

مننژیت چرکی عودکننده

و معرفی ۴ بیمار

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۲، صفحه ۱۵۸، ۱۳۵۳

دکتر محمود معین - دکتر رضا جمالیان - دکتر محمدحسین نصیرزاده - دکتر علیرضا یلدا*

مقدمه:

در مننژیت چرکی عودکننده، بیماری چند ماه یا چندسال متوالی بارها به مننژیت چرکی مبتلا میشود که گاهی تعداد دفعات ابتلاء به ۱۰ یا ۱۲ بار میرسد (۷).

از علل شایع بیماری شکستگی‌های قدیمی و التیام نیافته قاعده جمجمه بویژه استخوان غربالی، عفونت یا شکستگی در سینوسها و استخوان ماستوئید و یا عیوب مادرزادی در ستون مهره‌ها را میتوان نام برد. عامل بیماری زائی در اغلب این موارد سوهای کم‌آزار پنوموкок است ولی بندرت هموفیلوس آنفلوآنزا و یا میکروبیهای دیگر هم میتوانند بیماریزا باشند (۱-۳-۸).

تا بحال موارد متعددی از این بیماری در بخش بیماریهای عفونی و گرمسیری دانشگاه تهران مورد بررسی قرار گرفته‌اند که

یکی از آنها «دوشیزه نسرین - ص» ۵ ساله است که با ۱۵ بار سابقه ابتلاء به مننژیت چرکی شایان توجه میباشد. با توجه به گزارش‌هایی که در نشریات پزشکی منتشر شده است این بیمار بیشترین تعداد موارد عود مننژیت چرکی را در جهان نشان داده است زیرا بیش از ۱۲ بار عود مرض تا بحال گزارش نشده است (۵-۷).

این بیماری قبل از پیدایش آنتی‌بیوتیک‌ها همیشه کشنده بود. در حقیقت ابتلاء مکرر به مننژیت‌های چرکی و بهبود آنها، فصل تازه‌ای را در بیماریهای عفونی و نورولوژی گشوده است.

شرح حال بیماران

در اینجا نکات مهم مربوط به پرونده بیماران در جدول زیر خلاصه شده است:

جدول شماره (۱)

نام	جنس	سن	تعداد موارد ابتلاء	نوع میکرب	زمینه بیماری
س-ب	مؤنث	۱۶ ساله	۱۲ بار	۶ بار پنوموкок ۱ بار مننگوкок ۱ بار هموفیلوس	شکستگی قاعده جمجمه
ن-ص	مؤنث	۵ ساله	۱۵ بار	پنوموкок*	عفونت چرکی مزمن ماستوئید چپ
ب-س	مذکر	۱۵ ساله	۳ بار	هر ۳ بار پنوموкок	شکستگی قاعده جمجمه
ح-د	مذکر	۱۸ ساله	۱۰ بار	۲ بار پنوموкок*	سینوزیت مزمن و عمل شده فکی

* با وجود مایع چرکی نخاع - بعلت فارسانی‌های فنی بندرت کشت مثبت در سابقه بیمار وجود دارد.

* دانشکده پزشکی پهلوی دانشگاه تهران، بخش بیماریهای عفونی و گرمسیری.

رشد کرده است. در سابقه بیمار موارد متعددی از جریان مایع روشن از بینی وجود دارد که پزشکان معالج بنظر آنرا معلول رینیت آلرژیک میدانسته اند.

بحث:

شکستگی جمجمه شایعترین علت مننژیت چرکی عودکننده در بالغین میباشد و در کودکان عیوب مادرزادی و عفونت مزمن گوش عامل شایعی است. این عارضه ممکن است بلافاصله یا سالها پس از تصادف بویژه در تعقیب حوادث ترافیک پیدا بشود (۳-۷).

در ۲۷۱۴ بیمار که بر اثر شکستگیهای مختلف جمجمه توسط Baker A. B. مورد مطالعه قرار گرفته بودند ۶ نفر دچار مننژیت عودکننده شدند و در ۷ نفر دیگر که مبتلا به رینوره بودند با ترمیم محل شکستگی و انسداد محل نشت مایع بخارج از پیدایش مننژیت چرکی جلوگیری شد (۱).

