

## گزارش موردی

## گزارش یک مورد سل اولیه نازوفارنکس

دکتر فرناز هاشمیان \*

## چکیده:

دستگاه تنفسی فوقانی محل غیرشایعی برای عفونت سلی می باشد و سل نازوفارنکس به تنهایی و بصورت اولیه بدون درگیری ریوی بسیار نادر است. بطوریکه در بررسی تحقیقات در طی ۳۲ سال گذشته فقط ۳۹ مورد سل نازوفارنکس اولیه و ثانویه گزارش شده است.

در این گزارش یک زن ۲۶ ساله با سل نازوفارنکس معرفی شده که با کاهش شنوایی و اوتیت سرروز دو طرفه مراجعه کرده است و تحت درمان با داروهای ضدتوبرکلوز به مدت ۶ ماه فرار گرفته و پاسخ مناسبی به درمان داده است.

کلیدواژه ها: سل / نازوفارنکس

## مقدمه:

سل اولیه نازوفارنکس بیماری نادری است و اغلب تظاهر اولیه آن با لمفادنیت گردنی است لیکن در موارد نادر بصورت علائم گوش بروز می کند. با توجه به این امر که کشور ما از نظر سل جزء مناطق اندمیک بحساب می آید، اهمیت شناخت بیشتر تظاهرات غیرمعمول آن بارزتر میگردد. در این مطالعه یک مورد سل اولیه نازوفارنکس با تظاهر گوش معرفی شده است.

## معرفی بیمار:

بیمار زن ۲۶ ساله ای است، خانه دار، اهل رودسر، که با شکایت اصلی کاهش شنوایی گوش چپ از ۴ سال قبل از مراجعه (۱۳۶۹) و سابقه وزوز گوش چپ که بصورت صدای باد و متناوب بوده به مرکز درمانی مراجعه کرد. از اتوره، درد گوش و رینوره شکایتی نداشت و سابقه گرفتگی هر دو سمت بینی مخصوصاً سمت چپ را از ۴ سال قبل ذکر میکرد. بیمار ۳ سال قبل با تشخیص

اوتیت سرروز دو طرفه تحت عمل تمپانوستومی قرار گرفته و گرومت در هر دو گوش قرار داده شده بود که برای مدت کوتاهی علائم بهتر شده ولی با افتادن گرومتها علائم مجدداً باز می گردد و از آن زمان دیگر مراجعه نداشته تا اواخر سال ۱۳۷۳ که بعلت کاهش شنوایی مراجعه کرد.

در معاینه بیمار، پرده تمپان گوش راست رتراکته و گوش چپ بصورت Adhesive Atelectatic تمپان بود. رینه هر دو گوش منفی و وبر بطرف چپ منحرف میشد.

در نازوفارنکوسکوپی غیرمستقیم در سمت چپ دیواره پوسترولاترال نازوفارنکس توده ای گراتولر و لوبوله با مخاط سالم و صورتی رنگ به چشم می خورد. بیمار لمفادنوپاتی نداشت. مخاط بینی Pale بود ولی توده ای در بینی مشاهده نشد. اودیومتری انجام شده نشانگر کاهش شنوایی انتقالی هر دو گوش بود SRT گوش چپ 50 dB و گوش راست 40 dB بود. تمپانوگرام هر دو گوش منحنی تیپ B را نشان می داد.

(۱) آدنویید که ممکن است در زمان کودکی کانونی برای رشد میکروارگانیزم بوده و بصورت نهفته باقی مانده و بعقل دیگری در زمانهای بعدی بارز می شود.

(۲) استنشاق میکروارگانیزم

(۳) ممکنست عفونت از طریق خون از مکانهای دیگری که تا بحال مشخص نشده اند، ایجاد شده باشد (۱).

شایعترین تظاهر سل نازوفارنکس لمفادنوپاتی گردنی می باشد و دومین تظاهر بالینی شایع، ترشح بینی به همراه انسداد آن است (۲).

در برخی از این مطالعات یافته باکتریولوژیک مثبت جهت تشخیص قطعی نداشته اند ولی با توجه به پاتولوژی و پاسخ مناسبی که به داروهای ضد T.B. داده شد تشخیص T.B. را قطعی دانسته اند.

در مطالعه Rohwadder در سال ۱۹۷۴ از ۸۴۳ بیمار که با تشخیص T.B. بستری شده بودند فقط ۱۶ مورد سل دستگاه تنفسی فوقانی داشته اند و از میان این ۱۶ مورد فقط ۵ مورد (۳۱٪) سل اولیه فارنکس و نازوفارنکس داشته اند (۳). در مطالعه ای که Waldron و همکاران در سال ۱۹۹۲ در هنگ کنگ انجام دادند از ۱۰ مورد بیمار با سل نازوفارنکس ۹ مورد علائمی از بیماری سیستمیک یا سل ریوی نداشته اند و ایشان نتیجه گرفته اند که سل نازوفارنکس بیشتر بصورت ایزوله و اولیه رخ می دهد تا ثانویه به سل ریوی و نازوفارنکس ممکنست راه ورود باسیل T.B. در بیماران با لمفادنیت گردنی باشد (۴).

