

گزارش یک مورد عفونت مهره‌های گردنی بعد از عمل جراحی هموروئید

دکتر محمدتقی پیوندی، دکتر ابراهیم عامری، دکتر حمید بهتاش، دکتر خداکرم رستگار
«دانشگاه علوم پزشکی ایران»

Cervical Vertebral Infection after Anal Surgery

(A Case Report)

Mohammad Taghi Peyvandi, MD; Ebrahim Ameri, MD; and Hamid Behtash, MD; and Khodakaram Rastegar, MD
Iran University of Medical Sciences

خلاصه

گزارش از یک مورد مرد ۵۰ ساله که به دنبال عمل جراحی هموروئید دچار عفونت مهره گردنی با E.Coli گردید و به عمل فیوژن مهره نیاز پیدا کرد.

Abstract

This is a report of a 52 years old man who developed cervical spine infection with E.Coli following a hemorrhoid surgery and required spinal decompression and fusion. Cervical vertebral infection although might happen following variety of infections in remote areas of body, is very rare after anal surgery.

مقدمه

عفونت مهره‌های گردن بعد از عمل جراحی بواسیر بسیار نادر است و تاکنون فقط یک مورد دیگر از چنین عارضه‌ای گزارش شده است. در این مقاله یک مورد بیمار را گزارش می‌کنیم که بعد از عمل جراحی بواسیر دچار عفونت مهره‌های گردنی ۴ و ۵ در اثر باسیل E.Coli شده است.

گزارش بیمار

مردی ۵۲ ساله با درد در ناحیه گردن که از دو ماه قبل شروع شده بود، در بهار ۱۳۸۱ به مرکز درمانی مراجعه نمود. درد در بخش تحتانی سرویکال و بدون انتشار به اندام‌های فوقانی بود و در همان قسمت قرمزی و ورم مختصر وجود داشت. در این مدت سابقه تب بالا، لرز، سرفه و کاهش وزن نداشت. ۲ ماه قبل عمل جراحی هموروئیدکتومی انجام شده بود و درد گردن پس از آن شروع شده بود. در موقع مراجعه معاینه عصبی (حسی، حرکتی، رفلکس‌ها) در هر چهار اندام نرمال بود. تورم، بخصوص در بخش‌های تحتانی گردن همراه با مختصری قرمزی مشهود بود. دمای دهانی بیمار ۳۷/۸ درجه سانتی‌گراد، فشارخون ۱۱۰/۷۰/۶۰ mmHg، ضربان قلب ۷۰/دقیقه، سатураشن اکسیژن ۹۶٪، هموگلوبین ۱۵ gr/cm³، سدیمنتاسیون ساعت اول ۲۹، تست‌های رایت کومبس و 2ME منفی بودند. بیمار سابقه دیابت

در پرتونگاری ساده از گردن بیمار، افزایش ضخامت نسج نرم در قسمت قدامی اجسام مهره از C3 تا C6 مشهود بود تخریب مهره‌ای واضحی وجود نداشت. CT اسکن اگزیزال یک کانون هیپودنس کوچک و بی‌شکل در اجسام مهره‌های C4-C5 را نشان می‌داد. بعد از تزریق ماده حاجب یک تجمع هیپردنس در سمت راست و جلوی تکال ساک در محدوده مهره‌های چهارم و پنجم گردن مشاهده شد که به سطح بالاتر و پایین‌تر گسترش یافته بود. نکات فوق مطرح‌کننده استئومیلیت مهره و آبسه اپیدورال بود. MRI بیمار انجام شد که سیگنال غیرطبیعی دیسک C4-5 به همراه افزایش سیگنال در end Plate های مجاور مشاهده شد. اثر فشاری ناشی از آبسه اپی‌دورال از C2 تا C5 مشاهده شد. اسکن استخوانی با تکنسیوم انجام شد که افزایش فوکال در بخش تحتانی سرویکال را نشان می‌داد (شکل ۱). لازم به ذکر است که بیمار سابقه دیابت تیپ II را داشت که تحت کنترل بود و همچنین یک سابقه ناراحتی قلبی و بستری شدن در بخش CCU را نیز داشت.

