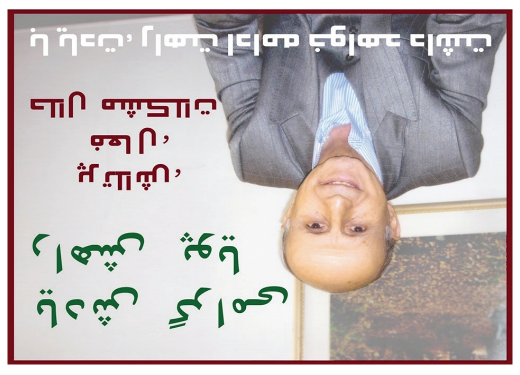
ماهنامه
عرصه پزشکی

www.arseyepezeshky.ir
https://t.me/arseyepezeshki
www.linkedin.com/arseyepezeshky
www.instagram.com/arseyepezeshky
arseyepezeshky@gmail.com

سال هجدهم | شماره ۱۳۳ | ۸ صفحه
بهمن ۱۴۰۲ | شعبان ۱۴۴۵ | Feb 2024



یادش گرامی
راهش پویا
پرتلاش،
فعال،
حلال مشکلات
با یادت، راهت ادامه خواهد داشت

Lose
weight
now!
SALTER

بیمار با کاهش وزن «عالی» پس از جراحی چاقی

مترجم: دکتر الهام خاقانی - پزشک عمومی

بیمار، مردی ۳۳ ساله با سابقه چاقی شناخته شده است که در مارس ۲۰۲۱ تحت عمل جراحی اسلیو گاسترکتومی لاپاروسکوپی قرار گرفت. قبل از عمل، وزن وی ۱۵۶ کیلوگرم با شاخص توده بدنی ۴۹,۲ کیلوگرم بر متر مربع بود. عمل جراحی و همچنین پیشرفت او پس از عمل بدون حادثه بود.

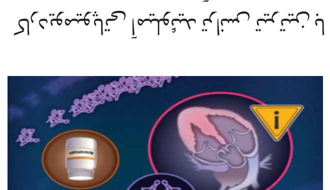
ادامه در صفحه ۲

ارتباط شاخص گلیسمی و بار گلیسمی با دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و مرگ و میر

Prof David J A Jenkins, MD. Prof Walter C Willett, MD

زمینه: بحث بر سر این است که آیا شاخص گلیسمی موادغذایی با بیماری‌های مزمن ارتباط دارد یا خیر؟ هدف ما ارزیابی ارتباط بین شاخص گلیسمی (GI) و بار گلیسمی (GL) با دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌های مرتبط با دیابت و مرگ‌ومیر ناشی از همه علل بود.

ادامه در صفحه ۲



اثربخشی و ایمنی آکورامیدیس در کاردیومیوپاتی آمیلوئید ترانس تیرتین

Julian D. Gillmore, M.D., Ph.D., Daniel P. Judge, M.D.,
Francesco Cappelli, M.D

کاردیومیوپاتی آمیلوئید ترانس تیرتین با بی ثباتی تترامرهای ترانس تیرتین (TTR)، تفکیک به مونومرهای ناپایدار، و رسوب بعدی آنها به عنوان فیبرهای آمیلوئید در میوکارد مشخص می شود. این وضعیت یک کاردیومیوپاتی محدود کننده است که باعث نارسایی قلبی می شود، معمولاً با اجکشن فراکشن حفظ شده است.

ادامه در صفحه ۳

تامپوناد قلبی به دلیل پریکاردیت چرکی

مترجم: آناهیتا خاقانی – مهندس بهداشت

مرد ۶۵ ساله ای به دلیل کمردرد که به مدت ۱ ماه ادامه داشت در بیمارستان بستری شد. استئومیلیت مهره ای پیوژنیک بر اساس افزایش سطح پروتئین واکنشی C و یافته های CT، شکستگی فشاری مهره ۱۲ سینه مشکوک بود. درمان تجربی ضد میکروبی پس از کشت خون آغاز شد.

ادامه در صفحه ۴

شپش عانه

Yu-Kun Zhao, M.Med.Sci., Di-Qing Luo, M.Med.Sci

ادامه در صفحه ۲

ارتباط مصرف دوز کم آسپرین به‌صورت روزانه و بروز دیابت نوع ۲ در افراد مسن سالم

مترجم: شیدا برخورداری – مهندسی پزشکی

ادامه در صفحه ۳

معمای سگ‌ها: سرایت بدون گزش منجر به آبسه اپیکارد پاستورلا مالتوسیدا می‌شود

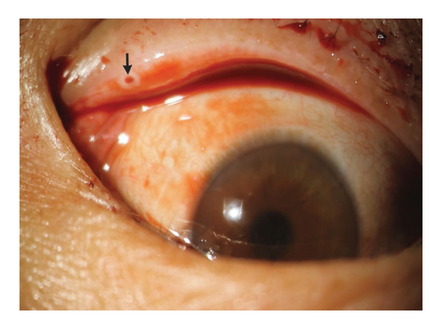
David F. McPherson, MD. Sanjay V. Menghani, PhD.
Rina G. Bhalodi, MD

ادامه در صفحه ۴

همولاکریا

Tao Zhang, M.D., Yong Tao, M.D

مردی ۵۱ ساله با سابقه ۱ ساعتی اشک خونی به اورژانس مراجعه کرد. چهار ساعت قبل از مراجعه، ضربه ای به صورت وی به علت دعوا وارد شده بود. او متعاقباً با درد بینی و اپیستاکسی به اورژانس مراجعه کرده بود و پک بینی دریافت کرده بود. یک ساعت پس از ترخیص از اورژانس با اشک های خونی، تاری دید و درد چشم برگشت. او سابقه جراحی چشم و بینی نداشت. در معاینه فیزیکی، خون از نقاط اشکی فوقانی و تحتانی هر دو چشم تراوش کرد (فلش؛ چشم راست نشان داده شده است) و در امتداد لبه پلک پایین تجمع یافت - یافته ای به نام همولاکریا. بقیه معاینه چشم از جمله معاینه اسلیت لامپ طبیعی بود. اپیستاکسی و اکیموز در پل بینی نیز مشاهده شد. توموگرافی کامپیوتری سر و اربیت هیچ شکستگی را نشان نداد.

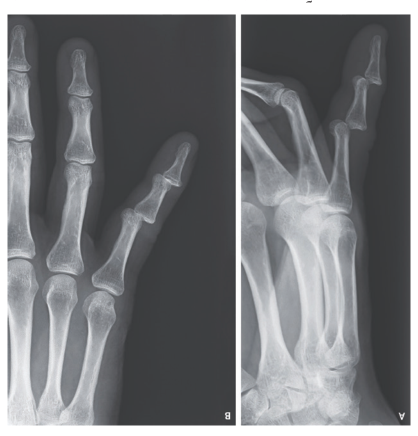


تشخیص همولاکری ناشی از جریان خون رتروگراد از طریق سیستم نازواکریمال پس از تامپوناد بینی برای اپیستاکسی انجام شد. برای درمان اپیستاکسی، بینی دوباره پک شد و اپی نفرین موضعی در حفره بینی چپ اعمال شد. نیم ساعت بعد اشک های خون آلود برطرف شد.

N Engl J Med 2024; January 20, 2024.
DOI: 10.1056/NEJMicm2307811

دررفتگی انگشت پله‌ای

Alexei Buruian, M.D., Manuel Gameiro, M.D



زن ۵۴ ساله ای با انگشت کج و دردناکی که ۱ ساعت قبل به سمت عقب روی دست دراز شده خود افتاده بود به اورژانس مراجعه کرد. در معاینه فیزیکی، دررفتگی پشتی انگشت پنجم راست ("صورتی") در مفاصل پروگزیمال و دیستال بین فالانژیال مشاهده شد. بیمار قادر به حرکت انگشت خود نبود. هیچ نشانه ای از سازش عصبی عروقی وجود نداشت. رادیوگرافی دست راست، دررفتگی پشتی مفاصل بین فالانژیال پروگزیمال و دیستال انگشت پنجم را نشان داد که شکل "پله ای" ایجاد کرد (پانل A، نمای جانبی، پانل B، نمای خلفی قدامی). تشخیص دررفتگی همزمان مفاصل بین فالانژیال پروگزیمال و دیستال انگشت پنجم داده شد. اگرچه دررفتگی مفصل بین فالانژیال معمولاً دیده می شود، دررفتگی همزمان در همان انگشت نادر است. درمان با جااندازی بسته و آتل بندی انگشت انجام شد. سه هفته پس از جااندازی، آتل برداشته شد و به بیمار توصیه شد که دامنه حرکتی فعال را با انگشت بدون تحمل وزن به مدت ۴ هفته دیگر از سر بگیرد. در پیگیری ۶ ماهه، بیمار عملکرد کامل انگشت را داشت.

N Engl J Med 2024; 390:e2. January 4, 2024

Setin
Sazeh . Arya
۰۹۱۹۰۰۶۸۶۷۸
طراحی داخلی
دکوراسیون
تجهیز
مراکز درمانی

ماهنامه عرصه پزشکی
صاحب امتیاز: موسسه پزشکی آدورا سلامت
مدیر مسئول: دکتر شیوا متقی
آدرس:
تهران – شهرآرا – خیابان ۱۹ – پلاک ۸۶ – طبقه همکف.
کد پستی: ۱۴۵۴۶۵۴۳۵۵ – صندوق پستی ۳۱۱-۱۴۴۵۵
تلفن: ۸۸۲۵۰۶۶۱ – ۸۶۰۱۵۸۴۹
فاکس: ۸۶۰۱۵۸۴۷ واتساپ: ۰۹۱۹۸۴۷۲۸۱۷
چاپ: یزدا

به نام خداوند یکتا
به یاد روانشاد «منوچهر صیادی» و به پاس سابقه پنجاه ساله در عرصه مطبوعات، بخصوص نشریات پزشکی این نشریه تقدیم می‌گردد.

نشریه عرصه پزشکی به منظور ارتقاء اطلاعات روز پزشکی به رایگان جهت پزشکان ارسال می‌گردد.

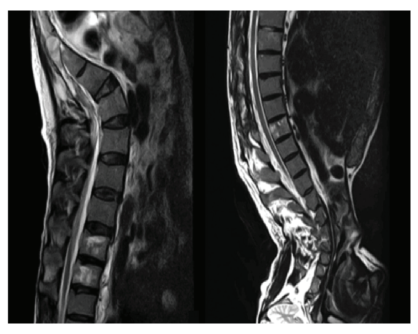
Arseye Pezeshky
Medical Field Journal
1 Floor. No 86. 19 st. Shahrara
Iran-Tehran Tel: 88250661

علامت فرانک و خطر قلبی عروقی

مترجم: فرناز اخباری - ماما

چین مورب لاله گوش یک ویژگی آناتومیکی رایج در بزرگسالان قفقازی از هر دو جنس است که شیوع و ویژگی های مورفولوژیکی آن با افزایش سن بیشتر می شود. این یافته بالینی به طور مستقل با مقادیر بالاتری برای شاخص های پیش بینی کننده خطر قلبی عروقی (فرامینگهام، ارزیابی سیستماتیک خطر کرونری [SCORE]، و امتیاز خطر بیماری های قلبی عروقی آترواسکلروتیک [ASCVD]) مرتبط است.

ادامه در صفحه ۵

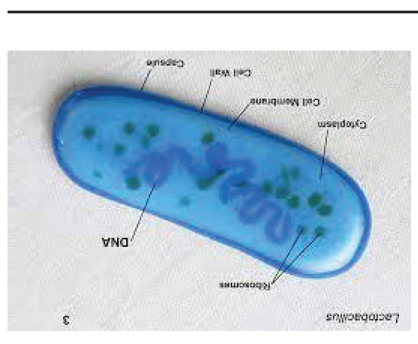


فشرده شدن طناب نخاعی ناشی از خونسازی خارج مغز استخوان گسترده در پلی سیتمی ورا

مترجم: فاطمه عطارزاده - ارشد بیوشیمی

خونسازی خارج مدولاری تکثیر سلول های خونی خارج از مغز استخوان را در حضور اختلالات خونی مستعد کننده مانند تالاسمی، کم خونی داسی شکل، پلی سیتمی ورا و میلوفیبروز توصیف می کند. معمولاً در مکان‌های مربوط به خون‌سازی در طول رشد جنین رخ می‌دهد و به ندرت در مکان‌های دیگر گزارش شده است.

