

گزارش یک مورد بیماری منتشر مایکوباکتریوم چلونی

دکتر بتول شریفی مود*، دکتر محمد نادری*

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه بیماریهای عفونی و طب گرمسیری

چکیده

بیمار معرفی شده دختر ۱۶ ساله ای مبتلا به فرم منتشر مایکو باکتریوم چلونی می باشد که با درگیری های متعدد در ارگان های مختلف بدن از جمله غدد لنفاوی، پوست و بافت نرم، استخوان، ریه و پلور تظاهر نمود. بیماری وی از شروع اولین تظاهر بالینی که به صورت علائم ریوی بود، از ۴ سالگی آغاز شد و سیر بیماری ۱۲ سال طول کشید. در نهایت با توجه به رشد مایکوباکتریوم چلونی در کشت مایع پلور و کشت نمونه بیوپسی پلور تشخیص قطعی شد. متأسفانه به درمان اختصاصی (کلاریترومایسین-آمیکاسین) پاسخ نداد و اقدامات تشخیصی جهت مشخص نمودن بیماری زمینه ای به نتیجه ای نرسید. مورد فوق نخستین گزارش از فرم منتشر مایکوباکتریوم چلونی در این منطقه می باشد. (مجله طبیب شرق، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۱، ص ۲۲۵ تا ۲۲۹)

کلواژه ها: مایکو باکتریوم چلونی، عفونت منتشر

مقدمه

گزارش شده است اما بیماری منتشر در ارگان های مختلف بسیار نادر است.^(۱) بیمار گزارش شده فرم بسیار نادر از عفونت مایکو باکتریوم چلونی می باشد که با درگیری های متعدد در ارگان های مختلف همراه بود.

گزارش مورد

بیمار معرفی شده دختری ۱۶ است که تا سن ۴ سالگی بجز سابقه ابتلا به بیماری های شایع دوران کودکی مشکل دیگری نداشت. در سن ۴ سالگی به دلیل سرفه و درگیری ریه در رادیوگرافی قفسه صدری و تست مانتوی ۱۸ میلیمتر با تشخیص سل ریه، به مدت ۹ ماه تحت درمان با ایزونیاژید و ریفامپیسین قرار گرفت. بعد از سه ماه از قطع درمان با توجه به درد کمر و تغییر شکل در مهره های توراسیک و فشردگی ۳ مهره تحتانی ناحیه توراسیک که درگرافی مهره ها مشخص شد و ایجاد Gibbus (گوژپشتی) در بیمار با تشخیص سل ستون فقرات

مایکوباکتریوم چلونی میکرو ارگانیزی با رشد سریع است که عامل عفونت های جلدی و بافت نرم به خصوص در بیماران مبتلا به نقص ایمنی می باشد و اکثراً جراحی های قلب و توراکس، دیالیز صفاقی، همودیالیز، جراحی های چشم، آرتروپلاستی، مامو پلاستی و تروماهای ناشی از تصادفات و تزریقات از مهم ترین عوامل خطرزا هستند.^(۱-۳)

این میکروارگانیزم در محیط، به خصوص منابع آب و فاضلاب وجود دارد و علاوه بر ضایعات جلدی، می تواند باعث سندرم های مختلف بالینی از قبیل آرتریت و استئومیلیت، آندوکاردیت و بیماری های چشم مثل زخم قرنیه و کراتیت باشد. عفونت های ناشی از این میکرو ارگانیزم در اثر آلودگی بعضی دارو ها مثل پنی سیلین گزارش شده است. بیشترین تظاهر این عفونت به صورت ضایعات جلدی است و عفونت منتشر جلدی در مواردی که نقص ایمنی (ایدز) وجود دارد،

انستیتو پاستور تهران شامل کشت نسج پلور و مایع پلور، مایکو باکتریوم چلونی گزارش شد. بیمار تحت درمان با دارو های کلاریترومایسین و آمیکاسین به مدت ۶ ماه قرار گرفت، اما درمان قطعی حاصل نشد. در طی ۱۲ سال بیمار با سندرم های مختلفی مانند درگیری ریه، بافت نرم، استخوان و پلور و آبه های متعدد شکمی و آدنوپاتی منتشر مواجه شد و دوره های متناوبی از دارو های فوق به همراه ریفامپیسین دریافت نمود که متاسفانه پاسخ مناسبی نداشت و بیمار در سن ۱۶ سالگی بدنبال هموپتیزی شدید فوت نمود.

