ضایعه قارچی مری (مونیلیای مری)

توأم با فیستول و آبسه ریه

گزارش یك مورد

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۶۵ ، ۱۳۵۷

دکتر مرتضی باجغلی ـ دکترسیاوش صحت ـ دکترمحمود نوربخش ـ دکتربیژن یاوری *

مونیلیای مری بیماری نادری نیست ودر طی ۳۰ سال گذشته بیش از ۱۰۰ مورد از این بیماری گزارش‌شده است . اما بنظرمیرسد شیوع بیماری بیشتر از این باشد . این بیماری در افراد ضعیف وناتوان، یا در مصرف طولانی آنتی‌بیوتیك (۱۱)، شیمی درمانی طولانی، بیماریهای بدخیم(۹)، اختلال‌های خونی(۱۳)، سندرم پلامر- وینسون(۱۵) ویا درجراحی‌های مکرر(۴) دیده میشود .

نخستین‌بار دیورتیکول داخل جدار مری در ضایعات قارچی مونیلیا توسط Holt و Troupin (۱۴،۸) در سال ۱۹۶۸ شرح داده شد. دربررسی گزارش‌ها، اغلب بیماران بیماری مستعدکننده داشته‌اند ولی مواردی هم گزارش شده که بدون بیماری قبلی بوده است و بیمار مورد بحث نیزجزء گروه اخیر میباشد.

پاره شدن مری در نتیجه آسیب این قارچ تاکنون شرح داده نشده است . در این مقاله موردی از مونیلیای ثابت شده مری گزارش میشود که فیستولی در قسمت فوقانی لب تحتانی ریه راست وجود داشته وتولید آبسه در این لب کرده ولی تغییراتی درپرده جنب ومیان سینه نداده است.

شرح حال بیمار :

بیمار مرد ۲۸ ساله زارعی است که در تابستان سال ۱۳۵۳ بعلت درد طرف راست سینه ، سرفه و اختلال در بلع به بیمارستان مراجعه‌کرده است . دراین مدت ۲۰ کیلوگرم کاهش وزن داشته وسابقه هیچ‌نوع بیماری‌را متذکر نمیشود و همچنین سابقه مصرف آنتی‌بیوتیك را ذکر نمیکند وتا ۶ ماه قبل از بستری شدن در سلامت کامل بوده‌است. درموقع بستری شدن مختصری تنگ‌نفس داشته، ضعیف ولاغر بوده است .

تمام آزمونهای آزمایشگاهی طبیعی بود . سرعت رسوب گلبولی ۸۷ میلیمتر در ساعت اول و کشت خلط کلبسیلا نشان میداد . در آزمایش سینه رالهای زیادی درطرف راست سینه شنیده میشد ولی صداهای تنفسی در این‌ناحیه کمتر به‌گوش‌می‌رسید. پرتونگاری قفسه سینه حفره بزرگ با حد مایع در لب تحتانی ریه راست را نشان میدهد (شکل شماره ۱).

در پرتونگاری مری نامنظمی تقریباً در تمام جدارمری مشاهده میشد که بادیورتیکولهای کاذب متعدد همراه بود . انقباض‌های جدارمری مشاهده نمیشدند وماده حاجب وارد فیستول باریکی میشد که درمحل اتصال $\frac{1}{3}$ فوقانی و $\frac{1}{3}$ میانی مری وجود داشت سپس وارد حفره لب تحتانی ریه راست میشد (شکل شماره ۲).

درازوفاگوسکوپی، مخاط متورم وقرمز نمایان بود، در۷سانتیمتر اول مری در زیراین‌ناحیه مخاط نامنظم ، ودر روی‌آن نکروز سفید رنگ مشاهده میشد .

