

معرفی یک مورد بروسولوزیس با عوارض توام قلبی عروقی و دستگاه سیستم اعصاب مرکزی بستری در

بخش عفونی بیمارستان رازی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

دکتر سید محمد جعفر آل محمد^۱، دکتر علیرضا رجبزاده^۲

چکیده: بروسولوز بیماری مشترک انسان و حیوانات است که بخصوص در نقاطی که پرورش و تربیت حیوانات اهلی جهت مقاصد اقتصادی رواج دارد شایعتر است. اشکال بالینی متغیر و مختلف بیماری اکثر اوقات ممکن است گمراه کننده بوده و پزشک را از تشخیص صحیح بیماری دور سازد، لذا در مناطقی که بیماری شیوع زیاد دارد باید فکر آن بود. موردی که در بخش عفونی رازی بستری گردید از موارد نادر اشکال بالینی این بیماری است که با دو عارضه توام عصبی (نوروبروسولوزیس) و قلبی عروقی مورد بررسی و درمان قرار گرفته ضایعات عصبی با علائم مننژ و پارزی اندامها و همیپلژی نیمه راست بدن ظاهر شده و علائم قلبی بصورت آندوکاردیت و با وژتاسیونهای بزرگ دریچه میترا همراه بوده است. این تظاهرات از نشانه‌ها و عوارض خطیر بروسولوز بوده که پیش‌آگهی خوبی ندارند بیمار بروسولوزی یاد شده توام با عوارض مربوطه تحت درمانهای روتین ضدبروسلائی قرار گرفته و تظاهرات عصبی از بین رفته و چون اندازه وژتاسیون کوچک نشد به سرویس جراحی قلب جهت اقدامات جراحی اعزام گردید.

مقدمه:

اندوکاردیت بروسلائی در کمتر از ۳٪ موارد بروسولوزیس اتفاق می‌افتد ولی بیشترین عارضه‌ای که در بروسولوزیس منجر به مرگ می‌گردد اندوکاردیت بروسلائی است. قبل از درمان موثر، که شامل تعویض دریچه به روش جراحی است اندوکاردیت بروسلائی در اکثر موارد منجر به مرگ می‌گردد. دریچه آئورت در ۸۳٪ موارد، دریچه میترا در ۵۳٪ موارد گرفتار می‌گردد. بروسلا قادر به گرفتار کردن دریچه سالم و مصنوعی می‌باشد اگرچه بعضی از بیماران با درمان آنتی‌بیوتیکی به تنهایی درمان گردیده‌اند ولی معمولاً برای بهبودی کامل (Cure) نیاز به تعویض دریچه به روشهای جراحی و درمان طبی تواماً می‌باشد.

عوارض عصبی بروسولوزیس؛ اگرچه افسردگی و تغییرات خلقی در بروسولوزیس شایع است گرفتاری و تهاجم مستقیم بروسلا به CNS در حدود ۵٪ موارد می‌باشد. عوارض CNS شامل مننژیت، آنسفالیت، میلیت، رادیکولونوریت، آبسه مغزی، آبسه اپیدورال و سندروم‌های دمیالینازاسیون و سندروم‌های نوروبروسولوزیس می‌باشد. مننژیت (حاد یا مزمن) شایعترین عارضه CNS است و می‌تواند به عنوان اولین علامت از بیماری بروسولوز یا در سیر مزمن بیماری بصورت عارضه دیررس ظاهر گردد. از نظر علائم بالینی کمتر می‌توان این بیماری را از سایر مننژیت‌ها با سایر علل میکروبی افتراق داد. ولی سفتی گردن در کمتر از ۵۰٪ موارد دیده می‌شود. سردرد در این بیماران شایعترین علامت است و معمولاً شدید و از نظر زمانی ممکن است موقت، پیشرونده یا دوره‌ای (episodic) باشد.