ادامه در صفحه ۶



لاکتوباسیل : دوست یا دشمن

مترجم: پروین امامی – پرستار

لاکتوباسیل ها باکتری‌های گرم مثبت هستند که معمولاً در فلور دهان و پروبیوتیک ها یافت می‌شوند. لاکتوباسیل بندرت پاتوژنیک است و از موارد نادری از عفونت‌های شدید در بیمارانی که ایمنی آنها به مخاطره افتاده، جدا گردیده است. ما یک مورد باکتریمی لاکتوباسیلوس پاراکازیئی(lactobacillus paracasei) همراه با اندوکاردیت دریچه قلبی و انفارکت مغزی- عروقی آمبولیک در فردی با ایمنی مقاوم را معرفی می‌کنیم.

ادامه در صفحه ۷

بار قلبی– عروقی ارتریت روماتوئید– عواقبِ درمان

Ami Schattner, MD

نکروبیوز لیپویدیکا

Ming Juan Liu, M.D., Jun Li, M.D

ادامه در صفحه ۵

لیستریا مونوسیتوژنز آرتریت سپتیک در یک بیمار دارای سیستم ایمنی توانمند

Vikaesh Moorthy, MBBS, MRCS. Tong Lin Teo, MBBS

فشار خون داخل جمجمه ایدیوپاتیک

Ruben Jauregui, M.D., Neil A. Busis, M.D

ادامه در صفحه ۶

پروتز بروسلار اندوکاردیت دریچه آئورت

Hasan Tahsin Gozdas, MD. Sultan Beste Sahin, MD

پولیپ تارهای صوتی و انسداد راه هوایی

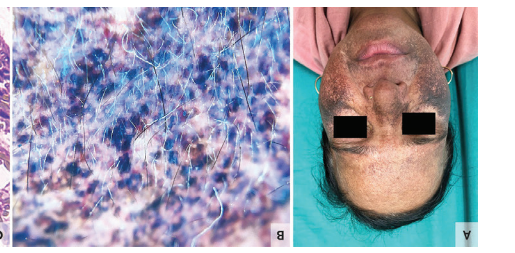
Yang Kee Chan, M.D., Chia-Ying Li, M.D

ادامه در صفحه ۷

Ochronosis اگزوژن از کرم روشن کننده پوست

Nikita Patel, M.D., Hiral Shah, M.D

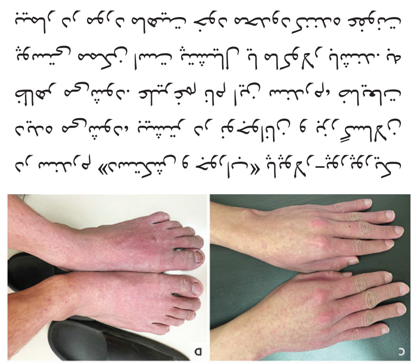
خانمی ۵۵ ساله با سابقه ۱ ساله تیرگی پوست صورت به کلینیک پوست مراجعه کرد. دو سال قبل از مراجعه، او از یک کرم روشن کننده پوست حاوی هیدروکینون برای درمان ملاسما استفاده کرده بود. در معاینه فیزیکی، لکه‌های قهوه‌ای مایل به آبی همراه با اریتم پس‌زمینه و تلانژکتازی در گونه‌ها، پل بینی و ناحیه اطراف دهان، با درگیری کمتر در پیشانی (پانل A) مشاهده شد. درموسکوپی نواحی آسیب دیده ماکول های هایپرکرومیک و باریک نشان داد (پانل B). نمونه بیوپسی پوست از گونه چپ رسوب خارج سلولی اجسام زرد مایل به قهوه ای موزی شکل را در درم نشان داد (پانل C، رنگ هماتوکسیلین و ائوزین). تشـخیص اکرونوز اگزوژن از کرم روشن کننده پوسـت بود. Ochronosis یک اختلال هیپرپیگمانتاسیون است که در نتیجه تجمع رسوبات ochre-colored در بافت ایجاد می شود. هنگامی که مربوط به آلکاپتونوری باشد، درون زا و در صورت استفاده از عوامل روشن کننده پوست باشد، اگزوژن در نظر گرفته می شود. درمان اکرونوز اگزوژن چالش برانگیز است و ممکن است برگشت پذیر نباشد. مشـاوره در مورد اهمیت محافظت از نور و قطع استفاده از کرم به بیمار داده شد. نرم کننده موضعی و ژل رتینوئید نیز تجویز شد. در ۲ ماه پیگیری، بیمار حداقل کاهش هیپرپیگمانتاسیون را داشت.



N Engl J Med 2024; 390:254. January 18, 2024

سندرم پاپولار–پورپوریک «دستکش و جوراب» در عفونت پاروویروس B19

Jetanat Chantrapitak, M.D., Mati Chuamanochan, M.D



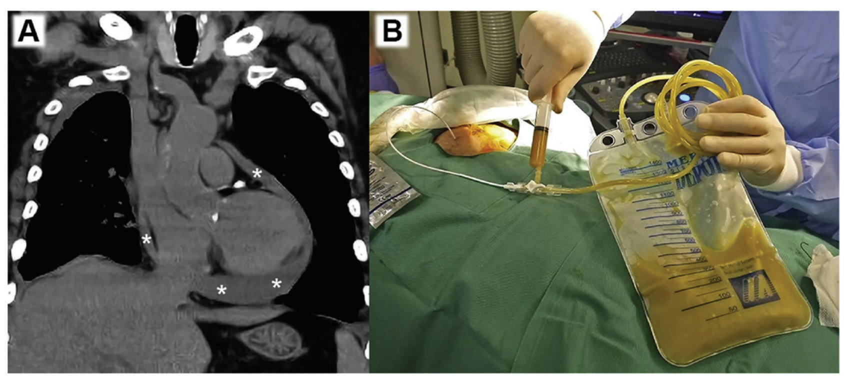
مردی ۲۶ ساله با سابقه ۱ هفته ای راش بدون علامت در دست و پا به کلینیک پوست مراجعه کرد. او همچنین گزارش داد که تب داشته است - که ۶ روز قبل از مراجعه برطرف شده بود - اما درد مفاصل یا ضایعات دهانی نداشـت. معاینه فیزیکی برای ماکول‌های پراکنده و تا حدی قابل سفید شدن در اطراف مچ دستها و مچ پا که به صورت تکه‌های اریتماتوز روی سـطح شکمی (پانل‌های A و B) و پشـتی (پانل‌های C و D) دست‌ها و پاها ادغام می‌شوند، قابل توجه بود. هیچ تغییر پوستی روی گونه ها یا جاهای دیگر مشاهده نشد. یک آزمایش آنتی بادی IgM B19 سرم و یک روش واکنش زنجیره ای پلیمراز برای پاروویروس مثبت بود. تشخیص سندرم «دستکش و جوراب» پاپولار-پورپوریک در زمینه عفونت پاروویروس B19 انجام شـد. بثورات کلاسیک مرتبط با عفونـت پاروویروس B19 یک الگوی سیلی روی گونه است، اما ممکن است توزیع های دیگری از بثورات دیده شود. بثورات آکرال که در سندرم «دستکش و جوراب» پاپولار-پورپوریک دیده می‌شود، بیشتر در نوجوانان و بزرگسالان ظاهر می‌شود. علیرغم نام این سندرم، ضایعات پوستی ممکن است پتشیال یا ماکولار باشند. به بیمار در مورد ماهیت خود محدودکننده عفونت ویروسی اطمینان داده شد. یک هفته بعد، بثورات کاهش یافته بود.

N Engl J Med 2024; 390:165. January 11, 2024

ستین سازه در کلیه مراحل ساخت و ساز،
از طراحی تا اجرای کامل با شما و همراه شما
طراحی و مدلینگ
پارتیشن بندی
بازسازی و نوسازی
نظارت و اجرا
Setin
Sazeh . Arya
۰۹۱۹۰۰۶۸۶۷۸
طراحی داخلی
دکوراسیون
تجهیز
مراکز درمانی

تامپوناد قلبی به دلیل پریکاردیت چرکی

ادامه از صفحه اول



شکل: (A) سی تی قفسه سینه ساده از نمای کرونال افیوژن پریکارد (ستاره) را نشان داد. (B) افیوژن پریکارد چرکی با پریکاردیوسنتز تخلیه شد.

در روز سوم درمان، فشار خون او به سرعت کاهش یافت و نارسایی تنفسی ایجاد شد که مستلزم انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه شـد. او برای اگزمای مزمن تحت درمان قرار گرفت و فشار خون بالا و دیابت قندی به خوبی کنترل شده بود. بیمار استفاده از داروهای غیرقانونی را انکار کرد.

نمـره مقیاس کما گلاسـکو E3V4M6، فشـار خـون ۷۶/۵۴ میلی‌متـر جیوه، ضربـان قلب منظم بـا ۷۷ ضربـه در دقیقـه، تعداد تنفـس ۲۴ تنفس در دقیقه، اشـباع اکسـیژن ۹۵ درصد زیر ماسـک بـا جریـان اکسـیژن ۷ لیتـر در دقیقه و دمـای بدن ۳۶,۳ درجه سـانتی گـراد بود. معاینـه فیزیکی، فشـار وریـد ژوگـولار و انـدام های سـرد را به طـور قابل توجهـی افزایـش داد. صداهـای قلب بدون سـوفل، صداهـای قلبـی اضافی یـا مالش اصطـکاک پریـکارد طبیعی بـود. پلاک های لیکنی شـده قهـوه ای رنـگ در قسـمت تحتانـی شـکم و هـر دو انـدام تحتانی وجـود داشـت. با این حـال، هیچ گـره Osler، ضایعـات Janeway، یـا خونریـزی زیرزبانـی مشـاهده نشـد. یافته های آزمایشـگاهی تعـداد گلبول های سـفید خـون ۱۸۶۰۰ در میکرولیتـر، نیتروژن اوره خون ۸۴ میلی گرم در دسـی لیتـر، کراتینیـن ۲,۹ میلی گرم در دسـی لیتر، پروتئین واکنشـیC، 25.4 میلی گرم در دسـی لیتر، بـی کربنـات ۱۷,۹ میلـی مول در لیتر و لاکتـات ۴,۷ میلی مول در لیتر را نشـان داد. یک سـی تی اسـکن سـاده از قفسـه سـینه، افیوژن پریکارد را نشـان داد (شـکل A). نمره ارزیابی نارسایی متوالی ارگان ۱۱ بـود کـه نشـان دهنـده شـوک سـپتیک در ایـن بیمار با سـطوح لاکتـات بالا بـود. با این حـال، افزایـش قابـل توجه فشـار وریـد ژوگولار و سـردی محیطـی با شـوک توزیعی ناسـازگار بود. اکوکاردیوگرافـی ترانـس توراسـیک، عملکرد سیسـتولیک طبیعی و بدون وژتاسـیون یا نارسـایی را نشـان داد. بـا ایـن حـال، شـواهدی از افیـوژن پریـکارد همراه بـا کلاپس دیاسـتولیک بطن راسـت منجـر بـه تشـخیص شـوک انسـدادی ناشـی از تامپونـاد قلبی شـد. درناژ پریـکارد منجر بـه تخلیه ۳۵۰ میلـی لیتـر مایـع چرکی شـد کـه منجر به بهبود سـریع گردش خون و وضعیت تنفسـی شـد (شـکل B). کشـت خـون و مایـع پریـکارد باعث رشـد اسـتافیلوکوکوس اورئـوس حسـاس به متی سـیلین شـد که نشـان دهنده پریکاردیت چرکی ناشـی از کشـت یکنواخت اسـت. درگاه احتمالی ورود باکتری به عنوان یک سـد پوسـتی آسـیب دیده ناشـی از اگزمای مزمن فرض می شـد. درمان آنتی بیوتیکی ادامه یافت و بیمار در سی و هشتمین روز بستری به مرکز دیگری منتقل شد.

پریکاردیت چرکی یک وضعیت نادر در دوران مدرن درمان گسترده ضد میکروبی است که شیوع آن ۰,۷٪ از موارد پریکاردیت حاد گزارش شـــده اســـت. این مورد می تواند یک وضعیت شدید و تهدیدکننده زندگی باشـــد که نیاز به تشخیص و درمان به موقع دارد. یکی از مکانیسم های ایجاد پریکاردیت چرکی، چک یکنواخت باکتری ها است. بنابراین، پزشکان حتی در بیماران بدون کانون چرکی مجاور باید مراقب این احتمال باشند. علائم بالینی کلاسیک پریکاردیت چرکی، مانند درد قفسه سینه (۲۵-۳۷٪) و مالش اصطکاک پریکارد (۳۵-۴۵٪)، ممکن است همیشه وجود نداشته باشد و تشخیص این وضعیت را چالش برانگیز کند. علاوه بر این، یک مورد از خطاهای تشخیصی که در آن شوک انسدادی ناشی از پریکاردیت چرکی به اشتباه به عنوان شوک سپتیک در مراحل اولیه بیماری تشخیص داده شده است، گزارش شده است. بنابراین، یک معاینه فیزیکی اساسی شامل اندازه‌گیری فشـــار ورید ژوگولار تحت بالینی و ارزیابی سریع وضعیت همودینامیک با استفاده از اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک برای افتراق دقیق بیمار مبتلا به شوک ضروری است.

