



الفبای ایدز

« قسمت چهارم »

تومورها

فرصت طلب هستند. سارکوماهای کاپوزی و لنفوماهای با درجه بدخیمی زیاد در بیماران مبتلا به ایدز اتفاق میافتد و در حال حاضر وجود تومور در فردی که از نظر سرم‌شناسی دارای HIV مثبت است جهت تشخیص ایدز معیار تعیین

بیماران مبتلا به ایدز بیشتر در معرض خطر ابتلاء به بعضی از تومورهای بدخیم و عفونتهای

* گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

کننده‌ای است. شیوع کارسینومای تفلسی دهان و کارسینومای کلوآکوژنیک مقعد اخیراً در مردان همجنس‌باز دیده شده است، که بعضی از آنها از نظر آنتی‌بادی HIV مثبت هستند، ولی با وجود این هنوز ارتباط بین کارسینومای تفلسی با سندروم ایدز کاملاً مشخص نشده است.

سارکوما کاپوزی (Kaposi's Sarcoma): تقریباً در سال ۱۹۸۰ قبل از تشخیص بیماری ایدز، سارکوما کاپوزی در یکی از مراکز بالینی مربوطه دیده شد. شایعترین شکل ظهور بیماری که گاهی شکل کلاسیک بیماری به آن اطلاق میشود بصورت تومور عروقی چند کانونی بوده که بیشتر در ساق پای بیماران مسن دیده میشود. شیوع آن در مردان نسبت به زنان $\frac{۱}{۱۰}$ بوده و معمولاً یهودیان و افرادی که اصل و نسبشان از اروپای شرقی بودند دچار میشوند. دوره بیماری آهسته و طولانی بوده و بیماران اغلب در سن پیری و در نتیجه بیماری غیر از آن مورد می‌مردند.

در افریقا بخصوص در قسمتهای جنوبی صحرای افریقا، سارکوما کاپوزی چند سال بطور آندمیک وجود داشته است. علاوه بر یک شکل از بیماری که در مردان یهودی سالمند دیده میشود و نوعی دیگر که غالباً گرههای لنفاوی کودک کان و نوجوانان را گرفتار می‌سازد، انواع دیگری نیز وجود دارد که بالغین جوان را دچار ساخته و دارای یک دوره تهاجمی است و خصوصیات مشترک زیادی با سارکوما کاپوزی وابسته به ایدز دارد. سارکوما

کاپوزی وابسته به ایدز در حال حاضر در بسیاری از قسمتهای افریقا وجود دارد. سومین نوع سارکوما کاپوزی که ارتباطی با ایدز ندارد در بیمارانی دیده میشود که تحت درمان با

متداولترین شکل سارکوما کاپوزی که در حال حاضر در انگلستان وجود دارد نوعی است که با ایدز همراه بوده و بخصوص مردان جوان همجنس‌باز را بیشتر گرفتار می‌سازد.

داروهای وقفه دهنده سیستم ایمنی هستند (بخصوص آنهاییکه پیوند کلیه انجام داده‌اند)، در این گروه هر دو جنس زن و مرد بطور مساوی مبتلا شده و بعد از قطع داروهای وقفه دهنده سیستم ایمنی تومورها ممکن است فروکش کنند.

متداولترین شکل سارکوما کاپوزی که در حال حاضر در انگلستان وجود دارد نوعی است که با ایدز همراه بوده و بخصوص مردان جوان همجنس‌باز را بیشتر گرفتار می‌سازد ($\frac{۱}{۴}$ تا $\frac{۱}{۳}$ تمام بیماران همجنس‌باز مبتلا به ایدز، به سارکوما کاپوزی دچار میشوند). سارکوما کاپوزی در سایر گروههایی که شانس ابتلاء به بیماری ایدز را دارند (از جمله معتادان به تزریق داروها از راه وریدی) شیوع کمتری دارد و ضایعات معمولاً قبل از بوجود آمدن عفونتهای فرصت طلب توسعه می‌یابند.

مناظر بالینی:

ضایعات سارکوما کاپوزی در بیماران

مبتلا به ایدز معمولاً متعدد بوده و اغلب سریعاً پیشرفت میکنند و عملاً همانطوریکه اعضاء داخلی را تحت تأثیر قرار میدهند ممکن است هر ناحیه‌ای از پوست را نیز گرفتار سازند. تومورها اغلب بصورت صفحات کوچک و برنگ بنفش یا قرمز تیره ظاهر گشته و در عرض چند هفته تا چند ماه بصورت پلاکها و گرههای سفت بدون درد پیشرفت میکنند. اگرچه تومور ممکن است مطابق آنچه در شکل کلاسیک سار کومای کاپوزی دیده میشود ساق پاها را تحت تأثیر قرار دهد، اما ضایعات روی تنه، بازوها و صورت نیز خیلی شایع هستند. ضایعات توموری روی تنه (معمولاً شکل کشیده داشته و در امتداد خطوط روی پوست قرار میگیرند) و ضایعات روی کام از تظاهرات اولیه بیماری هستند.

گروههای بالینی بیماران مبتلا به سار کومای کاپوزی
۱- کلاسیک: افراد مسن. بیشتر جنس مذکر، یهودیان و مردمان اروپای شرقی
۲- افریقائی: گروههای مختلف
۳- بیماران تحت درمان با داروهای ایمنوسوپرسیو
۴- وابسته به ایدز

وقتی سار کومای کاپوزی، پاها یا بعضی نواحی صورت را فرا میگیرد، خیز نسجی شایع است (بخصوص در ناحیه اطراف چشم). در بیشتر بیماران مبتلا به سار کوم کاپوزی بعضی اعضاء بدن مانند لوله گوارش و ریتین نیز گرفتار میشوند. دوره بیماری متغیر است و ضایعات تازه بسرعت در عرض چندماه توسعه مییابند، معذالک این دوره تهاجمی در یک نسبت معینی از بیماران دیده میشود و سار کومای کاپوزی در بیماران مبتلا به ایدز، بندرت ممکن است عامل اولیه مرگ باشد.

