

گزارش يك مورد سل کیستیک منتشر استخوان

نویسندگان: دکتر یوسف جفرودی^۱، دکتر سوفیا صبوری^۲، دکتر نوشین بهبودی مقدم^۳

خلاصه

یک مورد سل کیستیک منتشر استخوان که استخوانهای بلند را در قسمت‌های متافیز، دیافیز، استخوانهای پهن و جمجمه درگیر کرده است، معرفی می‌شود. مورد معرفی پس از ۸ ماهه ای است که بعلت تب و استفراغ مراجعه و در معاینه بالینی تنها نکته مثبت تورم انگشت پنجم دست چپ و تورم موضعی استخوان پاریتال است. در بیوپسی ضایعات استخوانی در اسمیر و PCR، سل استخوان به اثبات رسیده است. ماهیت کیستیک ضایعات، وسعت انتشار آنها و درگیری جمجمه یافته‌های غیر معمول هستند. کلیدواژه: سل، استخوان، جمجمه.

مقدمه:

سل استخوان بیماری نادری است که در نتیجه انتشار خونی میکروب سل اتفاق می‌افتد. این عفونت در کشورهای در حال رشد هنوز یک مشکل بهداشتی است ولی با مصرف داروهای ضد سلی، بیمار درمان شده و تدابیر جراحی فقط در مواردی که تخریب شدید بوده و تغییر شکل استخوانی یا اختلالات عصبی در کار باشد، بکار می‌رود (۱).

این بیماری بطور اولیه اغلب ریه و بطور ثانوی می‌تواند سایر اعضا از جمله استخوانها را گرفتار کند.

گرفتاری مفاصل و ستون فقرات شایعتر از استخوان است. در مواردی گرفتاری استخوان، شکل موضعی و یک کانونی آن شایعتر از شکل چند کانونی می‌باشد.

فرم چند کانونی آن بصورت ضایعات لیتیک و کیستیک بوده و این شکل درگیری در بچه‌ها

معرفی بیمار:

کودک ۶ ماهه بعلت تب و استفراغ از سه هفته قبل به بیمارستان مراجعه می‌نماید. در سابقه آبستنی و زایمان بیمار نکته قابل توجهی وجود نداشت. بیمار فرزند سوم خانواده بوده، فرزند اول خانواده دختر که بعلت پنومونی طول کشیده، بمدت یکماه فوت می‌شود و فرزند دوم دختر و سالم است. در معاینه، نکات مثبت شامل تب، تورم انگشت پنجم دست چپ بدون قرمزی و گرما، برآمدگی استخوان پاریتال چپ در جمجمه بوده است.

رادیوگرافی ساده استخوانها (Bone Survey)، ضایعات حفره‌ای استخوان‌های والت (Vault) شامل مناطق فرونتوپاریتال دو طرف، ضایعه لیتیک کتف چپ و قوس خلفی دنده هفتم در رادیوگرافی قفسه صدری، ضایعه لیتیک اکسیپیتال بند اول انگشت پنجم دست

شایعتر از بالغین است. بیماری در بچه‌ها اغلب استخوانهای محیطی و بیشتر نواحی متافیزی استخوانهای دراز را گرفتار می‌کند. ضایعه می‌تواند قرینه باشد و اغلب بدون اسکروز است (۲). ضایعات حفره‌ای جمجمه شامل کالواریوم و قاعده جمجمه یافته نادر است (۳).

پیش آگهی خوب بوده و در صورت تشخیص زودرس، به درمان طبی جواب می‌دهد. در این نوشتار یک مورد سل چند کانونی استخوان در بخش اطفال بیمارستان شهدا تجریش گزارش می‌شود.

منظور از این مطالعه، گزارش شکل غیرعادی سل استخوان به منظور تشخیص اولیه و شروع زودرس درمان طبی و اجتناب از جراحی به سبب پیشرفت بیماری و در نهایت جلوگیری از مرگ بیمار به سبب عدم تشخیص است.



