

آبسه سلی اطراف اربیت (یک گزارش موردی)

دکتر مهین جمشیدی^۱ دکتر ناصر صادقی^۲ دکتر امیر جمشیدی^۳
^۱ استادیار گروه داخلی^۲ متخصص گوش و حلق و بینی^۳ فلوشیپ قرنیه دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال نهم شماره دوم تابستان ۸۴ صفحات ۱۵۲ - ۱۴۹

چکیده

مقدمه: سل در کشورهای در حال توسعه یک بیماری آندمیک محسوب می‌شود که می‌تواند ارگانهای مختلفی در بدن را درگیر کند. درگیری بافت‌های نرم و از جمله بافت‌های اطراف حدقه بصورت نادر دیده می‌شود و اغلب همراه با درگیری سایر قسمت‌های بدن از جمله ریه‌ها می‌باشند. اغلب بیماران با عفونت‌های اطراف حدقه دارای فاکتورهای زمینه‌ای می‌باشند. تشخیص این عفونت‌ها بدون درگیری همزمان سایر قسمت‌های بدن اغلب دشوار می‌باشد.

معرفی بیمار: در این مقاله ما یک مورد عفونت سلی بافت نرم اطراف حدقه را شرح می‌دهیم. یک مرد جوان ۱۷ ساله با توده مزمن اطراف چشم مراجعه کرده بود و با تشخیص آبسه اطراف حدقه تحت درمان جراحی و طبی قرار گرفته و دچار عود ضایعه شده بود. در بررسی‌های میکروبی‌شناسی از نمونه‌های تهیه شده میکروباکتریوم توبرکولوز رشد کرد و بیمار با تشخیص عفونت سلی اطراف چشم به مدت ۶ ماه تحت درمان با داروی ضد سل قرار گرفت و بهبود یافت.

نتیجه‌گیری: عفونت سلی اطراف حدقه می‌تواند بدون فاکتور زمینه‌ای و یا سل فعال در سایر ارگانها یا سابقه عفونت سلی ایجاد شود.

کلیدواژه‌ها: اربیت - سل، سل چشمی

نویسنده مسئول:
دکتر مهین جمشیدی
بیمارستان شهید محمدی -
بخش داخلی دانشگاه علوم
پزشکی هرمزگان
بندرعباس - ایران
تلفن: ۰۹۸-۰۷۶۱-۳۳۳۷۰۰۱-۵
پست الکترونیکی:
mjamschidi@hums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۳/۸/۲۶ اصلاح نهایی: ۸۴/۵/۱۲ پذیرش مقاله: ۸۴/۶/۲

مقدمه: باکتریولوژی یا هیستوپاتولوژی مایکوباکتریوم توبرکولوز تشخیص داده می‌شوند (۲، ۳).

معرفی بیمار:

آقای ۱۷ ساله ای محصل ایرانی ساکن بندرعباس با تورم و قرمزی اطراف چشم چپ از حدود ۱۲ هفته قبل به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس مراجعه کرد. در تاریخچه بیمار یک برجستگی کوچک در ناحیه خارجی پلک پایین را ذکر کرد که ۲ هفته بعد برجستگی دیگری در پلک فوقانی به آن اضافه شده بود. بیمار چند دوره آنتی‌بیوتیک خوراکی دریافت کرده بود ولی بهبودی پیدا نکرده بود. در هنگام بستری در معاینه علائم حیاتی در