مختلف جلدی و داخلی بدن مانند سایر اشکال شایع سرطان توسط گسترش خونی و لنفاوی قابل توجه نمیشد. اگرچه سار کومای کاپوزی یک تومور عروقی است ولی بر روی سلولهای منشاء آن هنوز بحث نشده است. قبلاً تصور میشد که این تومور اصولاً منشاء عروقی خونی دارد، ولی مطالعات جدید با آنتیبادیهای مونو کلونال و سایر روشها با سلولهای نشاندار این گمان را برانگیخته است که حداقل بعضی از آنها از آنژیوتلیوم لنفاوی منشاء میگیرند. تظاهرات بافت شناسی موضعی ضایعات جلدی اولیه آنقدر ناچیز هستند که ممکن است وجود آنها تشخیص داده نشوند. فضاهای نامنظم و کشیده در پوست گاهی همراه با افزایش جزئی در سلولهای التهابی مزمن (خصوصاً سلولهای پلازما) و مقادیری رسوب هموسیدرین ظاهر میگردند. ضایعات سار کومای کاپوزی وابسته

آسیب شناسی
عموماً پذیرفته شده است که سار کومای

به ایدز در مرحله بهم پیوستگی و پهن شدن بخصوص ممکن است از ارتباط تعدادی از این فضاهاى بهم پیوسته که منظره ناهمواری نیز دارند بوجود آمده باشد. البته در این مرحله

میرسد برای دادن نقشس بیماریزائی به چنین ویروسها بهترین شرایط را فراهم میکنند.

درمان:

در اکثر بیماران، سار کوماى کاپوزی هرگز زندگی بیماران را به مخاطره نمی اندازد و پیش آگهی بیماری از روی نارسائی سیستم ایمنی مشخص میگردد که معمولاً توسط این عامل بیماران از پای درمی آیند. استثنائاً ممکن است بیماران دچار بیماریهای ریوی و داخل شکمی وسیع بشوند که در این موقع خونریزی از سار کوماى کاپوزی میتواند برای زندگی بیمار مخاطره انگیز باشد. البته درمان بایستی بسته به شکل بیماری صورت گیرد. ندولهای موضعی سار کوماى کاپوزی را که در حال رشد و بزرگ شدن بوده و از نظر ظاهری زشت و ناراحت کننده اند ممکن است با یکبار اشعه درمانی بمقدار (۸۰۰ cGy در ۱۰۰ Kv) معالجه نمود و اگر بهبودی حاصل نشد درمان را تکرار کرد. خیز وسیع که بویژه در صورت و اطراف چشم ظاهر میگردد ممکن است بوسیله اشعه درمانی دور چشم تحت معالجه قرار گیرد. ضایعات زخمی کام ممکن است با اشعه درمانی با ولتاژ خیلی بالا درمان شوند. اشعه باعث از بین رفتن ضایعات خونریزی کننده بخصوص روی پا، آلت تناسلی و کام گشته و از بروز عفونتهای خطرناک در افرادی که در تماس با این موارد هستند جلوگیری میکند. شیمی درمانی داخل ضایعات (با استفاده از وین بلاستین) نیز توصیه میشود، اما از آنجهت که روشی دردناک است و

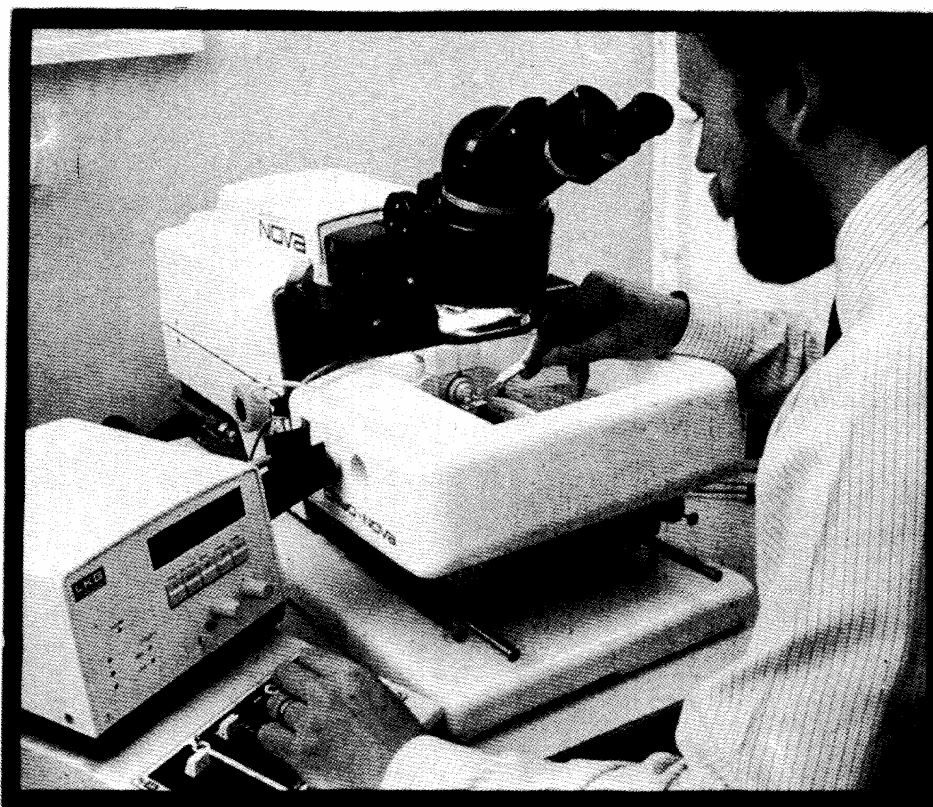
در اکثر بیماران، سار کوماى کاپوزی هرگز زندگی بیماران را به مخاطره نمی اندازد و پیش آگهی بیماری از روی نارسائی سیستم ایمنی مشخص میگردد که معمولاً توسط این عامل بیماران از پای درمی آیند.

