غیرقابل جذب و یا توده‌ی انفیلتراتیو ریوی در رادیوگرافی قفسه‌ی سینه تظاهر می کند (۱). درگیری داخل برونشی اکتینومایکوزیس نادر است (۲). در اینجا بیماری با تشخیص اکتینومایکوز داخل برونشی معرفی می گردد که با هموپتیزی شدید مراجعه کرده و با برونکوسکوپی فیبر اپتیک، تشخیص بیماری داده شد.

معرفی بیمار

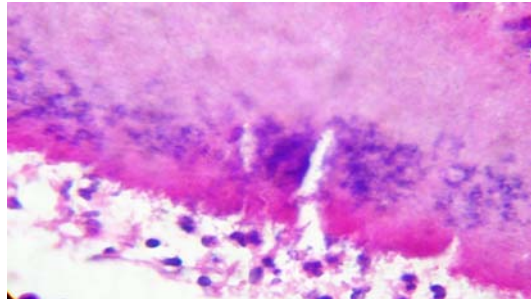
بیمار مردی ۶۸ ساله بود که به علت هموپتیزی شدید در بیمارستان بستری گردید. در تاریخچه‌ی بیمار سابقه‌ی سرفه همراه با دفع خلط و رگه‌های خونی از ۳ ماه قبل وجود داشت. بیمار

*آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، گروه آموزشی ریه و غدد
تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۰۲۲۳۷۰
rezaitalab@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۸/۲/۱۰

تاریخ تایید: ۸۸/۲/۱۰

سپس بیمار تحت درمان با پنی سیلین G وریدی ۲۴ میلیون واحد در روز قرار گرفت و حال عمومی وی رو به بهبود گذاشت.



تصویر ۴- ماده‌ی بدون شکل مرکزی شامل توده‌ی باکتری و حاشیه‌ی صورتی رنگ مربوط به پروتئین آنتی بادی پوشاننده‌ی آن‌ها (هماتوکسیلین - Splendore - Hoppli phenomen) (اٹوزین، ۴۰×۱۰)

بحث

اكتینومايکوز، عفونت مزمن و پیش‌رونده است که عامل آن، ارگانيسم گرم مثبت و بی‌هوازی می‌باشد. این باکتری در دهان و کولون می‌تواند کولونیزه شود و به ویژه در افراد با سطح پایین بهداشت دهان و دندان دیده می‌شود. در افرادی که الکل مصرف می‌کنند به دنبال آسیب‌شدن ترشحات دهانی آلوده به راه‌های تنفسی تحتانی، درگیری داخل ریوی بیشتر دیده می‌شود. این ارگانيسم می‌تواند هر قسمتی از بدن را گرفتار کند، با این حال از نظر آناتومیکی به سه شکل قفسه‌ی سینه‌ای، شکمی لگنی و سرویکوفاشیال تقسیم می‌شود. اسپیراسیون اکتینومايسس از حفره‌ی دهانی حلقی شایع‌ترین و معمول‌ترین منشا عفونت قفسه‌ی سینه‌ای است (۱، ۲).

انتشار مستقیم از سر و گردن یا حفره‌ی شکمی به داخل قفسه‌ی سینه به دلیل مصرف وسیع آنتی بیوتیک ناشایع است. ضایعات اولیه‌ی شایع در ریه شامل عفونت بافت پری برونشیال، برونششال و آلونول می‌باشد (۳-۵).

اكتینومايکوز داخل برونش در غیاب جسم خارجی، بیماری نادری است که ۱۰-۱۵٪ از موارد اکتینومايکوز را شامل می‌شود. شیوع موارد داخل برونشی از انواع گردنی و شکمی لگنی کمتر است.

