

CASE REPORT

گزارش دو مورد سل استخوان جناغ

دکتر فاطمه بهناز^۱، دکتر محمود محمدزاده^۲

چکیده

آبسه زیر جلدی سلی در قفسه صدری یک فرم نادر بالینی سل خارج ریوی است و معمولاً از یک بیماری استخوانی زمینه ای از دنده ها، غدد لنفاوی یا پلور بدون گرفتاری همزمان ریه ناشی می شود و ندرتاً مواردی بدون شواهد از گرفتاری استخوان همزمان بوجود می آید. ما در اینجا دو بیمار را گزارش می کنیم که با توده ای در قفسه صدری مراجعه کرده و بعد از بررسیهای پاراکلینیک با رادیوگرافی، اسکن ایزوتوپ نمونه برداری و بررسی آسیب شناسی در میکروب شناسی تشخیص آبسه سرد سلی با منشاء گرفتاری از استخوان جناغ قطعی شد. هر دو بیمار پس از درمان سل بهبودی کامل یافتند.

واژه های کلیدی: آبسه زیر جلدی سلی، سل استخوان جناغ

مقدمه

موضعی به داخل فضای مفصلی انتشار یافته و منجر به آرتريت سلی می گردد^(۱،۲) و بیماری در اثر فعال شدن کانون همتوزن قبلی، انتشار بیماری از ارگانهای مجاور و یا انتشار لنفاوی از پلور بوجود می آید^(۴). بیماری در هر سنی بوجود می آید که ترتیب شیوع آن ستون فقرات و سپس مفاصل ران و زانو و به میزان کم در سایر نقاط بدن است^(۱،۲). استئومیلیت سلی گذشته از مهره ها می تواند هر استخوانی را از جمله دنده ها، استخوان جمجمه، انگشتان، لگن و استخوانهای بلند را مبتلا سازد. استئومیلیت سلی در خارج از جسم مهره معمولاً به فرم آبسه سرد است^(۱). آبسه زیر جلدی سلی در قفسه صدری یک فرم بالینی غیرمعمول از سل خارج ریوی است و معمولاً از یک بیماری استخوانی زمینه ای از دنده ها، غدد لنفاوی یا پلور بدون گرفتاری همزمان ریه ناشی

سل همواره در طول تاریخ باعث گرفتاری انسان بوده است. وجود سل استخوانی در بقایای اجساد مومیایی مصر و نقاشیهای انسانی که فقرات پشتی آنها گوژپستی سل را به طور کلاسیک نشان می دهد نشانگر وجود سل در دنیای قدیم است^(۱) و لیکن پس از گذشت قرنها و پیشرفت های چشمگیری که در قرون گذشته در تشخیص و درمان این بیماری بوجود آمده هنوز هم سل به عنوان معضل بهداشتی بسیاری از کشورهای دنیا می باشد. بیشتر گرفتاری استخوان و مفاصل از یک کانون استئومیلیت در صفحات رشد استخوانها منشاء می گیرد و بطور

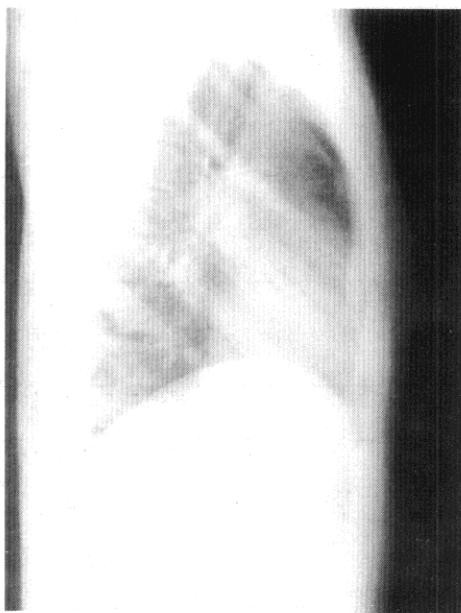
۲۰۱- استادیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

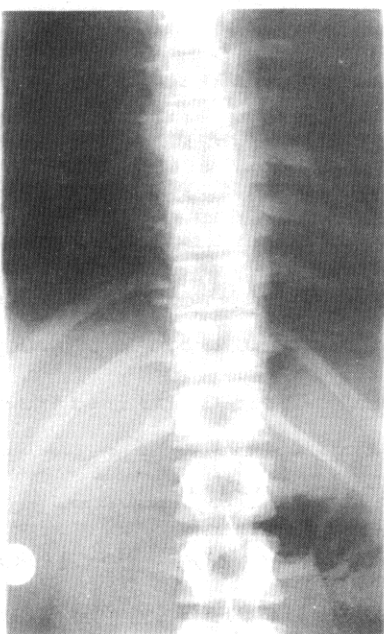
بلند شدن پریوست و منطقه lytic بسیار محو موضعی این ناحیه از جناغ دیده می شد (تصویر ۱).