شواهد کمی مبنی بر وجود سلولهای تو مرال وجود دارد (این حالت را اصطلاحاً سار کوماى کاپوزی شبه لنفانژیوم نامیده اند). در مراحل پیشرفته تر ضایعات در تمام انواع کاپوزی، نمای بافت و آسیب شناسی مشخص تری دارند. در پوست سلولهای دوکی شکل بصورت توده های تجمع یافته دیده میشوند که در بین آنها گلبولهای قرمز همراه با رسوب رنگدانه های خونی در نسوج وجود دارد. درجه جواب سلولهای التهابی مزمن میزبان متفاوت است. همانطور که درجه آتیبی سلولهای سرطانی در افراد مختلف فرق میکند. آنابلازی اعلام شده سلولهای توموری که همراه با اشکال میتوتیک متعدد و غیر طبیعی است پیش از آنکه یک قاعده کلی باشد يك استثناء است.

عامل اصلی سار کوماى کاپوزی هنوز شناخته نشده و مورد بحث است. اگر چه در بافت سار کوماى کاپوزی ذرات ویروسی (خصوصاً سیتومگالو ویروس) پیدا شده است که بنظر

ملاحظه خواهد بود. در بیشتر بیماران بعثت بروز تب و لرز و بدحالی از مقدار ایده آل و مناسب دارو بایستی کاسته شود. وقتی که بنظر میرسد خطر قریب الوقوع نقص سیستم ایمنی وجود ندارد، شیمی درمانی سیتوتوکسیک میتواند انجام شود. بیماران به شیمی درمانی با یک دارو یا

نتایج مشابه درمان با اشعه X با ولتاژ کم میباشد، از اهمیت کمتری برخوردار است. سارکومای کاپوزی سریعاً پیشرونده باعث بروز علائمی میگردد که ممکن است با شیمی درمانی یا ایمونوتراپی تحت معالجه قرار گیرد. مزیت ایمونوتراپی توسط اینترفرون آنست که بنظر



مخلوطی از داروها جواب می دهند. اتوپوزاید (Etoposide, vp-16) و وین بلاستین داروهایی هستند که بیشتر از همه برای شیمی درمانی هر یک به تنهایی بکار رفته اند. میزان پاسخ به شیمی درمانی مخلوط هم حدود ۳۰-۸۰٪ است. بطور کلی بهبودیهای حاصل

نمیرسد موجب تشدید نارسائی سیستم ایمنی گردد. همچنین ادعا میشود که در برخی از بیماران در طول درمان با اینترفرون، عفونتهای فرصت طلب کمتر گسترش میابند. بهر حال استفاده از مقادیر زیاد اینترفرون لازم است و در اینصورت عوارض جانبی آن نیز قابل

از شیمی درمانی موقت و ناقص بوده‌اند.

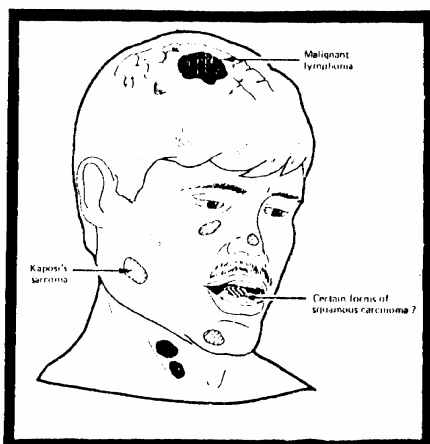
لنفومای بدخیم:

بلافاصله بعد از بروز بیماری ایدز، گزارشات مربوط به تشخیص لنفومای سلولهای B که معمولاً درجه بدخیمی بالائی هم داشتند، در مردان همجنس‌باز افزایش پیدا کرد. در بسیاری از این بیماران، آزمایشات سرولوژیکی، ابتلاء آنها را به عفونت HIV تأیید میکرد. در حال حاضر بعد از سار کوماى کاپوزی، لنفومای بدخیم شایعترین تومور بدخیمی است که در بیماران مبتلا به ایدز ظاهر میگردد. این عارضه هم مانند سار کوماى کاپوزی، همجنس‌بازان مرد را بیشتر از سایر گروههای در معرض خطر بیماری ایدز مثل بیماران هموفیل و مصرف کنندگان نابجای داروهای تزریقی (از راه ورید) گرفتار میسازد.

مناظر بالینی:

در مردان همجنس‌باز جوان (سن متوسط ۳۷ سال)، انفیلتراسیون سلولهای لنفاوی خارج گره‌ای بخصوص در سیستم عصبی مرکزی، مغز استخوان، لوله گوارش (شامل مقعد نیز میشود) و مناطق جلدی مخاطی دیده میشود. ابتلاء گرههای لنفاوی نیز اتفاق میافتد ولی شیوع زیادی ندارد. لنفوما وقتی مشخص میشود که بیک مرحله پیشرفته‌ای رسیده باشد، و علائم B (B Symptoms) مانند تب و کاهش وزن بطور مکرر دیده شوند. حدود نیمی

از بیماران مبتلا با این تومور قبلاً به عفونتهای فرصت طلب دچار شده‌اند. تشخیص افتراقی لنفومای بدخیم این بیماران بیشتر به محل ابتلاء بستگی دارد. بیماری گرههای لنفاوی بایستی از



لنفادنوپاتی پایدار و عمومی تشخیص داده شود. همچنین لنفومای سیستم اعصاب مرکزی، با بدقت از اکثر عفونتهای همراه با ایدز (مانند زوال عقلی) که ممکن است با علائم عصبی همراه باشند فرق گذاشته شود. پیش‌آگهی لنفومای بدخیم همراه با ایدز مبهم و مأیوس کننده است بطوریکه بعد از شیمی درمانی، میزان عود بیماری بالا بوده و میانگین طول عمر بیماران کمتر از یکسال خواهد بود.

