

مالاریا (گزارش یک مورد غیر معمول)

دکتر جمشید نجفیان^۱ - دکتر بهروز مقدسی^۲

خلاصه:

مالاریا یک بیماری انگلی ناشی از پروتوزوئر پلاسمودیوم می باشد. نواحی آندمیک آن مناطق گرمسیری هستند. بطور کلاسیک توسط حملات لرز، تب و تعریق مشخص می شود. این گزارش یک مورد مالاریای بدون تب آن هم در نواحی غیر آندمیک معرفی می شود. یک مرد ۶۰ ساله با تابلوی درد شکمی مراجعه نمود. در معاینه فقط بزرگی طحال وجود داشت در بررسیهای انجام شده انگل مالاریا در خون کشف شد. این بیمار پس از درمان دارویی تحت عمل جراحی اسپلنکتومی قرار گرفت.

مقدمه:

مالاریا یکی از شایعترین بیماریهای عفونی می باشد. عامل بیماری پروتوزوئری است که توسط پشه آنوفل منتقل می گردد و مهمترین بیماری انگلی انسان است.

سالانه سبب ابتلاء دویست تا سیصد میلیون نفر و مرگ دو میلیون نفر در جهان می گردد. نواحی آندمیک آن اغلب مناطق گرمسیر هستند. شیوع در نواحی هایپر آندمیک ممکن است به بیش از ده درصد برسد.

حمله کلاسیک آن توسط لرز، تب و تعریق مشخص می شود و برای هر شخصی که در معرض عفونت قرار گرفته باشد باید در نظر گرفته شود. عامل بیماری پلاسمودیوم می باشد. چهار گونه پلاسمودیوم سبب آلودگی انسان می گردند که شامل ویواکس، اوواله، مالاریه و فالسیپاروم می باشند. ابتلاء توسط گزش پشه آنوفل،

شرح حال بیمار:

ق. ب. مرد، ۶۰ ساله، شغل کشاورز که در تاریخ ۷۴/۲/۲۶ به علت درد و احساس سنگینی در سمت چپ شکم مراجعه کرده است. درد بیمار از چهار ماه قبل از مراجعه شروع شده که ابتدا خفیف بوده و بتدریج افزایش یافته است. کیفیت درد بصورت احساس سنگینی در بخش فوقانی چپ شکم بوده، ربطی به غذا خوردن نداشته و بنظر می رسیده در هنگام فعالیت و خواب شبانه افزایش

Hyperendemic نسبت به سایر موارد در کشور

۱- استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک) - برد تخصصی داخلی
 ۲- اینترن دانشگاه علوم پزشکی اراک

Recaple مالداریا یک مورد غیر معمول

می یافته است. بیمار همچنین از احساس ضعف در سال اخیر شاکی بود.

سابقه هیچگونه بیماری و مراجعه به پزشک وجود ندارد (سابقه سفر به جنوب کشور را در چهل سال قبل می دهد) در خانواده مرگ دو خواهر یکی بعلت بدخیمی (۲) و دیگری بعلت بیماری قلبی ذکر گردید.

یافته های بالینی:
PF: $P=100$ ، $R=20$ ، $S=20$
در هنگام مراجعه حرارت بدن 37.2 درجه سانتیگراد، نبض 74 در دقیقه، فشار خون $110/80$ و تنفس 16 بار در دقیقه بود. قد بیمار 192 سانتیمتر و وزن او 85 کیلوگرم بود.

حال عمومی بیمار خوب بود. سر، صورت، چشم، گوش، بینی، دهان و گردن در معاینه طبیعی بودند. در معاینه قلب و ریه نکته ای یافت نشد. شکم در لمس نرم بود و کبد یک سانتیمتر زیر لبه دنده ها لمس می شد، اندازه آن در 12 سانتیمتر در خط میدکلاویکولار بود. طحال بزرگ و به خط میانی شکم در محاذات ناف رسیده بود، در لمس قوام آن سفت بوده و تندر نس خفیفی داشت. معاینه پوست، ناحیه تناسلی، اندامها، لنفاوی، عروق و اعصاب همگی طبیعی بودند.

باتوجه به تاریخچه ذکر شده و علائم فیزیکی، تنها یافته ها درد ریب فوقانی چپ شکم به همراه بزرگی طحال بود، لذا بیمار جهت اقدامات تشخیصی بیشتر بستری گردید.

یافته های آزمایشگاهی:

در هنگام بستری شدن نتایج آزمایشات بشرح زیر بود:

سدیماتاسیون در ساعت اول 5 و در ساعت دوم 18 ،

هموگلوبین $11/2$ میلی گرم در دسی لیتر، هماتوکریت $33/4$ درصد، تعداد گلبولهای سفید 8000 در میلی لیتر مکعب، پلی مرفونوکلتر 76% ، لنفوسیت 21% ، پلاکت 104000 ، $MCHC = 34$ ، $MCH = 30$ ، $MCV = 90$ سایر آزمایشات نرمال گزارش گردیدند.