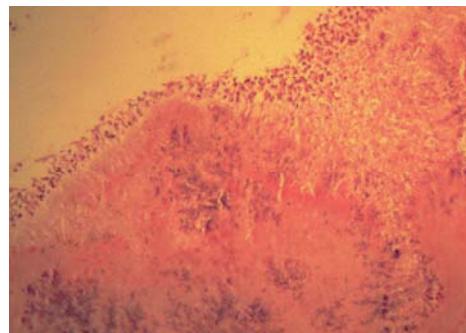


تصویر ۱- رادیوگرافی قفسه‌ی سینه، کدورت در ناحیه‌ی میانی و تحتانی ریه‌ی چپ را نشان می‌دهد در سی تی اسکن ریه، ضایعه‌ای توده مانند در سگمان جانبی لوب تحتانی چپ دیده شد تصویر (۲).



تصویر ۲- سی تی اسکن ریه، ضایعه‌ای توده مانند در سگمان جانبی لوب تحتانی چپ را نشان می‌دهد

در برونکوسکوپی فیبراپتیک ضایعه‌ای ندولر، شکننده و پرعروق دیده شد که راه‌هوایی را در سگمان جانبی لوب تحتانی چپ تنگ کرده بود. بیوپسی از ضایعه از طریق برونکوسکوپی فیبراپتیک به عمل آمد و در آسیب‌شناسی، اکتینومايکوز گزارش گردید تصاویر (۳ و ۴).



تصویر ۳- گرانول سولفور با ارتشاح سلول‌های پلی مورفونوکلئر نوتروفیل در پیرامون آن (هماتوکسیلین اٹوزین، ۱۰×۱۰)

است، بلکه تشخیص آن از طریق برونکوسکوپی فیبراپتیک نیز به دلیل ماهیت خونریزی‌دهنده بودن آن و کوچک بودن نمونه‌ها، کاری مشکل محسوب می‌شود (۱۰).

بر اساس یافته‌های پژوهشگران میانگین زمان تشخیص از آغاز علائم ۶ ماه است و در کمتر از ۱۰ درصد موارد بیمارانی که بعداً تشخیص اکتینومایکوز ریوی برایشان مسجل شده این تشخیص در ابتدا برای ایشان مطرح شده است (۲). در بیمارانی که دارای عوامل خطر مانند بهداشت دندان‌پایین و مصرف الکل که با علائم تنفسی و عمومی غیراختصاصی تحت حاد و یا مزمن مراجعه می‌کنند، باید به اکتینومایکوز مشکوک شد.

دوره‌های طولانی آنتی‌بیوتیک (۶-۱۲ ماهه) برای درمان اکتینومایکوز ریوی لازم است (۲). آنتی‌بیوتیک انتخابی در این بیماری پنی‌سیلین کریستال و در درجه‌ی بعد بتا لاکتام‌ها، کلیندامایسین، تتراسیکلین و ماکرولیدها می‌باشد. در بیمارانی که با تشخیص اولیه‌ی پنومونی اکتسابی، درمان آنتی‌بیوتیکی می‌گیرند ولی پس از پایان دوره‌ی درمانی کوتاه مدت، دوباره با عود رو به رو می‌شوند نیز باید به وجود اکتینومایکوز ریوی مشکوک شد (۲).

نتیجه گیری

اگرچه اکتینومایکوز داخل برونشی بیماری نادری است ولی می‌بایست در تشخیص افتراقی در بیمارانی که با علائم انسداد داخل برونشی نظیر سرفه، هموپتیزی و یا پنومونی دیرجذب مراجعه می‌کنند، قرار گیرد.

اکتینومایکوزیس اولیه داخل برونش در بیمار دیابتی نیز گزارش شده است (۴،۲).

گزارشاتی از همراهی اکتینومایکوز داخل برونشی با برونکولیتایزیس وجود دارد که تظاهر آن به صورت توده‌ای کلسیفیه که منجر به انسداد برونشیا و پنومونیت انسدادی شده است، می‌باشد. در این گزارشات اکتینومایکوز داخل برونشیا با سل داخل برونشی در تشخیص افتراقی ذکر شده و تظاهرات کلینیکی و رادیولوژیکی سل داخل برونشی را تقلید کرده است (۷-۵). در کشورهای در حال توسعه و در مناطقی که سل شایع است، سل داخل برونشی از علل ضایعات داخل برونشی می‌باشد که در تشخیص‌های افتراقی اکتینومایکوز ریوی قرار می‌گیرد. از این رو در مناطقی که سل شایع است علاوه بر سل، اکتینومایکوز داخل برونشی را نیز بایستی مد نظر قرار داد (۸).