شکل شماره ۲- ضایعات متافیزی دوطرفه استخوان ران در بیمار معرفی شده

Moujtahid-M (۱۹) کمتر از ۵٪ همه موارد سل استخوان را شامل می شود.

بیمار گزارش شده در این نوشتار در ابتدا تنها با ضایعات منتشر استخوان مراجعه کرده که در مراحل آخر بیماری ابتلاء ارگانها را به همراه داشته است.

درگیری جمجمه یافته نادر و البته در بین مقالات تنها در یک مورد (۱۵) ضایعات لیتیک جمجمه همراه با گرفتاری سایر استخوانها بوده است. موارد گزارش شده سل جمجمه به تنهایی، شامل گرفتاری موضعی استخوان تامپورال در جریان اوتیت در افراد بالغ و میانه سال در ۱۱ مورد بوده است. (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴).

مورد معرفی شده کودکی است که شکل گرفتاری جمجمه در او کاملاً متفاوت و به صورت ضایعات حفره ای منتشر در دو قسمت والت و قاعده جمجمه است. ضایعات حفره ای مشابه در یک مورد توسط آقای Mourgoci-G (۳) گزارش شده است که بصورت درگیری موضعی جمجمه بدون گرفتاری سایر استخوانها بوده است.

در فرم تیپیک رادیولوژیک، استئومیلیت

بیوتیکی شروع می شود. حال عمومی بیمار بدتر و بتدریج هیاتواسپیلنومگالی و بشورات جلدی هم اضافه می شود. تدابیر درمانی مفید نبوده و بیمار فوت می کند و اتویسی می شود. در اتویسی ضایعات وسیع گرانولوماتوز همراه با باسیل های Acid Fast فراوان در کبد، طحال، تیموس گزارش گردید. احتمالاً ضعف سیستم ایمنی که از نوع هومورال مسلم و نوع نقص ایمنی سلولار که بعلت عدم بررسی به اثبات نرسید، باعث شد گزارش اول آسیب شناسی با توجه به وجود هیستوسیت در نمونه آسیب شناسی و واکنش غیرعادی^{*} احتمالی بعلت ضعف سیستم ایمنی سبب تشخیص اولیه هیستوسیتوز X گردد.

بحث:

در طی مطالعه بیماران گزارش شده در طی ۵ سال در مجموع ۱۸ مورد توبرکولوزیس استخوان گزارش شد که تنها در چهار مورد (۶ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۹) بصورت درگیری منتشر اسکلتی بوده است.

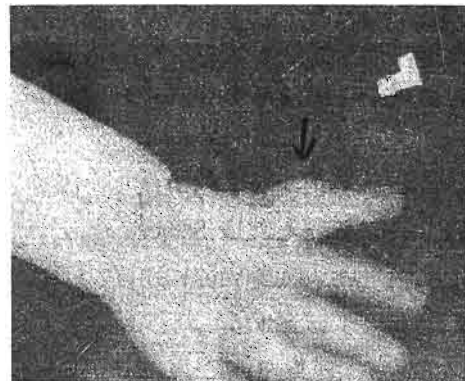
طبق مطالعه آقای M - Moujtahid و همکاران (۱۹)، سل استخوانهای دراز و پهن در مقایسه با گرفتاری فقرات و مفاصل نادرتر و تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد سل استخوان را شامل می شود. موارد گزارش شده شامل درگیری استخوانها به تنهایی بوده و تنها آقای Franke-DG و همکاران (۱۵) یک مورد سل منتشر با درگیری اعضای شکمی و نسوج نرم گزارش می کنند.

شکل چند کانونی آن از آبه لوکالیزه حتی در مناطق آندمیک شیوع کمتری دارد (۱۹) و طبق مطالعه آقای

چپ (شکل شماره ۱) و در رادیوگرافی لگن و اندام تحتانی، ضایعه لیتیک بال ایلیاک راست، ضایعات متافیزی دوطرفه استخوانهای ران (شکل شماره ۲) به همراه واکنش پریوست مطابق (Lamellar) در یکی از آنها و ضایعه لیتیک متافیز دیستال تیبیای چپ (شکل شماره ۳) مشاهده می شود.

