

گزارش موردی

گزارش دو مورد میلوپاتی در اثر بروسلوز

دکتر علی اکبر رضائی *

چکیده:

بروسلوز یک بیماری شایع در کشورهای در حال توسعه می باشد ولی تعداد اندکی از بیماران دچار عوارض عصبی می شوند. مننژیت یکی از شایعترین عارضه عصبی نروبروسلوز است. ولی عوارض عصبی میلوپاتی در این بیماران نادر می باشد.

در این مطالعه به دو بیمار مبتلا به نروبروسلوز از نوع میلوپاتی در اثر بروسلوز اشاره شده است که هر دو با ضعف اندامهای تحتانی و اشکال در راه رفتن توأم با اختلال اسفنگتری مراجعه نموده اند. تشخیص های افتراقی گوناگون در مورد میلوپاتی مطرح شد با توجه به نتایج آزمایش و بیوپسی انجام شده، میلوپاتی نروبروسلوز تشخیص داده شد.

کلیدواژه ها: تب مالت / میلوپاتی / نروبروسلوز

مقدمه:

بروسلوز یک بیماری عفونی در حیوانات می باشد که از طریق گوشت، شیر و سایر فرآورده های آن به انسان سرایت می کند. این بیماری اولین بار در سال ۱۸۱۴ بوسیله Burnet توصیف شده است. بیماری تحت عناوینی چون تب مالت - تب مواج - تب مدیترانه ای نیز نامیده می شود (۱). کشاورزان، قصابان، کارمندان آزمایشگاهی، دامپزشکان و بالاخره آنهاست که از فرآورده های دامی به طریق غیر استریل استفاده می کنند در معرض این بیماری قرار می گیرند. میکروب بروسلوز گرام منفی می باشد که بوسیله جوشاندن از بین می رود (۱). حدود ۵-۲٪ بیماران دچار عوارض نروژئی می شوند (۱). ابتلاء عصبی آن بیشتر بصورت مننژیت یا مننگوانسفالیت و بندرت میلیت تظاهر می کند (۱، ۲).

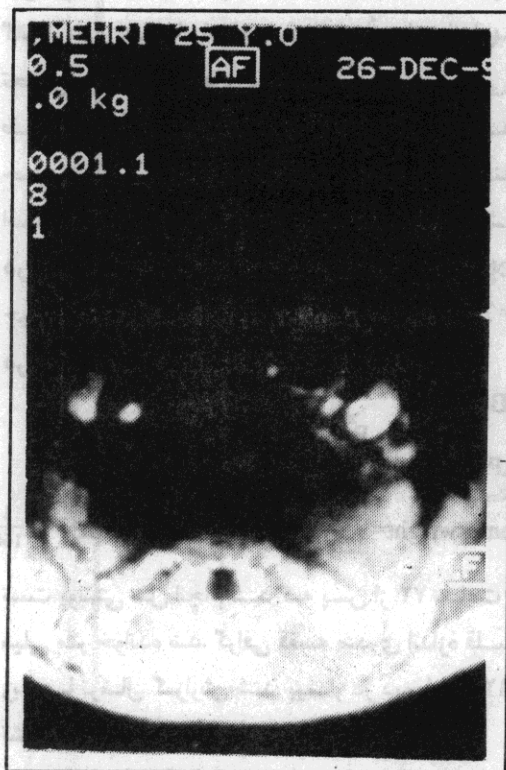
معرفی بیمار:

بیمار اول: مردی است ۲۴ ساله که در دیماه ۷۸ با درد اندامهای تحتانی و کاهش قدرت بخصوص در عضلات کمر بند لگنی در بخش نروژئی بیمارستان سینا همدان بستری شد، در شرح حال گفته شده ناراحتی خود را از ۶ ماه پیش ذکر می کند که ابتدا دچار درد در ناحیه کمر شد، بتدریج درد بیشتر و به پشت هر دو پا انتشار یافته با سرفه کردن و زور زدن این درد تشدید پیدا می کرد، درد گاهاً بیمار را از خواب بیدار و مجبور می شد که از مسکنهای قوی و حتی تریاک استفاده کند، اختلال اسفنگتری را نیز ذکر می کند، شغل بیمار کشاورز، سابقه اعتیاد ذکر نمی کند، در رژیم غذایی خود مصرف لبنیات غیر استریل محلی را عنوان می کند، در سابقه خانوادگی ناراحتی ندارد، در بررسی داخلی و نروژئی بیمار کاملاً

در MRI درخواست شده خوردگی مهره و دیسک بین مهره ای لمبار مشاهده شد (تصویر ۲ و ۳).



