

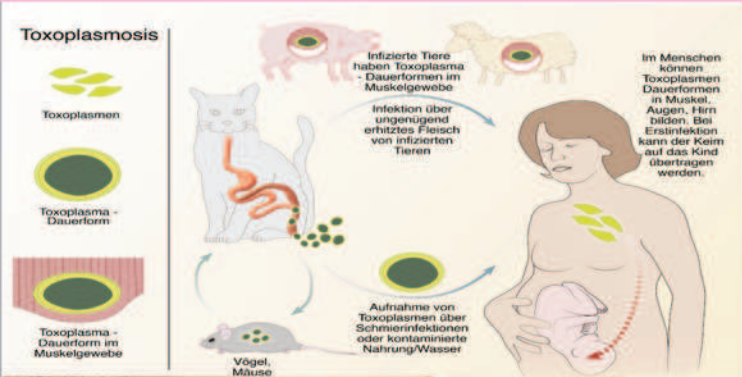
آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک

پارسه



توکسوپلاسموز

نمپ ۳۱ (نشریه ماهانه آزمایشگاه پارسه)



Parseh
Pathobiology & Genetics Lab.

تهران - خیابان جناح - بالاتر از بلوار شهید گلاب

نرسیده به فلکه دوم صادقیه - نیش کوچه عابدزاده

ساختمان پزشکان پارسه - طبقات اول تا چهارم

تلفن و دورنگار : ۵ - ۴۴۲۸۷۶۳۲

www.ParsehLab.com
www.ParsehLab.net
info@parsehlab.com

@ParsehLaboratory



@ParsehLaboratory

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه

تهران - خیابان جناح - بالاتر از بلوار شهید گلاب - نرسیده به فلکه دوم صادقیه

نیش کوچه عابدزاده - ساختمان پزشکان پارسه - طبقات اول تا چهارم

تلفن و دورنگار : ۵ - ۴۴۲۸۷۶۳۲

Parseh Pathobiology & Genetics Lab.

پیشگیری:

شناخت بیماری و پیشگیری از ابتلا به آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. مهمترین توصیه‌های بهداشتی به منظور پیشگیری از ابتلاء، عبارتند از:

مصرف نکردن گوشت خام یا نیم‌پز

مصرف سبزیجات پس از شستشو و ضد عفونی کامل

مصرف نکردن سالاد و سبزیجات و غذاهای گوشتی

در رستوران‌ها و مکان‌های عمومی در طی بارداری

بررسی سرولوژیک زنان قبل از بارداری به منظور

تعیین وضعیت از نظر دارا بودن سابقه تماس با

توکسوپلازما

نگهداری نکردن از حیوانات زنده در منزل خصوصاً

در هنگام بارداری.

مشارکت نداشتن در جابه‌جایی فضولات حیوانات

و پاک‌سازی محل زندگی آنان خصوصاً در دوران

بارداری

نکته:

زنان مبتلا به توکسوپلاسموز به مدت ۶ الی ۸ هفته

نباید باردار شوند و پس از آن نیز مراجعه به پزشک

معالج برای کنترل وضعیت مادر و اطمینان از طی شدن

دوره پرخطر بیماری ضروری است.



Parseh Pathobiology & Genetics Lab.

توکسوپلاسموز

در بین اغلب مردم جهان، آلودگی به عامل توکسوپلاسموز دیده می‌شود ولی خوشبختانه در اکثر موارد، این آلودگی باعث ایجاد بیماری بالینی نمی‌شود. عامل این بیماری یک انگل تک یاخته به نام توکسوپلاسماکوندی است. تنها افراد خاصی در صورت آلودگی به این انگل، در معرض بیماری شدید و حتی خطرناک قرار می‌گیرند که عبارتند از:

مبتلایان به توکسوپلاسموز مادرزادی
نوزاد و جنین
مبتلایان به نقص ایمنی

توکسوپلاسموز مادرزادی در نتیجه آلودگی مادر طی دوران حاملگی ایجاد می‌شود. متأسفانه در اغلب موارد به دلیل بدون علامت بودن مادر، این مشکل تشخیص داده نمی‌شود. در صورتی که مادر قبل از بارداری به بیمار مبتلا شده باشد خطر انتقال به جنین وجود نداشته و یا بسیار ناچیز است.

توکسوپلاسموز اغلب در بین مبتلایان به نقص ایمنی، مبتلایان به بدخیمی‌های خونی، گیرندگان پیوند مغز استخوان یا عضو و مبتلایان به ایدز دیده می‌شود.

