



الفبای ایدز

« قسمت ششم »

تظاهرات عصبی

منزیت، ضایعات اشغال کننده فضای مغز، از بین رفتن میلین، ورم شبکه، میلوپاتی و نوروپاتی محیطی می باشد.

آنسفالیت:

حدود $\frac{1}{3}$ بیماران مبتلا به ایدز دچار آنسفالیت تحت حاد میشوند. این عارضه در بیماران مبتلا به عفونتهای فرصت طلب بیش از افراد باسار کوم کاپوزی دیده میشود. معمولاً این بیماری ابتدا با تغییرات در دقت و شناسائی شخص شروع میشود. معذالك گاهی اوقات از ابتدا بصورت يك مرحله اغتشاش فكري حاد كه بتوسط تب یا اختلالات خفیف متابوليك تشدید میشود جلب توجه میکند. علائم مهم مربوط به آگاهی و قوه ادراك شخص شامل: فراموشی، از دست دادن قوه تمرکز فکر و تأخیر در تفکر و تصمیم گیری است. نشانه های شایع سیستم حرکتی عبارتند از عدم تعادل، ضعف عضلات ساق پا، و اختلال در نوشتن با دست است. خواب آلودگی، از دست دادن میل جنسی و

حدود ۱۰٪ از بیماران مبتلا به ایدز دارای مشکلات عصبی هستند، اما پس از مرگ در ۷۵٪ آنها شواهدی دال بر بیماری سیستم اعصاب مرکزی دیده میشود. تظاهرات عصبی ایدز ممکن است مربوط به عفونتهای فرصت طلب بوده و توسط اثرات عصبی اولیه HIV عارض شود. ویروس ایدز در افراد با عفونت HIV و سیستم ایمنی مناسب بندرت ممکن است باعث علائم عصبی شود. اختلالات شایع سیستم

علل تظاهرات عصبی:

- ۱- عفونتهای فرصت طلب
- ۲- تومورها
- ۳- اثرات اولیه HIV

عصبی بیماران مبتلا به ایدز شامل: آنسفالیت،

* گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

کناره گیری نیز ممکن است اتفاق افتد که از نظر روانی افسردگی را تقلید میکند. تست های روانی ممکن است مشخص کند که بیمار دچار کندی جوابهای شفاهی، کاهش عواطف، اختلال در تستهای مربوط به حافظه نزدیک میباشد. شایعترین یافته مربوط به بقیه امتحان عصبی عدم تعادل در راه رفتن است. علائم حرکتی شامل: هیپررفلکسی عمومی و ضعف پاها میباشد. بیماری عصبی ممکن است در عرض چند هفته تا چندماه بطرف زوال عقلی شدید پیشرفت کرده و سرانجام بیمار را علیل و بی اختیار کند.

مناظر بالینی ورم مغزی تحت حاد

- ۱- فراموشی
- ۲- ازدست دادن تمرکز فکری
- ۳- خواب آلودگی
- ۴- عدم تعادل
- ۵- اختلال در نوشتن با دست

آزمایش سیتی اسکن مغز نشان میدهد که بطن ها گشاد شده و علائمی از آتروفی بعضی از

شایع ترین عامل مننژیت در بیماران مبتلا به ایدز، قارچ کریپتوکوکوس نئوفورمانس می باشد.

نواحی قشر مغز وجود دارد. در ثبت منحنی های الکترو آنسفالو گرام عموماً آهسته شدن دو طرفی امواج مغزی جلب توجه میکند. در آزمایش مایع مغزی نخاعی، افزایش خفیف

لنفوسیتها و بالا رفتن غلظت پروتئین یا کاهش قند یا هر دو بچشم میخورد. منظره بالینی بیشتر نتیجه اثر مستقیم HIV روی مغز میباشد. بعضی اوقات عامل آنسفالیت ممکن است ویروس

حدوداً ۱- بیماران مبتلا به ایدز ممکن است از حالتی که بعنوان میلوپاتی و اکوئولر شناخته میشود رنج ببرند.

سیتومگال و بعضاً ویروس تبخال، میکوبا کتری آتپیک، یا انفیلتراسیون منتشر لنفوماتوز و ندرتاً ویروس زونا باشد.

