

# Case Report

## گزارش يك مورد نادر سل غده پاروتید

نویسنده: دکتر مسعود متصدی زرنندی<sup>۱</sup>

### خلاصه

بیمار مورد بررسی دختر ۱/۵ ساله است که با شکایت تورم ناحیه بناگوشی سمت چپ که از یکماه پیش شروع شده بود به مطب مراجعه کرد. در معاینه توده ای حجیم بدون تحرک، سفت، کمی قرمز رنگ در ناحیه بناگوش سمت چپ (پاروتید) وجود داشت. نکته قابل توجه در معاینه، عروق دیلاته و فراوان در روی محل تورم بود. بیمار با تشخیص احتمالی ۱- تومور ۲- توبرکولوز (TB) غده پاروتید مورد آسپیراسیون سوزنی (FNA) قرار گرفت. در FNA مایع زرد رنگ غلیظی خارج کشت که نمونه فوق جهت سیتولوژی و باکتریولوژی فرستاده شده که پس از پاسخ کشت و آنتی بیوگرام تشخیص (TB) تایید شد.

کلید واژه: سل، غدد بزاقی، پاروتید

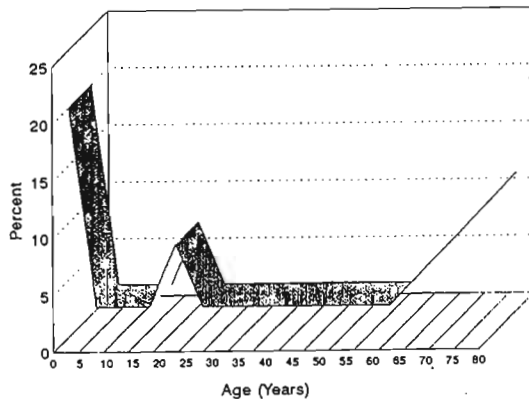
### مقدمه:

توبرکولوز (TB) بعلت مایکوباکتریوم توبرکولوزیس که باسیلی اسیدفست، هوازی، پلئومورفیک است بوجود می آید. TB هنوز یکی از علل مهم مرگ و میر در جهان است. منابع TB، افراد مسن، مهاجرین و مبتلایان به ایدز (AIDS) می باشند. TB در جوامع نیمه صنعتی پر ازدحام و در بین فقرا شایعتر است. در کودکان بدنبال استنشاق قطرات تنفسی (عطسه و سرفه) ناشی از ترشحات آلوده دستگاه تنفسی و آن هم بدنبال تماسهای طولانی با بیماران سل ریوی درمان نشده فعال، دارای کاوبته و خلط مثبت بوجود می آید. دوره کمون از شروع عفونت تا مثبت شدن تست جلدی ۱۰-۴ هفته است.

وقتی یک میزبان غیر ایمن ارگانسیم را استنشاق کند، کمپلکس ضایعه پارانشیم ریوی و غدد لنفاوی درناز کننده آن بوجود می آید. در همان زمان ارگانسیم به سایر مناطق بدن میزبان نیز منتشر می شود (۱، ۲). غدد بزاقی نیز ممکن است توسط روندهای گرانولوماتوز گرفتار شوند. گرچه سل زمانی شایع بود اما امروز با شیوع کمتری رخ می دهد. سل غدد بزاقی نادر است و از بین غدد بزاقی عمدتاً غده پاروتید را گرفتار می کند و بیشتر در سنین اوایل بلوغ دیده می شود. تشخیص این عفونت از طریق آزمایش بافتی صورت می گیرد (۳).

### معرفی بیمار:

بیمار ن. جعفری ۱/۵ ساله اهل افغانستان ساکن کبوترخان رفسنجان بیمار با تورم پاروتید چپ مراجعه نموده که تورم غده پاروتید بیمار از یکماه قبل شروع شده که به پزشکان متعدد مراجعه نموده و با تشخیص احتمالی اورویون و بعضاً پاروتیدیت، سریایی تحت درمان قرار گرفته و نه تنها بهبودی نیافته بلکه تورم غده پاروتید بیشتر شده تا اینکه قسمت فوقانی غده پاروتید قرمز و برجسته تر شده، در تاریخ ۷۶/۴/۱ به مطب مراجعه نموده و توسط اینجانب در بخش ENT بیمارستان بستری شد. بیمار سابقه یکبار بستری در بخش اطفال به علت اسهال و استفراغ می دهد. واکسیناسیون بیمار به گفته والدین او کامل بوده



نمودار شماره ۱

وجود داشته باشد، بخصوص در محیط‌های سر بسته. هر گاه فردی TB بگیرد حداقل ۲ الی ۳ ماه باید با او در تماس بود تا در فرد دیگری بیماری TB ایجاد شود. MTB نسبت به اشعه UV بسیار حساس است به همین علت در نور آفتاب سریعاً از بین می‌رود. راه‌های انتقال: ۱- شایعترین راه استنشاقی است که از طریق سرفه، عطسه و حتی صحبت کردن قطرات در هوا وارد شده و MTB از سدهای دفاعی بدن عبور کرده و خود را به ریه می‌رساند و باعث بیماری می‌شود. ۲- خوردن ۳- پوستی ۴- مقاربتی.

