● **نامه به سردبیر** کد مقاله:۰۳۳

گزارش یک مورد بیماری مالاریا با عارضه نادر

آمپیم ساب دورال

دکتر علی حسینی نسب
دکتر اسماعیل صادقی
دکتر محمد حسن اعلمی

چکیده

مالاریا بیماری شایع در مناطق گرمسیری است. در کشور ما بیماری مالاریا در قسمتهایی از جنوب و شرق اندمیک می باشد .مالاریای مغزی معمولا به صورت انسفالوپاتی منتشر تظاهر می کند و علایم موضعی در آن غیر معمول است.

بیمار دختر دو ساله ای است که علی الرغم تشخیص صحیح و درمان مناسب مالاریا، تب و تشنج وی ادامه داشت. در بررسی انجام شده با MRIمشخص گردید که علت ادامه تب و تشنج بیمارآمپیم ساب دورال است.

درمان بیمار با تخلیه آمپیم ، کلروکین و آنتی بیوتیک انجام شد.

دو مورد گزارش قبلی در زمینه عارضه آمپیم ساب دورال وجود دارد که در هر دوی آنها این عارضه بدنبال مالاریای فالسپاروم بوده است این سومین گزارش آمپیم خودبخودی ساب دورال به عنوان عارضه مالاریا است که یک عارضه نادر ولی قابل درمان را مشخص می کند.

واژگان کلیدی: آمپیم ساب دورال، مالاریا

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-14]

مقدمه

بیماری مالاریا در اکثر موارد در مناطق اندمیک به صورت تب تشخیص داده می شود. علائم شایع در هنگام تشخیص بیماری، شامل تب و لرز و تعریق، بزرگی طحال، رنگ پریدگی،حالت تهوع و استفراغ و ضعف و بی حالی است.در کودکان و در کسانی که از مناطق غیر اندمیک هستند بیماری شدیدتر و علایم بیماری تیپیک است.

بیماری مالاریا در حال حاضر در مناطقی از جنوب و شرق ایران اندمیک است(۱۴).

عامل بیماری انگل خونی پلاسمودیوم است که دارای ۴ گونه به نامهای ویواکس، فالسیپاروم، مالاریه و اوال می باشد. این گونه های انگل در لام خون محیطی و توسط افراد با تجربه با میکروسکوپ نوری قابل تشخیص هستند(۳و۲). دو گونه ویواکس و فالسیپاروم در ایران وجود دارند(۱۴). ناقل بیماری پشه آنوفل است که در طی خونخواری انگل را به فرد سالم منتقل می کند.

مالاریای ناشی از پلاسمودیوم فالسیپاروم می تواند به فرم شدید و کشنده تظاهر کند و در صورت عدم درمان با مرگ و میر بالایی همراه است(۳و۲).

مالاریا می تواند موجب درگیری ارگانهای مختلف از جمله مغز و کلیه ها گردد(۳و۲). فقط دو گزارش در مورد آمپیم ساب دورال بدنبال مالاریا وجود دارد که در هر دوی آنها این عارضه بدنبال مالاریای فالسیپاروم اتفاق افتاده است هر دوی این بیماران کودکانی بوده اند که مبتلا به مالاریا بوده و علی الرغم درمانهای مناسب، تب وتشنج در آنها ادامه داشته است و پس از بررسی های لازم مشخص گردیده که علت تب آمپیم ساب دورال است(۱۲و۱۳). با توجه به اینکه بیماری مالاریا در تعدادی از مناطق کشور ما و همچنین کشورهای همجوار شرقی که مهاجرین زیادی در کشور ما دارند اندمیک است شایسته است همکاران پزشک اطلاع کافی در زمینه این بیماری و عوارض آن داشته باشند و این امر باعث شد تا یک مورد نادر عارضه مالاریا گزارش و مورد بحث قرار گیرد.