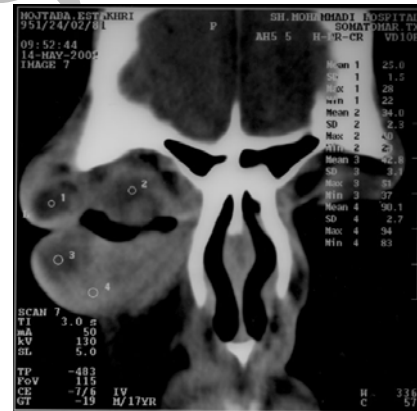
آبسه و عفونت‌های اطراف چشم اغلب متعاقب ضربه یا عفونت در ساختمان‌های مجاور مثل سینوس‌ها ایجاد می‌شود. استرپتوکوک پنومونی و استافیلوکوکها شایعترین میکروارگانیسم‌های ایجادکننده این عفونت‌ها می‌باشند (۱، ۲). درگیری حدقه در سل به دو شکل می‌باشد، یکی ضایعه التهابی مزمن با ایجاد فیستول و آبسه و دیگری ایجاد Orbital tuberculoma که یک توده ارتشاحی با ایجاد اختلالات حسی عصبی در چشم می‌باشد. سل یا سابقه بیماری سل معمولاً ولی نه لزوماً وجود دارد. این بیماران معمولاً بعنوان عفونت‌های باکتریایی درمان می‌شوند و به درمان جواب نمی‌دهند و در بررسی‌های

۸ هفته بعد بیمار بعلت برگشت علائم مراجعه کرد و در معاینه تورم اطراف حدقه همراه با خروج ترشحات چرکی از محل هر دو توده مشاهده شد و درسی تی اسکن انجام شده تورم بافت نرم اطراف حدقه بدون درگیری حدقه و یا درگیری استخوانی مشاهده شد. کشت نمونه‌های تهیه شده در محیط‌های مخصوص سل مایکوباکتریوم توبرکولوز را نشان داد. عکس سینه بیمار طبیعی بود و شواهدی از سل قدیم و سل فعال مشاهده نشد. سدیمان‌تاسیون بیمار در حد نرمال بود و تست توبرکولین منفی بود. رژیم ضد سل با ترکیب ریفامپین، ایزونیاژید، پیرازینامید و اتامبوتول برای وی شروع شد. بعد از یک ماه تمام علائم بیمار بهبود یافت. بیمار ۶ ماه دارو دریافت کرد. در پیگیری ۱۲ ماهه هیچگونه عودتی مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

درگیری حدقه و بافت‌های اطراف حدقه در سل نادر می‌باشد و معمولاً از طریق هماتوژن یا انتشار از ساختمان‌های اطراف می‌باشد البته درگیری ریوی در این بیماران ممکن است از نظر بالینی و رادیولوژیکی قابل تشخیص نباشد (۳، ۴). گزارشات اخیر نشان می‌دهد که عفونت اطراف چشم بوسیله مایکوباکتریوم‌ها به شکل عفونت بافت نرم بعلت مایکوباکتریوم آتیبیک، بخصوص بعد از کارگذاری پروتز می‌باشد (۵). گزارشاتی از درگیری بافت‌های حدقه و اطراف حدقه متعاقب سینوزیت و پریکاردیت سلی وجود دارد ولی در بیمار ما سینوسها کاملاً شفاف بودند. در بررسی ۱۱ مورد عفونت بافت نرم به علت سل در کانادا تمام بیماران دارای بیماری زمینه‌ای شامل اختلالات بافت همبند، پیوند کلیه و استفاده از داروهای ایمنو ساپرسیو بودند و تمام بیماران شواهدی از سل فعال یا تاریخچه سل را داشتند (۶). در مورد بیمار ما هیچگونه بیماری زمینه‌ای یا بیماری فعال سل یا تاریخچه سل مشاهده نشد. سل بافت نرم در گزارشات دیگر نیز همراه با عفونت نقاط دیگر بوده است مثل گزارش آبسه پشت حلق همراه با اسپوندیلیت گردن (۸، ۷) یا لنفادنیت (۱۰، ۹) و آبسه گلوئال همراه با درگیری