#### نمودار تبدیل عفونت به بیماری:

در اطفال درصد تبدیل خیلی بالا است و از حدود ۲ تا ۳ سالگی بعلت تکامل سیستم ایمنی از شدت آن کم می‌شود و در سنین بلوغ دوباره شدت می‌گیرد و دوباره در سنین میانسالی از شدت آن کم می‌شود و تا حدود ۶۰ سالگی بصورت یکنواختی درمی‌آید و بعد از ۶۰ سالگی دوباره شدت می‌یابد. (نمودار شماره ۱) بیماری سل می‌تواند اکثر ارگانها و دستگاههای بدن را درگیر کند که شایعترین آنها ریه می‌باشد، غدد بزاقی نیز ممکن است گرفتار شوند. گرچه سل زمانی شایع بود اما امروزه با شیوع کمتری رخ می‌دهد. اخیراً بعلت افزایش بیماری (AIDS) مجدداً شیوع بیماری سل در حال افزایش می‌باشد. از بین غدد

می‌باشد. در کشورهای صنعتی بعلت AIDS بیماری TB رو به افزایش است. ۲ فاکتور در ایجاد بیماری نقش دارد: ۱- ازدحام جمعیت ۲- سوء تغذیه و فقر غذایی. بطور کلی از تمام کسانی که عفونت اولیه دارند ۵-۱۵٪ تبدیل به



شکل شماره ۱

TB فعال می‌شوند و بقیه توسط دفاع بدن مهار می‌شود و در کمتر از ۶ ماه عفونت اولیه تبدیل به عفونت فعال می‌شود.

بیماری بیشتر در سنین جوانی دیده می‌شود. TB جزء بیماریهایی است که عفونت زیادی ندارد و از نظر منتقل شدن خیلی سریع نبوده و باید تماس‌های طولانی و نزدیک برای انتقالش

و بیمار فرزند چهارم خانواده بوده و فرزندان دیگر و پدر و مادر بیمار نیز مشکلی ندارند. نکات مثبت در معاینه فیزیکی اریتم سمت چپ حلق و لنفادنویاتی سمت راست و چپ گردن بود. بیمار با تشخیص ۱- تومور ۲- شک به TB تحت نظر و درمان قرار گرفت.

BT=38°C, PR=112, RR=28, BP=9/6

WBC=14/300 PTT=37

Hb=10/2 PT=15

HCT=31/7 FBS=85

Plat=200/000 BUN=6

Cr=0.6

PPD= 26mm Na=138

K=4/5

گزارش CT Scan گردن: توده‌های لوبوله در دو طرف گردن (بویژه در طرف چپ) با تشدید محیطی، مشکوک به لنفادنویاتی  
 Chest.X ray: اندازه قلب نرمال وضایعه فعالی درگرافی مشاهده نشد.  
 جواب باکتریولوژی: باسیل اسیدفاست مشاهده شده است.

#### بحث:

۳۰ نوع مایکوباکتریوم داریم که برای انسان غیرپاتوژن بوده و مهم‌ترین آنها که باعث بیماری می‌شود مایکوباکتریوم توبرکولوزیس (MTB) می‌باشد. بجز نوع بوویس و MTB بقیه مایکوباکتریوها را آتیپیک می‌نامند و در حیوانات مخزن دارند. TB بیماری است که از قدیم شناخته شده است و حدود یک سوم مردم دنیا دارای عفونت TB هستند و بطور متوسط ۶۰ میلیون موزد فعال در دنیا داریم و هر ساله حدود ۱۰ میلیون مورد جدید از TB داریم و سالانه ۳ میلیون مرگ به علت TB ایجاد می‌شود و ششمین علت مرگ



شکل شماره ۲

بزاقی، سل عمدتاً غده پاروتید را گرفتار می‌کند و بیشتر در سنین اوایل بلوغ دیده می‌شود. تشخیص این عفونت از طریق آزمایش بافتی صورت می‌گیرد. هر چند مرحله حاد سل را نمی‌توان از سایر موارد باکتریایی یا ویروسی افتراق داد اما آنچه در این بیمار جلب توجه می‌کرد، عروق دیلاته فراوان در محل ضایعه بود که در پاروتیدیت‌های چرکی معمولی دیده نمی‌شود، بلکه در آنها فقط قرمزی و تورم است که جلب توجه می‌کند (تصاویر شماره ۱، ۲). (۴).

#### REFERENCES:

1- Behrman R. E. (ed), *Nelson text book of pediatrics*, 14th ed., Philadelphia. W.B. Saunders, 1992, Sec. 1247.

2- Behrman k., *Nelson, Essentials of pediatrics*. 2nd ed., W.B. Saunders, 1994, Sec. 335-339.

3- Mandell, *Douglas and Bennett's prin-*

*ciples and practice of infectious diseases*, 4th ed., Vol.2, Churchill Livingstone, 1995, Sec. 2213-2240.

4- Paparella, *Otolagology head & neck*, 1990 pp. 2092.