معرفی بیمار

بیمار دختر ۲ ساله ای است که حدود یک ماه قبل به همراه والدین از افغانستان به ایران آمده و دریکی از روستاهای اطراف شیراز ساکن شده اند.در آذر ماه ۱۳۸۵ به علت تب وتشنج به بیمارستان نمازی شیراز مراجعه کرد. به گفته والدین کودک از حدود ۲۰ روز قبل به طور متناوب تب داشته ، بی اشتها شده و رنگ پریده و ضعیف گردیده است. بیمار طی این مدت تعریق و لرز نداشته است و خصوصیت تب نیز با پترن کلاسیک مالاریا سازگار نبود. کودک از ۳ روز قبل دچار تشنج تونیک کلونیک جنرالیزه همراه با بالا رفتن چشم ها شده است.در زمان مراجعه به بیمارستان در معاینه، بیمار لاغر و رنگ پریده است، درجه حرارت زیر بغل ۳۸/۸سانتی گراد، تعداد ضربان قلب ۱۲۰ در دقیقه، تعداد تنفس ۲۴ در دقیقه و فشارخون سیستولیک ۹۵ میلیمتر جیوه و وزن ۷ کیلوگرم است. کبد حدود ۴-۳ سانتی متر و طحال ۳ سانتی متر زیر لبه دنده قابل لمس است. معاینه بیمار از سایر جهات نکته مثبتی ندارد. از نظر رشد و تکامل به جز کاهش وزن از سایر جهات طبیعی است. بیمار با تشخیص اولیه تشنج و تب جهت بررسی بیشتر بستری شد.

آزمایش های بیمار به شرح زیر بودند:

شمارش گلوبول سفید ۱۲۲۰۰ با لنفوسیت ۵۲ درصد و نوتروفیل ۴۸ درصد.

هموگلوبین ۱۰/۴ ، پلاکت ۸۲۷۰۰۰ و اندکسهای گلبول قرمز۲۹ MCV=71,MCH=26,MCHC= .قند و کلسیم و الکترو لیتهای بیمار طبیعی است . ESR=55در ساعت ، CRP=192 وآنزیمهای کبدی طبیعی می باشد. آزمایش کامل ادرار طبیعی است ولی کشت ادرار Ecoli با کلونی بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ دارد که حساس به سفتریاکسون و نیترو فورانتوئین است. در آزمایش مدفوع کیست ژیاردیا گزارش گردید. در آزمایش خون محیطی بیمار انگل مالاریای پلاسمودیوم از نوع ویواکس گزارش شد که با توجه به تعداد کم انگل میزان پارازیتمی مشخص نشده بود. آزمایش مایع مغزی نخاعی از نظر آنالیز، قند و پروتئین و کشت طبیعی گزارش گردید. در سی تی اسکن بیمار به جز آتروفی مختصر قشر مغز نکته دیگری گزارش نشد.

برای بیمار با توجه به کشت مثبت ادرار آنتی بیوتیک سفتریاکسون ، درمان تشنج و درمان مالاریا با داروی خوراکی کلروکین بر اساس پروتکل کشوری به مدت سه روز انجام شده و مورد به مرکز بهداشت برای پیگیریهای بعدی گزارش گردید. درمان ژیاردیا با مترونیدازول خوراکی به مدت ۵ روز انجام شد. در روز سوم درمان مالاریا لام خون محیطی بیمار منفی شد ولی تب بیمار همچنان ادامه داشت و

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-14]

www.SID.ir

در طی این مدت چند نوبت تشنج نیز داشت. با توجه به ادامه تشنج،برای بیمار MRI مغز انجام شد که به نفع تجمع مایع در ناحیه ساب دورال بود.

