

مقایسه تأثیر داروهای آلبندازول و تیبندازول در درمان استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی

دکتر حسین یوسفی*، دکتر جعفر مسعود**

چکیده:

استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی یک انگل روده‌ای است که تعداد زیادی از مردم دنیا به آن آلوده‌اند. داروی مناسب برای درمان این انگل تیبندازول است اما این دارو دارای عوارض جانبی زیادی است. در این بررسی تأثیر داروی آلبندازول در درمان استرنژیلوئیدیازیس مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه که از نوع کلینیکال ترابال است ۸۰ بیمار آلوده به استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول (۵۰ بیمار) با آلبندازول درمان شد و گروه دوم (۳۰ نفر) با تیبندازول مورد درمان قرار گرفت. بیمارانی درمان شده تلقی شدند که آزمایش مدفوع آنها پس از درمان با داروهای فوق از نظر آلودگی به استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی منفی بود. نسبت درمانی (Cure rate) ۹۲٪ و ۱۰۰٪ به ترتیب برای آلبندازول و تیبندازول به دست آمد، اگر چه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین اثر درمان دو دارو در گروههای مورد درمان وجود نداشت. با توجه به نتایج مطالعات مشابه در این خصوص می‌توان اثر درمان آلبندازول که عوارض جانبی آن از تیبندازول کمتر است را بهبود بخشید. در نتیجه آلبندازول می‌تواند به عنوان داروی انتخابی در درمان آلودگی استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی تلقی شود.

واژه‌های کلیدی: استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی، درمان، آلبندازول، تیبندازول.

مقدمه:

استرکورالیسی ممکن است سبب ایجاد علائم بالینی در بیمار شود و در بیماران با ضعف سیستم ایمنی ممکن است کشنده باشد (۱۲). موارد زیادی از فرمهای کشنده این انگل در بیماران مبتلا به هوچینگ، لنفوما و بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی تشخیص داده شده است (۴). داروی مناسب برای درمان این انگل تیبندازول است. این دارو دارای عوارض جانبی زیادی است (۵). آلبندازول هم در درمان این انگل مؤثر است و عوارض جانبی آن مختصر می‌باشد (۵). در مورد اثر آلبندازول بر

استرنژیلوئیدیس استرکورالیسی یک نماتود روده‌ای انسان است که آلودگی آن در تعداد زیادی از مردم دنیا در مناطق گرمسیر و نیمه گرمسیر وجود دارد. انسان از طریق نفوذ لارو فیلاریفورم به داخل پوست به این انگل مبتلا می‌شود. این لارو از طریق جریان خون به ریه رسیده و از طریق مجاری هوایی به حلق آمده و پس از بلع نهایتاً در روده به کرم بالغ تبدیل می‌شود. به دلیل وجود خود آلودگی در دوره زندگی آن، این انگل گاهی برای مدتهای طولانی در میزبان باقی می‌ماند (۱۵). استرنژیلوئیدیس

*استادیارگروه انگل شناسی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسئول)

**استادگروه انگل شناسی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

هفته یا دو هفته بعد از درمان مشاهده نگردید و در نتیجه Cure rate این دارو برای درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس ۱۰۰٪ بر آورد شد، با این وجود با استفاده از آزمون Z اختلاف معنی داری در مورد تأثیر دو داروی فوق بر روی انگل مذکور وجود نداشت.