آسیب شناسی:

اگرچه انواع مختلفی از لنفومای بدخیم (شامل بیماری هوچکین) در بیماران با HIV مثبت معرفی گردیده است، ولی با وجود این

اکثر لنفومای وابسته به ایدز بصورت لنفومای خارج گره‌ای پیشرفته با سلولهای B میباشند. طبقه‌بندی دقیق خصوصیات بافت‌شناسی آنها ممکن است مشکل باشد، اما معمولاً بصورت لنفومای ای-مونوبلاستیک، لنفومای سنتروبلاستیک یا سنتروسیتیک / سنتروبلاستیک، لنفومای لنفوبلاستیک یا لنفومای شبه بور کیت گزارش شده است. در مطالعات سیتوژنتیک، جایگاهی کروموزومی در بعضی از لنفومای شبه بور کیت مشاهده شده است. ارتباط بین لنفوآدنوپاتی پایدار و عمومی با لنفومای همراه با ایدز مشخص نیست و تنها عده کمی از بیماران با لنفوآدنوپاتی عمومی بطرف لنفومای خارج گره‌ای پیشرفت میکنند.

درمان:

بعلت همراه بودن آن با نقص سیستم ایمنی و ظهور مکرر عفونت‌های فرصت‌طلب، درمان لنفومای وابسته به ایدز مشکل است. در رژیمهای شیمی درمانی، کاربرد چند دارو از راه وریدی (مانند سیکلوفسفامید + دوکسوروبیسین + وینکریستین + پردنیزولون یا متوترکسات + بلئومایسین + آکیتینومایسین D + سیکلوفسفامید + وینکریستین + پردنیزولون) منجر به بهبودی کامل بیماری در شروع درمان میگردد، اما میزان عود بیماری زیاد بوده و پاسخ به شیمی درمانی بعدی ناچیز است.

شیمی درمانی:

بعلت شیوع ابتلاء سیستم اعصاب مرکزی،

درمان از طریق پرتودرمانی به سیستم اعصاب مرکزی و شیمی‌درمانی بداخل نخاع شوکی باید صورت گیرد. اگرچه بر اثر این نوع معالجه مواردی از بهبودی طولانی مدت دیده شده است ولی رویهمرفته بطور متوسط زمانی که بیماران زنده میمانند کوتاه بوده و کمتر از یک سال میباشند. بیشتر بیماران بعلت لنفوما میمیرند برخی دیگر بسبب عفونت‌های فرصت‌طلب از پا درمی‌آیند. اگر علائم لنفوما قبل از عفونت‌های فرصت‌طلب ایدز ظاهر گردد، بهتر است بیماران سریعاً با رژیم درمانی سیتوتوکسیک تحت معالجه قرار گیرند، اما اگر بیمار حملات عفونی عودکننده داشته باشد، معالجات شیمی‌درمانی، اغلب مختصر یا اصلاً حذف میشوند. در صورت مشاهده موارد نادر لنفومای خفیف باید با روشهای محافظه‌کارانه مورد درمان قرار گیرند.

ایدز و ریه

معمولاً در ایدز ریتین بطور شایع تحت تأثیر قرار گرفته و تقریباً نیمی از عوارض

عفونت‌های فرصت‌طلب
عفونت‌های غیر فرصت‌طلب
اختلالات غیر عفونی

شروع بیماری در این ناحیه بروز میکنند. بهمان اندازه که عده بیماران افزایش مییابد کار پزشکان عمومی و متخصصین ریه نیز سنگین

میشود. تظاهرات ریوی شامل عفونتهای فرصت طلب و غیر فرصت طلب و همچنین سایر اختلالات غیر عفونی ریه نیز میشود. خصوصیات بالینی و درمانی این اختلالات با توجه به وفور آنها در این بخش بیان میشوند.

ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینی (Pneumocystis carinii pneumonia)

این ذات‌الریه ۸۵٪ از عفونتهای ریوی رادر بیماری ایدز تشکیل میدهد. بیماران عموماً از یک سابقه طولانی (حدود ۶-۸ هفته) اشکال در تنفس (کوتاهی و تندی تنفس) و سرفه‌های خشک شکایت میکنند. یک علامت شایع در آنها عدم توانائی در تنفس عمیق است. درجه حرارت بدن تقریباً ثابت است. اما ندرتاً بیماران از تب بالا شکایت می‌کنند.

درمان با داروی کوتریمو کسازول بمقدار ۲۰ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز که به نسبت $\frac{1}{25}$ در سرم نمکی ۹/۰٪ یا سرم قندی ۵٪

اتوبوساید و وین‌بلاستین داروهایی هستند که بیشتر از همه برای شیمی‌درمانی سارکوما‌ی کاپوزی هر یک به تنهایی بکار رفته‌اند.