تصویرMRIکه نشاندهنده تجمع مایع در ناحیه ساب دورال است



بر این اساس توسط جراح مغز و اعصاب مایع ساب دورال تخلیه گردید که ظاهری کاملا چرکی داشته است و آنالیز آن به شرح زیر است :

تعداد کل سلول۲۵۶۰ در میلی لیتر

گلبول سفید ۶۶۰در میلی لیتر، ۹۵ درصد نوتروفیل و ۵ درصد لنفوسیت

پروتئین۴/۱ گرم در دسی لیتر

گلوکز ۹ میلی گرم در دسی لیتر

LDH = ۵۵۲۵ واحد

کشت منفی

با توجه به موارد فوق برای بیمار درمان امپیما با وانکومایسین ، سفوتاکسیم و مترونیدازول تزریقی شروع شد. تب بیمار ۲۴ ساعت بعد قطع گردید ولی بیمار حدود ۵ روز بعد با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کرد.

بحث

مالاریا توسط یکی از چهار گونه پلاسمودیم یعنی ویواکس، مالاریه، اووال و فالسیپاروم ایجاد می شود.بیماری مالاریا با حملات تب آنمی و بزرگی طحال تشخیص داده می شود در کودکان بر خلاف بزرگسالان که حملات به صورت تب و لرز و تعریق و با فواصل بهبودی نسبی دیده می شود تب ممکن است مداوم باشد ومالاریای مغزی نیز در کودکان بیشتر از بالغین با تشنج همراه است.. مالاریای شدید ناشی از فالسیپاروم و گاهی سایر گونه ها می تواند منجر به عوارض مغزی و هیپوگلیسمی، اسیدوز لاکتیک ،ادم ریوی غیر قلبی و نارسایی کلیه ها گردد. مالاریای مغزی با تغییرات سیستم عصبی مرکزی ناشی از مالاریا مشخص می شود. تشخیص مالاریای مغزی با وجودگلبولهای قرمز آلوده به انگل در عروق مغزی حمایت می شود(۱۳). در مالاریای مغزی معمولا علائم منتشر است و علائم موضعی غیر معمول است. تشنج مخصوصا در بچه ها شایع است (۴و۵) . افتالموسکوپی ممکن است نشان دهنده خونریزی شبکیه باشد (۶). خونریزی ساب دورال ممکن است اتفاق بیفتد و شبیه منتژیت عمل می کند(۱). فشار مایع مغزی نخاعی بالاست(۷و۸).

برای تشخیص مالاریا سابقه مسافرت به مناطق اندمیک وجود تب ومخصوصا لرز کمک کننده است. تهیه لام خون محیطی و رنگ آمیزی و بررسی آن با میکروسکوپ نوری توسط افراد با تجربه تشخیص بیماری را مشخص می کند. بهتر است لام با فاصله ۱۲ تا ۲۴ ساعت و در حد اقل سه نوبت تهیه شود.

از جمله علائم آزمایشگاهی دیگر می توان به کم خونی اشاره کرد که در بیمار ما نیز وجود داشت. یافته آزمایشگاهی که مشخصه بیماری مالاریا باشد به جز دیدن انگل در لام خون محیطی وجود ندارد.

علل معمول آمپیم ساب دورال عبارتند از منتژیت بدنبال اوتیت و سینوزیت، پس از جراحی و یا ثانویه به تروما. فقط دو گزارش در مورد آمپیم ساب دورال بدنبال مالاریا وجود داردکه در هر دوی آنها این عارضه بر خلاف بیمار ما که مبتلا به مالاریای ویواکس بود ، بدنبال مالاریای فالسیپاروم اتفاق افتاده است. در این دو گزارش نیز همانند بیمار ما به علت تب و تشنج مراجعه کرده اند و به علت ادامه تب وتشنج علی الرغم درمان مناسب مالاریا از تصویر برداری مغز استفاده شده که تشخیص عارضه آمپیم ساب دورال مشخص گردیده است (۱۲و۱۳). ممکن است پاتولوژی اولیه به علت کوآگولوپاتی و بدنبال آن آمپیم خودبخودی ناحیه ساب دورال اتفاق بیفتد.در هر دو گزارش قبلی نیز بیماران همانند بیمار ما علاوه بر درمان ضد مالاریا تحت درمان جراحی و آنتی بیوتیکی قرار گرفته اند.با توجه به اینکه بیماری مالاریا دراکثر موارد با درمانهای موجود بهبودی پیدا می کند پیشنهاد می شود در صورت ادامه علائم بیماری پس از درمان

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-14]

مناسب به دنبال عوارض نادر مثل آمپیم ساب دورال که در بیمار ما وجود داشت باشیم.