انسداد مننژیت چرکی در تعقیب شکستگیهای جمجمه در بررسی بالا ۷۴٪ و در بیماران Munro ۱/۳٪ بوده است (۱).

مننژیت چرکی عودکننده گاهی سالها پس از آسیب وارده به جمجمه پیدا میشود مثلاً در یک مرد ۴۲ ساله ۳۹ سال پس از سقوط از بلندی برای ۴ بار متوالی مننژیت چرکی پیدا شد و در رادیو-گرافی جمجمه آثار شکستگی قاعده جمجمه که هنوز التیام نیافته بود مشاهده شد (۸).

رادیوگرافی از زوایای خاص و بررسی وجود و آزمایش مایعی که از بینی یا سایر سوراخهای طبیعی جمجمه بخارج نشت میکند و تشخیص افتراقی آن از ترشحات رینیت آلرژیک مهم است (۷). اگر با پنبه مقدار کمی از این مایع را جمع آوری کنیم و با گلوکز اکسیداز یا معرفهای تجارتي نظیر Dextrotox وجود گلوکز را بررسی کنیم، وجود قند نشانه جریان مایع نخاعی است زیرا در ترشحات آلرژیک بینی گلوکز وجود ندارد. در ۷ بیمار که باین ترتیب آزمایش شده بودند در ۵ مورد که مایع نخاعی بخارج جریان مییافته نتیجه آزمایش مثبت بوده است (۵).

راه دیگر تزریق ماده رنگی Indigo carmine (نه بلودومیلین) بداخل فضای تحت عنکبوتیه ایست که اگر مایع مشکوک از نخاع سرچشمه بگیرد رنگی میشود. از روش دقیقتر که تزریق مایع محتوی ماده رادیو آکتیو بداخل مایع نخاعی است و جستجوی ساده رادیو ایزوتوپ در ترشحاتی که پیدامیشود هم میتوان استفاده کرد (۵-۷).

بندرت در محل شکستگی با تشکیل کیسه هوا زمینه مناسبی برای مننژیت بوجود میآید و بافتن نسبی پردههای نخاعی بداخل شیار شکستگی جلوی التیام آن حتی بعد از سالها گرفته میشود و هر

نکات مهم و اختصاصی در سابقه پزشکی بیماران ما بطور خلاصه بشرح زیر است:

۱- خانم سولماز ب، در ۱۵ سالگی در تعقیب سقوط از بام دچار خونریزی از بینی و گوش و حالت اغماز گردیده بود. تا سن ۱۵ سالگی ۱۲ بار دچار مننژیت چرکی شده که ۶ بار کشت مثبت از نقطه نظر پنومو کک، یکبار مننگو کک و یکبار هموفیلوس انفلوانزا گزارش شده و در سایر موارد جواب کشت وجود ندارد. برای آخرین بار در فروردین ماه ۱۳۵۱، در بخش عفونی بستری بود و در رادیوگرافی جمجمه «... خط روشن شکستگی در قاعده جمجمه در ناحیه کوادری لاتر و بال اسفونوئید...» مشاهده شده است. چون امکان جراحی و ترمیم شکستگی مقدور نبود پس از بهبود بیمار مرخص شد و تا بحال دیگر به بیمارستان مراجعه نکرده است.

۲- خانم نسرین - س ۵ ساله، در تعقیب ۱۵ بار متوالی ابتلاء به مننژیت چرکی برای آخرین بار در فروردین ماه ۱۳۵۲، در بخش بیماریهای عفونی و گرمسیری بستری گردید.

اتوره و آثار اسکروز در ماستوئید چپ و اسپینایفیدا در مهره های پائین گردن به عنوان زمینه مساعد کننده بیماری شناخته شده است. در موارد محدودی که کشت مایع نخاع مثبت بوده پنومو کک رشد کرده است. پس از معالجه مننژیت چرکی بیمار مرخص گردید و توصیه شد با مراجعه به بخشهای تخصصی نسبت به از بین بردن زمینه بیماری اقدام نماید.

