

دکتر عزت‌اله راسخ

عضو انجمن متخصصین قلب و ریه آمریکا

بیماریهای ریوی ناشی از میکوباکتریهای آتیبیک

خود میپرسند آیا عده‌ای از بیمارانیکه بنام مسلول مراجعه کرده‌اند بیماری آنها غیرسلی و ناشی از میکوباکتریهای آتیبیک نبوده است؟

در استفساری که نگارنده از مسئولین آزمایشگاه سل انستیتوپاستور ایران کرده است معلوم شد که کشت اخلاط عده‌ای از بیماران که از مراکز درمانی مختلف با نجاهدایت میشوند اختصاصات میکوباکتریهای آتیبیک را نشان میدهند. اینستکه با وجودیکه هنوز طیف‌بندی و اختصاصات دیگر و نسبت آنها در ایران معلوم نیست با جمع‌آوری اطلاعات کلی در مورد آنها و ارائه آن بصورت یک مقاله قصد اینجانب آنستکه همکاران محترم آشنائی بیشتری با این فصل پاتولوژی پیدا کنند که در آتیه وضع تشخیص و درمان و اپیدمیولوژی آن روشنتر شود.

مدتها میکرب‌شناسان این مسأله را میدانستند که انواعی از میکوباکتریها در زمین و آب و سبزیجات موجودند که نزد انسان بیضرراند اما باعث بیماری حیوانات دیگر میشوند این بود وقتیکه انواع آتیبیک در نزد انسان دیده شد مسأله مهم بنظر نرسید انواع میکوباکتریهای *Smegmatis* که معمولا در مجاری تناسلی انسان ساکن و انواع *M. Phlei* که ممکن است با غذا

پس از کشف باسیل سل توسط کخ و اشعه مجهول توسط رونتگن و عکس‌العمل جلدی با توبرکولین توسط فون پیرکه و ماتتو هر بیماریکه اخلاطش باسیل اسید و الکل رزیسانانی نشان میداد و ضایعاتی در رادیوگرافی ریئینش موجود بود و عکس‌العمل جلدی او مثبت نتیجتا و منطقا اتیکت سل بر او زده میشد و تحت درمانی که بر حسب اقتضای زمان تغییر میکرد قرار میگرفت توسعه علم میکرب‌شناسی نشان داد که میکوباکتریهای شبيه میکوباکتریوم سل موجودند که عامل بیماری سل نمیشاوند. بسط رادیولوژی این مطلب را به ثبوت رساند که تصویر ضایعات سلی ریه بصورت اختصاصی نبوده بیماریهای دیگری نیز میتوانند تصاویری نظیر آن ایجاد کنند و بالاخره عکس‌العمل جلدی گاه با وجود بیماری سل منفی و گاه بدون آن بعلی مثبت است.

بحث مربوط به میکوباکتریهای آتیبیک مدتها از حدود مردان آزمایشگاه خارج نمیشد تا آنکه مسائل مربوط به اختلافات بالینی و درمانی و اپیدمیولوژیک بالاخره این بحث را برای کلیه آنانکه با بیماریهای ریوی سروکار دارند بصورت یک مسأله روز در آورده و بسیاری از کسانیکه بیماران مسلول ران تحت نظر داشته‌اند پس از وقوف باین جهات از

این مطالعه نشان میدهد که شکل الکتروفورزی سارکوئیدوز و بیماریهای ناشیه از میکو-باکتریهای آتیبیک تقریباً مشابه در حالیکه هر دو با نوع سلی تفاوت دارند.

اختلافات دیگر بطوریکه ذکر شد نمود این انواع آتیبیک در حرارت عادی اطاق و محصون بودن خو کچه هندی از آنها است امتحان مستقیم میکرسکپی اختلاف مهمی بین باسیل سل و انواع آتیبیک نشان نمیدهد و بهمین دلیل هم هست که باید خصائص دیگر آزمایشگاهی در نظر گرفته شود و کشت باسیلها انجام گیرد حتی در صورتیکه در امتحان مستقیم وجود آنها مسلم شده باشد. مع هذا در صورتیکه میکرب شناس اطلاعات از وجود این باکتریهای آتیبیک داشته باشد اختلافاتی که اکنون شرح داده میشود میتواند در امتحان مستقیم ظن او را بسوی این انواع جلب کند.

۱- وقتیکه در امتحان مستقیم میکرسکپی باسیلها بزرگتر از باسیلهای حقیقی سل باشند (احتمال سوش فوتو کر مژن) و یا کوتاهتر و پلمرف (احتمال سوش غیر فوتو کر مژن) و وجود مقاومت کم یا زیاد به استرپتومیسین و ایزونیازید و پس قبل از درمان با آنتی بیوتیک. در این صورت بدنبال اختلافات کشت و فعل و انفعالات دیگر آزمایشگاهی که شرح داده شد باید رفت.

مطالعات اپیدمیولوژی نشان داده که این گروههای آتیبیک را میتوان در اخلاط یا ترشحات بینی و حلق افراد سالم بدون آثار پرتوبینی ریوی مشاهده نمود و امروز میتوانیم از خود بیرسیم چه تعداد از کسانی که سابق بنام افراد سالم نامیده میشوند که در اخلاطشان میکرب سل موجود بوده (Cracheurs)

(Sains) این نوع میکو باکتریها را نداشته اند؟

در ایالات جنوب شرقی امریکا مطالعات قیاسی زرق آنتی ژنهای اختصاصی سل برای عکس العمل تویرکولین و آنتی ژنهای تهیه شده از این گروه آتیبیک نشان داده که رویهمرفته جواب مثبت بنوع اخیر بیشتر است. با وجودیکه موارد بیماری منشعبه از نوع غیر فوتو کر مژن در ایالات جنوب شرقی امریکا زیاد است اما مطالعات دیگر تقریباً وجود این انواع آتیبیک را در قسمت عمده نقاط دنیا تأیید کرده است. گزارش این موارد البته ارتباط مستقیم با تجربه و اطلاع متخصصین آزمایشگاه از این موضوع دارد.