در گرافی فقرات پشتی سطوح دیسک در ناحیه T7,8 محو بوده و مهره های فوق در اطراف سطوح دیسک استئوپوروتیک بوده اند. پدیکولها نرمال و فاصله بین مهره ای کاهش یافته بود. تورم نسج نرمی پاراورتبرال مشاهده نشد

(تصویر ۲)



تصویر ۱: آبه بافت نرم و استئومیلیت استخوان جناغ در بیمار ۱



تصویر ۲: ابتلاء دیسک بین مهره های T7 و T8 همراه با استئوپوروز

مهره ای در بیمار ۱

می شود^(۳،۵) و موارد نادری بدون شواهدی از گرفتاری استخوان همزمان بوجود می آید^(۵). ما در این دو بیمار فرم نادر این بیماری که گرفتاری استخوان جناغ با تظاهر آبه زیر جلدی می باشد را معرفی می کنیم.

بیمار ۱: بیمار پسری ۱۷ ساله ایرانی بنام: ت - ف بوده است که به علت برجستگی پیشرونده در ناحیه تحتانی جناغ که از ۶ ماه قبل شروع شده و تدریجاً و نسبتاً به کندی اندازه آن افزایش یافته بود، بستری گردید. بیمار در ۲ ماه اخیر از درد پشت نیز شاکی بود که درد وی تقریباً ثابت و در تمام طول روز وجود داشت. بیمار تا سه سال قبل از بستری ساکن هند بوده است و در چند ماه اخیر به علت شکایات فوق، مراجعات مکرر پزشکی داشته است. در طی ۶ ماه اخیر ۱۱ کیلوگرم کاهش وزن داشته است (از ۶۵ به ۵۴ کیلوگرم) از بی اشتهایی و درد پشت شاکی بوده است. سابقه تب، لرز و تعریق شبانه را ذکر نمی کند و سابقه هیچ گونه بیماری و بستری شدن را از دوران کودکی تاکنون ندارد و سیر رشد و نمو وی طبیعی بوده است. سابقه ی تماس با بیمار مسلول را در خانواده، اطرافیان و دوستان ذکر نمی کند، در خانواده وی سابقه هیچگونه بیماری وجود ندارد.

در معاینه بیمار نوجوان هوشیاری بود که در هیچ گونه دیسترس خاصی نبود، تب نداشت، قد ۱۷۰ سانتی متر و وزن وی ۵۴ کیلوگرم و علائم حیاتی طبیعی بود. در قسمت تحتانی قفسه سینه در قدام در نیمه تحتانی جناغ یک توده برجسته به ابعاد ۴×۵ cm غیرحساس و سفت وجود داشت. در معاینه در نیمه تحتانی قسمت پشتی ستون فقرات، چندین مهره در لمس عمیق، دردناک بود. معاینه قلب و ریه طبیعی بوده و ارگانومگالی نداشت. معاینات نورولوژیک و سایر معاینات طبیعی بود. اسکار BCG وجود داشت. در بررسی آزمایشگاهی:

WBC = 7500/mm³ HCT= 42.7 Hb = 14.9

lymph = 34% mono = 5% poly = 61%

و پلاکت ۲۹۰۰۰۰ mm³ بود سرعت سدیمانتاسیون در ساعت اول

۵۲mm و در ساعت دوم ۷۸mm بود و CRP مثبت بود. در گرافی

نیمرخ قفسه صدري تورم نسج نرم مجاور استخوان جناغ همراه با

تحت درمان وریدی کفلین و ژنتاماسین قرار گرفته است و لیکن بهبودی حاصل نشده است با فشار دادن، از اطراف ترشحات بیشتری خارج شده و موقتاً ترشح قطع شده و لیکن مجدداً سرباز می کرده است. ده ماه پس از عمل بیمار جهت تشخیص بیوپسی از محل احتمالی سینوس تحت عمل جراحی قرار گرفت و نمونه برای قارچ و میکوباکتریوم ارسال شد. در آسیب شناسی قطعاتی از پوست و نسوج همبندی چربی با آماس گرانولوماتو شامل سلولهای اپیتلیوئید، دیوسلولهای لانگهانس، لنفوسیت و ماکروفاژ مشهود بود. جداره سینوس مفروش از ترشحات انوزینوفیلیک و شامل بافت گرانولاسیون و آماس گرانولومی به چشم می خورد. کانونهای کلسیفیه و فیروز فراوان وجود داشت. کشت قطعات ارسالی از پوست و ترشحات در حین عمل میکوباکتریوم توبرکولوزیس از هر دو نمونه رشد کرد. بیمار برای مدت ۲ ماه بطور روزانه تحت درمان با ۴ داروی ایزونیازید ۳۰۰mg، ریفامپسین ۶۰۰mg، پیرازینامید ۱۵۰۰mg و اتامبوتول ۱۰۰۰mg و سپس ایزونیازید و ریفامپسین بادوز فوق برای ۱۰ ماه قرار گرفت. پس از شروع درمان تدریجاً ترشح بیمار از محل فیستول کاهش یافت و پس از ۳ ماه کاملاً قطع گردید. در سابقه بیمار حدود ۳۵ الی ۴۰ سال قبل سل استخوان جناغ داشته که به مدت یکسال تحت درمان بوده است.

بحث

در ۱/۱۵٪ کودکان مسلول، گرفتاری استخوانی وجود دارد و گرفتاری استخوان جناغ غیر معمول است^(۱). نیوتن و همکاران در ۷۴ بیمار بالغ مبتلا به استنومیلیت سلی فقط یک مورد ابتلاء دیواره قفسه صدری به سل را گزارش کرده اند^(۷). موارد سل جناغ در بالغین با سابقه ای از عفونت HIV و در معتادان تزریقی دارویی با تروما (مانند جراحی روی استخوان جناغ) توأم بوده است^(۸،۹). آبه زیر جلدی سلی معمولاً از دنده ها، غدد لنفاوی یا پلور بدون گرفتاری همزمان ریه ناشی می شود و موارد نادری بدون شواهد گرفتاری استخوان گزارش شده است که yuceل و همکاران، کودک ۲۸ ماهه ای را با قفسه صدری بدون گرفتاری استخوان گزارش کرده اند^(۳). در بیمار شماره ۱، شواهد

تست پوستی PPD پس از ۷۲ ساعت ۱۵ میلیمتر سفتی داشت. یک بیوپسی از استخوان استرونوم به ابعاد ۲ cm × ۲ cm × ۱ cm برداشته شد و در ریزینی آسیب شناسی یک واکنش گرانولوماتوز با مقداری نواحی نکروز مشابه نکروز کازنوز مشاهده گردید. تعدادزیدی سلولهای ژانت لانگهانس نیز دیده شد. بیمار با تشخیص سل استخوان جناغ تحت درمان ۴ داروی ایزونیازید 300mg و ریفامپسین 600mg و پیرازینامید 1500 mg و اتامبوتول 800mg روزانه قرار گرفت. در روز سوم درمان، بیمار دچار Bells palsy سمت چپ گردید که گذرا بود ولی پس از ۳ هفته بدون درمان خاصی بهبود یافت. در پایان هفته دوم، راشهای سرخکی شکل در تمام ناحیه سینه و پشت ظاهر گردید که با آنتی هیستامین تحت کنترل درآمد و در پایان ماه دوم درمان وی در فاز نگهدارنده با ایزونیازید و ریفامپسین به مدت ۱۴ ماه ادامه داده شد. بیمار تدریجاً اشتهاش بهبود یافت. حال عمومی بهتر شد و درد پشت تدریجاً کاهش یافت به طوری که پس از ۳ ماه از بین رفت و محل بیوپسی نیز بدون عارضه بهبود یافت. وزن بیمار در پایان درمان به ۶۵/۵ کیلوگرم رسید و از نظر گرافی نیز ضایعه استخوان استرونوم بهبودی حاصل شد و از نظر ظاهر برجستگی روی جناغ کاملاً از بین رفت.

بیمار ۲: بیمار ع-م مرد ۶۲ ساله ای اهل وساکن یزد، کارمند مرکز بهداشت که از ۱۱ ماه قبل از مراجعه فعلی تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر bypass قرار گرفته است. در گرافی سینه قبل از عمل بجز چند کلسیفیکاسیون در ناف ریه ضایعه دیگری نداشته و در حین عمل نیز به نکته غیرطبیعی در داخل قفسه صدری برخورد نکرده اند. پس از عمل محل برش جراحی بهبود نیافته و پس از حدود یکماه دچار خروج ترشحات زرد رنگ تا حدی چرکی از محل بخیه گردیده است که توأم با قرمزی و توده در لمس دردناک بود و بدنبال حرکت و سرفه، دچار درد در محل می گردیده است. در این مدت بیمار تب، لرز و تعریق نداشته است. کشت های روتین از ترشحات زخم که به طور مکرر انجام شده منفی بوده است بیمار ابتدا درمان آنتی بیوتیک خوراکی سفالکسین و سپس به علت عدم بهبودی