در گزارش ما نیز یک بیمار ۲۶ ساله با کاهش شنوایی و اوتیت سرروز معرفی شده که در معاینات بعدی توده نازوفارنکس مشاهده شده و پس از بیوپسی از توده مذکور و به همراه PPD-۳۷ میلیمتر، T.B. نازوفارنکس تشخیص داده شد و منشاء دیگری از بیماری سیستمیک یا سل ریوی در بیمار یافت نشد.

توده نازوفارنکس به درمان ضد T.B. پاسخ داده ولی بعلت اینکه عارضه اوتیت مدیای مزمن بصورت Adhesive در آمده بود انتظار نمی رفت که به درمان طبی جواب دهد.

Bath و همکاران نیز بیماری را با تظاهر اولیه اوتیت سرروز معرفی کرده اند که در بیوپسی نازوفارنکس گراتولوم غیر کازئیغیه گزارش شده بود ولی بیمار PPD مثبت داشت و پس از درمان با داروهای ضد T.B. علائم

سایر آزمایشات پاراکلینیک از این قرار بود :  
WBC = 6700 با لمفوسیت 28% و نوتروفیل 72% ،  
ESR = 6 ، HCT = 41.6% .

تست توپرکولین (PPD 5 unit) پس از ۷۲ ساعت ۳۲ میلی متر اندوراسیون داشت . در آزمایش اسمیر خلط باسیل اسید فاسیت دیده نشد .

در CXR علائمی دال بر توپرکلوز مشاهده نشد . در گرافی ساده لترال نازوفارنکس توده ای نامنظم مشهود بود .

سی تی اسکن اگزیمال بدون کنتراست از قاعده جمجمه تا هیپوئید انجام شده که در نازوفارنکس توده ای بدون حدود مشخص و ایزودانس با نسج مجاور در نازوفارنکس مخصوصاً سمت چپ دیده می شد . نازوفارنگوسکپی مستقیم بیمار تحت بیهوشی عمومی انجام شد که توده ای لوبوله با مخاط سالم و صورتی در دیواره پوسترولترال نازوفارنکس مشهود بود که از آن توده بیوپسی انجام شد . در گزارش پاتولوژی ساختمانهای لمفونیدی بصورت فولیکول لنفاوی و مراکز زایگر با گرانولومهای مرکب از سلولهای اپیتلوئید و مونو نوکلر و ژانت چند هسته ای نوع لانگهانس با نکروز مرکزی ذکر شده بود که بدین ترتیب تشخیص نهایی پاتولوژی انفلاماسیون مزمن گرانولوماتوز منطبق با T.B. بود.

بیمار با تشخیص سل اولیه نازوفارنکس و اوتیت مدیا تحت درمان ۶ ماهه با داروهای ضد T.B. قرار گرفت که توده نازوفارنکس به درمان آنتی T.B. بخوبی پاسخ داده و از بین رفته بود ولی تغییر در تمپانومتري ایجاد نشده بود .

#### بحث

سل نازوفارنکس بیماری نادری است و بصورت اولیه بدون حضور کانون ریوی فعال نادرتر می باشد . در بررسی پژوهشها از سال ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۸ فقط ۳۹ مورد سل نازوفارنکس بصورت اولیه و ثانویه گزارش شده بود . اگر سل دستگاه تنفسی فوقانی رخ دهد شایع ترین محل آن سپتوم بینی مخصوصاً نزدیک اتصال مخاط به پوست می باشد . با شیوع کمتر انتهای خلفی سپتوم درگیر می شود و T.B. نازوفارنکس کمترین شیوع را دارد . Martinson در گزارش خود سه راه احتمالی برای درگیری نازوفارنکس پیشنهاد کرده است :

## منابع :

1. Martinson FD. Primary tuberculosis of the nasopharynx in a Nigerian . J Laryngol Otol 1967 Feb; 81(2): 229-33
2. Bath AP , Flynn P, Gibbin KP. Nasopharyngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1992;106(12): 1079-80.
3. Rohwedder Jay J, Arbor A. Upper respiratory tract tuberculosis. Ann Int Med 1974 Jun;80(6):708-713.
4. Waldron J, Van-Hasset CA, Skinner DW , et al. Tuberculosis of nasopharynx. Clin Otolaryngol 1992. Feb ;17(1) : 57-9 .

بیمار کاملاً از بین رفته بود و به این نتیجه رسیدند که بایستی در هر مورد اوتیت سرروز بالفین ، نازوفارنکس معاینه شود و در صورت لزوم بیوپسی برداشته شود و اگر گرانولوم تشخیص داده شد حتی اگر غیرکارزئیفیه باشد بایستی به فکر توبرکلوز باشیم(۲).

توبرکلوز نازوفارنکس ممکنست با بدخیمی ها اشتباه شود و این امر اهمیت دارد که توبرکلوز در تشخیص افتراقی ضایعات نازوفارنکس ( مخصوصاً در مناطق اندمیک ) قرار گیرد و نمونه بیوپسی برای بررسی هیستولوژی و باکتریولوژی ارسال گردد .