مننژیت

شایعترین عامل مننژیت در بیماران مبتلا به ایدز، قارچ کریپتوکوکوس نئوفورمانس میباشد. در این بیماران سردرد بسیار شایع و عمومی است. حدود نیمی از آنها دچار تهوع یا استفراغ بوده و بعضی ها ترس از نور هم دارند. این نشانه ها اغلب بدنبال علائم غیر اختصاصی قبلی دیگری مانند خستگی، تب، و یا کاهش وزن پدیدار میشوند و در امتحان فیزیکی گاهی اوقات سفتی گردن و بطور کمتر شایع اختلالات عصبی موضعی جلب توجه میکنند. ارگانسیم مسئول عفونت در اعضائی مثل ریتین، کلیه ها، پوست و سایر قسمتها منتشر میشود. در امتحان مایع نخاع معمولاً یک افزایش خفیف لنفوسیتی، کاهش قند و بالا رفتن پروتئین دیده میشود که گرچه همه آنها ممکن است طبیعی باشد. تشخیص ممکن است بتوسط رنگ آمیزی

India ink، کشت مایع مغزی نخاعی یا بررسی آنتی ژن کریپتو کوکال در سرم خون یا مایع مغزی نخاعی داده شود. سیتی اسکن معمولاً نکته غیر طبیعی را نشان نمیدهد.

مناظر بالینی مننژیت با عامل کریپتوکوکال

- ۱- خستگی، تب، کاهش وزن
- ۲- سردرد
- ۳- تهوع و استفراغ
- ۴- (ترس از نور)
- ۵- (سفتی گردن)
- ۶- (نشانه های موضعی)

ضایعات فضاگیرنده مغز:

ضایعات فضا گیرنده ممکن است توسط عفونت های فرصت طلب و یا تومورها ایجاد شوند که سبب نقص عصبی موضعی و یا حملات غش میگردند. این موارد اغلب متعاقب خواب آلودگی و یا اغتشاش فکری بمدت چند روز یا چند هفته اتفاق میافتند. شایعترین عامل عفونت این تظاهرات پروتوزوئر توکسوپلازما گوندی میباشد که باعث

ضایعات فضاگیرنده مغز

- ۱- ناشی از عفونت های فرصت طلب و تومورها
- ۲- علائم: خواب آلودگی و یا اغتشاش فکری و یا هر دو
- ۳- نقص موضعی
- ۴- غش

آبسه های داخل مغزی میشود.

علائم ناشی از توکسوپلاسموز مغزی غالباً در طی یک تا دو هفته بطور کامل ظاهر میگردد. سردرد اغلب شکایت اصلی بیمار است که مشخصاً دوطرفه، شدید و پایدار بوده و اغلب بیمار را شبها از خواب بیدار می کند. بیشتر بیماران منگ و خواب آلود بوده که البته این حالت ممکن است بعلت همزمانی با آنسفالیت ناشی از HIV نیز باشد. در موارد دیگر ضایعه عصبی موضعی و گاهی وقوع غش از علائم بارز بیماری میباشد. در امتحانات بالینی تقریباً تمام این بیماران دچار نقص عصبی موضعی بوده که شایعترین علامت آن ضعف عضلانی یک طرفه بدن (فلج خفیف) است. گاهی اوقات نشانه های اختلال فونکسیون مخچه و ساقه مغز نظیر عدم تعادل و یا فلج اعصاب مغزی نیز مشاهده میشود. در بیشتر موارد اسکن مغزی ضایعات توده ای شکلی را نشان میدهد که معمولاً پس از تزریق ماده حاجب بصورت حلقه تشدید یافته ای تظاهر میکند. همچنین تصاویر مشابهی در اسکن مغزی ممکن است بتوسط آبسه های ناشی از عفونت کاندیدا آلبیکانس، میکوبا کتریوم سل و یا

• در افراد آلوده به HIV، قبل از پیدایش کامل سندرم ایدز ممکن است یک نوع مننژیت آتیپیک غیر عفونی نیز ایجاد شود.

گاهی اوقات لنفوم اولیه مغز ایجاد شوند. در بیماری توکسوپلاسموز بعلت اختلال در سیستم ایمنی، تفسیر یافته های سرولوژیک مشکل میباشد. بعضی از صاحب نظران انجام

التهاب شبکیه :

در بیماران مبتلا به ایدز، شایعترین علت اختلال در دقت بینایی، التهاب شبکیه ناشی از ویروس سیتومگال می باشد که از طریق معاینه

نوروپاتی محیطی شایعترین اختلال اعصاب محیطی بیماران مبتلا به ایدز بوده که بصورت قرینه و با اختلال حسی دردناک نیز همراه می باشد و در مواردی نیز ممکن است توأم با ضعف و تحلیل اندام خودنمایی کند.