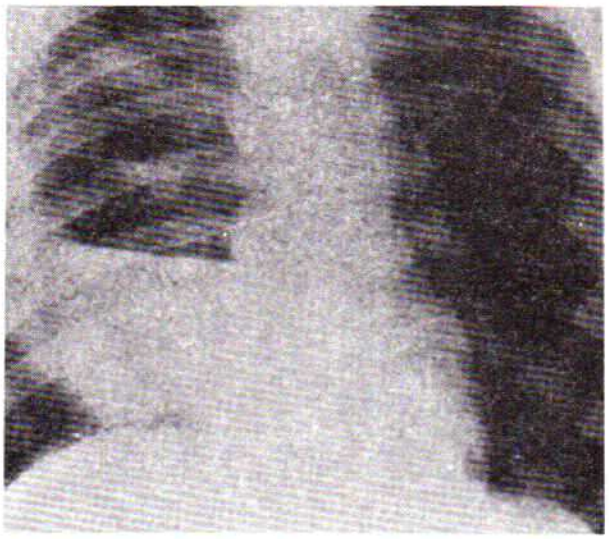
ناحیه وسطی مری تنگ شده بود بطوریکه ازوفاگوسکوپ نمیتوانست عبورکند و مخاط دراین‌ناحیه شکننده بود وبراحتی دراثر تماس باازوفاگوسکوپ خونریزی میکرد .

درآزمایش‌بافت‌شناسی Pseudoepitheliomatous hyperplasia

---

* مرکز پزشکی خورشید ، دانشکده پزشکی‌دانشگاه اصفهان.

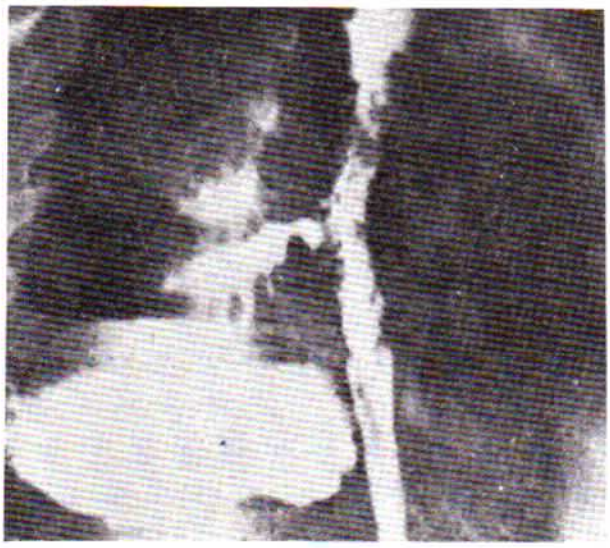
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]



شکل ۱ــ پرتونگاری قفسه سینه که حفره بزرگی را همراه باسطح مایع درطرف راست قفسه سینه نشان میدهد.

مشاهده‌شدودررنگ‌آمیزی‌وجود Mycelium تأییدشدودرآزمایش ازبافت مری که‌باروش GRAM رنگ‌آمیزی شد وجود قارچ را تأیید کردو کشت‌آن‌Chlamydospores of Candida albicans را نشان داد (شکل شماره ۳).

بیمار باتشخیص فیستول بین مری و ریه همراه با آبسه احتمالا بعلت مونیلیا تحت عمل باز کردن قفسه سینه (توراکوتومی)طرف راست قرارگرفت وآبسه بزرگی در قسمت فوقانی لب تحتانی ریه راست همراه بساچسبندگی پرده جنب مشاهده گردید. آبسه حاوی ۳۰۰ سانتی متر مکعب مواد تخمیری بود که بوسیله



شکل ۲ـ دیواره‌مری نامنظم‌همراه بافیستول باریکی‌که به‌یك حفره‌بزرگی در نیمه راست قفسه سینه منتهی‌میشود.

بافت‌های تباه شده (نکروتیك) ریه احاطه و فیستولی به قطر ۳ میلیمتر بین آبسه و محل‌التصاق $\frac{1}{3}$ فوقانی و میانی مری وجود داشت.

برداشتن لب تحتانی ریه راست همراه بابرداشتن کامل مری وبازکردن معده(گاستروستومی) انجام و۶ ماه بعد قوس‌طویلی از روده بزرگ بین مری‌گردنی ومعده پیوندگردید.