رقیق شده و از طریق پرفوزیون وریدی شروع میگردد و بمدت ۲ هفته ادامه یافته و پس از آن نیز یک هفته دارو از راه خوراکی تجویز میگردد. اگر درمان خوراکی برای مریض قابل

تحمل نباشد و یا تب و علائم دیگر بیماری عود کند، بایستی درمان از راه وریدی از سر گرفته شود. در ۸۰٪ بیماران بعضی از عوارض جانبی دارو توسعه مییابد که شایعترین آنها شامل تهوع، ثورات جلدی و کاهش سلولهای خونی (سیتوپنی) میباشد. برای پیشگیری از تهوع معمولاً از پروکلرپرازین (مقدار آن بر حسب وزن بیمار تعیین میگردد) استفاده میشود. اما علیرغم آن، در بعضی بیماران تهوع غیر قابل جلوگیری میباشد. اگر قبل یا در اثنای درمان تعداد پلاکت‌ها به کمتر از 5×10^9 / لیتر رسید و یا تعداد گلبولهای سفید کمتر از 1×10^9 / لیتر برسد برای جلوگیری از کاهش سلولهای خونی، باید داروی اسید فولینیک را بمقدار ۱۵ میلی‌گرم / روز از راه وریدی تجویز کرد.

پنتامیدین (ملح ایزتیونات) را ممکن است بعنوان جانشینی بمقدار ۴ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز از راه تزریق عضلانی یا در ۲۵۰ میلی‌لیتر دکستروز ۵٪ رقیق شده و بصورت تزریق آهسته وریدی (بیش از ۲ ساعت) بکار برد، ۸۰٪ بیماران نسبت بدرمان با پنتامیدین جواب میدهند و مدت درمان با این دارو هم ۱۴-۲۱ روز توصیه شده است.

مهمترین عوارض جانبی آن عبارتند از: کاهش فشارخون، کاهش قندخون، نارسائی کلیه، هپاتیت و وقفه مغز استخوان. لذا باید مراقب میزان قند و فشارخون بیمار بود و ضمناً از وضعیت فونکسیون کلیه و مغز استخوان نیز غافل نبود. کوتریمو کسازول و پنتامیدین وقتی بعنوان اولین انتخاب در درمان بیماری بکار

برده شوند، از نظر تأثیر یکسان بوده و اثر سینرژسم ندارند. ۷۰٪ بیماران بعد از ابتلاء به اولین حمله ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی زنده میمانند. آمار نشان میدهد که احتمال مدت زنده ماندن بیمار بعد از این حملات در امریکا ۹ ماه و در انگلستان ۱۲/۵ ماه است. با انتشار و دانش بیشتر بشری درباره بیماری ایدز، تمایل بیماران هم نسبت به اینکه بیماری خود را زودتر معرفی و اظهار نمایند بیشتر میشود و بدون شك در این وضعیت بهبودی و پیشرفت بیشتری حاصل خواهد شد. بهر جهت بیماران ممکن است تا مدت ۲ سال زنده بمانند.

حملات عود کننده ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی تقریباً تا ۲۰٪ بیماران گزارش شده است، اما این موارد در بعضی تجربیات غیر عادی میباشد. پیشگیری توسط کوتریموکسازول (۲ قرص در روز) با مخلوط داروئی پیریمتامین و

درمان ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی
۱- کوتریموکسازول: ۲۰ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز رقیق شده به نسبت $\frac{1}{25}$ در سرم نمکی ۰/۹٪ یا سرم قندی ۵٪
۲- پنتامیدین ایزتیونات: ۴ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز از راه تزریق عضلانی یا انفوزیون آهسته وریدی در ۲۵۰ میلی‌لیتر سرم قندی ۵٪

سولفادوکسین (Fansidar) بمقدار يك قرص در هفته و یاداروهای دیگری مثل مخلوط داپسون + تری‌متوپریم، تری‌مترکسات، دی‌فلوئورو‌متیل‌اورنیتین، و

مخلوط کلیندامایسین + پیریمکین و استروئیدها نیز تجویز میگردد. راجع به نقش تنفس مصنوعی بعداً توضیح داده خواهد شد.

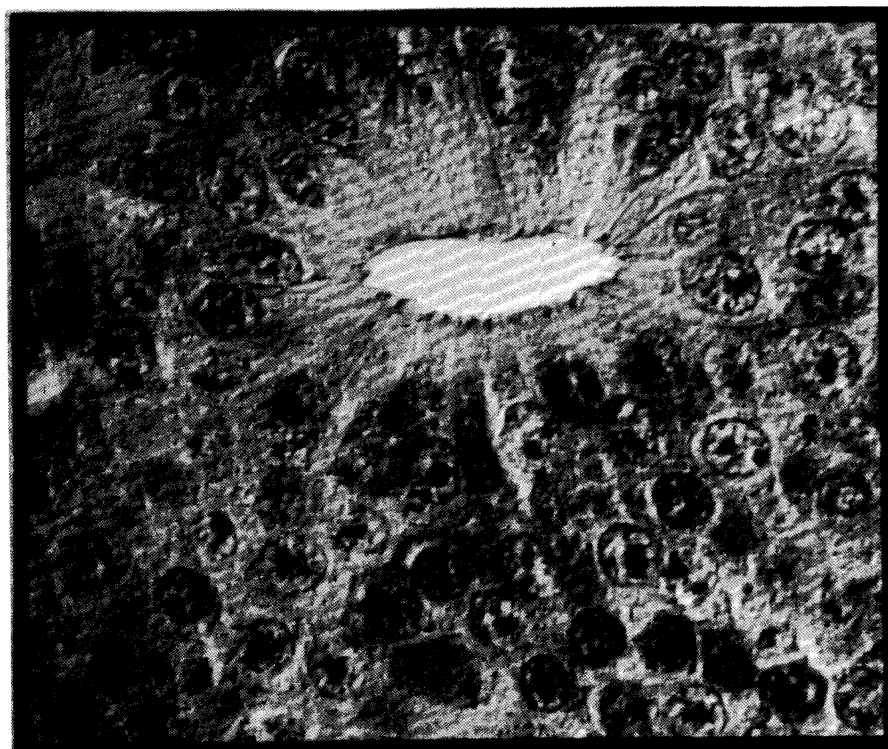
در حال حاضر بعد از سارکومای کاپوزی، لنفومای بدخیم شایعترین تومور بدخیمی است که در بیماران مبتلا به ایدز ظاهر میگردد.

