

● گزارش موردی کد مقاله: ۰۴۵



منزیت، توبرکلومای مغزی و درگیری چشمی ناشی از سل در یک بیمار ۲۰ ساله

دکتر مهدی بشارت^{۱*}

دکتر فرهاد عباسی^۲

دکتر حمید رضا بهزاد^۳

خلاصه

تاریخچه: یکی از شدیدترین انواع منزیت، منزیت ناشی از مایکوباتکریوم توبرکلوزیس (MTB) می باشد که لایه منزپوشاننده مغز و نخاع 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 سردی و استفراغ از حدود یک ماه قبل تحت بررسی قرار گرفت. منزیت 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. در فوندوسکوپی 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 با دامنه درمان Anti-TB و پیگیری بعد از درمان، مرخص گردید.

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

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: ۰۹۱۲۲۸۷۳۵۳۳
نمبر: ۰۲۱-۵۵۴۱۱۷۱۷

Email: m_besharat@live.com

واژه گان کلیدی: توبرکلوز ، منزیت، توبرکلوما

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۲۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۰۵/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

مقدمه

همزمان بیمار ۹۰ بود. با تشخیص اولیه منژیت مزمن جهت ارزیابی عامل اتیولوژیک بیماری، در بخش عفونی بستری شد. نمونه CSF بیمار از نظر رایت (Wright)، Indian ink، VDRL، (VDRL)، سیتولوزی از جهت بدخیمی همگی منفی بود. نمونه CSF از جهت TB-PCR مثبت گزارش شد. در CT اسکن با تزریق ماده حاجب که در این مرکز انجام شد ضایعات کوچک با ring enhancement به نفع توبرکلوما دیده شد (تصویر ۱). MRI با تزریق گادولینیوم همان یافته هارانشان داد (تصویر ۲-۴). گرافی قفسه سینه بیمار طبیعی بود. تست PPD بیمار ۵mm بود. در فونوسکوپی به عمل آمده بوسیله متخصص چشم پزشکی، توبرکلولهای متعدد کوروئید رویت شد (تصویر ۵-۷).

برای بیمار درمان چهار داروئی با ایزونیازید، ریفارمین، پیرازینامید، اتابمبوتول به همراه ویتامین B₆ 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 (Anti TB) و پیگیری بعد از درمان، مرخص گردید.

بحث

یکی از جدی ترین انواع منژیت، منژیت ناشی از مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (MTB) می باشد که لایه منژ پوشاننده مغز و نخاع را درگیر می کند و معمولاً با میزان مورتالیتی و مریبیدیتی بالایی همراه می باشد (۳). یکی از جدی ترین عوارض منژیت MTB، توبرکلومای داخل جمجمه می باشد (۴). منژیت MTB فرم مرموزی از منژیت است که با سردد، تب خفیف، سفتی گردن و فلچ اعصاب مغزی مشخص می شود. منگوانسفالیت حاد با کوما، افزایش فشار داخل جمجمه، تشنجه و نقص های عصبی فوکال مشخص می گردد (۵). منژیت توبرکلوزیه دنبال پاره شدن توبرکلهای ساب اپاندیمال به داخل فضای

مايكوباكتریوم توبرکلوزیس (MTB) يکی از مهمترین عوامل بیماریزا در جهان می باشد. این عامل بیماریزا باعث فرم مرموزی از منژیت می شود که خود را با سردد، تب پایین، سفتی گردن، فلچ اعصاب مغزی و نقص عصبی فوکال نشان می دهد (۱).

تنها راه تشخیص زودهنگام و در نتیجه کاهش عوارض ناشی از بیماری، ارزیابی دقیق عالیم و نشانه های بیماری ویاقته 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 ۳ ماه 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 تجویز شد. بیمار با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص گردید. در حالیکه تب بیمار کماکان ادامه داشت، از حدود یکماه قبل از مراجعه بیمار دچار سردد و استفراغ متناوب گردید. وی این بار در بیمارستانی دیگر بستری گردید و ارزیابی از جهت تب و سردد برای CT scan انجام شده از مغز و سینوسهای بیمار نرمال بود. سونوگرافی شکم و لگن بیمار نرمال بود. بیمار آنمی نوروموکروم نورموسیتیک داشت. گلولهای 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 بد و ورود معاینه از بیمار بعمل آمد. عالیم حیاتی بیمار طبیعی بود. معاینه سروگردن، قلب و ریه، شکم و اندامها همگی نرمال بود. عالیم سفتی گردن و بروز زینسکی در بیمار یافت شد. LP برای بیمار انجام شد. نتایج LP به شرح زیر است:

رنگ

کدر، WBC=۱۵۰ (لنسوس بیت ۶۵٪ و پلی مورنوکلئو ۳۵٪)، پروتئین ۵۶ قند ۱۸ و قند خون

مدیریت چنین بیماری بصورت درمان دارویی می باشد و هنگامیکه تشخیص احتمالی یا قطعی بیماری داده شد باید از عمل جراحی پرهیز شود(۱۹). توبرکلوز چشم به صورت اولیه ناشی از درگیری چشم در جریان یک عفونت فعال یا به صورت ثانویه به شکل یک واکنش ایمونولوژیک در زمانی که عفونت فعال وجود ندارد ایجاد می شود(۲۰). در نوع اولیه، بیماری ممکن است با سایر تظاهرات توبرکلوز از جمله منژیت همراه باشد.

نتیجه گیری

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

ساب ارکنویید و با احتمال کمتر از طریق هماتوژن ایجاد می شود(۶). هفت مورد از شایعترین تظاهرات منژیت MTB عبارتند از : کوما، شروع بیماری بیشتر از ۵ روز ، غلبه ، لنفوسمی در نمونه CSF بیمار، اندازه گلوکز مایع CSF بیمار کمتر از ۵۰٪ گلوکز خون همزمان، یافته های CT اسکن و MRI غیرطبیعی، فوندوسکوپی ته چشم غیرطبیعی و توبرکلوز ثابت شده در نقاط دیگر بدن (۷) . فاکتورهای همراه با پروگنووز ضعیف عبارتنداز : سن بیمار کمتر از ۲ سال، کاهش سطح هوشیاری در هنگام بستری ، تشنج، پروتئین مایع CSF بالاتر از ۷۰ mg/dl و سطح گلوکز مایع کمتر از CSF MTB در LP اولیه احتمال مثبت بودن اسمری باسیل Acid-fast حدود ۴۰٪ می باشد در حالیکه در صورت تکرار LP این عدد به ۸۷٪ می رسد(۹). از مارکرهای مفید دیگر جهت تشخیص منژیت MTB استفاده از آزمون فعالیت آذینوزین ADA (ADA) می باشد. در صورتیکه اندازه ADA مایع CSF بالاتر از ۸ U/L باشد، حساسیت و ویژگی این آزمون به ترتیب ۸۰٪ و ۹۰٪ می باشد (۱۰). آزمون PCR می تواند تعداد ۱۰ Pg از DNA و ۱۰-۱۵ colony forming unit (CFU) از MTB را کشف کند.

حساسیت آزمون PCR ۲۵٪ تا ۸۵٪ و ویژگی آن ۹۵٪ تا ۱۰۰٪ می باشد(۱۱). منژیت 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) و پان افتالمیت (۱۸) دارای اهمیت می باشد.

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*. Infect 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
6. 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, Nakonechnyi 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 nasolacrimal tuberculosis diagnosed after dacryocystorhinostomy*. 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
20. De Benedetti Z ME, Carranza L B, Gotuzzo H E, Rolando C I. *Ocular tuberculosis*. Rev Chilena Infectol. 2007; 24(4):284-95