۳- آقای بهنام - س، ۱۵ ساله، سه ماه بعد از تصادف با اتومبیل که منجر به بیهوشی او و شکستگی استخوان پشانی شده بود در حالت اغماز و با علائم مننژیت چرکی به بخش بیماریهای عفونی آورده شد. در کشت خون و مایع نخاع پنومو کک رشد کرد و در رادیوگرافی جمجمه «... در قاعده جمجمه بخصوص لام کوادری لاتر خط مضرس شکستگی که بطرف چپ انحراف دارد...» مشاهده گردید. پس از معالجه اولیه ۱۱ ماه و ۱۵ ماه بعد هم با علائم مننژیت چرکی به بخش عفونی مراجعه کرد و کشت مایع نخاع پنومو کک را نشان داد و پس از معالجه مجدد اظهار داشت «... گاهی در هنگام بازی مایع زلالی از بینی من خارج میشود و در تعقیب آن دچار سردرد شدید میشوم...»

این جمله نشانه رابطه بین فضای تحت عنکبوتیه ای و فضای خارج است که در تعقیب خارج شدن مقداری از مایع دماغی نخاعی باعث کم شدن فشار آن سردرد ایجاد میگردد.

۴- آقای ح - د، ۱۸ ساله، در ۱۱ سالگی با تشخیص سینوزیت فکی تحت عمل جراحی قرار گرفته و در تعقیب آن ۱۰ بار دچار مننژیت چرکی شده که ۲ بار کشت مایع نخاع مثبت و پنومو کک

موقع که بعلت عطسه، دم عمیق یا سایر شرایط دیگر فشار محیط خارج از محیط داخلی بیشتر بشود بعلت نفوذ مقداری از ترشحات حفره‌های خارج بداخل مایع نخاعی مننژیت چرکی پیدامیشود. در این مواقع میکروب‌های فلور طبیعی بدن و پنوموкок‌های بی‌آزار باعث ایجاد مننژیت چرکی میشوند که معالجه آن بسادگی صورت میگیرد (۱-۴-۷-۸).

گاهی با تمام کوشش‌هایی که انجام میشود علت مننژیت چرکی عودکننده روشن نمیشود مثلاً خانمی که در فواصل سالهای ۶۵-۱۹۴۷ برای ۱۱ بار متوالی به مننژیت چرکی با سوشهای ۸-۱۴-۲۴ و ۲۹ پنوموкок گردید علنی برای ایجاد مرض پیدا نشد. این خانم در زمان فوق حاملگی و زایمان را با موفقیت انجام داد (۸). درمان جراحی همیشه موفقیت‌آمیز نیست. در کنفرانس ماهانه متخصصین کودکان در اردیبهشت ماه ۱۳۵۲، در بیمارستان دکتر اهری کودک ۱۰ ماهه‌ای معرفی شد که بعلت وجود سینوسی در ناحیه دنبالچه ۱۰ بار متوالی دچار مننژیت چرکی شده بود و ۳ بار عمل جراحی نتوانسته بود از عود مرض جلوگیری کند.

معالجه

اگر عامل پاتوژن پنوموкок باشد با یکی از داروهای زیر میتوان بیمار را معالجه کرد.

- ۱- پنی‌سیلین G ۳ - ۲ میلیون هر سه ساعت از راه ورید درمان انتخابی است.
- ۲- آمپی‌سیلین بمقدار ۴۰۰ - ۲۵۰ میلی گرم بازاء هر کیلو از وزن به مقادیر تقسیم شده ۴ ساعته از راه ورید.
۳. کلرامفنیکل ۱۰۰ میلی گرم بازاء هر کیلو گرم وزن در مقادیر تقسیم شده ۴-۶ ساعته از راه ورید در کسانی که نسبت بدو داروی فوق حساسیت نشان میدهند.

اگر عامل پاتوژن هموفیلوس انفلوانزا باشد از یکی از داروهای شماره ۲ یا ۳ میتوان استفاده کرد. استفاده از کورتن طرفدارانی ندارد و بنظر عده‌ای با از بین بردن التهاب در پرده‌های نخاعی از نفوذ بهتر آنتی‌بیوتیک جلوگیری میکند (۴-۶-۷). استفاده از چند دارو توأم برای معالجه مننژیت‌های چرکی معمولی (بجز سل و استافیلوкок) عمل صحیحی نیست.