سیتومگالو ویروسها:

سیتومگالو ویروس میتواند باعث ذات‌الریه همراه با سرفه، اشکال در تنفس (کوتاهی تنفس) در بیمارانی شود که سیستم ایمنی بدن آنها دچار اشکال شده است (مانند افرادی که تحت پیوند مغز استخوان یا پیوند کلیه قرار گرفته‌اند). سیتومگالو ویروس معمولاً بعنوان عامل منحصر بفرد ذات‌الریه در مبتلایان به ایدز بحساب نمی‌آید ولی بطور شایع به همراه ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی دیده میشود. وجود سیتومگالو ویروس در بیماران مبتلا به ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی بر روی جواب یا نتیجه درمان با کوتریموکسازول (به تنهایی) تأثیر نمیگذارد و بدین ترتیب میتوان گفت که سیتومگالو ویروس يك عامل بیماریزای ریوی مهم در بیماری ایدز نیست. در این رابطه اگر داروی موثری معرفی شود بنظر نمی‌رسد درمانی مناسب برای تمام بیماران مبتلا به ایدز باشد که سیتومگالو ویروس در ریه آنها یافت میشود. نوید داروی جدیدی بنام گانسیکلوویر (Ganciclovir) داده شده است که بمقدار

امریکا شیوع دارد. مایکوبا کتریوم Avium داخل سلولی نیز شایع است. این عفونت‌ها بی‌درد بوده و معمولاً در مراحل آخر بیماری ایدز و یا گاهی اوقات بعنوان يك یافته اتفاقی با علائم مختصر بروز میکنند. درمان آنها مشکل بوده و اغلب با عدم موفقیت مواجه میشود.

۵ میلی‌گرم / کیلوگرم ۲ بار در روز بمدت ۱۴-۲۱ روز تجویز میشود و مهمترین عارضه آن کم‌خونی و نوتروپنی است و همچنین این دارو را بعنوان پیشگیری عفونت‌های سیتومگالو ویروس بمقدار ۵-۲/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز بمدت نامشخص میتوان استفاده



مایکوبا کتریوم توبرکولوزیس در بیماران مبتلا به ایدز بیشتر از سایر مردم دیده میشود و زودتر از مایکوبا کتریهای آتیبیک ظاهر میگردد. بیماران معمولاً دارای تب، سرفه و خلط هستند. درمان با ایزونیاژید، ریفامپیسین، پیرازین آمید و اتامبوتول بمدت ۲ ماه و متعاقباً بوسیله ریفامپیسین توام با ایزونیاژید بمدت ۴

کرد.

مایکوبا کتری:

پیدایش مایکوبا کتری آتیبیک در ریتین بیماران مبتلا به ایدز موجب کاهش طول عمر آنها نشده است. در انگلستان مایکوبا کتریوم Xenopi و مایکوبا کتریوم Kansaii بیشتر از

مطالعات روی اجساد نشان داده‌اند که اکثر بیماران مبتلا به سارکومای کاپوزی دارای بعضی از بیماریهای ریوی بوده‌اند. اما علائم آن فقط در عده معدودی تظاهر میکرده است. این علائم معمولاً بصورت افزایش اختلال تنفس و کوتاهی نفس، سرفه و گاهی خلط خونی بروز میکرده‌اند. در این موارد معالجه با شیمی‌درمانی با موفقیت زیادی همراه نبوده است و در بیماریهای ریوی شایع، اشعه درمانی توصیه نمیشود.

ذات‌الریه نسوج بینابینی لنفوئیدی و تجمع پروتئین‌ها در آلونل‌ها:

وجود هر دو ضایعه فوق در بیماران مبتلا به ایدز نشان داده شده است. ذات‌الریه نسوج بینابینی لنفوئیدی یک بیماری اولیه بحساب می‌آید. گرچه ممکن است در نتیجه یک عامل ویروسی باشد که تاکنون شناخته نشده است. تجمع پروتئین‌ها در آلونولها همراه با

سیتومگالو ویروس می‌تواند باعث ذات‌الریه همراه با سرفه، اشکال در تنفس (کوتاهی تنفس) در بیمارانی شود که سیستم ایمنی بدن آنها دچار اشکال شده است.

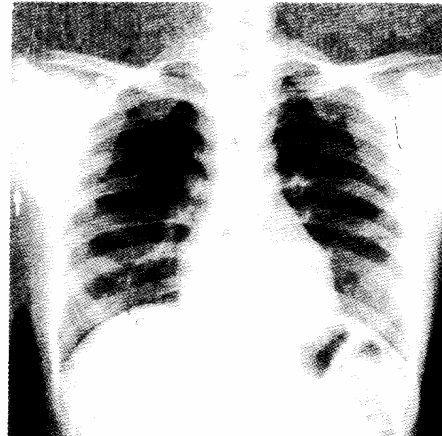
عفوئتهای فرصت‌طلب نیز دیده شده است.

