

سیستی سرکوزیس

❖ انسان می تواند میزبان قطعی و میزبان واسط تنیا سولیوم قرار گیرد و در نتیجه کرم بالغ و لارو انگل هر دو را تحمل کند.

❖ مرحله ی لاروی تنیا سولیوم، را سیستی سرکوس سلولزه و عفونت انسانی ناشی از آن را سیستی سرکوزیس می نامند.

ریخت شناسی و چرخه زندگی

❖ سستی سرکوس بالغ کیست بیضی و شفاف است که دارای یک اسکولکس فرو رفته ی مات با چهار بادکش و حلقه ای از قلاب است.

❖ این کیست در کپسول محکمی با منشاء بافتهای انسانی قرار دارد ولی در مایع زجاجیه ی چشم و نرم شامه یا بطنهای مغز ممکن است بدون کپسول باشد.

❖ کیست در طی قریب به ۱۰ هفته به حداکثر رشد خود می رسد.

❖ قطر کیست تقریبا ۵ میلی متر است ولی در مغز ممکن است رشد کرده و قطر آن به چندین سانتی متر برسد.

❖ تخمهای تنیا سولיום بسیار مقاوم بوده و می توانند چندین هفته در محیط خارج زنده بمانند.

❖ پس از خوردن تخم توسط انسان، انگل قادر است همانند میزبان واسط طبیعی خود یعنی خوک، تبدیل به مرحله ی لاروی شود.

❖ جنین یا انکوسفر در دئودنوم آزاد شده و از طریق عروق خونی در سایر اعضا منتشر می گردد.

همه گیر شناسی

❖ عوامل مؤثر در همه گیر شناسی سیستمی سرکوزیس عبارتند از :

❖ وجود انسان مبتلا به کرم بالغ به عنوان مخزن عفونت و شرایط بد بهداشتی که امکان انتشار تخم انگل و نیز خوردن آن را فراهم می آورد.

❖ بندهای بارور اغلب به هنگام دفع پاره شده و تخمها در ناحیه ی اطراف مقعد و داخل لباسهای زیر پراکنده می شوند.

❖ عفونت انسانی با مرحله ی لاروی، در وهله ی اول از دو راه صورت می گیرد:

❖ (۱) خوردن غذا یا آب آلوده با مدفوع انسان

❖ (۲) خود آلودگی با دست آلوده در افرادی که مبتلا به کرم بالغ هستند ولی شناسایی نشده اند.

❖ ابتلا به مرحله ی لاروی همچنین می تواند از طریق برگرداندن پروگلوتیدها به معده، در افرادی که مبتلا به کرم بالغ هستند صورت گیرد.

❖ در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین، سیستی سرکوزیس
عصبی شایعترین عامل حملات صرعی در بالغین و افراد
مشکوک است که ۱۰٪ تا ۱۵٪ تخت های بخش اعصاب
بیمارستانها را اشغال کرده اند.

آسیب شناسی و نشانه شناسی

❖ سیستی سرک ها که اغلب متعدد بوده و حتی تا صدها عدد هم می رسند، در تمام بافتها و اعضای انسان قادر به رشد هستند.

❖ معمول ترین مکانهای استقرار انگل عضلات مخطط و مغز هستند ولی این لاروها ممکن است در بافتهای زیر پوستی، چشم، قلب، ریه و محوطه ی صفاقی دیده شوند.

❖ کیست در حال رشد می تواند نوعی واکنش التهابی ایجاد کند ولی به هنگام مرگ لارو (که ممکن است تا بیش از ۵ سال زنده بماند) مایع کیستی افزایش یافته و پاسخ مشخص بافتی در مقابل مواد کیست دیده می شود.

❖ انگل تجزیه شده معمولا دچار کلسیفیکاسیون می شود.

❖ آسیب شناسی بیماری بستگی به تهاجم بافتی و تعداد سیستی سرکها دارد.

❖ تهاجم به مغز و چشم منجر به آسیب های شدید می گردد.