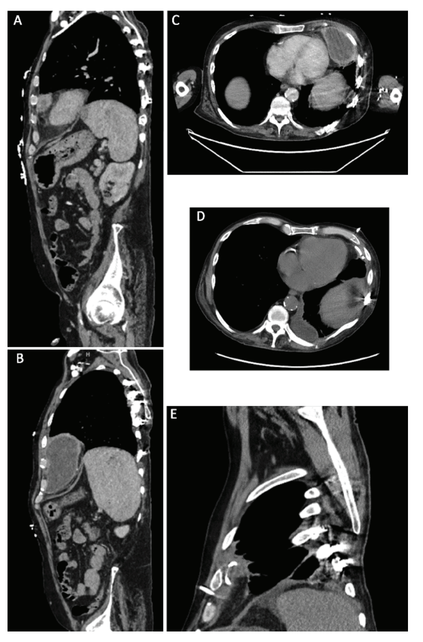
Yu Yamamoto, MD. Masami Matsumura, MD, PhD
The American Journal of Medicine. VOLUME 137, ISSUE 1, E6-E7, JANUARY 2024

معمای سگ‌ها: سرایت بدون گزش منجر به آبسه اپیکارد پاستورلا مالتوسیدا می‌شود

ادامه از صفحه اول

مردی ۵۹ ساله که با سابقه پزشکی قبلی شکستگی‌های متعدد دنده ناشی از افتادن مکرر سطح زمین و ترمیم‌شده به‌وسیله جراحی، اختلال مصرف الکل، فشارخون بالا و افسردگی قابل‌توجه همراه بود، با تغییر وضعیت ذهنی و ضعف عمومی به بخش اورژانس مراجعه کرد. بررسی‌های اولیه و ثانویه قابل‌توجه نبودند. توموگرافی کامپیوتری سـر (CT) از نظر خون‌ریـزی منفی بود. او تاکی‌کاردی داشت و معاینات فیزیکی چندین زخم مزمن در دو سمت اندام‌های فوقانی را نشان داد که این زخم‌ها ناشی از افتادن و اختلال در هماهنگی بودند.

نتایج اولیه آزمایشگاهی لکوپنی و اسیدوز لاکتیک را نشان دادند. ابتلا به سپسیس شدید بدون منبع عفونی واضح برای این بیمار تشخیص داده شد و کشـت خون قبل از شروع تجربی وانکومایسین داخل وریدی و پیپراسیلین-تازوباکتام انجام شد. CT قفسه سینه به‌دلیل تجمع یک دیواره ضخیم و بزرگ مایـع در لایه چربی اپی‌کاردیال سمت چپ در مجاورت انتهای قلب که با آبسـه همراه بود، قابل‌توجه بود (شکل A–C). در این مطالعـه، از طریق توموگرافی کامپیوتری و رادیولوژی مداخله‌ای ۳۰ میلی‌لیتر مایع قهوه‌ای غلیظ آسپیره شد و به‌دنبال آن درون دم خوک قرار داده شـد. کشت خون از بخش اورژانس باعث رشـد استافیلوکوکوس اورئوس و اسپـیود اینترمدیوس حساس به متی‌سیلین شد. سپس آنتی‌بیوتیک‌های وریدی به سفازولین و ونکومایسین برای باکتریمی S و آبسه احتمالی تغییر پیدا کردند.



شکل: تکامل آبسه اپیکارد پاستورلا مولتوسیدا در طول زمان. (A) توموگرافی کامپیوتری اولیه قفسه سینه (CT) بدون نمای ساژیتال کنتراست که آبسه را در فضای اپی‌کاردیال مجاور انتهای قلب نشان می‌دهد. (B) توموگرافی کامپیوتری اولیه قفسه سینه بدون نمای ساژیتال کنتراست که وسعت آبسه جانبی قلب را نشان می‌دهد. (C) توموگرافی کامپیوتری اولیه قفسه سینه با نمای محوری کنتراست که آبسه را نشان می‌دهد. (D) CT سینه قبل از تخلیه بدون نمای محوری کنتراست که نشان‌دهنده آبسه و کاتتر دم خوک است که همچنان در جای خود قرار دارند. (E) CT قفسه سینه قبل از تخلیه بدون نمای ساژیتال کنتراست که وضوح آبسه را در ناحیه‌ای که مستقیماً مجاور قلب است، نشان می‌دهد.

کنترل بیشتر با اکوکاردیوگرافی از راه مری قابل‌توجه نبود. کشت مایع آبسه قلبی در نهایت منجر به رشـــد پاســـتورلا مولتوسیدا شد و آنتی‌بیوتیک‌ها با آمپی‌سیلین-ســـولباکتام و وانکومایسین تنظیم شدند. سابقه اجتماعی که از بیمار جمع‌آوری شده بود نشان داد که او یک سگ خانگی دارد که اغلب پوست و زخم‌های مزمن بیمار را می‌لیسیده است، با این حال بیمار هرگونه خراش یـــا گاز گرفتگی خاص را انکار می‌کرد. ارزیابی CT قفسه سینه پس از مصرف آنتی‌بیوتیک به‌مدت یک دوره طولانی نشان داد که تجمع مایع در راس پریکارد تقریباً به‌طور کامل از بین رفته است (شکل D–E) و زهکشی دم خوک برداشته شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، بیمار یک مرد میانسال با چند بیماری زمینه‌ای، از جمله اختلال مصرف بیش از حد الکل بود که با وضعیت روانی تغییر یافته و کسالت مراجعه کرده بود و مورد بررسی قرار گرفت. بیمار مبتلا به آبسه اپی‌کاردیال بود که منجر به رشد پاستورلا مولتوسیدا (یک کوکوباسیلوس گرم منفی محصور شده) شد. به‌عنوان یک باکتری مشترک در فلور طبیعی دهان بسیاری از حیوانات، بیماری انسان اغلب با خراشیدگی یا گزش حیوانات ارتباط دارد. انتقال غیر گزشی پاســـتورلا مولتوسیدا نادر است، اما یک‌سری از موارد اخیر چندین انتقال غیر گاز گرفتگی و بدون تماس مســـتقیم با حیوانات را توصیف می‌کننـــد. عفونت‌های تهاجمی با گونه‌های پاســـتورلا به‌طور سنتی منحصراً در میزبان‌هـــای دارای نقص ایمنی مشاهده می‌شود.

بیمار ما فاقد هرگونه ترومای محرک شناخته شده یا تلقیح با گونه‌های پاستورلا، مانند گاز گرفتن گربه، سگ یا سایر حیوانات اهلی بود. او فاقد سابقه مصرف داروهای داخل وریدی یا سایر شرایط عمده نقص ایمنی بود که ممکن است مستعد عفونت با پاتوژن‌های غیرمعمول باشد. اختلال مصرف الکل تنها علت قابل‌شناسایی نقص ایمنی عملکردی بـــود زیرا بیمارانی که روزانه به مقدار قابل‌توجهی الکل مصرف می‌کنند و به بیماری‌های کبدی مبتلا هستند، ممکن است در معرض خطر اختلال عملکرد ایمنی مرتبط با سیروز باشند.

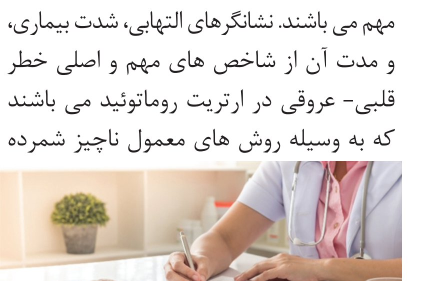
پاستورلا مولتوسیدا به‌ندرت به‌عنوان یک علت اندوکاردیت عفونی ثبت شده است. طبق اطلاعات ما، این اولین مورد آبسه اپی‌کاردیال به‌دلیل این ارگانیسم است. علاوه بر این، پس از انتقال بـــدون گزیدگی و در یک بیمار فاقد نقص ایمنی قابل‌توجه رخ داد. این مورد نشان می‌دهد که عفونت تهاجمیِ با پاستورلا مولتوسیدا می‌تواند در بیماران نسبتاً دارای سیستم ایمنی ضعیف رخ دهد و باید به‌عنوان یک پاتوژن بالقوه در نظر گرفته شـــود، حتی اگر قرار گرفتن در معرض سگ‌ها به قرار گرفتن در معرض بزاق این حیوانات محدود شود.

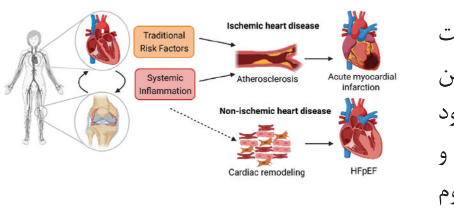
The American Journal of Medicine.
VOLUME 137, ISSUE 1, E3-E5, JANUARY 2024

بار قلبی– عروقی ارتریت روماتوئید– عواقبِ درمان

ادامه از صفحه آخر

یک مطالعه نشان می دهد که مرگ و میر، در ارتریت روماتوئید حدود دو برابرِ گروه کنترل در حال افزایش است و بیماری های قلبی- عروقی از علت اصلی آن می باشند. پاتوژنز بیماری در وهله اول اترواسکلروز تشدید شده شریان های کرونر، سرویکال و مغزی هستند که زودهنگام، فراگیر، و پیشرونده می باشند اما نهفته، تشخیص داده نشده و درمان نشده باقی می مانند. این شرایط عمدتاً به وسیله التهاب اتوایمون سیستمیک مزمن ایجاد می شود اما افزایش شیوع عوامل خطر مرسوم و اثرات مضر درمان ها نیز بسیار مهم می باشند. نشانگرهای التهابی، شدت بیماری، و مدت آن از شاخص های مهم و اصلی خطر قلبی- عروقی در ارتریت روماتوئید می باشند که به وسیله روش های معمول ناچیز شمرده میشوند. حفاظت قلبی- عروقی تا حد امکان به وسیله سرکوب زودهنگام و اولیه التهاب و فعالیت بیماری و تـــلاش برای حفظ بهبودی یا پایین ترین سطح فعالیت بیماری بهتر حاصل می شود (درمان برای هدف). دوم این که شناســـایی و مشخص کردن طیف کامل عوامل خطر مرسوم که اخیراً اغلب نادیده گرفته می شوند، ضروری است. از آنجایی که قرار گرفتن طولانی مدت در معرض داروهای گلوکوکورتیکوئید بیشتر از ۵ میلی گرم در روز ممکن است با وقایع قلبی-عروقی یا عوارض دیگر همراه باشد، درمان شدید تر و مخصوصاً مفید با متوتروکســـات در آغاز درمان باید از نظر زمان و دُز محدود باشد. یک شیوه چند شاخه در مطالعات آینده ممکن است پیامدهای قلبی – عروقی بیماران مبتلا به RA را بهبود دهد.





The American Journal of Medicine. VOLUME 136, ISSUE 12, P1143-1146, DECEMBER 2023

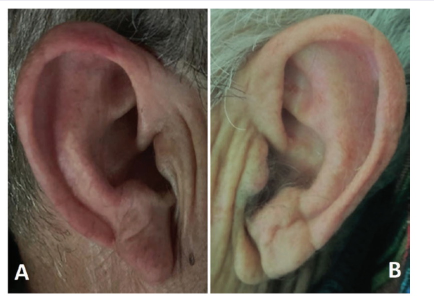
علامت فرانک و خطر قلبی عروقی

ادامه از صفحه آخر

بالاترین مقادیر خطر قلبی عروقی زمانی که چین کامل، دوطرفه و عمیق باشد، ثبت شده است و چین های جانبی دارند.

بیماری های قلبی عروقی با ۱۷,۹ میلیون مرگ در سال، که یک سوم آن در افراد کمتر از ۷۰ سال پیش از موعد به وقوع می پیوندد، علت اصلی مرگ و میر در سراســـر جهان اســـت. بیماری‌های قلبی عروقی نیز عوارض قابل‌توجهی را به همراه دارند، تا جایی که سال‌های از دست رفته زندگی این بیماران با ناتوانی در ۳۰ سال گذشته دو برابر شده است. بنابراین، برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر ترویج سبک زندگی سالم و کنترل عوامل خطر بالقوه قابل تعدیل، مورد توجه ویژه هستند.