تحقیق و تشخیص:

روشهای تهاجمی و غیرتهاجمی تحقیق

سایر موارد:

ذات‌الریه باکتریایی: ذات‌الریه ناشی از باکتریهای بیماریزای معمولی در بیماران مبتلا به

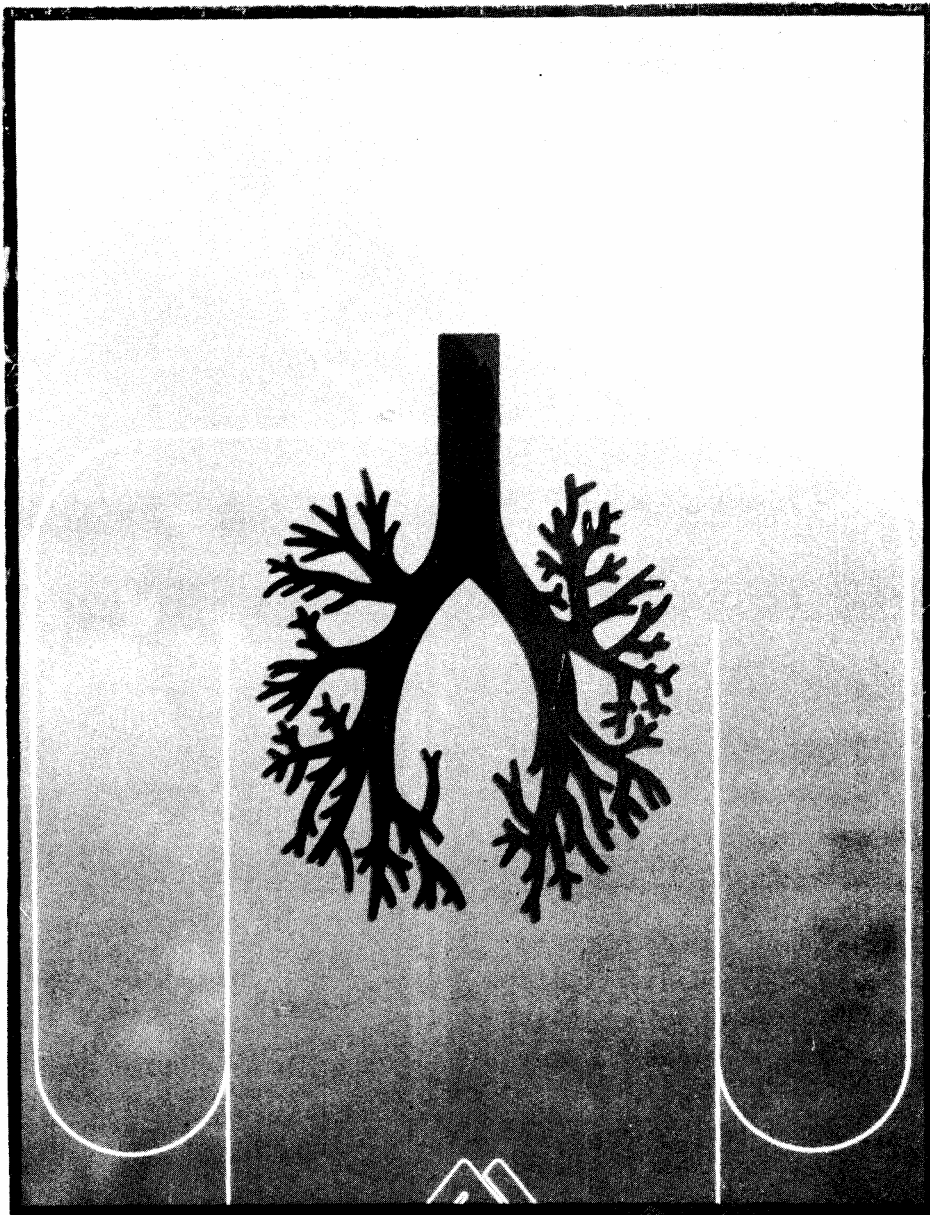


ایدز (۱۷ در هزار نفر) نسبت به عموم مردم (۲/۶ در هزار نفر) بیشتر است. در این مورد استرپتوکوک پنومونیا و هموفیلوس انفلوانزا شایعترین عوامل بیماریزا هستند. تب با سرفه و گاهی درد پرده جنب از علائم بالینی این بیماری بوده که اغلب این نشانه‌ها در بیمارانی که مبتلا به ایدز نیستند دیده میشوند. درمان بیماری فوق با یک آنتی‌بیوتیک مناسب صورت میگیرد.

ضایعات قارچی:

عفونت قارچی نادر است. کمتر از ۱/۶ درصد موارد در امریکا و حتی کمتر از این میزان در انگلستان گزارش شده است. درمان با آموتریسین B بمقدار ۰/۶ میلی‌گرم بازای هر کیلوگرم از وزن بدن در روز میباشد.

به ترتیب در زیر توضیح داده شده که بطور معمول بعد از معاینات بالینی انجام میشوند. اولیه عبارت است از تیرگی منطقه اطراف ناف ریه که بطور متقارن بطرف میانی پائین ریه با



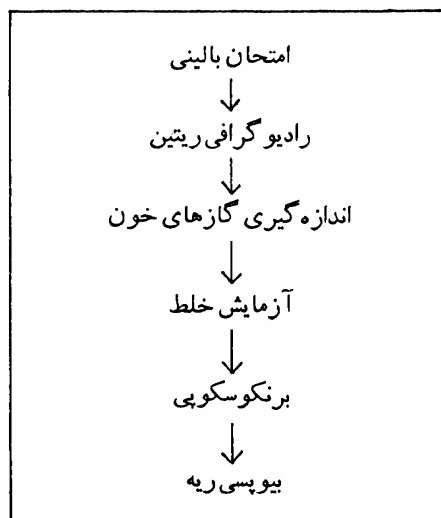
رادیوگرافی سینه: در ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینتی منظره رادیوگرافیک محیط محدود پیشرفت میکند. البته منظره رادیوگرافی مشخصی در این مورد وجود

