Archive of SID

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره۲۶، شماره ۳،پاییز ۱۳۸۷: ۴۱۲-۴۰۹

● **گزارش موردی** کد مقاله: ۰۴۵

مننژیت، توبرکلومای مغزی و درگیری چشمی ناشی ازسل در یک بیمار۲۰ ساله

دکترمهدی بشارت۱*
دکترفرهاد عباسی۲
دکتر حمید رضا بهزاد۳

۱- استادیار بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم
۲- دستیار بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم
۳- دستیار بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم

*نشانی نویسنده مسئول: تهران- خیابان کمالی، بیمارستان لقمان حکیم-بخش عفونی
تلفن : ۰۹۱۲۳۸۷۳۵۳۳
نمابر:۰۲۱-۵۵۴۱۱۷۱۷

Email: m_besharat@live.com

خلاصه

تاریخچه: یکی از شدیدترین انواع مننژیت، مننژیت ناشی از مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (MTB) می باشد که لایه مننژپوشاننده مغز ونخاع را درگیر می کند و معمولا همراه با میزان مورتالیتی و موربیدیتی بالایی می باشد.

بیمار: بیمار آقای ۲۰ ساله افغانی بود که با شکایت سردرد واستفراغ از حدود یک ماه قبل تحت بررسی قرار گرفت. مننژیت بیمار بوسیله پونکسیون کمری(LP) نشان داده شد . آزمون PCR از جهت MTB مثبت گزارش شد و درمان Anti-TB و کورتیکواستروئید برای وی شروع شد. در MRI مغزی که از بیمار بعمل آمد ضایعات متعدد کوچک به نفع توبرکلومای مغزی متعدد دیده شد. درفوندوسکوپی به عمل آمده بوسیله متخصص چشم پزشکی ، توبرکل های متعدد کوروئید رویت شد. بعد از حدود ۱۵ روز حال عمومی بیمار بهبود پیدا کرد و باادامه درمان Anti TB و پیگیری بعد از درمان ، مرخص گردید.

نتیجه گیری: در همه بیماران با مننژیت مزمن باید به فکر مننژیت TB باشیم و ارزیابی سیستم عصبی مرکزی (CNS)و چشم جهت رد کردن درگیری این دو ارگان الزامی است.

واژه گان کلیدی: توبرکلوز ، مننژیت، توبرکلوما

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱۲/۲۵ تاریخ اصلاح نهایی:۸۷/۵/۲۱ تاریخ پذیرش مقاله:۸۷/۲/۲۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (MTB) یکی از مهمترین عوامل بیماریزا در جهان می باشد. این عامل بیماریزا باعث فرم مرموزی از مننژیت می شود که خود را با سردرد ، تب پایین ، سفتی گردن ، فلج اعصاب مغزی و نقص عصبی فوکال نشان می دهد (۱).

تنها راه تشخیص زودهنگام ودر نتیجه کاهش عوارض ناشی از بیماری ،ارزیابی دقیق علایم و نشانه های بیماری ویافته های مایع مغزی نخاعی (CSF)بیمار می باشد(۲).

بیمار

بیمار آقای افغانی ۲۰ ساله بود، که از چندین ماه قبل در جنوب ایران سکونت داشت و از حدود ۳ماه قبل از مراجعه، دوره هائی از تب و لرز را داشت. وی جهت بررسی تب در بیمارستانی دیگر بستری شد که تشخیصی حاصل نشد. علیرغم منفی بودن اسمیرهای خون که در چندین نوبت گرفته شد برای بیمار درمان ضد مالاریا تجویزشد. بیمار با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص گردید. در حالیکه تب بیمار کماکان ادامه داشت ،از حدود یکماه قبل از مراجعه بیمار دچار سردرد و استفراغ متناوب گردید. وی این بار در بیمارستانی دیگر بستری گردید و ارزیابی از جهت تب و سردرد برای بیمار انجام شد. CT scanانجام شده از مغز و سینوسهای بیمار نرمال بود. سونوگرافی شکم و لگن بیمار نرمال بود. بیمار آنمی نورموکروم نورموسیتیک داشت. گلبولهای سفید و پلاکت خون بیمار طبیعی بود. اندازه سدیمان خون (ESR) بیمار ۳۵ بود. بیوشیمی خون ، آزمونهای کارکرد کبد(LFT)، آنالیز ادرار (U/A) ، کشت ادرار(U/C) همگی طبیعی بود. بیمار از بیمارستان با رضایت شخصی مرخص شد و به بیمارستان ما مراجعه نمود.