❖ با وجود بدون علامت بودن اغلب این عفونتها، تهاجم لاروها به عضله امکان دارد سبب بروز میوزیت همراه با تب و ائوزینوفیلی و ندرتاً اختلالی تحت عنوان هیپرتروفی کاذب عضلانی شود که ابتدا سبب ورم عضله و سپس آتروفی و فیبروز می گردد.



❖ کیست های زیرجلدی به سادگی لمس می شوند و امکان دارد همانند لیپومهای کوچک بنظر برسند. این کیستها با جراحی به راحتی برداشته می شوند.

❖ سیستی سرکها ممکن است در قشر مغز، پرده های مغز، بطن ها و به میزان کمتری در ماده ی مغزی دیده شوند.

❖ در هنگام مرگ لارو، واکنش التهابی و ادم موضعی ایجاد شده احتمالاً علایم و نشانه های حضور انگل هستند.

❖ واکنش سلولی سرانجام باعث انهدام انگل و بر جا گذاشتن ندول های کلسیفیه شده می گردد.

❖ اختلالات بینایینی، سردرد، استفراغ و ضعف اعمال حرکتی ممکن است وجود داشته باشد.

❖ گاهی تغییرات ذهنی مشخص همچون گیجی، تحریک پذیری و تغییرات شخصیتی وجود دارد.

❖ در چشم سیستی سرکوزیس معمولاً منفرد و در زیر شبکیه و یا داخل زجاجیه قرار دارد.

تشخیص

❖ شروع حملات صرعی بدون همراهی با علایم عمومی در افراد نوجوان و بالغی که در مناطق اندمیک زندگی می کنند، شاید معمول ترین تظاهر سیستی سرکوزیس مغزی باشد.

❖ یافتن سیستی سرکهای زیر پوستی در بیوپسی، احتمال سیستی سرکوزیس مغزی را مطرح می کند ولی در بیماری که در منطقه ی اندمیک زندگی می کند به معنی اثبات سیستی سرکوزیس مغزی نیست.

❖ قریب به نیمی از بیماران مبتلا به سیستی سرکوزیس مغزی درجاتی از التهاب عنکبوتیه و معمولاً تغییرات غیر طبیعی مایع مغزی – نخاعی را نشان می دهند.

❖ واکنش سلولی شامل ائوزینوفیل ها می تواند کلید مفیدی برای علت شناسی بیماری باشد.

❖ آزمایشات رادیوگرافی با CT اسکن و MRI مفیدترین راههای تشخیصی هستند.

❖ روشهای تشخیصی سرمی با ابداع IHA و ELISA ترقی کرده اند.

❖ آنتی ژن مورد استفاده در این آزمایشات از سیستمی سرک (مایع + لارو خوکهای آلوده) در کشتارگاه به دست می آید.

❖ بهترین آزمایش موجود «وسترن بلات» است که با استفاده از گلیکوپروتئین نسبتاً خالص به عنوان آنتی ژن، باعث شناسایی آنتی بادی هایی می شود که با یک یا چند بخش آنتی ژنی با وزن ملکولی کم، واکنش نشان می دهند.

❖ این آزمایش ۱۰۰٪ اختصاصی است.

درمان و پیشگیری

❖ در گذشته بیماران در انتظار عمل جراحی و خارج کردن ضایعات و یا خروج مایعات به منظور بهبودی هیدروسفالی می ماندند، ولی به نظر می رسد پرازی کوانتل و آلبندازول هر دو در درمان سیستمی سرکوزیس مغزی مؤثر باشند.

❖ مقادیر زیاد ولی کاهش یابنده ی استروئیدها یک روز در میان اغلب همراه با یکی از داروهای فوق و به منظور کنترل علایم ثانویه ی واکنشهای التهاب ناشی از مرگ لارو تجویز می شود.

❖ در صورت بروز تشنج، داروهای ضد تشنج تا مدتی پس از درمان باید مصرف شوند جراحی یا ترکیب جراحی و دارو درمانی در کیستهای داخل بطنی یا زیر عنکبوتیه بکار می روند.

❖ پیشگیری مستلزم درمان سریع کرمهای بالغ در بیمار است.