خاموش سلی از بیماری قبلی خود در استخوان جناغ داشته است که بدنبال ترومای ناشی از جراحی استروئومی مجدداً فعال گردیده است گرفتاری استخوان جناغ بخصوص در غیاب علائم بالینی سل در سایر نقاط بدن نادر است. ترومای نافذ و غیر نافذ (blunt) از علل شناخته شده فعال شدن مجدد یک کانون خاموش سلی است^(۱۱) اما موارد نادری از آن به بدنبال جراحی باز کردن جناغ جهت عمل پیوند عروق کرونر گزارش شده است^(۹).

بنابراین بیماران با زخمهای عفونی در محل استروئومی که به درمانهای معمولی پاسخ نمی دهند بایستی از نظر باسیل - اسید فاست بررسی گردند و یک سابقه قبلی از عفونت سلی مهم است و در بیمارانی که ریسک فعال شدن عفونت وجود دارد بایستی با دقت شرح حال قبلی عفونت و بیماری سل را جستجو کرد و چنانچه لازم باشد اقدامات پیشگیرانه انجام داد.

گرفتاری استخوان در گرافی با اشعه X وجود داشت و آسسه زیر جلدی وی ناشی از گسترش عفونت از استخوان به بافت نرم می باشد. در هر دو بیمار هیچ گونه شواهدی از بیماری همزمان ریه وجود نداشت و سابقه تماس با هیچ بیمار مسلول را در خانواده و دوستان ذکر نمی کردند. بیمار شماره ۱ گرفتاری استخوانی همزمان در مهره ها هم داشت و بیماری او با توجه به سن می تواند یک سل اولیه باشد و انتشار هماتوزن محتمل ترین راه ابتلای استخوان در هر دو محل است. مدت درمان در هر بیمار یکسال و بیشتر بوده که علت طولانی بودن درمان گرفتاری استخوانی بوده است^(۲،۴). واکسن BCG بیشتر بر علیه مننژیت سلی و سل میلیری نقش محافظتی دارد^(۲،۴،۱۰) بیمار شماره ۱ علیرغم اینکه سالها قبل واکسن BCG دریافت کرده بود، مبتلا به بیماری گردید. ما اعتقاد داریم که بیمار شماره ۲ یک کانون

References

- 1- Michael .D , Iseman . A *Clinician's guide to tuberculosis* . philadelphia .Lipincott Willam & wilkins ; 2000 : 1162-7
- 2- Harrison's . *Tuberculosis* ; Marioc . Raviglione , Richard y . o'Brien . Principles of Internal Medicine; McGraw Hill 2000 – vol2 , 15 th ed : 1028-1035.
- 3- Yucel Tasdan ; Mujgan Ali kasifoglu ; kenan Midilli ; ozdemir ilter . *Chest wall abscess as an un usual presentation of childhood tuberculosis*. *Pediatr Infect Disy* 1998 , 17 (1) : 85-86 .
- 4- Mandell ; Douglas ; Benett . *Mycobacterium tuberculosis* . David W.Hass . principles and practice of Infectious Disease ; Churchill livingstone 2000 , Vol2 5 th ed : 2576-2607 .
- 5- Hung .D.y . *Tuberculous muscle abscess : an unusual presentation of tuberculosis* . *Am . J . Med* 1990 , 88 : 557N – 59N.
- 6- Lobatomn , cummings.K ,will .D , Royces . *Tuberculosis in children and adolescents: california*, 1985 – 1995 *Pediatr Infect Dis* 1998 ; 17 : 407-11 .
- 7- Newton p , Sharp y , Barones kl . *Bone and joint tuberculosis in greater manchester* .*Ann Rheum Dis* 1982 ; 41:1-6 .
- 8- Cacho .G , Yebra .M , Berrocal .E, Ruiz .Y . *Tuberculosis chest wall abscess in patients with Aids* . *Clin Infect Dis* 1993 ; 16 : 727 – 8 .
- 9- Rubinstien.E.M, Lehmannt . *Sternal osteo myelitis due to mycobacterium tuberculosis following coronary bypass surgery* .*Clin Infect Dis* 1996 ; 23 : 202 – 3.
- 10- Starke JR .*Tuberculosis in childhood* .*Curr opin Pediatr* . 1995 ; 7: 268-77
- 11- Weir.W.R.C , Muraleed Haran.M.V, *Tuberculosis arising at the site of physical injury : eight case histotris* . *J Infect* 1983 ; 7: 63-6 .