آزمایشات خون محیطی بیمار شامل: WBC= ۱۲۷۰۰ /mm³، پولی مورفونوکلر ۶۳٪، لنفوسیت ۳۶٪، منوسیت ۱٪، هموگلوبین ۱۵ gr/cm³، سدیمنتاسیون ساعت اول ۲۹، تست‌های رایت کومبس و 2ME منفی بودند. بیمار سابقه دیابت

دبریدمان، جسم دو مهره مجاور باگرافت Tri cortical ناحیه لگن بهم جوش داده شد. پس از یک هفته فیوژن پشتی مهره تکنیک "Triple Wire" انجام شد (شکل ۲).

پس از مشخص شدن جواب کشت که E-Coli رشد کرده بود، داروهای ضدسل قطع و بیمار تحت درمان با Ceftriaxone، Clindamycin و Metronidazol قرار گرفت.

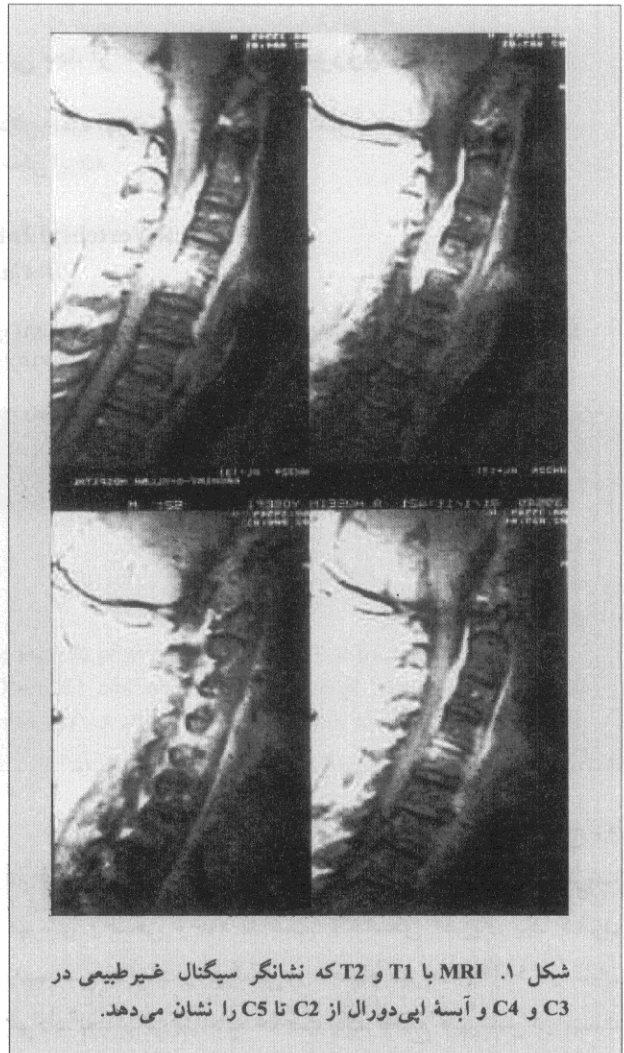
بی‌حرکتی گردن با بريس فيلادلفيا ادامه يافت. درد و علائم بیماری پس از عمل جراحی دوم به تدریج بهبود یافت. در آخرین پیگیری ۶ ماه بعد از عمل بیمار هیچ‌گونه مشکلی نداشته و جوش خوردگی مهره‌ها کامل بود.

بحث

عفونت مهره سرویکال بعد از عمل جراحی آنال نادر می‌باشد و قبلاً تنها یک مورد عفونت مهره کمری به دنبال عمل دیلاتاسیون آنال گزارش شده است که عفونت توسط Bacteroides Fragilis بود^۱. با توجه به الگوی رفتاری مهره‌های سرویکال منشاء عفونت بیمار می‌تواند هماتوزن باشد. با وجودی که درد، تورم گردن و افزایش CRP تأییدکننده عفونت گردنی بود، CT اسکن و MRI برای تشخیص ضروری است. MRI بهترین روش برای تشخیص عفونت مهره‌ای می‌باشد که آبه‌اپی‌دورال و پاراسپاینال را به خوبی نشان می‌دهد. مهمترین فاکتور مساعدکننده در بیمار، سابقه دیابت بود.