حد طبیعی بود. معاینه چشمی توده ای به اندازه ۲×۲ سانتی‌متر قرمز با تورم اطراف و مختصری حساسیت در قسمت خارجی پلک تحتانی و توده کوچکتری با همان مشخصات در ناحیه خارجی پلک فوقانی مشاهده شد و دید بیمار و حرکات چشم طبیعی و پروپتوز مشاهده نشد. در سی تی اسکن انجام شده نواحی با دانسیته کم و بعضی نواحی با دانسیته هوا در اطراف حدقه مشاهده شد (شکل ۱، ۲). با تشخیص آبسه اطراف حدقه آبسه بیمار در دو ناحیه بالا و پائین تخلیه گردید و چرک تخلیه شده جهت بررسی میکروب شناسی به آزمایشگاه ارسال گردید رنگ آمیزی گرم و اسید فاست و کشت در محیط‌های روتین منفی گزارش شد و بیمار با بهبودی نسبی پس از دریافت ۷ روز آنتی بیوتیک وریدی مرخص گردید.



شکل شماره ۱- تصویر اکزیال اربیت که ابسه در قسمت

قدامی اربیت را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۲- تصویر کروئال اربیت قدامی با

آبسه‌های اطراف اربیت

را نیز نداشت. بررسی این مورد نشان می دهد که عفونت بافت‌های نرم اطراف چشم که به درمان‌های معمول جواب نمی‌دهد، می‌تواند در اثر سل بوجود آید. حتی در صورتیکه بیمار سابقه سل را ذکر نمی کند و در این موارد بررسی دقیق میکروبیشناسی و در صورت امکان بررسی‌های هیستوپاتولوژیک جهت تشخیص ضروری است.

ستون فقرات (۱۱). در بررسی ۱۴ مورد توبرکولوز حذقه در ۸ مورد Periostitis و در ۲ مورد توبرکولوما مشاهده شد. در ۱۲ نفر از این بیماران درگیری نواحی دیگر بخصوص ریه ها (۸ مورد) مشاهده گردید (۱۲). در بیمار ما شواهدی از Periostitis نیز مشاهده نشد. بیمار ما بجز سابقه زندگی در یک منطقه آندمیک، ریسک فاکتور دیگری نداشت و علائمی دال بر سل یا سابقه بیماری سل

References

منابع

1. Tovilla – Canales JL, Nava A, Tovilla Y, Pomar JL. Orbital and periorbital infections. *Curr Ophthalmol.* 2001; 12(5): 335-341.
2. Terrence P. Brien O. Periocular infections. In: Mandell GL. Mandell's Principles and practice of infectious disease, 5th ed. London: Churchill Livingstone; 2000: 1273-1277.
3. Khalil M, Lindley S, Matouk E. Tuberculosis of the orbit. *Ophthalmology.* 1985; 92(11): 1624-1627.
4. Dennis L. Stevens. Skin and soft tissue infections. *Infect Med.* 2003; 20 (10): 483-493.
5. Mauriello JA. Atypical mycobacterial study group: Atypical mycobacterial infection of the periocular region after periocular and facial surgery. *Ophthal plast Reconstr surg.* 2003; 19(3): 182-188.
6. Puttick MP, stein HB, Chan RM. Soft tissue tuberculosis: as series of 11 cases. *J Rheumatol.* 1995; 22(7): 1321-1325.
7. Sutbeyaz Y, Ucuncu H, Murat karasen R. The association of secondary tonsillar and laryngeal tuberculosis. *Auris Naso Larynx.* 2000; 27(4): 371-374
8. kiuchi N , Irifune M, Koizuka I. Report of 2 cases of tuberculous retropharyngeal abscess in adults. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 2003; 106(5):510-513.
9. Hugosson C, Nyman RS, Brismar. Peripheral osteoarticular and soft tissue Tuberculosis. *Acta Radiol.* 1996; 37(4): 512-516.
10. Abdelwahab IF, Kenan S, Hermann G. Tuberculous gluteal abscess without bone involvement. *Skeletal Radiol.* 1998; 27(1): 36-39.
11. Kumar R. Chandra A. Gluteal abscess: A manifestation of pott's spine. *Neurol India.* 2003; 51(1):87-88.
12. Sen DK. Tuberculosis of the orbit and lacrimal gland a clinical study of 14 cases. *J Pediatr Ophthalmol strabismus.* 1980 17(4): 232-238.

Archive of SID