درآزمایش میکروسکوپی مری، ضخامت مخاط همراه پوسه‌پوسه شدن اپی‌تلیوم‌مخاطی وارتشاح لنفوسیتیك در زیرمخاط‌ولایه‌های عضلانی زیرمخاط دیده شد.

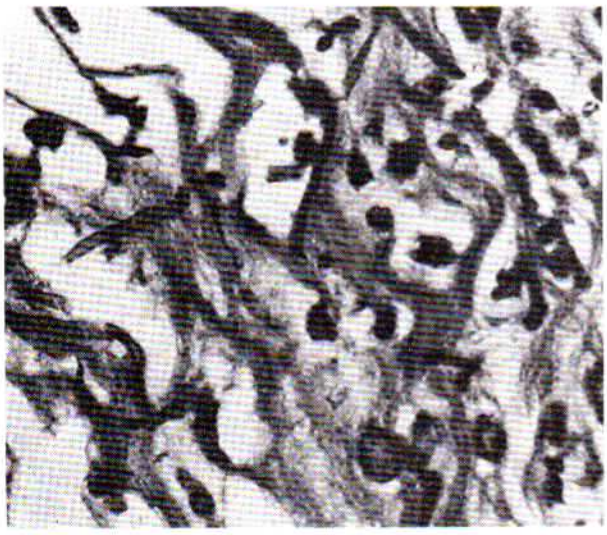
باروش Periodic acid Schiff stain ، بلاستوسپورهای‌رشته‌ای شکل متعدد در زیر مخاط و عضله زیر مخاطی مشاهده شد (شکل ۴).

بیمار قبل ازعمل جراحی‌ازداروهای پنی‌سیلین، استرپتومایسین، ژنتامایسین، نیستاتین خوراکی وآمفوتریسین B دریافت میکرد ودرمان بانیستاتین بعداز جراحی ادامه داشت.

بحث :

قارچ کاندیدا آلبیکانس زندگی بی‌آزار (ساپروفیت) داشته‌وتنها در مواردی‌که ذکرشد میتواند درمری بیماریزا باشد. گرفتاری دهان، پوست، مهبل ومجاری تنفسی شایع است.

گرفتاری دستگاه‌گوارش را در ۱۸٪ موارد و گرفتاری ریه را در۱۲ مورد از۳۳ بیمارجراحی شده‌که مبتلابه ضایعات عمومی قارچ‌کاندیدابوده‌اند درکالبدشکافی(اتوپسی) شرح‌داده‌اند(۴). محلهای‌شایع گرفتاری مونیلیا در دستگاه‌گوارش‌عبارتنداز‌دهان،



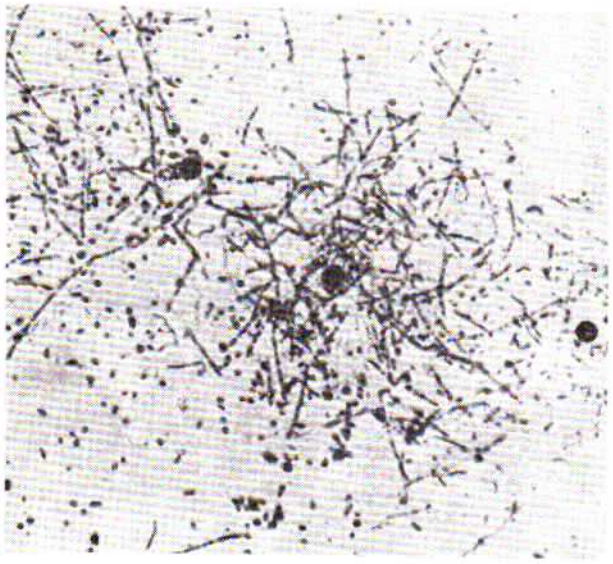
شکل ۳ــ سلولهای قارچی Chlamydospore کاندیدا آلبیکانس که از کشت بافت مری بدست آمده‌است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

حلق و قسمت تحتانی لوله گوارش . مری محل نسبتاً غیرشایعی دراین بیماری است . نشانه‌های پرتونگاری نخستین بار در سال ۱۹۵۶ توسط Andren وهمکارش(۱) شرح داده شد. همراه بودن مونیلیاو دیورتیکولوزرا Troupin درسال۱۹۶۸ گزارش کرده‌است(۱۴).