بحث

مایکو باکتریوم چلونی میکروارگانیزی با رشد سریع است و علاوه بر ضایعات جلدی، سندرم های مختلف بالینی با درگیری در استخوان، ریه، پلور، چشم و آندوکارد ایجاد می کند. این باسیل در محیط کشت بین ۲۵ تا ۴۰ درجه سانتی گراد در عرض ۷ روز معمولاً رشد می کند و کلنی های غیر پیگمانته آن نمایان می شود. شایعترین تظاهر بالینی این گونه، به صورت عفونت پوستی و بافت نرم است و معمولاً بدنبال زخم های باز و ضربه ایجاد می شود و در عرض ۶ هفته تا ۶ ماه بعد علائم بالینی بروز می کند. علائم سیستمیک معمولاً وجود ندارد و بیماری بی نهایت نادر است.^(۵) متعاقب واکیسانسیون و تزریقات، مواردی از بروز این عفونت گزارش شده است. این میکروارگانیزم در عفونت ناشی از محل کاتتر نقش مهمی دارد، به طوری که در یک بررسی، عامل ۱۲ درصد عفونت ها بدنبال کاتتر گزارش شده است.^(۵)

بررسی های انجام شده نقش این میکرو ارگانیزم را در بروز عفونت به دنبال جراحی قلب و عروق، توراکس و همودیالیز، دیالیز صفاقی و جراحی چشم نشان داده است،^(۵) حتی شنا کردن در استخر گاه باعث پیدایش کراتیت در انسان شده است. در یک بررسی در ۴۵ درصد نمونه های آب یک استخر شنا،

تحت درمان مجدد با دارو های ضد سل به مدت ۹ ماه قرار گرفت. ۱۴ ماه پس از قطع آخرین دوره درمان ضد سل، بیمار مجدداً بدلیل آدنوپاتی های متعدد و تنگی نفس به کلینیک عفونی معرفی شد. در گرافی قفسه سینه انجام شده پلورزی شدید سمت چپ با شیفیت مدیاستن به راست گزارش گردید. بیمار در بخش بستری شده و سنتز مایع پلور جهت تشخیص و درمان صورت گرفت.

در معاینه فیزیکی کاهش واضح صدای ریه در سمت چپ وجود داشت و تعداد ضربان قلب ۱۲۵ بار در دقیقه و تعداد تنفس ۲۹ بار در دقیقه مشخص شد. بیمار تب نداشت و توده های متعدد حساس و دردناک در ناحیه سوپراکلاویکولر سمت راست و آدنوپاتی دردناک ژنرالیزه مشاهده شد. علائم تنگی نفس بیمار بعد از کشیدن مایع پلور بهتر شد.

در آزمایشهای به عمل آمده از بیمار، در فرمول شمارش خون محیطی لکوسیتوز با افزایش رده پلی مورفونوکلتر مشخص شد. سرعت رسوب گلوبولی سدیمان ساعت اول ۵۲ mm گزارش شد. کشت های متعدد خون، ادرار و مدفوع منفی بود. اسمیر مکرر شیره معده از نظر باسیل اسید فاست منفی گزارش شد. فلوسیتومتری نرمال و تست HIV بیمار منفی بود. در بیوپسی از مغز استخوان که جهت کشت و پاتولوژی ارسال شده بود، نکته مثبتی گزارش نشد. جواب مایع پلور به شرح زیر بود:

WBC = ۳۵۰ با ارجحیت لنفوسیتی ۸۰ درصد و پروتئین ۴ g/dl و قند ۵۱ mg/dl که در مقایسه با قند خون کاهش یافته بود. آنزیمهای کبدی نرمال و مارکر های ویروس های هپاتیت B، C، D منفی گزارش شد. بیوپسی کبد، هپاتیت مزمن خفیف را مشخص نمود.