اکتینومایکوز داخل برونشیا در آسپیراسیون جسم خارجی نیز دیده شده است. در این موارد، جسم خارجی بستری برای عفونت اکتینومایکوزیس می‌باشد. در این گزارشات اکتینومایکوز داخل برونشی از نظر علائم بالینی و رادیولوژیکی مقلد سرطان ریه بوده و برونکوسکوپی و رویت درخت برونشیا و بیوپسی برونش به تشخیص کمک کرده است (۹). Walters و همکاران وی اکتینومایکوز داخل برونشی را در آسپیراسیون دکمه‌ی پیراهنی که ۳۰ سال قبل از تشخیص، آسپیره شده بود گزارش کردند (۸-۱۰). در بیمار ما شواهدی از آسپیراسیون جسم خارجی، دیابت و یا ضعف سیستم ایمنی وجود نداشت.

علامت کلیدی در تشخیص اکتینومایکوز، وجود گرانول‌های حاوی سولفور است که همراه با ارگانیسیم‌های دیگر نظیر کوکسی‌های گرم مثبت، با سیل‌های گرم مثبت و حتی قارچ‌ها نیز گزارش شده است. در بافت، گونه‌های اکتینومایسس به صورت خوشه‌های فیلامانی که اطراف آن را نوتروفیل‌های پلی‌مورفونوکلتر احاطه کرده‌اند، رشد می‌کنند (۲).

همان‌طور که ذکر شد نه تنها تشخیص اکتینومایکوز داخل برونشی به دلیل نادر بودن ضایعه از نظر محل قرار گیری در برونش، علائم بالینی و تظاهرات رادیولوژیکی دور از ذهن

References

- 1- Toth S, Carvaga I, Boor A, Gmitter F, Legathova B, Kluchovaz, et al. [Endobronchial actinomycosis presenting as hemoptysis]. Bratisl Lek Listy 2007; 108(8): 364-7.
- 2- Lionakis MS, Hamil RD. Malaise, weight loss, pleuritic chest pain and productive cough. What is your call? CMAJ 2006; 178: 1289-91.
- 3- Mobez GF, Macfarlane J. Pulmonary Actinomycosis. Eur Respir J 2003; 21: 545-51.
- 4- Rad MH, Milani M. [Pulmonary endobronchial actinomycosis stimulating endobronchial tuberculosis in a patient with diabetes mellitus]. Tuberk Toraks 2007; 55(2): 186-90.
- 5- Seo JB, Lee JW, Ha SY, Park JY. Primary endobronchial actinomycosis associated with broncholithiasis. Respiration 2003; 70(1): 110-3.
- 6- Kim TS, Han J, Koh WJ, Choi JC, Chung MJ, Lee KS, et al. Endobronchial actinomycosis associated with broncholithiasis: CT findings for nine patients. AJR Am J Roentgenol 2005; 185(2): 347-53.
- 7- Hiroyoshi T, Shunsuke E, Kohzo S, Yasunori S. Endobronchial aspergillosis and actinomycosis associated with broncholithiasis. Eur J Cardio-thoracic Surg 2007; 31:1144-6.
- 8- Walters G, Ware N, Handslip PD. Endobronchial actinomycosis associated with aspiration of a shirt button : A 30 year latency. Res Med CME 2009; 20: 1-3.
- 9- Kim YS, Suh JH, Kwak SM. [Foreign body-induced actinomycosis mimicking bronchogenic carcinoma]. Korean J Intern Med 2002; 17: 207-10. (Korean)
- 10- Chouabe S, Perdu D, Deslee G, Milosevic D, Marque E , Lebargy F. Endobronchial actinomycosis associated foreign body: Four cases and a review of literature. Chest 2002; 121: 2069-72.