ندارد. با وجود این در رادیوگرافیهای جدیدی که انجام شده، مناظر رادیوگرافیک غیرطبیعی در تمام نمونه‌ها جز دو مورد وجود داشته است. در ۲ مورد اخیر ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی تشخیص داده نشده بود. در موارد ابتدایی رادیوگرافی ممکن است کاملاً طبیعی باشد. ذات‌الریه معلول سیتومگالو ویروس ممکن است تغییرات مشابهی را ایجاد کند. سارکومای کاپوزی میتواند تغییرات گسترده‌ای بوجود آورد. اما معمولاً شکل گرهی (ندولار) بیشتر از ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی ظاهر میشود. شایعترین علت، بروز ترشحات داخل پرده جنب در نتیجه سارکومای کاپوزی میباشد. در عفونتهای

معمولاً غیرطبیعی بوده و همراه با کاهش اکسیژن و CO₂ میباشد. اندازه‌گیری فشار گاز بمنظور اطلاع سریع از کاهش اکسیژن خون و درمان آن با اکسیژن است.

ذات‌الریه باکتریائی ناشی از باکتریهای بیماریزای معمولی در بیماران مبتلا به ایدز نسبت به عموم مردم بیشتر است.

خلط تولید شده: بسیاری از بیماران بخصوص بیماران مبتلا به ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی سرفه بدون خلط دارند. استفاده از محلول نمکی ۳٪ توسط دستگاه Nebuliser بمدت ۵-۲۰ دقیقه جهت تولید خلط مفید واقع شده است. حتی با انجام آزمایش خلط نیمی از موارد ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینئی بعد از برنکوسکوپی تشخیص داده میشوند. در خلط وجود ترفوزوئیت و اشکال قبل از کیست (قابل تشخیص با رنگ آمیزی گیمسا) بر شکلهای کیستیک (قابل تشخیص با رنگ آمیزی Methenamine silver) تفوق دارد. خلط همچنین ممکن است برای تشخیص باکتریها، مایکوباکتریها و قارچها کشت داده شود.



برنکوسکوپی: شستشوی آلوئولهای برنشی و نمونه‌برداری از مقطع عرضی برنشه برای تشخیص بیماری ارزش زیادی دارد که هر یک به تنهایی به ترتیب حدود ۸۸٪ و ۸۵٪ و بطور توأم بیشتر از ۹۰٪ ارزش تشخیصی دارند. در

باکتریائی معمولاً تغییرات رادیوگرافی موضعی بوده و نواحی متراکم محدودی را ایجاد میکنند.

گازهای خون: فشار گازهای خون شریانی

بیماری که تغییرات رادیوگرافی ریه قابل مشاهده میباشد ولی از طریق خلط نمیتوان به تشخیص قابل قبولی دست یافت انجام برنکوسکوپی الزامی خواهد بود.

کارها و مطالعاتی که انجام میشود سعی بر اینست که صحت تشخیص‌های بالینی را افزایش دهند.

تستهای عمل ریه: در بیماران مبتلا به ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینتی معمولاً ترانسفر فاکتور پائین‌تر از حد استاندارد است و در یک گزارش تنها در ۷ مورد از ۹۱ مورد بیمار مبتلا به ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینتی این ارزشها طبیعی بوده‌اند. اسپیرومتري و اندازه‌گیری حجم گازهای ریه اگرچه غیرطبیعی است، لیکن بدلیل غیراختصاصی بودن ارزش زیادی ندارد و بهمین دلیل این آزمایشات بطور روتین انجام نمیشود.

بیوپسی ریه: این روش ممکن است در اغلب موارد تنها روش تشخیص سارکومای کاپوزی پارانئیمال یا ذات‌الریه بینایی لنفوئیدی باشد.

تنفس مکانیکی: باوجود تشخیص یا بکارگیری روشهایی برای دستیابی به آن، بعضی از بیماران سریعاً دچار نارسائی تنفس شده و انجام تهویه در آنها سؤال برانگیز میشود. تجربه با استفاده از تنفس مکانیکی عموماً نتایج ضعیفی داشته است. بیماران مبتلا به ذات‌الریه پنوموسیستیس کارینتی که بدرمان جواب نمیدهند و بنارسائی تنفسی دچار میشوند، بندرت با تنفس مکانیکی بهبود میابند. البته این مسأله در همه موارد صادق نیست لیکن مفید واقع شدن تنفس مکانیکی در این بیماران بیشتر یک استثناء است تا اینکه یک قاعده کلی باشد.

تستهای آئولوژی برنشی
- سلول شناسی
- میکروب شناسی
- ویروس شناسی (سیتومگالو ویروسها، اثرات تغییرات پاتولوژی سلولها روی کشت سلولی) در بعضی مراکز تشخیص، پروتئینهای a و B (پروتئین اولیه جهت همانند سازی سیتومگالو ویروسها) ۴-۶ ساعت بعد از عفونت سلولی تولید میشوند
بیوپسی از قسمت عرضی برنشها:
- بافت شناسی
- میکروب شناسی (قارچ - باسیل‌های الکل و اسید فاست - باکتری)
- ویروس شناسی

برنکوسکوپی اصولاً کاری مشکل و ناراحت کننده است و پزشک باید برای انجام آن تبحر کافی داشته باشد. عوارضی مثل خونریزی و پنوموتوراکس اگرچه نادر است ولی ممکن است پیش آید. تعیین میزان اکسیژن شریانی و تست انعقاد خون بایستی قبل از انجام برنکوسکوپی بعمل آید. معمولاً برنکوسکوپی بمنظور بدست آوردن یک تشخیص قطعی انجام میشود. اما در آینده استفاده از برنکوسکوپی امکان پذیر نخواهد بود و یا حتی تمایل به انجام آن نیز کم خواهد شد، زیرا با توجه به حجم