تصویر ۲

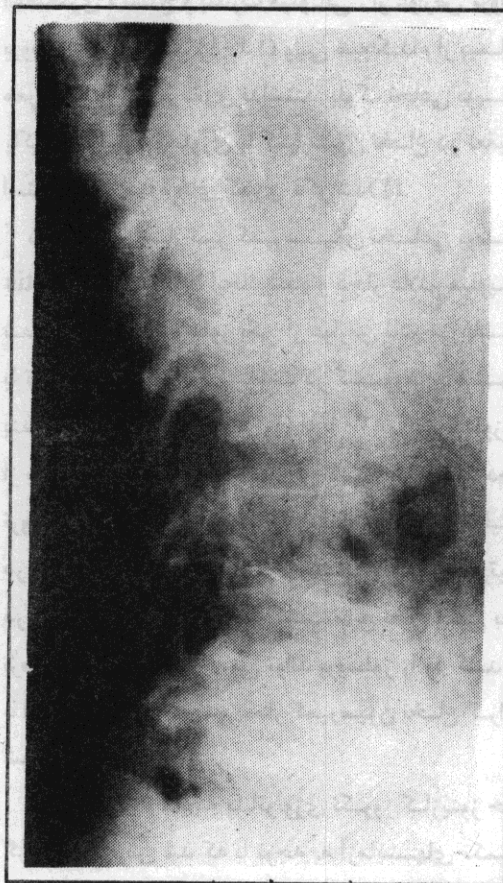


تصویر ۳

هوشیار، معاینه اعصاب دوازده گانه کاملاً طبیعی، سفتی گردن ندارد، سمع قلب و ریه ها طبیعی، اندازه کبد نرمال ولی طحال مختصری بزرگتر میباشد. معاینه اندامهای فوقانی در حد نرمال ولی اندامهای تحتانی آتروفی در عضلات پروگسیمال مشهود است. قدرت اندامهای $\frac{3}{5}$ تست لازیک مثبت و SLRT حدوداً ۴۵ درجه مثبت رفلکس وتری تا حدی تشدید و با ینسکی دو طرف مثبت می باشد در معاینه حس: سطح حسی تا ناحیه $L_4 - T_{12}$ موجود است. معاینه منچه ای سالم می باشد. علائم حیاتی نرمال و تستهای کبدی و کلیوی نیز نرمال می باشد.

W.B.C=8500 N=%60 L=%90
ESR=97 e.R.P= ++
Wright= $\frac{1}{690}$ 2ME= $\frac{1}{160}$

آزمایش مایع نخاع: قند 50 mg/dl و قند خون همزمان 105 mg/dl پروتئین 90 mg/dl، گلبول سفید و قرمز دیده نشد، تست پوستی سل انجام شد که پس از ۲۲ ساعت منفی شد، کشت مایع نخاع منفی درگرافی ساده لمبوساکرال اسپوندیلیت عفونی گزارش شد (تصویر ۱).



تصویر ۱

بر روی نخاع میلوپاتی ایجاد کرده مشاور جراحی اعصاب درخواست که در اواخر دیماه تحت عمل جراحی قرار گرفت: از محل ضایعه بیوپسی بعمل آمد که نتیجه پاتولوژی بروسوز گزارش شد.