یافته‌های موجود در مایع مغزی نخاعی (CSF)؛ رنگ مایع ممکن است کدر، چرکی، خونی و یا شفاف باشد. CSF خونی یا گزانتوکرومی ممکن است ناشی از خونریزی ساب‌آرکتوئید در نتیجه پارگی آنوریسم میکوتیک باشد. از نظر سلول معمولاً یک پلئوسیتوز یا غلبه لنفوسیتی دیده می‌شود. مقدار پروتئین CSF معمولاً افزایش

یافته است با یک افزایش واضح در گاماگلوبولین. مقدار قند مایع نخاع معمولاً نرمال یا کمی کاهش پیدا کرده است مایع CSF از نظر ارگانیزم بروسلا در ۵۰-۳۰٪ موارد مثبت می‌شود تیتراگلوکوتیناسیون بروسلا در CSF بیماران با مننگوآنسفالیت بروسلائی بالا می‌رود. درمان پیشنهادی در خصوص نوروبروسولوزیس مختلف است ولی بیشترین نظر بر درمان سه دارویی از ترکیبهای مختلف آمینوگلیکوزیدها، ریفامپین، سفالوسپورینهای نسل ۳، تتراسیکلین‌ها و کوتریموکسازول می‌باشد.

یافته‌های بافت‌شناسی شامل التهاب در لپتومننژ، آرکتوئیدیت و چسبندگی، اسکولیت و لکوآنسفالیت می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای است که از حدود یکسال پیش دچار درد و محدودیت حرکت در مفاصل دست و پا (مچ دست و پا، زانو و آرنج و شانه) به همراه تب و تعریق، بی‌اشتهایی سردردهای گهگاهی و بی‌بوست گردیده است که به پزشک عمومی مراجعه نموده و در ویزیت اول برای بیمار از نظر تشخیصی بیماری خاصی مطرح نمی‌گردد و تحت درمان علامتی قرار می‌گیرد بیمار برای چند روزی تخفیف در علائم پیدا کرده و لی مجدداً علائم فوق‌الذکر تشدید پیدا می‌کند و پس از یکماه به پزشک دیگری مراجعه می‌نماید که با توجه به عدم بهبودی در درمانهای علامتی و دردهای شدید مفاصل برای بیمار درخواست آزمایشهای روتین CBC, U/A و آزمایشات سرولوژی صورت می‌گیرد که در نتایج آزمایشات اولیه برای بیمار تشخیص بروسولوز گذاشته می‌شود و تحت درمان دارویی با استرپتومایسین و کپسول داکسی‌سایکلین قرار می‌گیرد که بیمار داروها را به مدت حدود ۱۵ روز مصرف کرده و پس از بهبودی در علائم مبادرت به قطع درمان می‌کند مجدداً علائم برای بار سوم با همان شکایات قبل ظهور می‌کند و مجدداً به پزشک مراجعه کرده که پس از درخواست آزمایش تحت درمان دوباره برای بروسولوز قرار می‌گیرد متأسفانه بیمار در بار سوم هم درمانها را به محض بهبودی نسبی قطع کرده و تا

یکسال (مورخ ۸۱/۲/۶) این تناوب درمان و بهبودی نسبی و قطع درمان در ۶ سیکل ادامه پیدا می‌کند لذا تا روز قبل از مراجعه که تحت درمان آنتی‌بروسلوز هم قرار نداشته است آخرین نوبت درمان ناقص یکماه قبل بوده است درد بسیار شدیدی در مفاصل پیدا کرده (۸۱/۲/۶) و پس از ۲۴ ساعت (۸۱/۲/۷) دچار سردرد و کاهش سطح هوشیاری گردیده است و به بیمارستان گلستان مراجعه می‌نماید (توسط همراهان) در معاینه اولیه انجام شده بیمار کاهش سطح هوشیاری، پارزی سمت راست بدن در دست‌ها و پاها، مردمکها راکتیو به نور، بابنسکی و علائم حیاتی T: 38 RR: 18 $\frac{100}{70}$