محاسبه خطر قلبی عروقی شامل یک سری توابع ریاضی است که احتمال بروز یک دوره قلبی عروقی، بـــه ویژه حادثه حاد کرونری یا سکته مغزی را در یک دوره ثابت مشخص می کند. پرکاربردترین شاخص‌های پیش‌بینی خطر قلبی عروقی معادله فرامینگهام-اندرســـون، معادله ارزیابی خطر سیســـتماتیک کرونری (SCORE) و امتیاز خطر بیماری قلبی عروقی آترواسکلروتیک (ASCVD) است. اگرچه هدف ایده‌آل، توانایی تخمین خطر قلبی عروقی در همه بزرگسالان است، اما شناسایی شایع‌ترین علائـــم فیزیکی مرتبط با تصلب شـــرایین و بیماری‌های قلبی عروقی، مانند زانتلاسما، قوس قرنیه، آکانتوز نیگریکانس و چاقی مهم است. در سال ۱۹۷۳، ساندرز فرانک، متخصص ریه، چین مورب لاله گوش (نشانه فرانک) را توصیف کرد که از یک خط مورب تشکیل شده است و از تراگوس تا پینا (شـــکل، A، B) می باشد ودر برخی از بیماران با سابقه آنژین مشاهده شده اســـت. پکتوریس، تغییرات ایسکمیک الکتروکاردیوگرافی، یا بیماری عروق کرونراست . این یافته بلافاصلـــه در یک مطالعه بالینی منتشر شده در سال ۱۹۷۴ تکرار شد، که در آن یک ارتباط آماری معنادار و مستقل بین وجود چین مورب گوش و بیماری عروق کرونر، با شـــیوع ۴۷٪ در بیماران و ۳۰٪ در موارد کنترل ها مشاهده شد.



شکل: (A) چین مورب سطحی لاله گوش. (B) چین لبه گوش مورب عمیق.

از آن زمان، مطالعات متعدد تایید کرده‌اند که چین مورب گوش پیش‌بینی‌کننده مستقل بیماری‌های قلبی عروقی است و ارتباط نزدیکی با افزایش شیوع و شدت آن دارد. در اکثر مقالات منتشر شده، حساسیت چین مورب گوش به عنوان یک ابزار تشخیصی تصلب شرایین بالای ۷۵ درصد بود و ویژگی آن بیش از ۸۵ درصد بود. تنها تعداد کمی از محققین نتیجه گیری کردند که ارتباط بین چین های مورب گوش و تصلب شرایین به دلیل عوامل خطر آتروژنیک رایج مانند فشـــار خون بالا، مصرف دخانیات، چاقی، دیابت و کلسترول بالا است. با این حال، تجزیه و تحلیل هیستومورفولوژیک چین لاله گوش، توزیع مجدد بافت همبند و تراکم مویرگی ضعیف را نشـــان داد، که به ما امکان می دهد حدس بزنیم که می تواند نشـــان دهنده اولیه میکروآنژیوپاتی محیطی باشد.

تا به امروز، ما فقط ۳ مقاله در مجلات پیدا کرده‌ایم که رابطه بیـــن چین مورب گوش و شاخص‌های خطر قلبی عروقی را بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های چین مورد مطالعه قرار داده‌اند. هدف اصلی این مطالعه بررسی رابطه احتمالی چین لاله گوش و تغییرات تشریحی آن با خطر قلبی عروقی است.

هدف: این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل رابطه بین چین های مورب گوش و شـــاخص های اصلی خطر قلبی عروقی با توجه به تغییرات آناتومیکی چین انجام شد.

مواد و روش ها: گروه مورد مطالعه شامل ۱۰۵۰ بزرگسال ساکن اسپانیا بود. مشخصه های زیر در شرکت‌کنندگان تحت بررسی بود: سن، جنس، شاخص توده بدن، عادت سیگار کشیدن، فشار خون، قند خون، هموگلوبین گلیکوزیله، کلســـترول تام، LDL، HDL، و حوادث قلبی عروقی. خطر قلبی عروقی با استفاده از معادله فرامینگهام-اندرسون، معادله ارزیابی ریسک سیستماتیک کرونری و محاسبه‌گر امتیاز خطر بیماری‌های قلبی عروقی آترواسکلروتیک محاسبه شد. هر دو لاله گوش مورد بررسی قرار گرفتند و وجود چین مورب لاله گوش، طول و عمق آنها و وجود چین های جانبی را ثبت کردند. نتایج با اســـتفاده از آزمون های مجذور کای، تی استودنت، آنالیز واریانس Mann-Whitney یا Kruskal-Wallis مـــورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای استخراج عملکردهای خطر قلبی عروقی، یک اســـکریپت به زبان R ایجاد شد (https://cran.r-project.org/).

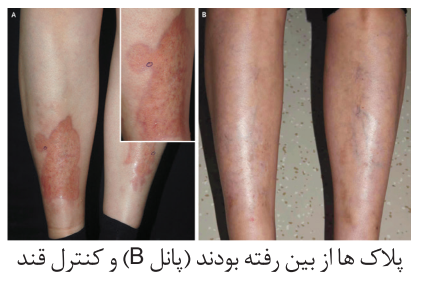
نتایج: خطر مرگ و میر قلبی عروقی تخمین زده شـــده در افرادی که چین مورب گوش را نشان می دادند به طور قابل توجهی بالاتر بود (P<۰/۰۰۱). با افزایش وجود چین، تعداد افراد با خطر متوسط، زیاد یا بسیار زیاد قلبی عروقی به طور قابل توجهی افزایش یافت (۲۳,۸٪ بدون چین، ۳۵,۶٪ چین هـــای یک طرفه، و ۵۸٪ دارای چین های دوطرفه؛ P>.۰۰۱). میانگین خطر قلبی عروقی تخمین زده شده برای افرادی با طولانی ترین و عمیق ترین چین های مورب گوش (به ترتیب ۰,۰۰۱ و P>) و با چین های جانبی (P> ۰/۰۰۱) به طور قابل توجهی بالاتر بود.

نتیجه گیری: چین مورب لاله گوش به طور مستقل با نمرات خطر قلبی عروقی بالاتر مرتبط است، به خصوص زمانی که چین کامل، دوطرفه، عمیق و دارای چین های جانبی باشد.

Lucía Fernández Ascariz, DDS, PhD. Berta Rivas Mundiña, DDS, PhD. Eliane García Mato, DDS
The American Journal of Medicine. VOLUME 137, ISSUE 1, P47-54, JANUARY 2024

نکروبیوز لیپویدیکا

خانم ۴۳ ساله ای با سابقه ۸ ساله لکه های زرد قهوه ای روی ســـاق پا به کلینیک پوست مراجعه کرد. ضایعات بدون علامت بودند و او تا زمانی که اندازه آنها بزرگ نشـــده بود به دنبال مراقبت از آنها نبود. او سابقه دیابت قندی، فشار خون بالا یا بیماری تیروئید نداشت. در معاینه فیزیکی، پلاک‌های زرد قهوه‌ای آتروفیک همراه با تلانژکتازی و مرزهای بنفش نامنظم در هر دو ساق پا (پانل A و قسمت داخلی) مشاهده شد. بیوپسی پوست ساق پای راست انجام شد. تجزیه و تحلیل هیستوپاتولوژیک، چندین لایه نکروبیوز در درم، ارتشاح سلول های التهابی اطراف عروقی، دژنراسیون کلاژن و یافته های سازگار با درماتیت گرانولوماتوز را نشـــان داد. تشخیص نکروبیوز لیپویدیکا داده شد. نکروبیوز لیپویدیکا یک اختلال پوستی گرانولوماتوز مزمن است که اغلب با دیابت همراه است و ممکن است قبل از ایجاد اختلال در کنترل گلوکز باشد. با این حال، این وضعیت در افراد بدون دیابت نیز دیده می شود، همانطور که در این بیمار رخ داد که نتایج آزمایش گلیسمی طبیعی داشـــتند. هیچ دستورالعمل مبتنی بر شواهدی برای درمان وجود ندارد و ضایعات اغلب خود به خود از بین می رونـــد. در این مورد، گلوکوکورتیکوئیدهای موضعی تجویز شد، اما بیمار پس از ۱ ماه به دلیل حداقل بهبود و نگرانی از عوارض جانبی، درمان را قطع کرد. در پیگیری که ۱۳ سال پس از ویزیت اولیه بیمار انجام شد، پلاک ها از بین رفته بودند (پانل B) و کنترل قند خون او نرمال باقی ماند.



N Engl J Med 2024; 390:70. January 4, 2024

بیمار با کاهش وزن «عالی» پس از جراحی چاقی

ادامه از صفحهٔ اول

داروهای او شامل مولتی ویتامین خوراکی، کلسیم، آهن و ویتامین B کمپلکس بود.

بیمار برای ارزیابی خستگی مداوم در مارس ۲۰۲۳ ارجاع شد. هیچ بی حسی، ریزش مو یا تغییر در طعم، و سرگیجه وضعیتی، حالت تهوع، درد شکم یا دوره سنکوپال وجود نداشت. مشخص شد که بیمار از ژوئن ۲۰۲۲ تمام داروهای خود را متوقف کرده است، اگرچه هیچ داروی سنتی یا بدون نسخه ای مصرف نکرده است. کاهش وزن قابل توجهی وجود داشت - وزن ۹۷,۳ کیلوگرم و شاخص توده بدنی ۳۰,۷ کیلوگرم بر متر مربع - که نشان دهنده کاهش وزن ۳۷,۶٪ بود. فشار خون ۱۲۲/۸۴ میلی متر جیوه و ضربان قلب ۸۲ ضربه در دقیقه بود. معاینه فیزیکی قابل توجه نبود - ویتیلیگو یا هیپرپیگمانتاسیون چین کف دست وجود نداشت.

بررسی ها، کم خونی همراه با کمبود آهن، فولات، روی و ویتامین D را نشان داد (جدول). ۸ صبح کورتیزول در ۱۳۳ نانومول در لیتر پایین بود ـ تست تحریک ۲۵۰ میکروگرم کوسینتروپین هیپوکورتیزولیسم را با حداکثر پاسخ کورتیزول ۳۶۷ نانومول در لیتر را تأیید کرد (جدول). هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک تا حد نرمالی پایین بود - مطابق با هیپوکورتیزولیسم ثانویه. MRI هیپوفیز، هیچ توده سلار یا سوپراسلار را نشان نداد و عملکرد تیروئید و تستوسترون تام، طبیعی بود (جدول).

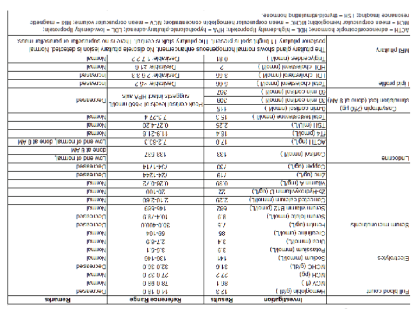


Table: Initial Investigations

به بیمار ۱۰ میلی گرم هیدروکورتیزون خوراکی هر روز صبح و ۵ میلی گرم هر روز بعد از ظهر داده شد. او همچنین مکمل های مولتی ویتامین، آهن، فولات، روی و ویتامین D را دوباره شروع کرد. در آخرین بررسی در آگوست ۲۰۲۳، بیمار از تمام داروهای خود پیروی کرده بود و علائم خستگی او برطرف شده بود.

هیپوکورتیزولیسم بدنبال جراحی چاقی بسیار نادر است - تا به امروز، فقط چند گزارش در مقالات وجود داشته است. هیپوکورتیزولیسم بدنبال انحراف بیلیوپانکراس گزارش شده است - مکانیسم پیشنهادی برای کاهش سنتز هورمون استروئیدی ثانویه به کمبود کلسترول ناشی از سوء جذب است. هیپوکورتیزولیسم در ۳ بیمار گزارش شد که به دنبال بای پس معده Roux-en-Y دچار سندرم هیپوگلیسمی پانکراتوژن غیرانسولینوما (NIPHS) شده بودند - همه آنها پس از درمان موفقیت آمیز NIPHS، هیپوکورتیزولیسم شان برطرف شد. این شرایط بالینی به وضوح با بیمار در این گزارش متفاوت بود.

تا آنجا که من می دانم، این بیمار اولین مورد گزارش شده در مقالات پزشکی است که به دنبال گاسترکتومی اسلیو ایزوله دچار هیپوکورتیزولیسم شده است. مکانیسم های زمینه ای باید روشن شوند. بر خلاف مورد فوق، سوء جذب قابل توجهی که منجر به کمبود هورمون استروئیدی می شود بعید است - در حمایت از این، سطح کلسترول به جای کاهش، افزایش یافت. عوارض بعد از عمل منجر به انفارکتوس هیپوفیز یا آدرنال نیز بعید بود و با شروع هیپوکورتیزولیسم بیش از ۲ سال پس از جراحی همخوانی نداشت.