بالینی تشخیص داده میشود.

زودرس ترین یافته های بیماری بصورت نامنظمی و تنگی مجرای عروق شبکیه جلب نظر میکند. در معاینه ته چشم، آگزودا در اطراف عروق و خونریزی مشاهده میشود که این امر متعاقب انسداد عروق و قبل از بروز انفارکتوس ناحیه درگیر شبکیه اتفاق می افتد و اگر درمان صورت نگیرد عفونت غالباً تا کوری دوطرفه پیشرفت خواهد نمود.

التهاب مشیمه - شبکیه ناشی از توکسوپلازما نیز گزارش شده است.

بیماری نخاع و اعصاب محیطی :

حدود ۱-۴ بیماران مبتلا به ایدز ممکن است از حالتی که بعنوان میلوپاتی و اکوتولر شناخته میشود رنج ببرند. این بیماران ممکن است از علائم حرکتی یا حسی و یا هر دو شاکی باشند که این علائم شامل ضعف دوطرفه پاها و یا در موارد کمتر ضعف یک طرفه پا باشد. که

شیمی درمانی آزمایشی برضد توکسوپلازما را در بیمارانی که اسکن مغزی آنها ضایعات حلقه ای شکل بزرگ را نشان میدهد و یا از نظر تست های سِرولوژیك توکسوپلازما (ایمونوفلورسانس غیر مستقیم) در رقت های سرمی ۱-۲ یا بیشتر مثبت است بمدت يك تا دو هفته توصیه میکنند. در صورتیکه درمان آزمایشی این بیماران با شکست مواجه شود، بایستی بیوپسی مغز انجام پذیرد. ولی عده ای دیگر از متخصصین بیوپسی مغز را برای کلیه بیماران توصیه نموده اند.

از بین رفتن میلین :

لوکوآنسفالوپاتی چند کانونی پیش رونده يك بیماری از بین برنده میلین غیر معمول می باشد که گاهی اوقات در بیماران مبتلا به ایدز دیده میشود. بنظر میرسد این حالت ناشی از ویروس پاپووا (Papova virus) باشد که میتواند ایجاد اختلال در گفتار، کوری، فلج خفیف يك طرفه بدن و عدم تعادل بنماید. بیماری تا مرحله

لوکوآنسفالوپاتی چند کانونی پیش رونده

- ۱- عدم تکلم
- ۲- کوری
- ۳- عدم تعادل
- ۴- فلج خفیف يك طرفه بدن

مرگ پیش میرود. اسکن مغزی بطور مشخص ضایعات با تراکم را بدون افزایش کنتراست نشان میدهد.

احتمالاً با اختلال حسی نیز همراه است. امتحانات بالینی نشان می‌دهد که فلج خفیف پاها در کار است که غالباً با اسپاسم عضلانی، عدم

ضایعات فضاگیرنده ممکن است توسط عفونتهای فرصت طلب و یا تومورها ایجاد شوند که سبب نقص عصبی موضعی و یا حملات غش گردند.

تعادل و یا هر دو عارضه همراه می‌باشد. در موارد شدید این حالت چندین هفته تا چندین ماه طول کشیده و نهایتاً بطرف بی‌اختیاری ادرار سیر مینماید. این موارد اغلب به همراه آنسفالیت تحت حاد بوده و بیشتر عقیده بر این است که ناشی از اثرات مستقیم ویروس HIV بر روی طناب نخاعی می‌باشد.

محیطی بیماران مبتلا به ایدز بوده که بصورت قرینه و با اختلال حسی در دناک نیز همراه می‌باشد و در مواردی نیز ممکن است توام با ضعف و تحلیل اندام خودنمائی کند. بنظر میرسد این ضایعات نتیجه اثر مستقیم HIV بر روی اعصاب محیطی بوده که غالباً به همراه آنسفالیت تحت حاد دیده میشود.

