

## ضایعه قارچی مری (مونیلیای مری)

توأم با فیستول و آبسه ریه

گزارش یک مورد

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۶، صفحه ۴۶۵، ۱۳۵۷

\* دکتر مرتضی باجفلی - دکتر سیاوش صحت - دکتر محمود نوربخش - دکتر بیژن یاوری

مرا جمعه کرده است. در این مدت ۲۰ کیلوگرم کاهش وزن داشته و سابقه هیچ نوع بیماری را متنذکر نمی‌شود و همچنین سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک را ذکر نمی‌کند و تا ۶ ماه قبل از بستری شدن در سلامت کامل بوده است. در موقع بستری شدن مختصراً تنگ‌نفس داشته، ضعیف و لاغر بوده است.

تمام آزمونهای آزمایشگاهی طبیعی بود. سرعت رسوب گلبولی ۸۷ میلیمتر در ساعت اول و کثافت خلط کلیسپلا نشان میداد. در آزمایش سینه رالهای زیادی در طرف راست سینه شنیده می‌شد ولی صدای تنفسی در این ناحیه کمتر به گوش می‌رسید. پرتو نگاری قفسه سینه حفره بزرگ با حد مایع در لب تحتانی ریه راست را نشان میدهد (شکل شماره ۱).

در پرتو نگاری مری نامنظمی تقریباً در تمام جدار مری مشاهده می‌شد که با دیورتیکولهای کاذب متعدد همراه بود. انقباض‌های جدار مری مشاهده نمی‌شوند و ماده حاجب وارد فیستول باریکی می‌شد که در محل اتصال  $\frac{1}{3}$  فوقانی و  $\frac{1}{3}$  میانی مری وجود داشت سپس وارد حفره لب تحتانی ریه راست می‌شد (شکل شماره ۲). در ازو فاگوسکوپی، مخاط متورم و قرم‌نمایان بود، در ساتیمتر اول مری در زیر این ناحیه مخاط نامنظم، و در روی آن نکروز سفید رنگ مشاهده می‌شد.

ناحیه وسطی مری تنگ شده بود بطوریکه ازو فاگوسکوپ نمی‌توانست عبور کند و مخاط در این ناحیه شکننده بود و بر احتی در اثر تماس با ازو فاگوسکوپ خونریزی می‌کرد.

در آزمایش بافت‌شناسی Pseudoepitheliomatous hyperplasia

مونیلیای مری بیماری نادری نیست و در طی ۳۰ سال گذشته بیش از ۱۰۰ مورد از این بیماری گزارش شده است. اما بنظر میرسد شیوع بیماری بیشتر از این باشد. این بیماری در افراد ضعیف و ناتوان، یا در مصرف طولانی آنتی‌بیوتیک (۱۱)، شیمی درمانی طولانی، بیماری‌های بدخیم (۹)، اختلال‌های خونی (۱۳)، سندروم پلامر- وینسون (۱۵) و یا در چراحتی‌های مکرر (۴) دیده می‌شود.

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

پاره شدن مری در نتیجه آسیب این قارچ تاکنون شرح داده شده است. در این مقاله موردي از مونیلیای ثابت شده مری گزارش می‌شود که فیستولی در قسمت فوقانی لب تحتانی ریه راست وجود داشته و تولید آبسه در این لب کرده ولی تغییراتی در پرده جنب و میان سینه نداده است.

شرح حال بیمار:

بیمار مرد ۲۸ ساله زارعی است که در تاپستان سال ۱۳۵۳ بعلت درد طرف راست سینه، سرفه و اختلال در بلع به بیمارستان

\* مرکز پزشکی خورشید، دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان.

بافت‌های تیام شده (نکروتیک) ریه احاطه و فیستولی به قطر ۳ میلیمتر بین آبسه و محل التصال  $\frac{1}{3}$  فوقانی و میانی مری وجود داشت.

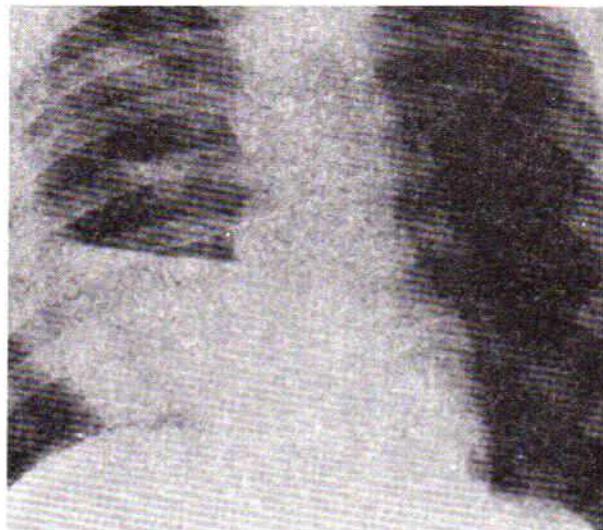
برداشتن لب تحتانی ریه راست همراه با برداشتن کامل مری و باز کردن معده (گاستر وستومی) انجام و ۶ ماه بعد قوس طویلی از روده بزرگ بین مری گردند و معده پیوند گردید. در آزمایش میکروسکوپی مری، ضخامت مخاط همراء پوسته پوشه شدن اپیتلیوم مخاطی و ارتash لغوشیتیک در زیر مخاط ولایه‌های عضلانی زیر مخاط دیده شد.