مشاهده شده است که بیماران مبتلا به چاقی بیش از حد، فعال شدن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، در عین حال سطوح کورتیزول طبیعی متمایل به سمت پایین با عدم وجود ریتم طبیعی شبانه روزی دارند. این مورد با افزایش پاسخ به تحریک هورمون آزاد کننده کورتیکوتروپین و افزایش پاسخ پایه و تحریک شده به استرس در افراد مبتلا به چاقی شکمی پشتیبانی می شود. در این بیمار که پس از جراحی چاقی، کاهش وزن زیادی داشت، این مورد می‌توانست منجر به کاهش شدید فعال‌سازی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و در نتیجه هیپوکورتیزولیسم شود - به عبارت دیگر، کاهش وزن باعث کاهش وزن بیشتر می‌شود. سوال مرتبط بعدی، تعیین این است که آیا این هیپوکورتیزولیسم گذرا یا دائمی است — که تنها با پیگیری طولانی مدت قابل اثبات است.

به طور خلاصه، این اولین مورد گزارش شده از بیماری است که به دنبال گاسترکتومی اسلیو دچار هیپوکورتیزولیسم جدید شده است. این مورد، نیاز همه پزشکان به داشتن سطح بالایی از سوء ظن نسبت به هیپوکورتیزولیسم در بیمارانی که با علائم غیراختصاصی پس از جراحی چاقی، از جمله کاهش وزن غیرمنتظره - که در ابتدا ممکن است یک تغییر ”خوش آمد“ باشد را نشان می دهد.

Marvin Wei Jie Chua, MBBS (Singapore), MRCP (UK)
The American Journal of Medicine. VOLUME 137, ISSUE 1, E1-E2, JANUARY 2024

ارتباط شاخص گلیسمی و بار گلیسمی با دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و مرگ و میر

ادامه از صفحهٔ اول

مواد و روش‌ها: ما یک متاآنالیز از گروه‌های بزرگ (≤۱۰۰۰۰۰ شرکت‌کننده) که از کنسرسیوم ریچارد دال شناسایی شده‌اند، انجام دادیم. کتابخانه‌های کاکرین، PubMed، MEDLINE، Web of Science، Embase و Scopus را با هدف پیدا کردن گروه‌هایی جستوجو کردیم که ارتباط بین GI یا GL و عوارض مرتبط با بیماری‌های مزمن منتشر شده از آغاز پایگاه داده تا ۴ اوت ۲۰۲۳ بررسی کرده بودند. بررسی کامل مقاله‌ها و استخراج خلاصه نتایج داده‌ها توسط سه بازبین مستقل انجام شد. دیابت نوع ۲، همه بیماری‌های قلبی عروقی (شامل مرگ‌ومیر)، سرطان‌های مرتبط با دیابت (به‌عنوان مثال مثانه، پستان، روده بزرگ، آندومتر، کبد، پانکراس و لنفوم غیر هاجکین) و مرگ‌ومیر ناشی از همه علل پیامدهای اولیه بودند. با تنظیم فاکتورهای رژیم‌غذایی، مقایسه‌های بین پایین‌ترین و بالاترین مقادیر GI و GL را ارزیابی کردیم و با استفاده از یک مدل اثرات ثابت، تخمین‌های ریسک نسبی تنظیم‌شده (RR) آن‌ها را جمع‌آوری کردیم. همچنین ارتباط بین رژیم‌های غذایی سرشار از فیبر و غلات کامل و چهار پیامد اصلی را ارزیابی کردیم. پروتکل مطالعه با PROSPERO، CRD۴۲۰۲۳۳۹۴۶۸۹ ثبت شده است.

یافته‌ها: از بین ده گروه بزرگ و موثر در آینده (شش گروه از ایالات متحده، یک گروه از اروپا، دو گروه از آسیا، و یک گروه بین‌المللی)، در مجموع ۴۸ مورد را جهت مطالعه شناسایی کردیم که این موارد ارتباط بین GI یا GL و نتایج مورد نظر را گزارش می‌کردند: ۳۴ مورد (۷۱٪) در رابطه با سرطان‌های مختلف، ۹ مورد (۱۹٪) در رابطه با بیماری‌های قلبی عروقی، ۵ مورد (۱۰٪) در رابطه با دیابت نوع ۲ و سه مورد (۶٪) در رابطه با مرگ‌ومیر ناشی از همه علل. مصرف موادغذایی حاوی GI بالا با احتمال افزایش بروز دیابت نوع ۲ (۲۷۰۱; ۲۱۰۱-۳۴۰۱)، همه بیماری‌های قلبی عروقی (۱۵۰۱; ۱۱۰۱-۱۹۰۱)، سرطان‌های مرتبط با دیابت (۱.۰۵; ۱.۰۲-۱.۰۸) و مرگ و میر ناشی از همه علل (۱.۰۸; ۱.۰۵-۱.۱۲) همراه بود. ارتباط مشابهی بین GL بالا و دیابت (۱.۱۵; ۱.۰۹-۱.۲۱) و همه بیماری‌های قلبی عروقی (۱۵۰۱; ۲۰۰۱-۱۰۰۱) مشاهده شد. رژیم‌های غذایی سرشار از فیبر و غلات کامل و چهار پیامد اصلی مشابه با رژیم‌های غذایی حاوی GI پایین مرتبط بودند.

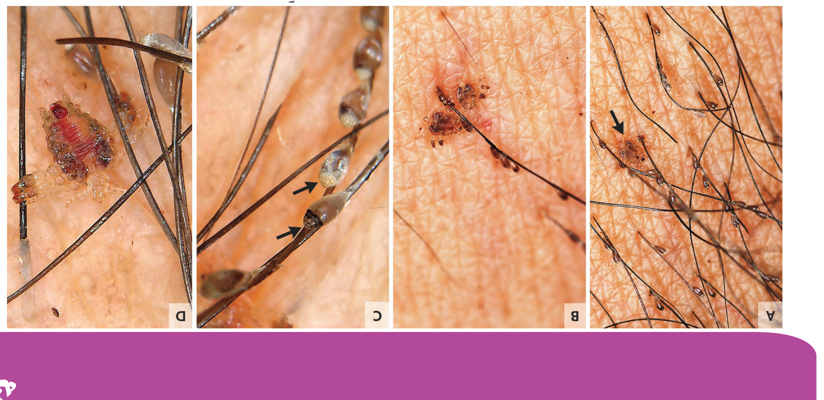
تفسیر: توصیه‌های غذایی جهت کاهش GI و GL تأثیراتی بر نتایج سلامتی خواهند داشت که با نتایج افزایش مصرف فیبر و غلات کامل مشابه هستند.

The Lancet Diabetes & Endocrinology. VOLUME 12, ISSUE 2, P107-118, FEBRUARY 2024

شپش عانه

ادامه از صفحهٔ اول

یک مرد ۵۹ ساله با سابقه ۴ هفته ای خارش شدید ناحیه پوبیس به بخش پوست مراجعه کرد. او ۱۶ هفته قبل از مراجعه با شریک زندگی جدیدش تماس جنسی داشت. در معاینه فیزیکی، تخم های کوچک قهوه ای شپش (شکل A) و شپش های خرچنگی شکل و متحرک (شکل A [پیکان] شکل B) متصل به تنه و قاعده موهای عانه دیده شدند. هیچ شپشی در جای دیگر بدن دیده نشد. معاینه درموسکوپی تخم های شپش را نشان داد که یک سرپوش یا، یک کلاهک در یک انتها داشتند (شکل C، پیکان) و شپش های شش پا خون می خورند (شکل D). تشخیص شپش عانه برای بیمار داده شد. شپش های عانه (Phthirus pubis) انگل هایی هستند که معمولاً از طریق تماس جنسی منتقل می شوند. چرخه زندگی ارگانیسم ها شامل مراحلی به صورت شپشک (یا تخم)، نوزاد، و شپش بالغ می باشد. یک شپش بالغ طی ۴۸ ساعت بدون تغذیه خون می میرد. درمان با داروی لیندان موضعی (تنها داروی موضعی موجود برای کشتن شپش ها) انجام شد. تست سیفلیس، عفونت HIV (ویروس نقص ایمنی انسان)، و سوزاک منفی بودند. به بیمار توصیه شد لباس‌ها و ملحفه های خود را با آب داغ بشوید و تا زمانی که درمان موفق آمیز شود از تماس جنسی اجتناب کند. یک هفته بعد از این که درمان وی کامل شد، خارش بیمار برطرف گردید.



N Engl J Med 2024; 390:e6. January 18, 2024

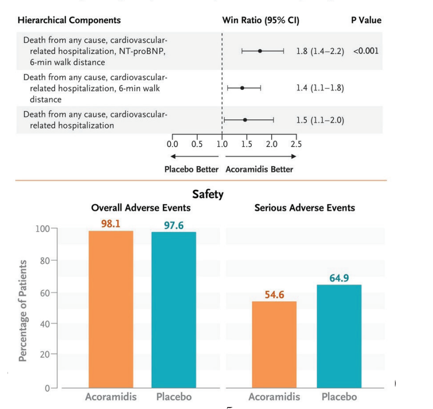
اثربخشی و ایمنی آکورامیدیس در کاردیومیوپاتی آمیلوئید ترانس تیرتین

ادامه از صفحه اول

تاخیر در تشخیص و اختلال در کیفیت زندگی شایع است.

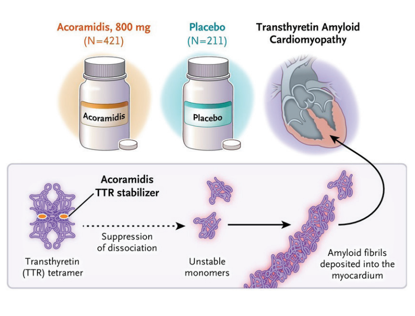
انواع بیماری‌زای TTR که بی‌ثباتی بیشتری را نشان می‌دهند با افزایش نفوذ، شروع زودتر بیماری و افزایش شدت بالینی مرتبط هستند. بنابراین، تثبیت TTR نشان دهنده یک استراتژی درمانی منطقی است که نشان داده شده است برای درمان کاردیومیوپاتی آمیلوئید ترانس تیرتین موثر است. در یک کارآزمایی فاز ۳، تافامیدیس با خطرات کمتر مرگ ناشی از هر علت و بستری شدن در بیمارستان مرتبط با قلب و عروق و نرخ کاهش کمتری نسبت به دارونما در ۳۰ ماه در فاصله ۶ دقیقه پیاده روی و نمره پرسشنامه خلاصه کلی کاردیومیوپاتی کانزاس سیتی همراه بود (KCCQ-OS). کاهش وابسته به دوز در مرگ و میر مرتبط با افزایش وابسته به دوز در تثبیت TTR در یک مطالعه طولانی مدت با میانگین پیگیری ۵۸ ماه گزارش شد. این داده ها از این مفهوم حمایت می کنند که تثبیت بیشتر TTR ممکن است با نتایج بالینی بهتر همراه باشد.

یک جهش نادر (T119M) در ژن کد کننده TTR منجر به گونه ای با تثبیت بهتر تترامر نسبت به نوع وحشی TTR به دلیل پیوند هیدروژنی منحصر به فرد، محافظت از هتروزیگوت های ترکیبی V30M از آمیلوئیدوز و افزایش سطح TTR می شود. نوع T119M همچنین ممکن است حوادث قلبی عروقی را کاهش دهد و بقا را در جمعیت عمومی طولانی کند. Acoramidis که AG10 نامیده می شود یک تثبیت کننده جدید TTR است که برای تقلید از عملکرد نوع T119M طراحی شده است. مطابق با طراحی منطقی خود، acoramidis به تثبیت تقریباً کامل type و در همه انواع آزمایش شده دست می یابد. در مقایسه با سایر تثبیت کننده های TTR که به خوبی مشخص شده اند (تفامیدیس، دیفلونیزال و تولکاپون)، آکورامیدیس قدرت بهبود یافته، میل ترکیبی، اشغال محل اتصال، ترمودینامیک اتصال، و تثبیت TTR را هنگامی که با تعدادی از تکنیک های کمی مورد سنجش قرار می گیرد، نشان داده است. تجزیه و تحلیل ساختاری توسط کریستالوگرافی اشعه ایکس کریستال‌های TTR با آکورامیدیس متصل به سایت‌های اتصال T4 آن اندازه‌گیری‌ها را تایید کرد. تثبیت کارآمدتر توسط acoramidis به حالت اتصال آنتالپیک آن (که شامل پیوند هیدروژنی تقلید از نوع T119M) در مقایسه با حالت اتصال عمدتا آنتروپیک (آب گریز) تافامیدیس و دیفلونیزال نسبت داده شد. در یافته‌هایی که با این داده‌ها سازگار بود، در یک مطالعه فاز ۲، ما تثبیت تقریباً کامل (بیش از ۹۰٪ در فاصله دوز) TTR نوع وحشی و نوع وحشی را با آکورامیدیس مشاهده کردیم. همچنین متعاقبا یک کارآزمایی فاز ۳ - کارآیی و ایمنی AG10 در افراد مبتلا به کاردیومیوپاتی آمیلوئید ترانس تیرتین (ATTRibute-CM) - برای ارزیابی آکورامیدیس در بیماران مبتلا به این بیماری انجام دادیم.