سوراخ شدن فیستول و ورم حاد میان سینه از عوارض نادر مونیلیای مری است . اما در بیمار مورد بحث گرفتاری میان سینه وجود نداشت وفیستول مستقیماً وارد قسمت فوقانی لب تحتانی ریه راست شده بود .

دربررسی ۲۸۲ مورد پارگی‌مری‌که توسط Neolon ودیگران (۳،۵،۶،۷،۱۰،۱۲،۱۶) بعمل آمده است، هیچگونه گزارشی از پارگی مری وتشکیل فیستول وآبسه ریه دراثر مونیلیا قبلا شرح داده نشده است.



شکل ۴- منظره میکروسکوپی مخاط عمقی مری‌که بلاستوسپورها را نشان میدهد.

REFERENCES:

1- Andren, L. and Theander, G.: Roentgenographic appearance of esophageal moniliasis. Acta Radiologica, 46, 571. 1956.

2- Benny, B. E. and Ochsner, J. L.: Perforation of the oesophagus. A 30-year review. J. Thora and Cardiovas. Surg, 65, 1. 1973.

3- Foster, J.H., Jolly, P.C., Sawyers, J.L. and Daniel, R.A.: Esophageal perforation: Diagnosis and treatment. Ann. Surg, 161, 701. 1965.

4- Gaines, J.D. and Remington, J.S.: Disseminated candidiasis in the surgical patient. Surgery, 72, 730. 1972.

5- Gerard, F.P., Belleville, N.J., Sabety A.M., Fernand, M.B., Trillo, R.A. and Fernando, M.B.: Esophageal perforation. Archives of Surgery, 96, 414. 1968.

6- Groves, L.K.: Instrumental perforation of the esophagus, what is conservative management. 52,1. 1966.

7- Hardin, W.J., Hardy, J. D. and Conn, J.H.: Oesophageal perforations. Surg. Gynaecol and Obstet, 124, 325. 1967.

8- Holt, J. M.: Candida infection of the oesophagus. Gut, 9, 227. 1968.

9- Jensen, K.B., Stenderup. A., Thomsen, J.B. and Bichel, J.: Oesophageal moniliasis in malignant neoplastic disease. Acta Medica Scand, 175, 455. 1964.

10- Johnson, J., Schwegman, C.W. and MacVaugh, H., III. Early esophagogastrostomy in the treatment of iatrogenic perforation of the distal oesophagus. J. Thora. and Cardiovas. Surg, 55, 24. 1968.

11- Kaufman, S.A., Scheff, S., and Leviene, G: Esophageal moniliasis. Radiology, 75, 725. 1960.

12- Neolon, T.F., Jr., Cuddy, V.D. and Gibbon, J.H., Jr. Instrumental perforation of the oesophagus. J. Thora and Cardiovas. Surg, 41, 75. 1961.

13- Sanders, E.C., Levinthal, C., and Donner, M.W.: Monilial oesophagitis in a patient with hemoglobin S.C. disease. Ann. Int. Med. 57, 650. 1962.

14- Troupin, R.H.: Intramural oesophageal diverticulosis and moniliasis, a possible association. Amer. J. Roentgen, 104, 613. 1968.

15- Watanabe, Y., Tamaoki, H. and Uno, M.: A case of Plummer-Vinson (Paterson-Brown kelly) syndrome complicated by oesophageal candidiasis. J. Oto. Rhin. Lary. Soc. Japan. 70, 857. 1967.

16- Wichern, W. A., Jr: Perforation of the oesophagus. Amer. J. Surg. 119, 534. 1970.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]