این بیماری غیر از ممالک متحده و انگلستان در هلند و رومانی و مالت و استرالیا و جامائیک و سوئد و فنلاند و فرانسه و سوئیس و پرو و کانادا نیز مشاهده شده است. در ایالت فلوریدای ممالک متحده بطور متوسط در اخلاط ۲٪ بیماران بستری در آسایشگاههای مسولین این باکتریهای آتیبیک مشاهده شده اند. در مطالعات انستیتو پاستور شهر لیل در شمال فرانسه نیز که بررسیهایی بر باسیلهای از ابتداء مقاوم بر آنتی بیوتیکها انجام شده است نیز به همین تعداد ۲٪ میکو باکتریهای آتیبیک برخورد کرده اند. بعضی از گزارشها از ایالات جنوبی امریکای شمالی منجمله تکراس وجود این انواع را در حدود ۷٪ کل بیماران بستری بعلت سل میداند. فقدان چند مورد بیماری در یک خانواده و همچنین تعداد نسبتاً زیاد عکس العمل پوستی مثبت نشان میدهد که عفونت با این میکو باکتریها نسبتاً فراوان اما ابتلاء بدی بیماری کم است. امتحانات قیاسی با

کمی اغلب بدارو های ضد میکربی نیز مقاومند .

ازلحاظ آزمایشگاهی آثار داروهای شیمیائی برانواع این میکوباکتریها یکسان نیست چنانکه نوع فوتوکرژن معمولا نسبت به ایزونیازید و آمیتیزن (Amithizone)

و تیوکاربانلییدها کمتر از انواع دیگر مقاومت نشان میدهند سیکلوسرین تقریباً آثار مشابهی نسبت بتمام سوشهای آتیبیک دارد. درنوع بیماری سوش ناشی از فوتو- کرژن رژیم های مختلفه داروئی بایکدیگر قیاس شده باین نتیجه رسیده اند : داروئیکه به تنهایی بیش از همه موثر است عبارت از ایزونیازید و استرپتومیسین میباشد. سولفن ها و آمی تیزن اثر نسبی دارند در صورتیکه اثر سیکلوسرین و سولفادیازین قابل بحث است. استرپتوواربیسین بدون تأثیر و اجتماع ایزونیازید قوت آنرا زیادتز نمیکند . ادرار موش مبتلا تحت درمان استرپتومیسین و ایزونیازید و یا اجتماع دو دارو استریل میشود در صورتیکه استرپتوواربیسین و سولفن ها این کار را نمیکند . تحت هر نوع رژیم درمانی کشت خون که مستقیم از قلب گرفته شده پس از ۷۳ روزبازهم مثبت مانده بنظر میآید بهترین اثر درمان شیمیائی بر روی کلیه و کمترین اثر بر روی ضایعات ریوی و مغز باشد . خاصیت بیماریزای سوش فوتو- کرژن با پاساژهای متعدد بر روی موش زیادتز میشود .

درمان ضایعات ریوی انسان . درمان طبی خیلی امیدوارکننده نیست. رادیوگرافی ریتین ۵۳٪ بیماران درموقع ختم درمان بهتر از شروع نیست. درحدود ۴۳٪ موارد اخلاط

توبرکولین اسناندارد PPD-S و نوع تهیه شده از غیر فوتوکرژن PPD-S نزد بیماران مبتلا باین گروه آتیبیک معمولا بهر دو جواب مثبت میدهد اما جواب بنوع دوم شدیدتر است .

علائم بالینی . علائم بالینی بیماران غیر قابل تمیز از بیماران مسلول ریوی است. علائم اصلی سرفه و لاعری تدریجی و تب خفیف است. خونریزی ریوی گاه مشاهده میشود . ۵۲٪ موارد بطور متوسط خیلی پیشرفته و بقیه باستثنای کمی نسبتا پیشرفته بوده است حفره های ریوی در ۷۸٪ موارد دیده شده کالسیفیکاسیون زیاد و مایع جنب نیز در بعضی موارد دیده شده است. مشاهدات رادیولوژی غیر قابل تشخیص از نوع بیماری سل ریوی است. بیماران این گروه معمولا در سنین بالا و بیش از ۴۰ سالگی مشاهده میشوند . در این سنین معمولا ضایعات میکوب باکتریهای آتیبیک بر روی نسج ریوی که قبلا توسط آمفیزم یا سیلیکوز وغیره خراب شده جایگزین میشوند و میتوان نتیجه گرفت که این باکتریها با ویرو لانس کم فقط قادرند در نسج ریویکه قبلا ضایعه پیدا کرده ایجاد بیماری کنند .

ضایعات خارج ریوی از نوع جهاز هاضمه و سپرز و کبد و لوزالمعده و غده فوق کلیوی و پوست و منتر و پرده جنب و غدد لنفاوی و مفاصل و همچنین ضایعات ارزنی با این سوشها مشاهده شده است .

درمان ازلحاظ کلی بطور خلاصه میشود گفت که مقاومت میکوباکتریهای آتیبیک بداروهای اختصاصی ضد سل و همچنین دارو های ضد قارچی بمقدار زیاد است و باستثنای