زمینه: کاردیومیوپاتی آمیلوئیدی ترانس تیرتین با رسوب نادرست ترانس تیرتین مونومر (TTR) در قلب مشخص می شود. آکورامیدیس یک تثبیت کننده TTR با میل ترکیبی بالا است که برای مهار تفکیک TTR تترامری عمل می کند و منجر به تثبیت بیش از ۹۰٪ در طول فاصله دوز می شود که در شرایط خارج از بدن اندازه گیری می شود.

مواد و روش ها: در این مرحله ۳، کارآزمایی دوسوکور، ما بیماران مبتلا به کاردیومیوپاتی آمیلوئیدی ترانس تیرتین را به طور تصادفی در نسبت ۲:۱ برای دریافت آکورامیدیس هیدروکلراید با دوز ۸۰۰ میلی گرم دو بار در روز یا دارونمای مشابه به مدت ۳۰ ماه قرار دادیم. اثربخشی در بیمارانی که نرخ فیلتراسیون گلومرولی تخمینی حداقل ۳۰ میلی‌لیتر در دقیقه در هر ۱,۷۳ متر مربع از سطح بدن داشتند، ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل سلسله مراتبی اولیه چهار مرحله ای شامل مرگ به هر دلیلی، بستری شدن در بیمارستان مربوط به قلب و عروق، تغییر از سطح پایه در سطح پپتید ناتریورتیک نوع پرو-B (NT-proBNP) از سطح پایه، و تغییر از سطح پایه در ۶ بود. فاصله دقیقه پیاده روی ما از روش Finkelstein-Schoenfeld برای مقایسه همه جفت‌های بالقوه بیماران در لایه‌ها برای تولید مقدار P استفاده کردیم. پیامدهای ثانویه کلیدی عبارت بودند از مرگ به هر علتی، مسافت ۶ دقیقه پیاده روی، امتیاز پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانزاس سیتی - خلاصه کلی، و سطح سرمی TTR.


Acoramidis, 800 mg
(N=421)
Placebo
(N=211)
Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy
Acoramidis
Placebo
Acoramidis
TTR stabilizer
Suppression of dissociation
Transthyretin (TTR) tetramer
Unstable monomers
Amyloid fibrils deposited into the myocardium

نتایج: در مجموع ۶۳۲ بیمار به صورت تصادفی انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل اولیه برتری آکورامیدیس را نسبت به دارونما نشان داد (P<۰/۰۰۱). نسبت برد متناظر ۱,۸ بود (۹۵٪ فاصله اطمینان ، ۱,۴ تا ۲,۲)، بابرتری ۶۳,۷٪ مقایسه‌های زوجی آکورامیدیس و ۳۵,۹٪ دارونما. در مجموع، مرگ به هر دلیل و بستری شدن در بیمارستان مربوط به قلب و عروق بیش از نیمی از بردها و باخت ها را به نسبت برد (۵۸٪ از همه مقایسه های زوجی) کمک کردند. مقایسه زوجی NT-proBNP بالاترین نسبت برد به باخت را به همراه داشت (۲۳,۳٪ در مقابل ۷,۰٪). بروز کلی عوارض جانبی در گروه آکورامیدیس و گروه دارونما مشابه بود (به ترتیب ۹۸,۱٪ و ۹۷,۶٪). عوارض جانبی جدی در ۵۴,۶٪ و ۶۴,۹٪ از بیماران گزارش شده است.

نتیجه گیری: در بیماران مبتلا به کاردیومیوپاتی آمیلوئیدی ترانس تیرتین، دریافت آکورامیدیس منجر به نتیجه سلسله مراتبی اولیه چهار مرحله ای بهتری نسبت به دارونما شد که شامل اجزای مرگ و میر، عوارض و عملکرد بود. عوارض جانبی در دو گروه مشابه بود.

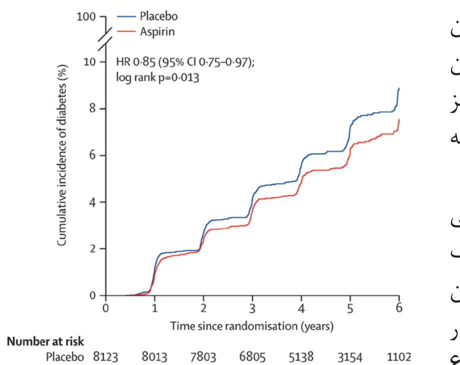
N Engl J Med 2024; 390:132-142. January 11, 2024

ارتباط مصرف دوز کم آسپرین به‌صورت روزانه و بروز دیابت نوع ۲ در افراد مسن سالم

ادامه از صفحه اول

التهاب در پاتوژنز دیابت نقش دارد. این مطالعه به بررسی اثر درمانی تصادفی آسپرین با دوز پایین بر بروز دیابت نوع ۲ و غلظت گلوکز پلاسما ناشتا (FPG) در میان سالمندان پرداخته است.

مواد و روش‌ها: ASPREE یک کارآزمایی دوسوکور و کنترل‌شده با دارونما از مصرف آسپرین خوراکی به‌صورت روزانه با دوز پایین بود. جمعیت مورد مطالعه شامل افراد ساکن در جامعه با سن ۷۰ سال یا بیشتر (بیش از ۶۵ سال برای گروه‌های قومی اقلیت ایالات متحده) در ایالات متحده و استرالیا بود که از بیماری‌های قلبی عروقی، ناتوانی جسمی محدود کننده استقلال، یا زوال عقل عاری بودند. برای تجزیه‌وتحلیل پس از انجام، شرکت‌کنندگان مبتلا به دیابت در ابتدا یا با داده‌های دیابت ناقص یا از دست رفته در طول پیگیری حذف شدند. شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی ۱:۱ به مصرف روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم آسپرین خوراکی با پوشش روده‌ای یا دارونما تقسیم شدند. در میان شرکت‌کنندگانی که در ابتدای کارآزمایی بدون دیابت در نظر گرفته می‌شدند، دیابت تصادفی به‌عنوان دیابت گزارش‌شده توسط خود فرد، شروع داروهای کاهش‌دهنده گلوکز یا FPG با غلظت ۷ میلی‌مول در لیتر یا بیشتر که در ارزیابی‌های سالانه مشخص می‌شد، تعریف شد. در این مطالعه از مدل‌های مخاطرات متناسب کاکس (Cox) و معیارهای تکراری مدل ترکیبی برای ارزیابی اثر آسپرین بر دیابت تصادفی و غلظت FPG در جمعیت با هدف درمان، استفاده شد. در این مطالعه خون‌ریزی عمده در شرکت‌کنندگانی که حداقل یک دوز دارو را مصرف کرده بودند، ارزیابی شد.



یافته‌ها: بین ۱۰ مارس ۲۰۱۰ و ۲۴ دسامبر ۲۰۱۴، در مجموع ۱۶۲۰۹ شرکت‌کننده مورد ارزیابی قرار گرفتند (۸۰۸۶ [۴۹,۹٪] به‌طور تصادفی به آسپرین و ۸۱۲۳ [۵۰,۱٪] به‌طور تصادفی به دارونما اختصاص داده شدند). در طول یک ارزیابی متوسط به‌مدت ۴,۷ سال (IQR 3.6-5.7)، ۹۹۵ (در ۶,۱٪ افراد) مورد دیابت نوع ۲ ثبت شد (۴۵۹ مورد در گروه آسپرین و ۵۳۶ مورد در گروه دارونما). در مقایسه با گروه دارونما، گروه آسپرین کاهش ۱۵ درصدی در زمینه خطر ابتلا به دیابت (۰,۸۵؛ ۰,۷۵ تا ۰,۹۷) داشتند و با سرعت آهسته‌تری دچار افزایش غلظت FPG در سال پنجم شدند (تفاوت بین گروهها ۰,۰۴۸- میلی‌مول در لیتر تخمین زده می‌شود؛ ۰,۰۷۹- تا ۰,۰۱۸-). خون‌ریزی عمده (خون‌ریزی عمده گوارشی، خون‌ریزی داخل جمجمه و خون‌ریزی بالینی قابل‌توجه در سایر نواحی بدن) در ۵۱۰ نفر (۳,۲٪) از ۱۶۱۰۴ شرکت‌کننده (۳۰۰ نفر [۳,۷٪] در گروه آسپرین و ۲۱۰ نفر [۲,۶٪] در گروه دارونما) رخ داد. در مقایسه با گروه دارونما، گروه آسپرین ۴۴ درصد افزایش خطر خون‌ریزی عمده داشتند (۱,۴۴؛ ۱,۲۱ تا ۱,۷۲).

Aspirin
200 tablets
100 mg each

تفسیر: درمان با آسپرین بروز دیابت نوع ۲ را کاهش داد و افزایش غلظت FPG را کاهش داد، اما خون‌ریزی عمده را در میان سالمندان ساکن جامعه افزایش داد. با توجه به افزایش شیوع دیابت نوع ۲ در میان افراد مسن، پتانسیل عوامل ضد التهابی مانند آسپرین جهت پیشگیری از بروز دیابت نوع ۲ یا بهبود سطح گلوکز، مستلزم مطالعات بیشتر به‌همراه ارزیابی جامع همه رویدادهای ایمنی بالقوه مورد علاقه است.

Prof Sophia Zoungas, PhD.. Andrea J Curtis, PhD. Prof Sara E Espinoza, MD The Lancet Diabetes & Endocrinology. VOLUME 12, ISSUE 2, P98-106, FEBRUARY 2024

لیستریا مونوسیتوژنز آرتریت سپتیک در یک بیمار دارای سیستم ایمنی توانمند

ادامه از صفحه آخر

آرتریت سپتیک لیستریا مونوسیتوژنز شایع نیست و معمولاً در مفاصل پروتز(مصنوعی) یا بیماران دچار نقص ایمنی ظاهر می شود. ما گزارش زنی با سیستم ایمنی سالم و مبتلا به آرتریت سپتیک لیستریا مفصل بومی را شرح می دهیم.

یک زن ۷۰ ساله ژاپنی با تشدید درد و تورم زانوی راست در طی ۲ هفته مراجعه کرد. او سابقه زانو درد طولانی مدت دوطرفه و تزریق داخل مفصلی زانو از یکماه پیش را گزارش کرد. همچنین تغییر دفع روده با مدفوع شل و کاهش وزن ۱۰ کیلوگرمی طی را یک ماه گزارش کرد.

دمای بدن او ۳۹ درجه سانتیگراد بود. دامنه حرکتی زانوی راست به علت احساس درد محدود شده بود. سایر نتایج معاینات فیزیکی او نکته قابل توجهی نداشت.

اشعه ایکس زانو، افیوزن مفصل فوق کشکک را نشان داد (شکل).

یک ضربه تشخیصی زانو ۱۰ میلی لیتر مایع چسبناک چرکی تولید کرد. رنگ آمیزی گرم هیچ موجودی را نشان نداد. در ابتدا درمان عود نقرس برای وی انجام شد.

کشت های هوازی مایع زانو پس از ۷۲ ساعت انکوباسیون، لیستریا مونوسیتوژنز حساس به پان را رشد دادند. درمان او با آمپی سیلین وریدی ۲ (IV) گرم هر ۴ ساعت و جنتامایسین وریدی ۱۲۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت شروع شد.

Table 1: Relevant Investigations

Investigation	Key Results
Inflammatory markers	Procalcitonin 0.89, C-reactive protein 82, total white cell count 17.10×10⁹cells/ L
Knee fluid analysis	46,800 cells/μL with 88% polymorphs
	Fluid protein 54g/L
	No crystals
	Gram stain: negative
Knee fluid aerobic culture	Listeria monocytogenes
	Antibiotic susceptibility: ampicillin, meropenem, penicillin, cotrimoxazole
Blood and urine cultures	No bacterial growth
Chest x-ray	No consolidation or pleural effusion
Computed tomography of abdomen and pelvis	Abnormal findings of gallstones with thickened gallbladder wall
Intraoperative deep synovial tissue cultures	No bacteria growth

جدول ۱: بررسی ها افزایش نشانگرهای التهابی را نشان دادند اما نتیجه کشت خون منفی بود.

Table 2: Cases of Native Listeria Septic Arthritis in Immunocompetent Patients

Report	Sex/ Age	Suggestive History	Co-morbidities	Joint	Gram Stain	Antibiotic Treatment	Duration
Breckenridge et al, 1980₁	M/66 years	-	Diabetes mellitus	Right ankle	Positive	IV cefoxitin	-
Mereghetti et al, 1998₂	M/89 years	Recent joint aspirate and intra-articular corticosteroid injection	Diabetes mellitus	Right knee	Positive	IV amoxycillin + IV TMP-SMZ, then PO TMP-SMZ	7 days 6 weeks
O'Driscoll, Nnadi, and McLauchlin, 1999₃	M/37 years	Graze to the same knee in a public pool	None	Left knee	Negative	IV benzyl-penicillin, then PO penicillin	10 days 5 days

IV = intravenous; PO = by mouth; TMP-SMZ = trimethoprim/sulfamethoxazole.