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

بیمار قبل از عمل جراحی از داروهای پنی‌سیلین، استرپتومایسین، ژنتامایسین، نیستاتین خوراکی و آمفوتیریسین B دریافت میکرد و درمان بانیستاتین بعداز جراحی ادامه داشت.

#### بحث :

خارج کاندیدا آلبیکانس زندگی می‌آزار (سپروفیت) داشته و تنها در مواردی که ذکر شد میتواند در مری بیماریزا باشد. گرفتاری دهان، پوست، مهبل و مجراری تنفسی شایع است. گرفتاری دستگاه گوارش را در ۱۸٪ موارد و گرفتاری ریه را در ۱۲ مورد از ۳۳ بیمار جراحی شده که مبتلا به ضایعات عمومی قارچ کاندیدا بوده‌اند در کالبدشکافی (اتوپسی) شرح داده‌اند (۴). محلهای شایع گرفتاری مونیلیا در دستگاه گوارش عبارتند از دهان،



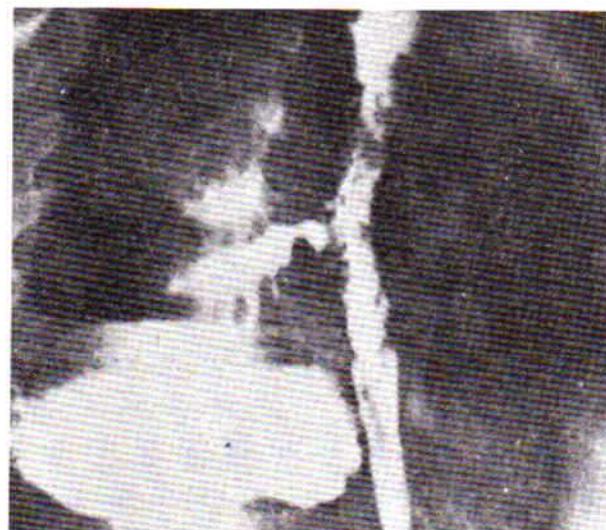
شکل ۱ - برآورده شده سینه که حفره بزرگی را همراه با سنجاق مایع در طرف راست قفسه سینه نشان میدهد.

مشاهده شدودرنگ آمیزی وجود Mycelium تأیید شد در آزمایش از بافت مری که باروش GRAM رنگ آمیزی شد وجود قارچ را تأیید کرد و کشت آن Chlamydospores of Candida albicans را نشان داد (شکل شماره ۳).

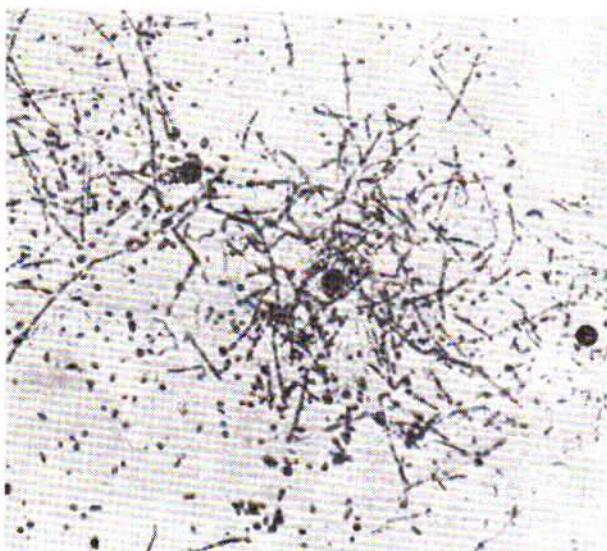
بیمار با تشخیص فیستول بین مری و ریه همراه با آبسه احتمالاً بعلت مونیلیا تحت عمل باز کردن قفسه سینه (توراکوتومی) طرف راست قرار گرفت و آبسه بزرگی در قسمت فوقانی لب تحتانی ریه راست همراه با چسبندگی پرده جنب مشاهده گردید. آبسه حاوی ۳۰۰ سانتی متر مکعب مواد تخمیری بود که بوسیله



شکل ۳ - سلولهای قارچی Chlamydospore کاندیدا آلبیکانس که از کشت بافت مری بدست آمده‌اند.



شکل ۴ - دیواره همراه نامنظم همراه با فیستول باریکی که به ایات حفره بزرگی در نیمه راست قفسه سینه هنوز می‌باشد.



شکل ۴- منظره میکروسکوپی مخاط عضی مری که بالاستوسپورها را نشان میدهد.

حلق و قسمت تحتانی لوله گوارش . مری محل نسبتاً غیرشایع در این بیماری است . نشانه‌های پرتونگاری نخستین بار در سال ۱۹۵۶ توسط Andren و همکارش (۱) شرح داده شد . همراه بودن مونیلیا و دیورتیکولوزرا Troupin در سال ۱۹۶۸ گزارش کرده است (۱۴) .

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

در بررسی ۲۸۸۲ مورد پارگی مری که توسط Neolon و دیگران (۳،۵،۱۰،۱۲،۱۴) بعمل آمده است، هیچگونه گزارشی از پارگی مری و تشکیل فیستول و آبسه ریه در اثر مونیلیا قبل از شرح داده نشده است .

#### 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., Saby 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.