در بدو ورود معاینه از بیمار بعمل آمد. علایم حیاتی بیمار طبیعی بود. معاینه سروگردن، قلب و ریه ، شکم و اندامها همگی نرمال بود. علایم سفتی گردن و برودزینسکی در بیمار یافت شد. LP برای بیمار انجام شد. نتایج LP به شرح زیر است:

رنگ

کدر، WBC=۱۵۰ (لنفوسیت ۶۵٪ وپلی مورنوکلئو۳۵٪) ، پروتئین ۶۵، قند ۱۸ و قند خون همزمان بیمار ۹۰ بود. با تشخیص اولیه مننژیت مزمن جهت ارزیابی عامل اتیولوژیک بیماری، در بخش عفونی بستری شد. نمونه CSF بیمار از نظر رایت (Wright) ، VDRL ، Indian ink ، سیتولوژی از جهت بدخیمی همگی منفی بود. نمونه CSF از جهت TB-PCR مثبت گزارش شد. در CTاسکن با تزریق ماده حاجب که در این مرکز انجام شد ضایعات کوچک با ring echancement به نفع توبرکلوما دیده شد(تصویر ۱) . MRI با تزریق گادولینیوم همان یافته ها را نشان داد(تصویر۴-۲). گرافی قفسه سینه بیمار طبیعی بود. تست PPD بیمار ۵mm بود. درفوندوسکوپی به عمل آمده بوسیله متخصص چشم پزشکی ، توبرکل های متعدد کوروئید رویت شد (تصویر ۷-۵).

برای بیمار درمان چهار داروئی با ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید، اتامبوتول به همراه ویتامینB_6 شروع شد. همچنین همزمان کورتیکواستروئید برای بیمار تجویز گردید. بعد از حدود ۲ هفته از شروع درمان حال عمومی بیمار بتدریج بهتر شد و با درمان Anti TB و پیگیری بعد از درمان ، مرخص گردید.

بحث

یکی از جدی ترین انواع مننژیت ، مننژیت ناشی از مایکوباکتریوم توبرکلوزیس(MTB) میباشد که لایه مننژ پوشاننده مغز ونخاع را درگیر می کند ومعمولا با میزان مورتالیتی و موربیدیتی بالایی همراه می باشد(۳). یکی از جدی ترین عوارض مننژیت MTB، توبرکلوماهای داخل جمجمه می باشد(۴). مننژیت MTB فرم مرموزی از مننژیت است که با سردرد ، تب خفیف، سفتی گردن و فلج اعصاب مغزی مشخص می شود. مننگوآنسفالیت حاد با کوما، افزایش فشارداخل جمجمه ، تشنج ونقص های عصبی فوکال مشخص می گردد(۵). مننژیت توبرکلوزبه دنبال پاره شدن توبرکلهای ساب اپاندیمال به داخل فضای

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

Archive of SID

ساب اراکنوییـد و بـا احتمـال کمتـر از طریـق همـاتوژن ایجـاد مـی شـود (۶). هفـت مـورد از شـایعترین تظـاهرات مننژیـت MTB عبارتنـد از : کومـا، شـروع بیمـاری بیـشتر از ۵ روز ، غلبـه ، لنفوسـیتی در نمونـه CSF بیمـار، انـدازه گلـوکز مـایع CSF بیمـارکمتر از ۵۰٪ گلـوکز خـون همزمـان، یافتـه هـای CT اسـکن و MRI غیرطبیعـی، فوندوسـکوپی تـه چـشم غیرطبیعـی وتوبرکلـوز ثابـت شـده در نقـاط دیگـر بـدن (۷) . فاکتورهـای همـراه بـا پروگنـوز ضـعیف عبارتنـداز : سـن بیمـار کمتـر از ۲ سـال، کـاهش سـطح هوشـیاری در هنگـام بـستری ، تـشنج، پـروتئین مـایع CSF بـالاتر از ۷۰mg/dl و سـطح گلـوکز مـایع CSF کمتـر از ۲۰ mg/dl (۸). جهـت تـشخیص مننژیـت MTB در LP اولیـه احتمـال مثبـت بـودن اسـمیر باسـیل Acid-fast حـدود ۴۰٪ مـی باشـد در حالیکـه در صـورت تکـرار LP ایـن عـدد بـه ۸۷٪ مـی رسـد(۹). از مارکرهـای مفیـد دیگـر جهـت تـشخیص مننژیـت MTB اسـتفاده از آزمـون فعالیـت آدنـوزین د آمینـاز(ADA) مـی باشـد. در صـورتیکه انـدازه ADA مـایع CSF بـالاتر از ۸ U/L باشـد، حـساسیت و ویژگـی ایـن آزمـون بـه ترتیـب ۸۰٪ و ۹۰٪ مـی باشـد (۱۰). آزمـون PCR مـی توانـد تعـداد ۱۰ Pg از DNA و ۱۰-۱۵ colony forming unit (CFU) از MTB را کشف کند.