نتیجه گیری

مالاریای مغزی در کودکان می تواند عوارض کشنده و جبران ناپذیری ایجاد کند و نیاز به مراقبت ویژه دارد و این سومین مورد آمپیم ساب دورال بدنبال مالاریا است که یک عارضه کشنده ولی قابل درمان است. بنابراین پیشنهاد می شود در موارد علائم غیر معمول مالاریا به فکر این عارضه نیز باشیم تا با تصویر برداری به موقع و تشخیص و درمان بیمار، از عوارض جبران ناپذیر آن جلوگیری به عمل آوریم.

مراجع

1. *Murugavel K, Saravanapavananthan S, Anapalahan A, James RF. Subarachnoid haemorrhage in Plasmodium falciparum malaria, PG Med J 1989; 65 : 236–7.*

2. *Plorde. JJ,Petersdorf .RG et al, Harrison' s principles of internal medicine, X edn. New York : McGraw-Hill;2005 p. 1187–91.*

3. *Clyde. DF,Behrman. RE et al, Nelson textbook of paediatrics, XV edn. 2004 p1139–43.*

4. *Newton CRJC, Hien TT, White N. Neurological aspects of Psychiatry 2000; 69 : 433–41.*

5. *Waruiru CM, Newton CR. Forster D, New L, Winstanley P, Mwangi I, Marsh V, Winstanley M, Snow RW, Marsh K. Epileptic seizures and malaria in Kenyan children. Trans R Soc Trop Med Hyg 1996; 90 : 152–5.*

6. *Looareesuwan S. Warrell DA, White NJ. Retinal hemorrhage, a common physical sign of prognostic significance in cerebral malaria. Am J Trop Med Hyg 1983; 32 : 911–5.*

7. *Newton CR, Kirkhan FJ, Winstanley PA, Parvol G, Peshu N, Warrell, Marsh K. Intracranial pressure in African children with cerebral malaria. Lancet 1991; 337 : 573–6*

8. *Waller D, Crawley J, Nosten F, White NJ. Intracranial pressure in childhood cerebral malaria. Trans R Soc Trop Med Hyg 1991; 85 : 362–4.*

9. *Brewster DR, Kwiatkowski D,White NJ. Neurological sequelae of cerebral malaria in children. Lancet 1990; 336: 1039–43.*

10. *Molyneux ME, Taylor TE, Wirimal JJ, Borgstein J. Clinical features and prognostic indicators in paediatric cerebral malaria : a study of 131 comatose Malawian children. Quart J Med 1989; 71 : 441–59.*

11. *Lemercier G, Bert J, Nouhouayi A, Rey M, Collomb H. Cerebral malaria: electroencephalographic, neuropathologic aspects, pathophysiologic problems. Path Biol 1969; 17(9) : 459– 72.*

12. *Smythe A, Cairns J. Ultrasound diagnosis of subdural abscess complicating meningitis. Trop Doctor 1997; 27 : 54–5.*

13.*S. Dwarakanath, A. Suri & A.K. Mahapatra, Spontaneous subdural empyema in falciparum malaria : a case study, J Vect Borne Dis 41, September & December 2004, pp 80–82.*

14- *صائبی ا، رنجبر م، رئیسی ا، نبوی م، صالحی م، جمشیدی م، کشاورز ح، فرجی ل ، راهنمای درمان مالاریا در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها، تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۵ :۱۱-۸*

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-14]

www.SID.ir