BP داشت. برای بیمار درخواست Brain CT scan اورژانس گردیده که در CT بیمار ضایعات فضاگیر و هموراژیک روی نگریدید. نتیجه Brain CT scan نرمال بوده است لذا با توجه به تب، کاهش سطح هوشیاری و عدم ضایعه در CNS، معاینه افتالموسکوپی نرمال برای بیمار LP انجام می‌شود که نتیجه LP بیمار و سایر آزمایشات در ویزیت اولیه بیمارستان ۸۱/۲/۷ شامل:

CBC:Hb:15.2 Hct:45 WBC:7700
PMN:83% Lymph:15% BS:122
BUN:13 Cr:1.1 Na:137
K:3.9 ESR:82

برای پیگیری اندوکاردیت بیمار ۱۳ روز پس از درمان آنتی‌بروسلا اکوی مجدد توسط کاردیولوژیست قلبی که بیمار را اکو نموده بود انجام شد و گزارش اکوی جدید بیمار دال بر بزرگتر شدن وژتاسیون بر روی لت قدامی درجه میترال بدون سایر عوارض (آبسه، نارسائی قلبی و افزایش درجه MR نسبت به درجه MR قبلی) و بدون درگیری جدید سایر دریچه‌ها را گزارش نمود لذا با توجه به افزایش سایز وژتاسیون از نظر اکوی بیمار مجدداً مشاوره جراحی قلب شده که با نظر جراحان قلب بیمار برای تعویض دریچه به بخش جراحی قلب منتقل گردید. با توجه به میزان شیوع عوارض قلبی (۳-۵ درصد) و نوروبروسلوزیس (۳ درصد) کشف موارد خاص از اهمیت ویژه‌ای در بررسی این بیماری برخوردار است در طی ده سال بررسی بیماران بروسلوزی بستری در بخش عفونی بیمارستان رازی موارد آندوکاردیت و مننژیت بروسلائی اثبات شده‌ای ملاحظه نگردیده است و مورد گزارش شده بدلیل نادر بودن و توام بودن عارضه آندوکاردیت و مننژیت که باز از موارد استثنائی است جالب توجه بوده که اقدام به گزارش آن گردید.

CSF (Total:300 , WBC:260 , RBC:40) با تفکیک و تمایز PMN:85% و Lymph:15% و Protein:20 و Glucose:51 (قند همزمان سرم ۱۲۲ بوده است). لذا بیمار با تشخیص اولیه مننژیت باکتریال تحت درمان سفوتاکسیم روزانه ۱۲ گرم قرار گرفته و همان روز (۸۱/۲/۷) به بخش بیماریهای عفونی و گرمسیری رازی انتقال داده می‌شود. پس از ارجاع بیمار به این مرکز (بیمارستان رازی) در معاینه بالینی بیمار علاوه بر علائم از پیش گفته شده سופل قلبی سیستولیک در کانون میترال و LSB اضافه شده و لذا با توجه به علائم و شرح حال دقیقی که از همراهان بیمار کسب گردید برای بیمار آزمایشات تخصصی‌تر انجام گردید که شامل موارد زیر می‌باشد:

Wright: $\frac{1}{1280}$ و 2ME: $\frac{1}{640}$ و هم‌چوری (۱۲-۱۰) آنزیم‌های کبدی: نرمال و BUN,Cr نرمال و ESR:80.

بحث
از آنجائیکه بیماری بروسلوزیس از بیماریهای آندمیک و شایع کشور ما می‌باشد که اکثراً با چهره‌های مختلف در کلینیک خودنمائی می‌کند لذا آشنائی با این بیماری و مخصوصاً توجه به اشکال بالینی متعدد و عوارض نادر آن از اهمیت خاصی برخوردار است که جهت کاهش مورتالیتی و موربیدیتی آن باید تشخیص سریع و درمان بموقع انجام گیرد.