بحث:

در این مطالعه تأثیر داروی آلبندازول در مقایسه با تیباندازول بر درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این بررسی نسبت درمان ۹۲٪ را برای آلبندازول و نسبت درمان ۱۰۰٪ را برای تیباندازول در درمان انگل فوق نشان می‌دهد. تیباندازول داروی انتخابی برای درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس است (۵)، اما این دارو دارای عوارض جانبی زیادی است (۵، ۸). علاوه بر این مواردی از شکست درمان آلودگی استرژیلوئیدیس استرکورالیس با تیباندازول گزارش شده است (۳، ۶). با توجه به اهمیت ارزیابی داروهای دیگر به عنوان داروی جانشین برای تیباندازول، تأثیر ایورمکتین (Ivermectin) (۶) و آلبندازول (۱۳، ۱۱، ۹، ۲) بر درمان آلودگی استرژیلوئیدیس استرکورالیس در دهه گذشته مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است. در این مطالعات Cure rate آلبندازول ۱۰۰٪ (۹)، ۹۵٪ (۱۳)، ۸۱٪ (۲) و ۹۲٪ (۱۱) گزارش شده است. در این بررسی Cure rate آلبندازول در درمان آلودگی استرژیلوئیدیس استرکورالیس ۹۲٪ برآورد گردید.

گزارش نسبت‌های درمانی مختلف در بررسی‌های فوق شاید مربوط به این واقعیت باشد که میزان اثر آلبندازول بر درمان آلودگی استرژیلوئیدیس استرکورالیس به دوز آن ارتباط دارد (dose dependent) (۷، ۱۴). بنابراین، احتمال دارد که Cure rate آلبندازول با تجویز دوز مناسب تا ۱۰۰٪ هم ارتقاء یابد. لذا پیشنهاد می‌گردد که داروی آلبندازول که دارای عوارض جانبی کمتری نسبت

درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس در دهه گذشته تحقیقات زیادی صورت گرفته است (۲، ۹، ۱۱، ۱۳)، اما در این مطالعه تأثیر آلبندازول در مقایسه با تیباندازول در درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روشها:

این تحقیق یک مطالعه کلینیکال ترایال است که هدف آن بررسی اثر آلبندازول و تیباندازول در درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس می‌باشد. با آزمایش مدفوع مشخص شد که تعدادی از عقب ماندگان ذهنی مرکز نگهداری عقب ماندگان ذهنی رفیده تهران مبتلا به استرژیلوئیدیس استرکورالیس بوده‌اند (۱). ۸۰ نفر از این افراد آلوده به دو گروه تقسیم شدند گروه اول (۵۰ نفر) با آلبندازول و گروه دوم (۳۰ نفر) با تیباندازول مورد درمان قرار گرفتند. آلبندازول با دوز ۴۰۰ میلی گرم روزانه به مدت ۳ روز و تیباندازول با دوز ۲۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به مدت ۲ روز تجویز گردید (۸). یک هفته و دو هفته بعد از درمان هر دو گروه مجدداً مورد آزمایش مدفوع به روش رسوبی فرمالین-اتر قرار گرفتند تا نتیجه درمان با دو داروی فوق مورد ارزیابی قرار گیرد. عدم مشاهده لارو در آزمایش مدفوع در هر دو آزمایش (بعد از یک هفته و دو هفته) به عنوان موفقیت درمان و مشاهده لارو در یکی از دو آزمایش به عنوان شکست درمان ارزیابی گردید. از آزمون Z جهت آزمون مقایسه نسبت درمانی دو دارو استفاده گردید.

نتایج:

در گروه درمان شده با آلبندازول گروه اول (چهار مورد عدم موفقیت درمان متعاقب آزمایش مدفوع نوبت اول مشاهده شد. در نتیجه Cure rate این دارو در درمان استرژیلوئیدیس استرکورالیس ۹۲٪ برآورد گردید. در گروه درمان شده با تیباندازول عدم موفقیت درمان یک

استرکورالیس دارد استفاده شود.