شایع‌ترین علامت بالینی در عفونت ستون فقرات گردنی، درد می‌باشد. این درد مشابه درد ناشی از آرتروز است. سایر علائم بالینی شامل رادیکولوپاتی، میلوپاتی و دیس‌فاژی در طی روند بیماری ایجاد می‌گردد. علائم عمومی مثل تب، لرز، عرق شبانه، بی‌اشتهایی و بی‌حالی با شیوع متغیر مشاهده می‌گردد و در نیمی از موارد تب مشاهده نمی‌شود. در معاینه فیزیکی، اغلب بیماران حساسیت در لمس دارند و محدودیت حرکات گردنی وجود دارد^۲. در آزمایشات، لوکوسیتوز در ۴۰ درصد بیماران گزارش شده و افزایش ESR در همه بیماران مشاهده می‌شود. در مقاله‌ای، Alexander و همکاران ۸۰ درصد نشانه‌های پارالیز و یا موارد زیادی از علائم میلوپاتی یا رادیکولوپاتی به دنبال عفونت مهره‌های گردنی را گزارش می‌کنند^۳.

در پرتونگاری ساده، علائم بعد از ۳ هفته آشکار می‌شود که به صورت کاهش ارتفاع فضای دیسک و خوردگی لبه مهره (end plate) می‌باشد^۳. وجود آبه‌اپاسپاینال موجب افزایش

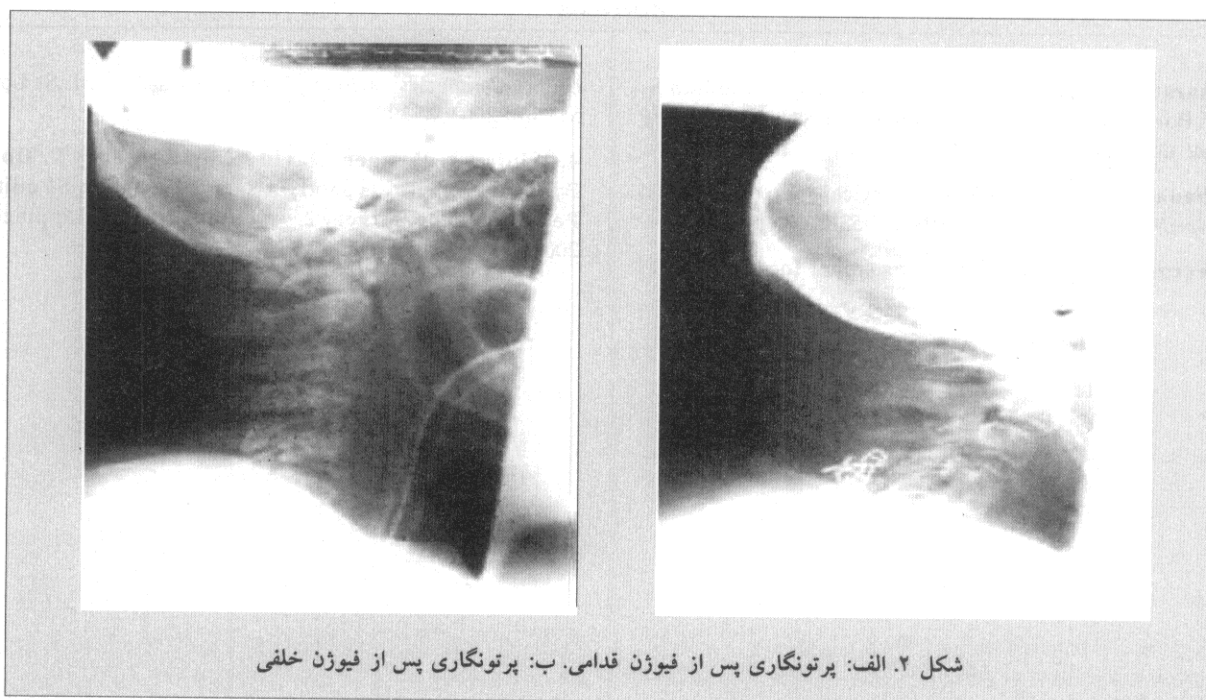


شکل ۱. MRI با T1 و T2 که نشانگر سیگنال غیرطبیعی در C4 و C3 و آبه‌اپی‌دورال از C2 تا C5 را نشان می‌دهد.

تیپ II کنترل شده داشت و قندخون ناشتای بیمار در هنگام مراجعه ۱۰۰ mg/dl بود.