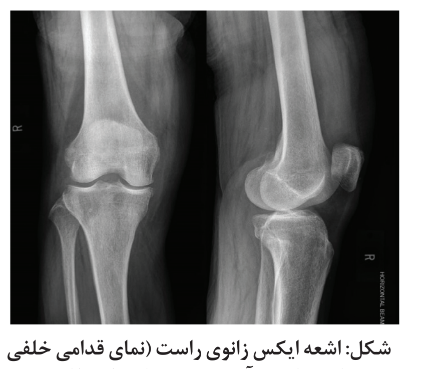
جدول ۲: علائم می‌تواند با بی‌حالی و واکنش های التهابی موضعی غیر اختصاصی باشد. رنگ آمیزی گرم درمایع آسپیره اولیه مفصل اغلب منفی است.

در روز پنجم، او تحت آرتروتومی و شستشوی زانوی راست به دلیل درد و تب مداوم قرار گرفت. در حین عمل، بافت عمیق سینوویال ناسالم دبرید شد. او ۲ هفته آمپی سیلین وریدی و ۱ هفته جنتامایسین وریدی و به دنبال آن ۲ هفته آموکسی سیلین خوراکی دریافت کرد. اما آموکسی سیلین بعد از ۱ هفته به دلیل اگزانتم دارویی قطع شد.علائم بهبود بالینی ۴۴ روز پس از عمل با بهبود زخم و دامنه حرکتی زانوی راست به ۵-۱۲۰ نشان داده شد.

بحث و نتیجه گیری

آرتریت سپتیک لیستریا در مفاصل طبیعی بیماران دارای ایمنی شایع نیست. به نظر می‌رسد دستکاری مفاصل (به عنوان مثال، تزریق داخل مفصلی) و ضربه از عوامل خطر هستند (جدول ۲).

درمان شامل آنتی بیوتیک های وریدی مناسب و شستشوی مفصل جراحی در صورت نیاز است. ترکیبی از آمپی سیلین و آمینوگلیکوزید به عنوان رژیم درمانی ترجیحی آنتی بیوتیک در نظر گرفته می شود. این انتخاب درمانی ما بود و از نظر بالینی کارآمد به نظر می‌رسد و بیمار ما به وضوح عملکرد سابق مفصل خود را بدست آورد.



شکل: اشعه ایکس زانوی راست (نمای قدامی خلفی و جانبی) استئوآرتریت تیبیوفمورال و افیوزن مفصل فوق کشکک را نشان می دهد.

The American Journal of Medicine. VOLUME 137, ISSUE 1, E12-E13, JANUARY 2024

فشرده شدن طناب نخاعی ناشی از خونسازی خارج مغز استخوان گسترده در پلی سیتمی ورا

ادامه از صفحه آخر

از زمان اولین گزارش منتشر شده در سال ۱۹۵۸ توسط Close و همکاران، چند گزارش از فشرده سازی نخاع به دلیل خون سازی خارج مدولاری در فضای اپیدورال نخاعی وجود داشته است.

در اینجا، ما بیمار ۶۲ ساله مذکر پلی سیتمی ورا را با درگیری گسترده سیستم عصبی مرکزی ناشی از خونسازی خارج مغز استخوان که بیشتر فضای اپیدورال قفسه سینه را تحت تاثیر قرار داده و منجر به فشرده سازی علامتی نخاع می شود، معرفی می کنیم. بیمار مبتلا به پلی سیتمی ورا (جهش یافته اگزون ۱۲ JAK2) در سن ۳۰ سالگی، تحت درمان با داروهای کاهش دهنده سلولی و ونکسیون (فلبوتومی) قرار گرفت و با سابقه ۳ ماهه ضعف پیشرونده در اندام تحتانی به بیمارستان ما مراجعه کرد.

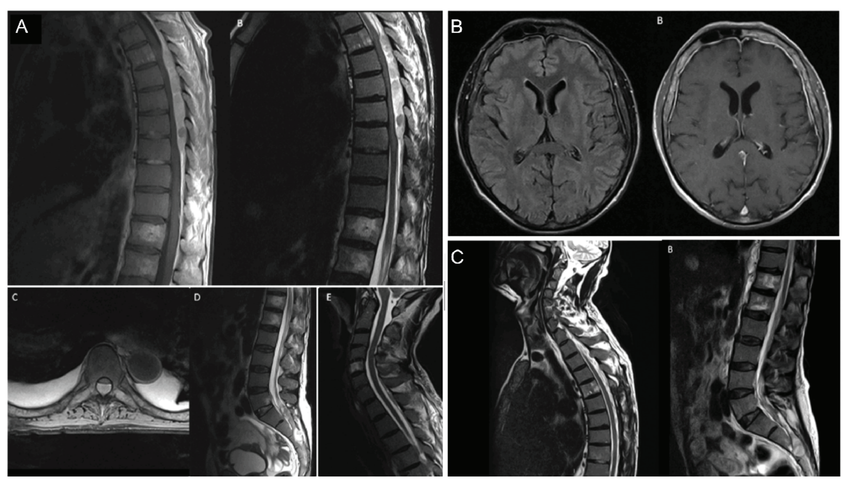
داده‌های آزمایشگاهی شامل تعداد گلبول های سفید $۷,۰۶/L \times ۱۰^{۹}$، تعداد پلاکت $۷۳/L \times ۱۰^{۹}$ و سطح هموگلوبین 13.1g / dl بود. پونکسیون کمری وجود بلاست‌های میلوئیدی (CD33+، CD13+، CD34+) را نشان داد و بیوپسی مغز استخوان متعاقب آن تکامل لوسمیک یا فیبروتیک را رد کرد. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی توده اپیدورال منتشر ستون فقرات را نشان داد که از T5 تا T10 گسترش یافته بود و با دررفتگی قدامی و فشرده سازی شدید نخاع همراه بود. توده جزئی دیگری در فضای اپیدورال کمری-خاجی و ضایعات متعدد مهره ای در سطوح T12-L1، T5، C5 و L5 نیز در تصویربرداری وجود داشت (شکل A). تصویربرداری رزونانس مغناطیسی مغز ضخیم شدن منتشر دو طرفه منتژ را نشان داد (شکل B).

به دلیل بدتر شدن ناگهانی پاراپارزی بیمار، لامینکتومی دکمپرسیو توراسیک از T5 تا T10 انجام شد. در حین عمل، یک تومور گوشتی رنگ در چربی اپیدورال ضخیم قرار داده شد. سخت شامه دست نخورده بود. بررسی بافت‌شناسی تشخیص خون‌سازی خارج مدولاری را تایید کرد و بافت خونساز را با رده‌های سلولی برجسته میلوئید، گرانولوسیت، اریتروئید و مگاکاریوسیت نشان داد.

پس از جراحی، وضعیت عصبی بیمار بلافاصله بهبود یافت. رادیوتراپی به ستون فقرات کمری با دوز کلی ۲۰ گری تحویل داده شد. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی پس از عمل، رفع فشار طناب نخاعی قفسه سینه و کاهش حجم تومور در فضای کمری-خاجی را تایید کرد(شکل C). شش ماه بعد، بیمار به دلیل میلوفیبروز ثانویه علامت دار پیشرفت کرد. او شروع به دریافت روکسولیتینیب کرد که هنوز با کنترل بیماری خوب تجویز می شود. پیگیری ماهانه رادیولوژیک توسط توموگرافی انتشار پوزیترون فلورین-۱۸-فلورودوکسی گلوکز کل بدن و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی مغز و ستون فقرات هیچ نشانه ای از عود خون سازی خارج مدولاری را تا به امروز نشان نداده است.

به طور خلاصه، خون سازی خارج مدولاری باید به عنوان یک امر ممکن و هرچند نادر، در صورت فشرده شدن نخاع در بیماران مبتلا به نئوپلاسم های میلوپرولیفراتیو مزمن در نظر گرفته شود. به دلیل تعداد محدود گزارش های منتشر شده، تشخیص و مدیریت به موقع همچنان چالش برانگیز است. در میان مواردی که قبلاً گزارش شده از فشرده شدن طناب نخاعی توسط خون سازی خارج مدولاری که پلی سیتمی ورا را پیچیده می کند، این اولین مورد با درگیری منتشر سیستم عصبی مرکزی است که دارای ضایعات جمجمه و نخاعی است. در موردی که در اینجا ارائه شد، استفاده کمکی اولیه از روکسولیتینیب نه تنها علائم مرتبط با میلوفیبروز را کنترل کرد، بلکه حتی ممکن است خطر عود خون‌سازی خارج مدولاری را کاهش دهد و استراتژی مدیریت بالقوه را برای بیماران مشابه در آینده برجسته کند.

Adelaide Valluzzi, MD. Julian S. Rechberger, MD. Francesca Palandri, MDThe American Journal of Medicine. VOLUME 137, ISSUE 1, E8-E9, JANUARY 2024

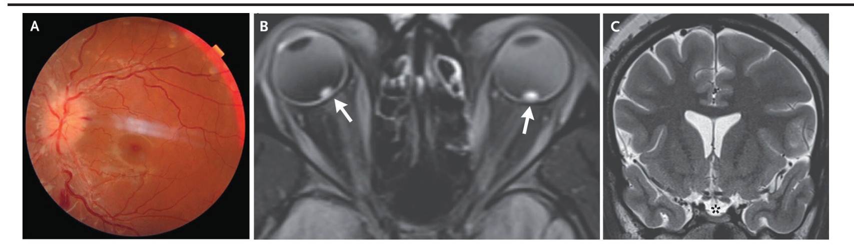


شکل: تصویربرداری رزونانس مغناطیسی از ستون فقرات (A) که توده های اپیدورال منتشر ستون فقرات ، ضایعات متعدد مهره ای و فشرده سازی شدید و دررفتگی قدامی نخاع را نشان می دهد. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی مغز (B) که ضخیم شدن منتژ پیشانی دو طرفه را نشان می دهد. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی گردنی– ستون فقرات و کمری-خاجی (C) پس از عمل و پرتودرمانی که کاهش فشار نخاع و کاهش اولیه ضایعه خارجی را نشان می‌دهد.

فشار خون داخل جمجمه ایدیوپاتیک

ادامه از صفحه آخر

خانمی ۲۵ ساله با چاقی شدید با سابقه ۱ هفته ای تاری دید،اختلال دید گذرا، سردردهای روزانه و صداهای همهمه به اورژانس مراجعه کرد. BMI (وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر) ۵۷ بود. در معاینه عصبی، تورم دیسک بینایی و خونریزی شبکیه در هر دو چشم (پانل A، چشم چپ) مشاهده شد. نتایج آزمایش میدان بینایی و اعصاب جمجمه نرمال بود. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی و ونوگرافی سر، گوی های خلفی مسطح با ارتفاع مشخص درعصب بینایی قسمت سری (پانل B، فلش)، Sella خالی (پانل C، ستاره)، و تنگی سینوس های عرضی بدون انسداد یا ترومبوز را نشان داد که حاکی از افزایش فشار مایع مغزی نخاعی بود. در لومبار پانکچرافزایش فشار باز شدن ۵۵ سانتی متر آب (محدوده مرجع، ۱۰ تا ۲۰) قابل توجه بود. نتایج آنالیز مایع مغزی نخاعی طبیعی بود. تشخیص فشار خون داخل جمجمه ایدیوپاتیک داده شد. فشار خون داخل جمجمه ایدیوپاتیک یک اختلال همراه با چاقی است که با علائم ناشی از افزایش فشار داخل جمجمه، از جمله سردرد، دوبینی، نقص میدان بینایی و tinitus ضربان دار ظاهر می شود. درمان با استازولامید با دوز بالا آغاز شد و مشاوره در مورد کاهش وزن ارائه شد. در یک ویزیت پیگیری ۱ ماهه، ادم پاپی بیمار کاهش یافته بود و درمان با استازولامید ادامه یافته بود.