در اغلب افراد سالم عفونت اولیه یا مزمن به توکسوپلاسماکوندی بدون علامت است و تنها تعداد کمی پس از عفونت حاد دچار علائم و عوارضی همچون درگیری چشمی، غدد لنفاوی و حتی در موارد کمتری درگیری قلبی یا عضلانی می‌شوند. آلودگی نوزادان در طی سه ماهه اول و دوم بارداری منجر به علائم بیشتر و شدیدتری پس از تولد می‌گردد. در حالی که اغلب نوزادان آلوده‌شده در سه ماهه سوم، هنگام تولد بدون علامت

هستند ولی در صورت درمان نشدن در طی سال‌های بعدی درگیری چشمی یا اختلال‌های تکاملی را نشان خواهند داد. پرخطرترین زمان آلودگی برای ایجاد عفونت علامت‌دار در جنین هفته‌های ۱۰ الی ۲۴ بارداری است.

آلودگی مادران در طی سه ماهه اول بارداری منجر به توکسوپلاسموز مادرزادی در ۲۵-۱۰٪ نوزادان آنها می‌شود. در سه ماهه دوم این مقدار به ۶۰-۳۰٪ می‌رسد. درمان به‌موقع مادر ممکن است میزان آلودگی جنین را به‌میزان قابل توجهی کاهش دهد. تظاهرات بالینی توکسوپلاسموز مادرزادی متفاوت است. ممکن است هیچ‌گونه عارضه‌ای به‌جای نگذارد و یا عوارض خود را در طی زمان‌های متفاوتی پس از تولد نشان دهد.

اغلب یافته‌ها و علائم، غیر اختصاصی هستند و ممکن است کاملاً شبیه علائم سایر عفونت‌های مادرزادی مثل CMV، هرپس و سرخچه باشند. نشانه‌های بیماری عبارتند از: درگیری عمقی چشم (کوریوریتینیت)، انحراف چشم، نابینایی، صرع، عقب ماندگی جسمی و ذهنی، کم خونی، یرقان، تظاهرات پوستی، التهاب مغز (انسفالیت)، کوچکی مغز و جمجمه، رسوب کلسیم در مغز و سایر درگیری‌های مغز و اعصاب، بیماری‌های ریوی، اسهال و غیره ...

پس از تولد نوزاد مشکوک به توکسوپلاسموز مادرزادی، معاینه باید بسیار به‌دقت صورت پذیرد. نوزادان نارس در سه ماهه اول تولد، درگیری سیستم عصبی و چشمی را نشان می‌دهند درحالی‌که نوزادان رسیده در ۲ ماه دوم زندگی دارای تظاهرات خفیف‌تری از قبیل بزرگی طحال و کبد هستند ولی ممکن است صدمات مغزی و چشمی مدتها و حتی سال‌ها بعد خود را نشان دهند. تقریباً اغلب نوزادان بدون علامت هم در طی سال‌های بعد عوارض بیماری را نشان خواهند داد. به‌نظر می‌رسد که درمان نوزاد مبتلا به توکسوپلاسموز مادرزادی حتی

در موارد بدون علامت بتواند تا حد زیادی عوارض را کاهش دهد. ابتلاء مادر به ویروس ایدز (HIV) باعث فعال شدن مجدد توکسوپلاسموز شده و خطر انتقال به جنین را افزایش می‌دهد. به‌نظر می‌رسد ابتلاء به توکسوپلاسموز میزان انتقال HIV به جنین را افزایش می‌دهد. نوزادان مبتلا به HIV به اشکال شدیدتر توکسوپلاسموز مادرزادی مبتلا می‌شوند. همچنین ابتلا به توکسوپلاسموز در طی بارداری با مواردی از قبیل سقط خودبخودی جنین، تولد نوزاد مرده و زایمان زودرس همراه است.

افتراق توکسوپلاسموز از سایر بیماری‌های عفونی مادرزادی بسیار مهم است. تشخیص بیماری می‌تواند به روش‌های زیر صورت گیرد:

یافتن انگل در بافت‌ها یا مایعات بدن، جفت و یا بافت‌های جنین، به‌وسیله روش‌های آزمایشگاهی
از طریق بدست آوردن DNA تک یاخته از بافت‌ها: با استفاده از روش PCR
بررسی سرولوژیک از نظر وجود آنتی‌بادی‌های ضد تک‌یاخته به راه‌های مختلف
روش‌های رادیولوژیک

درمان

درمان زنان باردار مبتلا باعث ریشه‌کنی کامل بیماری از مادر نمی‌شود ولی می‌تواند از میزان انتقال به جنین بکاهد که در ماه‌های مختلف بارداری بر اساس اثبات گرفتاری جنین در مورد نوع، تصمیم‌گیری می‌شود. در صورت تولد نوزاد مبتلا ممکن است درمان وی تا دوره‌های طولانی حتی بیش از یک سال به‌طول انجامد و در این مدت نوزاد باید دقیقاً تحت کنترل قرار گیرد.