در آزمایشات تصویربرداری chest X-ray نرمال و با عنایت به آزمایش رایت و 2ME و علائم یکطرفه عصبی (پارزی سمت راست) و سופل قلبی برای بیمار اکوکاردیوگرافی قلب انجام گرفت که در گزارش اکوی یک وژتاسیون بزرگ روی لت قدامی دریچه میترال در اندازه (۵×۷ میلی‌متر)، Mild MR، LVEF:50% گزارش گردید لذا بر اساس کرایتریای تشخیص آندوکاردیت این بیمار با یک علامت مآزور و ۳ علامت مینور، تحت درمان ۴ داروئی سفوتاکسیم، کوتریموکسازول ۲ قرص هر ۱۲ ساعت، کپسول ریفامپین ۶۰۰ میلی روزانه، کپسول داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز قرار گرفت. بیمار پس از شروع درمان اولیه (۸۱/۲/۷) ظرف مدت ۴۸ ساعت از کاهش سطح هوشیاری بیرون آمده و از نظر هوشیاری بهبودی کامل حاصل کرده ولی پارزی سمت راست ظرف مدت ۱۰ روز به تدریج کاهش پیدا کرده و به وضعیت نرمال برگشت. بیمار مشکل دیگری که پس از به هوش آمدن پیدا نمود دیزارتوری بروکا بود که آن هم ظرف ۳ هفته به تدریج بهبودی نسبی حاصل کرد و علائم مفصلی و سردرد و بی‌اشتهائی کاملاً مرتفع گردید. جهت مشکل قلبی بیمار و علائم عصبی مشاوره با سرویسهای مربوطه

عوارض عصبی شامل مننژیت، آنسفالیت، میلیت، رادیکولیت بوده که از همه شایعتر مننژیت می‌باشد که ممکن است بصورت حاد در شروع بیماری و یا بصورت مزمن در سیر بیماری عارض گردد، بر طبق گزارش‌های داده شده عوارض عصبی در کمتر از ۵٪ موارد ابتلاء دیده می‌شوند.

عوارض قلبی عروقی که در بیماری گزارش گردیده‌اند اگرچه شیوع چندانی ندارند ولی از عوارض خطرناک بوده که مورتالیتی آنها فوق‌العاده بالا می‌باشد. آندوکاردیت بروسلائی، دریچه‌های سالم و مصنوعی را می‌تواند درگیر کند و در آن میان گرفتاری آئورت بیشتر از میترال دیده می‌شود علاوه بر آندوکاردیت پیدایش آنورسمهای میکوتیک در دیواره آئورت و عروق مغزی و سایر عروق و شریانها و احیاناً پارگی آنها از دیگر عوارضی است که باید به آنها توجه داشت. امروزه با درمانهای جراحی و تعویض دریچه مبتلا علاوه بر درمانهای طبی که برای بیمار مبتلا به عارضه قلبی عروقی بروسلوز انجام می‌شود از میزان مورتالیتی آنها نیز کاسته است.

بیمار معرفی شده بروسلوزی از این نظر که اولاً بیماری بروسلوزیس در منطقه شایع بوده و در ثانی بعلت عوارض نادری که در وی بروز کرده بیشتر جلب توجه می‌کند بخصوص اینکه دو عارضه نادر توأم در این بیمار بصورت عوارض عصبی و همچنین قلبی در سیر بیماری

بخصوص عوارض قلبی و عروقی بود و اقدامات تشخیصی و درمانهای لازم را بکار گرفت تا از مرگ بیمار جلوگیری نمود.

دیده شده و خوشبختانه نسبت به درمان طبی پاسخ نسبتاً مساعدی داده ولی سرانجام جهت درمان رادیکال به سرویس جراحی قلب ارجاع گردید، در نهایت چنانچه بیمار بروسلوزی با درمانهای مناسب دارویی بهبودی کافی پیدا نکند باید ب فکر عوارض خاص این بیماری

REFERENCES:

1. The book of Brucellosis M.Monir Madkour DM-FRCP (1989).
2. The book of principles and practice of Infectious Disease Mandell Douglas and Bennetts Fifth Edition 2000.
3. A textbook of cardiovascular medicine Braunwald Zipes Libby Copyright2001.

Archive of SID