با احتمال اسپوندیلیت سلی (TB) بیمار تحت درمان با داروهای ضد سل شامل Ethambutol, Streptomycine, INH, Rifampicin، به مدت ۷۲ ساعت قرار گرفت و پس از گذاشتن Halo و عمل جراحی از طریق قدام، مهره‌های C4-C5 و دیسک بین مهره‌ای آنها در معرض دید قرار گرفت:

نسوج نرم ناحیه قدامی مهره‌های مذکور متورم بود ولی چرک در آن ناحیه وجود نداشت. دیسک بین مهره‌ای C5-C4 تخریب و موقع برداشتن آن حدود ۲ سی‌سی ترشح چرکی زرد رنگ و رقیق خارج شد که جهت کشت ارسال شد. دیسک به طور کامل خارج شد. end plate مهره‌های مجاور دیسک C5-C4 دورا در ناحیه دیسک پاره شده بود ولی چرک از ناحیه داخل کانال خارج نشد. پس از برداشتن کامل دیسک و



شکل ۲. الف: پرتونگاری پس از فیوژن قدامی. ب: پرتونگاری پس از فیوژن خلفی

شروع عفونت مربوط به زمان قبل تر باشد. بیمار در مراجعه و تا یک هفته بعد از درمان و عمل جراحی، تب متوسط $37/8$ درجه سانتیگراد داشت که در اکثر موارد گزارش شده قبلی نیز تب بالا مشاهده نمی شود و بخصوص که دیابت بیمار هم مانع تب بالا می شود.

کشت میکروبی محل استئومیلیت که E.Coli بود، نشان دهنده منشأ گوارشی- ادراری عفونت بود و ما منشأ دیگری بجز همان عمل جراحی هموروئید نیافتیم.

باتوجه به تخلیه وریدهای لگنی به وریدهای شبکه Batson اطراف ستون فقرات و این مطلب که شبکه فوق بدون دریچه بوده و تا ناحیه سرویکال ادامه می یابد^۳، می تواند راه رسیدن میکروب را توجیه نماید. بهر حال هیچگونه روش قطعی برای اثبات این موضوع وجود ندارد.

ضعامت نسج نرم ناحیه پارا ورتبرال می شود و بالاخره کلاپس مهره و کیفوز ایجاد می شود. اسکن استخوانی با تکنسیوم کاملاً حساس می باشد^۲. MRI به خوبی عفونت را نشان می دهد و بخصوص در نوع تزریق با gadolinium دقت بالائی دارد که در نمای T1 کاهش سیگنال و در نمای T2 افزایش سیگنال در دیسک و تنه مهره دارند^۴.

علت بیماری و راه رسیدن میکروب به مهره سرویکال ممکن است یکی از موارد زیر باشد:

آنژیوگرافی، آپاندیسیت، کوله سیستیت، کشیدن دندان، اندوکاردیت، ازوفازگوسکوپ، سینوزیت، عفونت گوش میانی، زخم بستر، عفونت سیستم ادراری و غیره^۲.

گزارشی از بیماری با عفونت انتقالی به مهره گردنی توسط Ghanayem و همکاران در سال ۱۹۹۶ در متون ارتوپدی وجود دارد^۲.

در مورد بیمار ما همزمانی عمل جراحی هموروئید و نوع میکروب کشت شده، احتمال بالای منشأ عفونت گردنی را مطرح می کند. در اکثر مقالات قبلی اشاره شده است که بیماران ظرف مدت دو ماه به علت عوارض مراجعه نموده اند^{۲،۱} که در بیمار ما نیز این موضوع صدق می کند و بعید به نظر می رسد زمان

- دکتر محمدتقی پیوندی، ارتوپد
- دکتر ابراهیم عامری، ارتوپد
- دکتر حمید بهتاش، ارتوپد
- دکتر خداکرم رستگار، جراح مغز و اعصاب

References

1. Chazan B, Strahilevitz J, Millgrain MA, Kaufmann S, Razr. *Bacteroides fragilis* vertebral osteomyelitis secondary to anal dilatation. *Spine*. 2001;26:377-8.
2. Ghanayem AJ, Zdeblick TA. Cervical spine infections. *Orthopedic Clinic North Am*. 1996;27:53-67.
3. George W. Wood II. Infections spine. In: Canale ST,

editor. *Campbell's operative orthopaedics* 10th ed. St Louis: Mosby; 2003;40:3099.

4. Deniss R. Wenger, David Ring, Rgregory V. Hohn. Pyogenic infectuios sondylitis. In: Wienstein SI editor. *Pediatric Spine Surgery* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2001:619-633.