در سونوگرافی شکم یک طحال بزرگ با نواحی پراکنده هیپرندس گزارش گردید.

تنها یافته های اولیه در پاراکلینیک به نفع یک آنسی خفیف نرموکروم نرموسیتیک بود، ترومبوسیتونی خفیف نیز دیده می شد.

در اسمیر خون محیطی گلبولهای قرمز درگیر انگل مالداریا در مرحله شیزونت و پیگمانهای مالداریایی دیده شد.

پاتولوژی تشخیص را مالداریای فالسیپاروم گذاشت.

سیر بیماری:

تشخیص مالداریا برای بیمار گذاشته شد و بیمار تحت درمان دارویی با پریماکین و کلروکین قرار گرفت. با مصرف دارو ناراحتی بیمار کاسته شد ولی از بین نرفت.

در معاینه مجدد طحال به همان اندازه قبلی و با تندر نس خفیف لمس شد. در سونوگرافی دوم طحال بزرگ گزارش شد ولی نواحی هیپرندس دیده نمی شدند.

آزمایشات: هموگلوبین $12/1$ میلی گرم در دسی لیتر، هماتوکریت $38/4$ درصد، تعداد گلبولهای سفید 12000 در میلی متر مکعب، نوتروفیل 71 درصد، لنفوسیت 16 درصد، ائوزینوفیل 1 درصد، مونوسیت 1 درصد، پلاکت 275000 ، $MCHC=32$ ، $MCH=29$ ، $MCV=91$

و اسمیر خون محیطی نرمال گزارش گردید.

تصمیم به اسپیراسیون مغز استخوان گرفته شد تا در صورت نرمال بودن رده های سلولی، بیمار کاندید

لرز بعدی مستقر می‌شود و هر ۴۸ ساعت یکبار حملات تکرار می‌شوند.

در مالاریای فالسیپاروم پس از احساس لرز درجه حرارت بتدریج بالا می‌رود و سپس پائین می‌افتد. حمله ممکن است ۲۰ تا ۳۶ ساعت بطول انجامد. در این نوع سردرد شدیدتر و بیماری زمین‌گیر کننده‌تر است. در فواصل بین حملات که خیلی متغیر است (۳۶ تا ۷۲ ساعت) بیمار تب خفیف همراه با احساس ناخوشایندی دارد. در مالاریای مالاریه، بیماری با یک حمله ناگهانی شروع می‌شود که هر ۷۲ ساعت بهبود می‌یابد. در مالاریای فالسیپاروم تب ۴۰ درجه سانتیگراد یا سردرد شدید، خواب آلودگی، هذیان، گیجی و یا پارازیتمی بیشتر از ۱۰۶۰۰۰ ارگانیزم در میکرولیتر نشان دهنده مالاریای مغزی می‌باشد که عارضه کشنده‌ای است که اغلب در شیرخواران، زنان آبستن و مسافران غیر ایمن که به مناطق آندمیک سفر می‌کنند دیده می‌شود. در ویواکس هذیان‌گویی همراه با تب بالا ممکن است دیده شود اما سیر تظاهرات مغزی غیر معمول می‌باشد.

Black Water Fever یا تب آب سیاه، یک عارضه نادر است که توسط همولیز درون عروقی و هموگلوبینوری مشخص می‌گردد و شاید منحصراً در مالاریای فالسیپاروم مزمن دیده شود بخصوص در بیمارانی که تحت درمان با کینین قرار گرفته‌اند. ^{در ۷۰٪ بیماران} ^{در ۱۰٪ بیماران} ^{در ۱۰٪ بیماران} در مالاریای فالسیپاروم در مواقعی که بیش از ۵ درصد گلبولهای سرخ درگیر باشند ادم ریوی دیده می‌شود. مالاریای فالسیپاروم شدیدترین و پرعارضه‌ترین نوع است که عوارض آن عبارتند از کوما (مالاریای مغزی)، هیپوگلیسمی، ادم ریوی، اختلال انعقادی منتشر داخل عروقی، نارسایی کلیوی و آنمی.

اسپلنکتومی گردد. در آسپیراسیون مغز استخوان تمام رده‌های سلولی نرمال گزارش گردیدند. بیمار اسپلنکتومی شد.

نتایج پاتولوژی بیوپسی‌های برداشت شده در حین عمل:

۱- **گره‌های لنفاوی:** فولیکولهای متعدد با مراکز زایگر در اندازه‌های متفاوت.