حساسیت آزمونPCR ۲۵% تا ۸۵٪ و ویژگی آن ۹۵٪ تا ۱۰۰٪ می باشد(۱۱). مننژیت MTB بیماری درمان پذیر است. در بین درگیرهای خارج ریوی MTB درگیری چشمی غیرشایع است(۱۲) اما از دست دادن بینایی (۱۳) به علت درگیری کوروئید (۱۲)، مجرای نازولاکریمال (۱۴) رتین (۱۵) دیسک بینایی (۱۶) ملتحمه(۱۷) وپان افتالمیت (۱۸) دارای اهمیت می باشد.

مـدیریت چنـین بیمـاریی بـصورت درمـان دارویـی مـی باشـد و هنگامیکـه تـشخیص احتمـالی یـا قطعـی بیمـاری داده شـد بایـد از عمـل جراحـی پرهیـز شـود(۱۹). توبرکلـوز چـشم بـه صـورت اولیـه ناشـی از درگیـری چـشم در جریـان یـک عفونـت فعـال یـا بـه صـورت ثانویـه بـه شـکل یـک واکـنش ایمونولوژیـک در زمـانی کـه عفونـت فعـال وجـود نـدارد ایجـاد مـی شـود(۲۰). در نـوع اولیـه، بیمـاری ممکـن اسـت با سایر تظاهرات توبرکلوز از جمله مننژیت همراه باشد.

نتیجه گیری

در همه بیماران با مننژیت مزمن باید به فکر مننژیـت TB باشـیم و ارزیابی سیستم عـصبی مرکـزی (CNS)و چـشم جهـت رد کـردن درگیری این دو ارگان الزامی است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]
www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

1. Roos KL. Mycobacterium tuberculosis meningitis and other etiologies of the aseptic meningitis syndrome. Semin Neurol. 2000; 20(3):329-35
2. Pagliano P, Fusco U, Attanasio V, et al. Tuberculous meningitis in childhood: review of cases observed in the years 1995-1999. Infez Med. 2001 Dec; 9(4):246-50
3. Prasad K, Singh MB. Corticosteroids for managing tuberculous meningitis. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1):CD002244
4. Cesur S, Arabaci H, Sözen TH, Tekeli E. Case report: evaluation of two cases of tuberculoma incident to tuberculosis meningitis. Mikrobiyol Bul. 2002; 36(1):91-4
5. Li Y, Wang Z, Wang HL, Yu XZ. An analysis of the early diagnostic criteria for tuberculosis meningitis. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2007; 46(3):217-9
۶. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis in: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principle and practice of infectious diseases. 6th ed. 2005. Elsevier. Philadelphia. p.2852-85
7. Ikeda K, Sugimori M, Kawasaki K, et al. Tuberculous meningitis in Japanese children between 1980-1991. Kekkaku. 1992; 67(9):607-12
8. Holdiness MR. Management of tuberculosis meningitis. Drugs. 1990; 39(2):224-33
9. Sakhelashvili MI, Stadovich NM, Omelian OV, Nakonechnyĭ ZM. Pathology of tuberculosis meningitis in adults. Lik Sprava. 2001; 3:33-6
10. De Benedetti Z ME, Carranza L B, Gotuzzo H E, Rolando C I. Ocular tuberculosis. Rev Chilena Infectol. 2007; 24(4):284-95
11. Behlau I, Ellner JJ. Chronic meningitis in: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principle and practice of infectious diseases. 6th ed. 2005. Elsevier. Philadelphia. p.1132-43
12. Kaur A, Kant S, Bhasker SK. Periorbital tuberculosis. Orbit. 2007; 26(1):39-42
13. Almeida SR, Finamor LP, Muccioli C. Ocular manifestation in patients with tuberculosis. Arq Bras Oftalmol. 2006; 69(2):177-9
14. Tosun F, Tozkoparan E, Erdurman C, Ors F, Deniz O. Primary nasolacrymal tuberculosis diagnosed after dacryocytorhinostomy. Auris Nasus Larynx. 2007; 34(2):233-5
15. Romero Aroca P, Castro Salomo A, Martínez Salcedo I, et al. Tuberculous retinitis with associated periphlebitis. Arch Soc Esp Oftalmol. 2004;79(2):81-4
16. Mansour AM. Optic disk tubercle. J Neuroophthalmol. 1998; 18(3):201-3
17. Jennings A, Bilous M, Asimakis P, Maloof AJ. Mycobacterium tuberculosis presenting as chronic red eye. Cornea. 2006; 25(9):1118-20
18. Gupta V, Gupta A, Sachdeva N, Arora S, Bambery P. Successful management of tubercular subretinal granulomas. Ocul Immunol Inflamm. 2006; 14(1):35-40
19. Chuka-Okosa CM. Tuberculosis and the eye. Niger J Clin Pract. 2006; 9(1):68-76
۲۰. De Benedetti Z ME, Carranza L B, Gotuzzo H E, Rolando C I. Ocular tuberculosis. Rev Chilena Infectol. 2007;24(4):284-95

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

www.SID.ir