تظاهرات عصبی عفونت HIV قبل از توسعه کامل ایدز در بیماران آلودگی به HIV بندرت ممکن است در افرادی که بیماری ایدز در آنها توسعه نیافته باعث اختلال فونکسیون عصبی گردد. تظاهرات حاد

اثرات عصبی HIV
در موارد تغییرات سرولوژیکی حاد:
۱- آنسفالیت
۲- مننژیت
۳- میلوپاتی
۴- نوروپاتی
در موارد عفونت مزمن HIV تحت حاد / مزمن:
۱- آنسفالیت
۲- مننژیت
۳- میلوپاتی واکوژنولار
۴- نوروپاتی محیطی

ممکن است زمانی بروز نمایند که اولین بار آنتی بادیهای ضد HIV در بیماران پدیدار شوند که این واقعه عموماً در سه ماهه اول پس از تماس

میلوپاتی واکوژنولار
شکایات: احساس غیر طبیعی ضعف پاها
علائم: فلج پاها
بروز یا عدم سفتی عضلانی
وجود یا عدم تعادل
نوروپاتی محیطی
انتهایی
قرینه
اختلال حسی
وجود یا عدم ضعف
بروز یا عدم آتروفی انتهایی

نوروپاتی محیطی شایعترین اختلال اعصاب

با ویروس رخ میدهد. این تظاهرات ممکن است بصورت آنسفالیت، میلوپاتی، نوروپاتی حاد و یا التهاب مننژ بروز نماید. آنسفالیت حاد ممکن است بصورت تب، بدحالی، تغییرات خلقی، تغییرات در میزان شعور و ادراک و یا غش بروز کند و معمولاً بعد از یک هفته بطور کامل از بین رفته و بیمار بحالت اول بر میگردد. نوروپاتی حاد ممکن است بشکل فلج صورت تظاهر نماید که پس از ۲-۳ ماه بهبود مییابد. در هنگام تغییرات سرولوژیک ناشی از HIV مننژیت حاد نیز ممکن است دیده شود.

در افراد آلوده به HIV، قبل از پیدایش کامل سندرم ایدز ممکن است یک نوع مننژیت آتپیک غیر عفونی نیز ایجاد شود. این بیماران با سردرد، تب و علائم التهاب مراجعه کرده ولی اغلب دارای مناظر بالینی آتپیک مانند عود، تمایل به مزمن شدن و بیماری اعصاب مغزی و علائم راههای حرکتی میباشند. اعصاب زوج پنجم، هفتم و هشتم مغزی بیشتر از سایر اعصاب گرفتار میشوند.

نوروپاتی محیطی نیز همانطوریکه در برخی بیماران مبتلا به ایدز دیده میشود. در عدهای از افراد قبل از بسط کامل ایدز ایجاد میشود، ولی گفته میشود در این مرحله مونونوریت متعدد شایعتر میباشد. بالاخره آنسفالیت تحت حاد ممکن است در افراد مبتلا به HIV که هنوز بیماری ایدز در آنها ظهور کامل نیافته نیز مشاهده گردد.

و بطور خلاصه نکات زیر را میتوان حائز اهمیت دانست:

۱- ۷۰٪ از بیماران با عفونت HIV از علائم عصبی در مراحل مختلف بیماری رنج میبرند.

۲- علائم و نشانه‌های عصبی ممکن است بتوسط عفونتهای فرصت طلب، تومورها عارض شوند ولی اغلب خود HIV عامل این ناراحتیها است.

۳- عفونت HIV با اثرات مرضی روی مغز، نخاع شوکی، اعصاب محیطی و عضلات همراه است.

۴- از نظر بالینی، کمپلکس زوال عقلی ایدز بتوسط اختلال در شناسائی و فهم، رفتار و فونکسیون حرکتی مشخص می شود.

۵- علائم عصبی ممکن است شامل: ضعف تمرکز فکری، فراموشی، کناره گیری کردن و علائم زودرس اغتشاش فکری همراه با افسردگی باشد نقش پاتورژنی سیتومگالو ویروس را در ایجاد زوال عقلی باید در نظر گرفت.

۶- اختلالات عصبی عضلانی باید مدنظر باشد. توکسوپلاسموز مغزی شایعترین علت ضایعات عصبی موضعی میباشد.

۷- HIV باعث میلوپاتی شده که منجر به فلج پاها میشود.

۸- Zidovudine باعث کاهش پیشرفت زوال عقلی، ضایعات عصبی و بهبود ضایعات عصبی کودکان شده زیرا دارو از سد خونی مغز عبور میکند.

۹- سایر داروهای ضد ویروسی در دست تحقیق موثر در روی اثرات عصبی ایدز شامل ddci و ddi میباشد.