۲- **گبد:** ارتشاح لنفوسیتها در سینوزوئیدها و پرخونی عروق

۳- **طحال:** پرخونی سینوزوئیدها

پس از چند روز تحت نظر گرفتن بیمار و بهبود ناحیه جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید. بیمار شش ماه پیگیری شد، مشکلی پیدا نکرد و تمام آزمایشات نرمال گزارش گردیدند.

بحث پیرامون بیماری:

دوره کمون بیماری معمولاً ۱۰ تا ۳۵ روز است. پس از آن یک مرحله مقدماتی کوتاه شامل احساس ناخوشی، سردرد، خستگی، درد عضلانی بدنال تب که شبیه بیماریهای ویروسی ضعیف است و در تعدادی از بیماران آرترالژی، میالژی و یا اسهال ممکن است شکایت غالب باشد و منجر به تشخیصهای غلط از جمله آنفلوانزا شود. پس از آن حمله کلاسیک بیماری جایگزین می‌شود که بصورت لرز، تب و تعریق می‌باشد.

در مالاریای ویواکس و اووله حمله اولیه ممکن است با یک لرز تکان دهنده شروع شود، سپس دوره‌های تب و تعریق نامنظم دیده می‌شود که طی یک هفته الگوی تپیک بیماری جایگزین می‌گردد. تب ۱ تا ۸ ساعت بطول می‌انجامد و فروکش می‌کند. پس از آن احساس راحتی تا

بطور کلی حملات دوره‌ای لرز و تب، بخصوص اگر بیمار در طی سال به منطقه مالاریا خیز رفته باشد و طحال بزرگی داشته می‌بایست پیشنهاد کننده مالاریا باشد. مالاریای ویواکس، اوواله و مالاریه درمان نشده خودبخود طی ۱۰ تا ۳۰ روز فروکش می‌کنند اما ممکن است در فواصل متفاوت عود داشته باشد.

مالاریای فالسیپاروم درمان نشده یک مورثالیتی بیش از ۲۰ درصد دارد و تقریباً تمام مرگهای ناشی از مالاریا توسط فالسیپاروم ایجاد می‌شوند.

از آنجا که مالاریا می‌تواند منجر به تهدید حیات شود، افراد مبتلا می‌بایست سریعاً تحت درمان دارویی قرار گیرند، تاکنون چندین رژیم درمانی عرضه شده است.

SUMMARY:

Malaria is a protozoan disease transmitted by the bite of Anopheles mosquitoes. It is the most important of the parasitic diseases of human. Most endemic areas are in the tropics. This infection characterized by paroxysms of chills, fever, sweating, anemia, splenomegaly and a chronic relapsing course.

In this report there was an afebrile malaria in non endemic area. A 60 years old man complaints from abdominal pain, is presented. In exam, the only finding was huge splenomegaly. Evaluations appear malarian parasites in peripheral blood smear. After drug therapy, splenectomy was performed. He followed for 6 months, didn't have any problems.

پارازیتمی خفیف در افراد با ایمنی نسبی در مناطق هپراآندمیک منجر به مالاریای مزمن میگردد. علائم آن عبارتند از: تب خفیف، بی‌حالی، بی‌میلی، سردردهای دوره‌ای، بی‌اشتهایی و خستگی. این علائم ممکن است گهگاهی به اوج برسند و بصورت حملات حاد لرز و تب خود را نشان دهند.

پس از عفونت مالاریای طول کشیده درمان نشده، عودهای مکرر یا مالاریای مزمن، هپاتواسپلنومگالی ایجاد می‌شود. بیماران با اسپلنومگالی مالاریای هایپراکتیو (HMS) از توده شکمی و احساس درد فرورونده و یا درد تیر کشنده در ناحیه شکم که مبین پره اسپلنیت است نیز شاکی می‌باشند.

References:

- 1- Berkow R.(et al) eds. Manual of diagnosis & therapy U.S. MERCK & CO inc, pp 229-232.
- 2- Canfield CJ, et al: Severe & Complicated malaria. Trans R Soc Trop Med Hyg 89 (suppl 2): 1,1990.
- 3- Splitz S: Patology of Acute falciparum malaria. Military Med 99:555, 1990.
- 4- Wilson Jean D (et al) eds. Harrison's principles of internal medicine. 13th ed. USA, Mc Graw Hill Inc. 1994, pp 782-788.
- 5- World Health Organization, Malaria Action programme: Severe and Complicated Malaria, Trans R Soc Trop Med Hyg 80 (suppl): 1,1986.
- 6- Wyngagrdn James. B(et al) eds. Cecil Textbook of Medicine 19th ed. USA, W.B. saunders company, .5791-2791 pp 2991