بحث:

در هر دو مورد بیماران با توجه به علائم ضعف اندامهای تحتانی- اختلال اسفنگتری پیشرونده بودن آن، در مرحله اول ضایعات فضاگیر چه بصورت اولیه یا ثانویه (بخصوص در بیمار دومی) آبنه نخاعی - فتق دیسک مرکزی بین مهره ای مطرح شد (۶-۲) ولی چون در فرد ۸۲ ساله سابقه خانوادگی بروسوز و در بیمار دومی مصرف غیر استریل لبنیات را ذکر می کردند همچنین با توجه به شیوع این بیماری در استان همدان تشخیص های افتراقی دیگر از جمله سل و تب مالت مطرح شد و با توجه به گرافی قفسه صدری و کشت خلط منفی در هر دو بیمار و نیز نتیجه پاتولوژی در بیمار دوم، تشخیص سل منفی شد. مننژیت، مننگوآنسفالیت، دوپینی، سرگیجه گرفتاری مخچه ای، اختلال اسفنگتری، تشنج و بندرت میلوپاتی، از عوارض نروژی بروسوز می باشد (۸-۱۶) ولی هیچکدام از بیماران معرفی شده علائم مغزی نداشتند. بلوک نخاعی بوسیله پانک مننژیت بروسوزی یا کمپرسیون نخاع در تعقیب استئومیلیت مهره های کمری ذکر شد (۱).

در هر دو بیمار نیز کمپرسیون نخاعی بوسیله Spondylo diskitis ایجاد شده و دچار علائم میلوپاتی شدند. میلوپاتی بروسوز یکی از عوارض نادر می باشد و با توجه به بهبود وضع بهداشت در کشورهای پیشرفته بندرت گزارش شده (۷، ۳، ۶، ۱) از ۳۰۱ مورد بروسوز که از بیمارستان ملک فهد گزارش شده ۱۸ مورد دچار نروبروسوز شدند (۹) که در یک بیمار علائم رادیکولیت و در ۴ بیمار کشت مایع C.S.F مثبت بود در صورتیکه در هر دو بیمار مورد نظر ما کشت مایع نخاع منفی بود. نرمال بودن مایع نخاع نمی تواند بروسوز را رد کند (۶) با انجام MRI در هر دو بیمار کمپرسیون نخاع گزارش شد (۱۱، ۱۰، ۱).

در بیمار دوم نتیجه پاتولوژی نکروز کازینوز حتی گرانولوم گزارش شد که با توجه به آزمایشهای تکمیلی بروسوز تأیید شد. بیماران مورد بحث متأسفانه بعلت عدم مراجعه بموقع، همچنین عدم گفتن شرح حال

بیمار با مشاوره همکاران بخش عفونی تحت درمان با کپسول ریفامپین، داکسی سیکلین و امی کاسین قرار گرفت. پس از ۶ هفته درد بیمار کم و قدرت اندامهای تحتانی بهتر شدن درمان بیمار همچنان ادامه دارد.

بیمار دوم: مردی است ۸۰ ساله که در آذرماه ۷۷ بعلت یبوست و نفخ شکم در یکی از بیمارستانهای همدان بستری می شود. در شرح حال خود یبوست را از ۴ ماه قبل ذکر کرده است. در معاینه داخلی علائم حیاتی نرمال در لمس شکم، کبد، طحال ملموس نبود، سمع روده ها نرمال، معاینه قلب و ریه طبیعی بود. تست کلیوی و کبدی طبیعی فقط هموگلوبین ۱۱، هماتوکریت ۳۰، گرافی ساده شکم در حالت ایستاده و سونوگرافی شکم طبیعی، اکوکاردیوگرافی نرمال و باریم انما و آندوسکوپی نرمال گزارش شد. پس از سه روز بیمار ترخیص می شود. چهار هفته بعد بیمار با ضعف اندامهای تحتانی به بخش اعصاب بیمارستان سینا همدان مراجعه می کند و به علت ضعف اندامهای تحتانی و اختلال اسفنگتری بستری می شود. در معاینه نروژی بیمار کاملاً هوشیار فقط از خستگی بدن و عدم بهبود یبوست شکایت می کند. در سابقه خانوادگی بروسوز را در یکسال قبل در همسر خود ذکر میکند. معاینه اعصاب دوازده گانه نرمال، قدرت اندامهای فوقانی $\frac{5}{5}$ ولی اندامهای تحتانی $\frac{3}{5}$ رفلکس های وتری تشدید و باینسکی دو طرف مثبت بود از نظر حسی معاینه شد، سطح حسی تا ناحیه $T_{11} - L_1$ وجود داشته و اختلال اسفنگتری بصورت عدم توانایی در نگهداری ادرار داشته در معاینه پروستات با توجه به سن نرمال بود، علائم حیاتی بیمار $P=70, T=37^{\circ}C, BP=\frac{150}{90}, RR=16$ در آزمایش خون محیطی:

$N=70\%$
 $WBC=8000$
 $P=30\%$
 $CRP=++$
 $RF=0$
 $Combswright=\frac{1}{1280}$
 $Wright=\frac{1}{1280}$
 $2ME=\frac{1}{160}$

تست پوستی سل انجام شد که پس از ۷۲ ساعت ۱۰ میلی متر خوانده شد. گرافی قفسه صدری اندازه قلب و ریه ها نرمال گزارش شد. بیمار در دیماه ۱۳۷۷ با تشخیص احتمالی نروبروسوز بستری شد.

جهت بیمار MRI درخواست شد که ضایعه مهره و دیسک بین مهره ای T8T9 گزارش شد که در اثر فشار

4. Velan GJ, Leiter J, Folman Y, et al. Brucellosis of the spine with a synchronous staphylococcus aureus pyogenic elbow; Infection. Eur Spine J 1997; 6(4): 284-5.
 5. Malik GM. A clinical study of brucellosis in adults in the Asir region of Southern Saudi Arabia. Am J Trop Med Hyg 1997Apr; 56(4): 375-7.
 6. Mclem DR, Russell N, Yousufkhan M, et al. Clin infect Dis 1992; 15: 582-90.
 7. Kilic T, Ozar AF, Ozgen S, et al. Brucellar spondylitis mimicking lumbardisc herniation. Paraplogia 1995Mar; 33(3): 167-9.
 8. Akdeniz H, Irmak H, Anlar O, et al. Central nervous system brucellosis: presentation, diagnosis and treatment. J Infect 1998 May; 36(3): 297-301.
 9. Aldcebsm, Yagub BA, Sharif HS, et al. Neuro brucellosis clinical characteristics diagnosis and outcome Neurology 1989; 39: 498-501.
 10. Khujneri R, Qureshi MM. Role of MRI in the diagnosis of cervical brucellar spondylitis. East Afr Med J 1998 Nov; 75(11): 671-2.
 11. Bahemalkam-Shemena AR, Panayiolopoulos CP. Neurological syndrome of brucellosis. J Neural Neurosurg Psychiatry 1988; 51: 1017-21.
- دقیق دچار عوارض نروبروسلوز نخاعی شدند(۳،۶،۷).
در خاتمه پیشنهادات زیر ارائه می گردد:
۱- در مناطقی که بروسلوز شیوع دارد لازم است در بیشتر بیماران با هر نوع شکایت از قبیل درد عضلات، سردردهای مقاوم به درمان و اختلالات نرولوژیک تستهای تشخیصی از نظر بروسلوز انجام شود.
۲- منفی بودن کشت مایع نخاع و یا بالا بودن سرعت رسوب نمی تواند بروسلوز را رد کند.
۳- اختلال حسی در صورتیکه وجود داشته باشد MRI نخاعی را نباید فراموش کرد.
- سپاسگزاری:**
برخود لازم می دانم که از همکاری سرکارخانم دکتر کرامت و خانم دکتر رنجبر که در درمان بیماران فوق مرا یاری نمودند تشکر و قدردانی کنم.
- منابع:**
1. Fauci P, Braunwald E, Isselbacher K, et al. Harrison's principles of internal medicine. New York : Mc Graw-Hill 1998: 969-70.
 2. Cruz JM, Santo C, Zarzalejos JM, et al. Redicalar compression by brucellar epidural abscess. Am Med Interna . 1998Apr; 15(4): 230-1.
 3. Gonzalez, Garcia Porua C, Ibanez D, et al. Osteoarticular complications of brucellosis in an Atlantic area of Spain. J Rheumatol 1999Jan; 36(1): 141-5.