سی تی اسکن مغز با پنجره استخوان، علاوه بر تعدد ضایعات جمجمه در استخوان های والت ضایعات حفره ای اسفنوئید و پتروماستوئید را نشان داد.

در اسکن استخوان با TCMDP نواحی افزایش جذب در شانه چپ، انگشت پنجم دست چپ، ایلیاک چپ، فمور دو طرف و متافیز تیبیای چپ گزارش شد (شکل شماره ۴). در پونکسیون مغز استخوان تنها کاهش شدید پلاسما سل و در ایمونوالکتروفورز کمبود گاما گلوبولین گزارش شد. گزارش اول آسیب شناسی از برجستگی استخوانی پاریتال چپ هیستوسیتوز X بوده و بیمار تحت درمان با وین بلاستین و پردنیزولون قرار می گیرد. پس از یک هفته با ادامه تب و حال عمومی بد مراجعه و با توجه به گزارش اسمیر و PCR انستیتوپاستور که میکوباکتریوم توبرکولوزیس بوده با احتمال سل همراه با عفونتهای اضافی فرصت طلب شیمی درمانی و قطع درمان ضد سل و آنتی



شکل شماره ۱- ضایعات لیتیک اکسپانسیل بند اول انگشت پنجم دست چپ بیمار معرفی شده

نتیجه:

سل استخوان می تواند عامل ایجاد ضایعات لیتیک و کیستیک منتشر استخوان در سنین شیرخوارگی و کودکی در کشورهای در حال رشد بوده و در تشخیص افتراقی ضایعات چند کانونی استخوان باید در مد نظر باشد. رادیوگرافی ساده یک روش ساده، ارزان و قابل دسترس در کشف این ضایعات بوده و سی تی اسکن بعنوان روش تکمیلی دقت بیشتری در نشان دادن تعداد و موقعیت آناتومیک آنها دارد.

تشخیص اولیه بیماری و شروع زودرس درمان طبی سبب بهبود کامل بیمار می گردد.



شکل شماره ۴- اسکن استخوان بیمار

فرم اکسپانسیل داشته، در استخوانهای بلند، در موقعیت متافیزی یا دیافیزی قرار داشتند. پریوستیت ممکن است همراه ضایعات باشد (۲) که در بیمار ما همراه با ضایعه تیپیا مشاهده می شود.

ضایعات در یک استخوان بلند ممکن است مرکزی، کناری،

حاشیه ای (۲) باشند که در بیمار ما اکثراً مرکزی بوده است.

تشخیص افتراقی شامل هیستوسیتوز، سارکوئیدوز، آئزیماتوز کیستیک، میلوم پلازما سل، عفونتهای قارچی، فیبروس دیسپلازی، Round Cell Tumors و متاستاز است.

درمان شامل درمان طبی است. درمان جراحی محدود به مواردی است که تغییر شکل شدید استخوان و یا اختلالات عصبی ایجاد گشته است.



شکل شماره ۳- ضایعه لیتیک متافیز دیستال تیپیا چپ در بیمار معرفی شده

سل نمایی شبیه به استئومیلیت چرکی را با حاشیه و واکنش اسکلوئوتیک تقلید می نماید. در فرم کیستیک که شیوع آن به شکل چند کانونی در استخوانهای بلند می باشد، در سنین بچگی شایعتر از بالغین است، اغلب استخوانهای محیطی و بیشتر نواحی اپی فیز، متافیز و دیافیز گرفتار می کند (۲). ضایعات بصورت نواحی لیتیک با محدوده مشخص (Well defined) در حفرات مغز استخوان و کورتیکال بدون اسکروز اطراف است (۲).