سونوگرافی توده های متعددی را به صورت آبه درون شکم گزارش نمود. اکوکاردیوگرافی بیمار نیز طبیعی بود. دو هفته بعد از بستری شدن بیمار، جواب کشت ارسال شده از

همراه آمیکاسین برای حداقل ۶ ماه است که در بیمار ما بعد از تشخیص به روش کشت مایع پلور و بیوپسی نمونه پلور، درمان با دو داروی فوق شروع شد اما متاسفانه پاسخ مناسبی نداشت و بیمار بعد از ۱۲ سال درگیری با سندرم های مختلف بیماری، بدنبال یک هموپتیزی شدید فوت نمود. این مورد و موارد قبلی در مطالعات گذشته نشان داد که:

- ۱- با توجه به منتشر بودن بیماری مرگ و میر پایین است.
 - ۲- وجود بیماری زمینه ای برای فرم منتشر ضروریست.
 - ۳- درمان مایکوباکتریوم چلونی مشکل است چرا که اکثراً به دارو مقاوم است.
- در بیمار ما بررسی های متعدد بجز یک هپاتیت خفیف، بیماری زمینه ای دیگری را آشکار نمود.

سیاسگزار

نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند از کارکنان آزمایشگاه بیمارستان بوعلی و کارکنان انستیتو پاستور تهران که در تشخیص بیماری ما را یاری کرده اند، تشکر نمایند.

مایکوباکتریوم چلونی جدا شده است.^(۴) اپیدمی بیمارستانی ناشی از این عفونت در یک بیمارستان به دنبال تزریق پنی سیلین آلوده به محافظ فلزی و به این میکروب نیز گزارش شده است.^(۶)

بیماری منتشر جلدی در افراد با نقص ایمنی (ایدز، بیماران دیالیزی و مصرف کورتون) دیده می شود^(۴ و ۵) اما بروز بیماری در ارگان های دیگر نادر است و عفونت منتشر در چند ارگان، با این میکروارگانیسم بی نهایت نادر می باشد.^(۱ و ۵) این عامل در محیط مثل آب و فاضلاب دیده می شود و حتی از نواحی مرطوب بیمارستانی جدا شده است. برای تشخیص بیماری ریه، ۳ نمونه خلط مثبت به همراه یک کشت خلط مثبت یا یک کشت مثبت از نمونه بیوپسی ریه ضروریست. یک کشت مثبت از هر نمونه بیوپسی تشخیصی می باشد.^(۱) برای درمان، داروهای متعددی پیشنهاد می شود این داروها عبارتند از: کلاریترومایسین، آمیکاسین، اریترومایسین، کوتریموکسازول، آزیترومایسین و سیپروفلوکساسین. مونوتراپی بدلیل بروز مقاومت توصیه نمی شود. رژیم پیشنهادی اکثر منابع علمی کلاریترومایسین به

References منابع

1. Horowitz EA, Sanders W. Mycobacterium other than tuberculosis. In: Mandell, Douglas, Bennett. Principle and Practice of Infectious Disease. 5th Ed. New York: Churchill Livingstone; 2000.2270-1.
2. Wight D, Powel A. Mycobacterium non-tuberculosis. In: Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson textbook of Pediatric diseases. 16th Ed. Philadelphia: Saunders Company; 2000.951.
3. Merlin TL, Amaloukas TZ. Mycobacterium Chelonae peritonitis associated with ambulatory peritoneal dialysis. AM J 1989; 91:717-20.
4. Ocular surgery patients advised to avoid risk of infection staying away from swimming pools. Available on <http://www.esccrs.org/eurotimes/June2003/ocular.asp>
5. Mycobacterium Celonae. In: Infectious disease practice for clinician 1998; 22: 81-2.

6. Zhibang Y, Biaxia Z, Qishan L, et al. Large-scale outbreak on infection with *Mycobacterium Celonae* subsp. *abscessus* after penicillin injection. *J Clin Microbiol* 2002; 40:2626-8.

A case report of disseminated M. chelonae infection

Sharifi Mood B. MD*, Naderi M.MD*

Mycobacterium chelonae is a nontuberculosis mycobacterium, rapidly growing and nonpigmented pathogen. Major clinical syndromes associated with this infection include skin and soft tissue disease and skeletal infection, but disseminated skin and soft tissue lesions occurs almost exclusively in the setting of immunosuppression, especially AIDS. Disseminated infection and multiple organs involvement due to *M. chelonae* are very rare in normal host.

We report a case of disseminated *M. chelonae* infection with multiple organ involvement in a 4-years old girl.

KEY WORDS: *Mycobacterium chelonae*, Disseminated infection

* Tropical and Infectious disease dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.