در یکی از بیمارستانهای کودکان دانشکده پزشکی تهران که در درمان مننژیت چرکی پنوموککی از چند دارو گاهی همراه با کورتن استفاده میشد ۳۴٪ تلفات وجود داشته است (رساله دکترای تخصصی بیماریهای کودکان - شماره ۷۷۶) در حالیکه در ۶۶٪

بیمار مبتلا به مننژیت چرکی پنوموککی در بخش ما که مطابق روش کلاسیک فوق تنها با یک دارو معالجه میشوند ۶/۱۲٪ تلفات وجود داشته است و این موفقیت درمانی از نتیجه‌ای که از معالجه ۲۷۸ بیمار مبتلا به مننژیت چرکی پنوموککی که در بیمارستانهای لندن انجام گرفته و ۵/۱۵٪ تلفات داشته بهتر است (رساله دکترای پزشکی از دانشگاه تهران شماره ۷۲۵۲).

در مورد انجام درمان پیشگیری کننده از عود بیماری در موقع سلامت عقاید مختلف است ولی گاهی که درمان پیشگیری انجام شده مننژیت چرکی با سوشهای مقاوم از جمله استافیلوкок پیدا شده است (۱). پونکسیون لمبر در فواصل بیماری ممنوع است زیرا با ایجاد خلأ و کم شدن فشار در فضای تحت عنكبوتیه‌ای خطر وارد شدن ترشحات خارجی بداخل مایع نخاع و پیدایش مننژیت چرکی وجود دارد (۱-۵).

نتیجه:

پیدایش مننژیت چرکی عودکننده بلافاصله یا سالها پس از حوادث ترافیک بر اثر شکستگی‌های جمجمه مسائل جدیدی را در زمینه پزشکی قانونی و بیمه و سایر مسائل اجتماعی مطرح میکند.

وظیفه پزشک در این موارد علاوه بر معالجه بیمار در صورت امکان برطرف کردن زمینه بیماری است و اگر این موضوع امکان‌پذیر نباشد باید علائم اولیه مننژیت چرکی را به بیمار و اطرافیان او آموخت تا در صورت پیدایش مرض وقت بیمار در مطب‌های خصوصی و درمانگاهها تلف نشود.

مسافرت این بیماران به مناطقی که از مراکز مجهز درمانی دور است صلاح نیست.

خلاصه:

۴ مورد مننژیت چرکی عودکننده که بر اثر شکستگی‌های قدیمی قاعده جمجمه، سینوزیت فکی عمل شده و عفونت مزمن گوش ایجاد شده بودند مورد بررسی قرار گرفت.

تشخیص بیماران با توجه بشرح حال و رادیوگرافی‌های جمجمه از زوایای خاص صورت گرفته است.

در کلیه مواردی که بیماران به بخش ما مراجعه کرده‌اند معالجه شده و تلفات در مننژیت چرکی عودکننده برای ما وجود نداشته است. حداکثر عود در نشریات پزشکی ۱۲-۱۰ بار گزارش شده است. یکی از بیماران ما با ۱۵ بار ابتلاء به مننژیت چرکی در جهان مورد منحصّر فردی را بوجود آورده است.

REFERENCES:

- 1- Baker, A. B. Clinical Neurology Vol 3. P 1146, 1970.
- 2- Cecil and Loeb Textbook of Medicine. P 154, 1972.
- 3- Farmer, T. W. Pediatric Neurology. P 70, 1970.
- 4- Harrison Principles of internal Medicine. P 766 - 70, 814, 1974.
- 5- Lee Hand, W. and Stanford, J. P. Annals of internal Medicine P 869 - 873, 1970.
- 6- Marcus, A. Krupp, Milton, J. Chatton Current Medical Diagnosis and Treatment P 785, 1974.
- 7- Top, Franklin, H. Commuunicable and infectious diseases. P 785, 1972.
- 8- Whitecar, J. P. Reddin, J. L. Recurrent Pneumococcal Meningitis New Engl. J. Med. 274, 1285, 1966.