به داروی تیا بندازول است (۵) و خوب تحمل می شود (Well-tolerated) (۱۰) می تواند در درمان استرنزیلوئیدیس استرکورالیس مورد استفاده واقع شود. لازم به تذکر است که این آلودگی در افراد با سیستم ایمنی ضعیف می تواند باعث مرگ بیمار شود. لذا پیشنهاد می شود در این گروه از بیماران از داروی تیا بندازول که اثر بهتری بر روی آلودگی استرنزیلوئیدیس

تشکر و قدردانی:

از همکاری ریاست محترم مرکز توانبخشی رفیده تهران در زمان انجام تحقیق تشکر و قدردانی می گردد. همچنین هزینه انجام این تحقیق توسط دانشگاه تربیت مدرس تأمین و پرداخت گردیده است که بدینوسیله از مسئولین مربوطه تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

- ۱- یوسفی حسین؛ مسعود جعفر. مشکل آلودگی استرنزیلوئیدیس استراکورالیس در مؤسسه نگهداری عقب ماندگان ذهنی رفیده تهران. مجله حکیم (زیر چاپ).
- 2- Archibald LK.; Beeching NJ.; Gill GV.; Bailey JW.; et al. Albendazole is effective treatment for chronic strongyloidiasis. Q J Med, 86(3): 191-5, 1993.
- 3- Ashraf M.; Gue CL.; Baddour LM. Case report strongyloidiasis refractory to treatment with ivermectin. Am J Med Sci, 311(4): 178-9, 1996.
- 4- Brown HW.; Neva FA. The nemathelminthes or roundworms. In: Brown HW.; Neva FA. Basic cilinical parasitology: From Appleton Century Crofts. Connecticut: USA, 5th ed. 115-9, 1983.
- 5- Elizabeth A.; Vande WA.; Antiparasitic gents. In: Smith GM.; Reynard AM. Essential of pharmacology: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, 419-33, 1995.
- 6- Gann PH.; Neva FA.; Gam AA. A randomized trial of single and two doses ivermectin versus thiabendazole for treatment of strongyloidiasis. J Infect Dis, 169(5): 1076-90, 1994.
- 7- Grove DI.; Lumsden J.; Northern C. Efficacy of albendazole against *Strongyloides ratti* and *Strongyloides stercoralis* in vitro in mice and in normal and immunosuppressed dogs. J Antimicrob Chernothe, 21(1): 75-84, 1988.
- 8- Markell EK.; John DT. The intestinal nematodes. In: Markell EK.; John DT. Medical parasitology: From WB Sanders Company. Mexico Mexic, 7th ed. 287-92, 1992.
- 9- Mbaria JM.; Maitho TE.; Mitema ES.; Muchiri DJ. Comparative efficacy of pyrethrum marc with albendazole against sheep gastrointestinal nematods. Trop Anim Health Prod, 30(1): 17-22, 1998.
- 10- Mojon M.; Nivelsen PB. Treatment of *Strongyloides stercoralis* with albendazole, a cure rate of 86 percent. Zentralbi Bakteriol Mikrobiol Hyg A, 263(4): 619-24, 1986.
- 11- Nahmias J.; Greenberg Z.; Djerrasi L.; Giladi L. Mass treatment of intestinal parasites among Ethiopian immigrants. Isr J Med Sci, 27(5): 278-83, 1991.
- 12- Paniker CKJ. Strongyloids. In: Paniker CKJ. Textbook of medical parasitology: From Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd. Dehli: India, 4th ed. 171-6, 1997.
- 13- Pitisuttithum P.; Supanaranond W.; Chindanind DA. Randomized comparative study of albendazole and thiabendazole in chronic strongyloidiasis. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 26(4): 735-8, 1995.

- 14- Pungpak S.; Bunnag D.; Chindanond D.; Radmoyos B. Albendazole in the treatment of strongyloidiasis. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 18(2): 207-10, 1987.
- 15- Wehner JH.; Kirsch CM. Pulmonary manifestations of strongyloidiasis. Semin Respir Infect, 12(2): 122-9, 1997.
- 16- Woodring JH.; Halfhill H.; Berger R.; Red JC.; et al. Clinical and imagin features of pulmonary strongyloidiasis. South Med J, 89(1): 10-19, 1996.