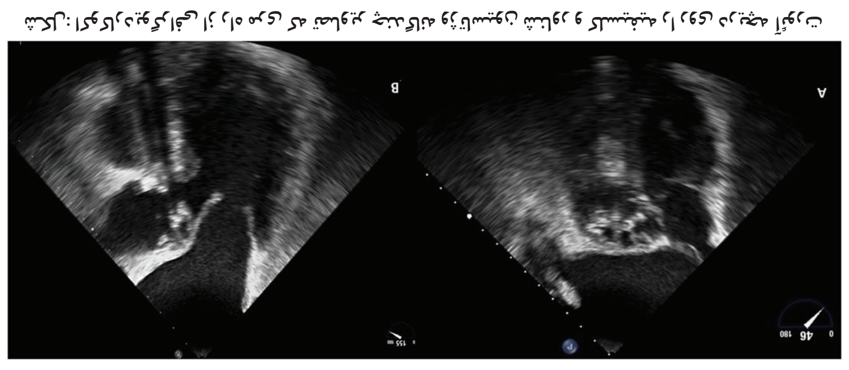
N Engl J Med 2023; 389:2467. December 28, 2023

پروتز بروسلار اندوکاردیت دریچه آئورت

ادامه از صفحه آخر

آقای ۵۶ ساله با شکایت اصلی تنگی نفس پیشرونده در کلینیک سرپایی قلب و عروق بستری شد. سابقه پزشکی قبلی شامل دیابت شیرین، فشار خون واقعی، بیماری عروق کرونر و همی پلژی چپ به دلیل حادثه عروقی مغز قابل توجه بود. او همچنین ۱۶ سال پیش تحت عمل تعویض دریچه آئورت مصنوعی قرار گرفت. اکوکاردیوگرافی از طریق مری تصاویر متعددی از وژتاسیون شناور و کلسیفیه را روی دریچه آئورت مصنوعی نشان داد که باعث اختلال عملکرد دریچه آئورت می شد (شکل). وی با تشخیص اولیه اندوکاردیت عفونی به کلینیک بستری عفونی مراجعه کرد. کشت خون گرفته شد و وانکومایسین ۲,۱ گرم، سفپیم ۳,۲ گرم و جنتامایسین ۱,۳۲۰ میلی گرم به صورت تجربی شروع شد. در روز ششم بستری، بروسلا ملیتنسیس در کشت خون رشد کرد، سپس درمان به داکسی سایکلین ۲,۱۰۰ میلی گرم خوراکی، ریفامپیسین ۱,۶۰۰ میلی گرم خوراکی و سفتریاکسون ۲,۲ گرم داخل وریدی تغییر یافت. ما تاریخچه مفصلی را بررسی کردیم که نشان داد او در گذشته ۳۰ سال در دامداری کار می کرد. تست رز بنگال مثبت و تست آگلوتیناسیون لوله رایت در تیتر ۱,۵۱۲۰ مثبت بود. این ۶ ماه قبل از پذیرش او انجام شد. متأسفانه در آن زمان درمان تب مالت دریافت نکرد. در پیگیری بیمار، داکسی سایکلین به دلیل شکایات اپی گاستر متوقف شد و سیپروفلوکساسین ۲,۴۰۰ میلی گرم داخل وریدی به درمان اضافه شد. او تحت نظارت دقیق قرار دارد تا احتمال تعویض دریچه آئورت وجود نداشته باشد.

بروسلوز یک بیماری مشترک بین انسان و دام است که می تواند هر قسمت از بدن انسان را درگیر کند. اندوکاردیت عفونی یک عارضه نادر بروسلوز است که می تواند منجر به عواقب کشنده شود. دریچه آئورت بیشترین آسیب را در اندوکاردیت بروسلار دارد. با گزارش این مورد، به خوانندگان یادآوری می کنیم که بروسلوز یک علت نادر اندوکاردیت دریچه آئورت در مناطق آندمیک است.



شکل: اکوکاردیوگرافی از راه مری که تصاویر چندگانه وژتاسیون شناور و کلسیفیه را روی دریچه آئورت مصنوعی نشان می‌دهد.

The American Journal of Medicine. VOLUME 136, ISSUE 12, E235-E236, DECEMBER 2023

لاکتوباسیل : دوست یا دشمن

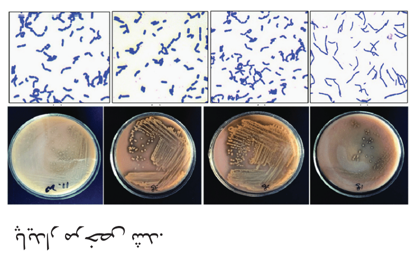
ادامه از صفحه آخر

معرفی مورد بیماری

بیمار ما یک آقای ۵۶ ساله با سابقه فشار خون است که در ۶ ماه قبلی دو بار به بیمارستان مراجعه کرده و پذیرش شده است. اولین بار با تنگی نفس مراجعه کرد و تحت اکوکاردیوگرام ترنس توراسیک (TTE) قرار گرفت که اسکروز آئورتی و اختلال عملکرد دیاستولیک را نشان داد و بعد از دیورز با نارسایی قلبی مرخص شد. کشت های خون بدست آمده رشد لاکتوباسیلوس پاراکازئی در۴/۴ بطری ها نشان دادند؛ البته کشت های مکرر منفی بودند و او داروهای آنتی بیوتیک نگرفته بود. بیمار مجدداً دو ماه بعد به خاطر اختلال تکلم مراجعه کرد و مشخص شد که یک سکته آمبولیک جدید بدون تغییرات TTE دارد و با درمان ضدپلاکت ترخیص شد.

بیمار سه ماه بعد با اختلال تکلم حاد مربوط به عود سکته مراجعه کرد. او تب نداشت و از نظر همودینامیکی بدون لوکوسیتوز پایدار بود؛ البته کشت های خون برای وجود لاکتوباسیلوس پاراکازئی در۴/۴ بطری قابل توجه بودند. مرور بررسی ها نشان داد که او یک سال قبل روزانه ماست پروبیوتیک به خاطر ابتلا به اسهال مصرف میکرده است اما اخیراً اسهال نداشت.

TTE فقط تنگی ائورتیک کلسیفیه را نشان داد، اگرچه اکوکاردیوگرام ترنس ازوفاژ (TEE) وژتاسیون دریچه آئورتی به میزان ۱.۲ میلی متر و ندول کلسیفیه به میزان ۹ میلی متر مربوط به وژتاسیون قدیمی را نشان داد که این شک را ایجاد می کند که سکته های مغزی قبلی و فعلی او آمبولیک ناشی از وژتاسیون دریچه ای می باشند. بیمار آمپی سیلین شروع کرد و کشت ها سریع پاک شدند و او برای تعویض دریچه ارجاع داده شد. حین عمل یک وژتاسیون روی دریچه آئورت مشخص شد. بافت دریچه باکتری های گرم مثبت روی رنگ آمیزی گرم را نشان داد که روی کشت رشد نکرده بودند؛ البته توالی دهی باکتریال برای لاکتوباسیلوس مثبت شدند. کشت های مکرر خون منفی بودند. بیمار با داروی آمپی سیلین به مدت یک دوره ۶ هفته ای با وضعیت پایدار مرخص شد.



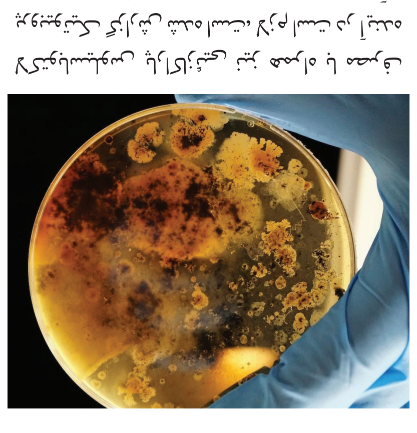
بحث

موارد اندوکاردیت لاکتوباسیلی نادر هستند و ≥۰.۴٪ همه موارد اندوکاردیت را نشان می دهند. افزایش موارد ثبت شده اندوکاردیت از سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۱ حدود ۲۳ مورد گزارش شده که با استفاده از پروبیوتیک همراه بوده است، اگرچه رابطه علت و معلولی ثابت نشده است. اندوکاردیت لاکتوباسیلوس پاراکازئی بی نهایت نادر می باشد و تا جایی که ما می دانیم تا امروز ۸ مورد ثبت شده است. با توجه به نادر بودن این عفونت و کمبود داده ها، این مورد چند نکته خاص برای یادگیری را مشخص می کند.

لاکتوباسیلوس اگر از کشت جدا شود اغلب غیرپاتوژنیک و یک میکروب آلوده در نظر گرفته می شود، در حالی که از ابتدا آنجا بوده است. این مورد مشخص می کند که باید پاتوژنیسیتی واقعی لاکتوباسیلوس جدا شده از کشت خون را در نظر گرفت، مخصوصاً اگر در مجموعه های متعدد و ابتلا زودهنگام به بیماریهای عفونی یافت شود.

لوکوسیتوز، تب، و علائم جسمانی از ویژگی های بالینی شایع موارد گزارش شده اندوکاردیت ناشی از لاکتوباسیلوس هستند. البته موردی که ما مثال زدیم نشـان می دهد که اندوکاردیت ناشی از لاکتوباسیلوس می تواند بدون علائم مشخص عفونت بالینی وجود داشته باشد و ممکن است به طور نهفته گسترش یابد و با پدیده آمبولی نمایان شود.

در آخر، اگرچه قطعی نیست اما فرض می شود که اندوکاردیت لاکتوباسیلی در بیمار ما به دلیل مصرف روزانه پروبیوتیک و پوسیدگی های متعدد دندان رخ داده است. پروبیوتیک ها به خاطر ایمنی توصیه شده شان و مزایایی که برای روده دارند مصرف می شوند؛ البته پاتوژنی سیتی پروبیوتیک ها به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. از آنجایی که موارد دیگری از اندوکاردیت لاکتوباسیلوس پاراکازئی نیز همراه با مصرف پروبیوتیک گزارش شده است، لازم است در آینده در خصوص رابطه علت و معلولی احتمالی آن تحقیق شود.



نتیجه گیری

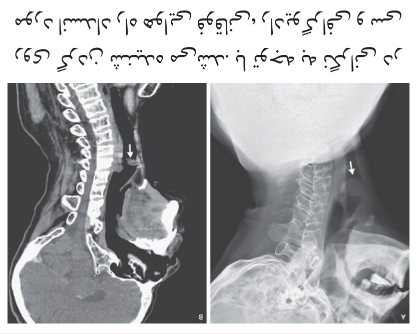
این مورد بیماری ماهیت پاتوژنیک بالقوه لاکتوباسیلوس، یک ارگانیسم معمولاً خوش خیم را به عنوان عاملی مشخص می کند که می تواند عفونت های شدید ایجاد کند. سابقه عمل ها، رژیم غذایی، و مصرف پروبیوتیک باید در این بیماران مشخص شود. توجه دقیق به بیماری مهاجم هشدار داده می شود، حتی در بیمارانی که ایمنی کافی بدون علائم ظاهری عفونت دارند.

Mary Rochelle Smith, MD, MPH. Rainy Zhang, MD. Manoj Ray, MD, FACP, FIDSA, CTropMedThe American Journal of Medicine. VOLUME 137, ISSUE 1, E10-E11, JANUARY 2024

پولیپ تارهای صوتی و انسداد راه هوایی

ادامه از صفحه آخر

مردی ۶۹ ساله با سابقه ۲ هفته ای تنگی نفس پیشرونده و متناوب که در حالت دراز کشیدن بدتر میشد به اورژانس مراجعه کرد. وی همچنین سابقه ۲ سال گرفتگی صدا و ۳۰ بسته در سال سیگار کشیدن را گزارش کرد. او در یک کارخانه پر سر و صدا کار می کرد و مرتب فریاد می زد تا بتواند با همکارانش ارتباط برقرار کند. در معاینه فیزیکی، صداهای تنفسی طبیعی و خس‌خس‌های بلند بازدمی وجود داشت که به بهترین شکل از روی گردن شنیده می‌شد. با توجه به نگرانی در مورد انسداد راه هوایی فوقانی، رادیوگرافی و سی تی گردن انجام شد که هر دو توده ای را نشان دادند که باعث انسداد جزئی راه هوایی فوقانی می شد (به ترتیب پانل های A و B، فلش). برونکوسکوپی متعاقبا انجام شد، که طی آن مشخص شد که یک پولیپ بزرگ تار صوتی باعث انسداد متناوب راه هوایی به شکل دریچه توپی در طول بازدم می‌شود. پولیپ تارهای صوتی معمولاً با گرفتگی صدا ظاهر می شود. چنین پولیپ‌هایی در نتیجه تحریک مزمن تارهای صوتی مانند سیگار کشیدن، ریفلاکس یا فشار صوتی ایجاد می‌شوند. بلافاصله پس از پلیپکتومی برونکوسکوپی، تنگی نفس بیمار برطرف شد. تجزیه و تحلیل هیستوپاتولوژیک نشان داد که ضایعه یک پولیپ خوش خیم تار صوتی است. در پیگیری یک ماهه صدایش به حالت عادی برگشته بود. مشاوره در مورد ترک سیگار و پرهیز از فشار صوتی داده شد.



N Engl J Med 2024; 390:e4. January 11, 2024