در مورد معرفی شده، ضایعات لیتیک با حدود مشخص بدون اسکروز بوده، ضایعات بند انگشت دست و بیشتر ضایعات جمجمه

REFERENCES:

- 1- Desai S.S. Early diagnosis of spinal tuberculosis by MRI. *J. bone joint. surg.* 1994 Nov, 76-B: 863-9.
- 2- Resnick. Bone and joint imaging 1996.
- 3- Murgoci - G. Tuberculosis localized in the skull bones in a child. *Rev - Ig - Med - Muncii* - 1990 Jan - Mar: 39(1): 59-65.
- 4- Hoshino - T. Computed tomography of the Temporal bone in Tuberculosis otitis media. *J - Laryngol - otol.* 1994 Aug, 108 (8): 702-5
- 5- Kolbinger - R. Tuberculous meningoencephalitis with primary destruction of the cranial base and secondary development of multiple tuberculomas *Ner Venart.* 1994 Feb, 65 (2): 132-5.
- 6- Eid-A. Multifocal Musculoskeletal Cyst tuberculosis without systemic Manifestations. *Scand - J - infect - Dis.* 1994, 26(6): 761-4.
- 7- Gamboa - F. Tuberculosis of the skull, an unusual manifestation. *Tuber - Lung - Dis.* 1994 Apr, 75(2) - 156-7.
- 8- Seivapandian _ S. Tuberculous granuloma of the clivus. *Br - J - Neuro - surg.* 1993, 7(5): 581-2.

- 9- Malhotra - R. Tubercular osteitis of skull. Indian _ Pediatr. 1993 Sep, 30(9): 1119-23.
- 10- Grewal-Ds. Tuberculoma of the Mastoid. J _ Laryngol-otol. 1995 Masr, 109(3): 232-5.
- 11- Grewal _ Ds, Tuberculous otitis media presenting as complications: report of 18 cases. Auris - Nasus _ Larynx. 1991, 18(3): 199-208.
- 12- Kumar - S. Tuberculosis of petrous Apex. Indian _ Pediatr. 1991 Apr, 28(4): 407-9.
- 13- Miller - MA. Tuberculosis of the skull. AJR - Am - J - Roentgenol. 1990 Nov: 155(5): 1141.
- 14- Van _ Effenterre - G. A case of tuberculoma of the orbit with sphenoidal origin. J-Fr- optalmol. 1990, 13(1-2): 62-8.
- 15- Frankel _ DG, Case report 654: Disseminated tuberculosis. Skeletal Rediaol. 1991: 20(2): 130-3.
- 16- Abdelwahab - If. Atypical skeletal tuberculosis mimicking neoplasm. Br - J - Radiol. 1991 Jun, 64(762): 551-5.
- 17- IP - M. Disseminated skeletal tuberculosis with skull involvement. Tuber - Tung. Dis. 1993 June, 74(3): 211-4.
- 18- Akalan _ N. Benign extramedullary tumors in the foramen magnum region. Clin - Neurol - Neurosurg. 1994 Nov, 96 (4): 284-9.
- 19- Mujtahid - M. Multifocal bone Tuberculosis, apropos of a case. Rev-Chir - Orthop - Reparatic - Apdar - Mot. 1995: 81(6): 553-6.

رَبِّ هَبْ لِي حُكْمًا وَآلْحِقْنِي
بِالصَّالِحِينَ

پروردگارا! به من حکمت ببخش و مرا به شایستگان
بپیوند.

قرآن کریم - سوره شعراء - آیه ۸۳

Abstract

Multifocal cystic tuberculosis of bone

Y. Jafroodi MD¹, S. Saboori MD², Nooshin Behboodi Moghadam MD³

multifocal tuberculosis of bone is rare, it

remains a major problem in many parts of the world. We describe the case of an 8 months - old boy with multifocal cystic Lesions involving tubular and flat bones.

The patient was admitted with fever and vomiting. Unilateral swelling of the fifth finger and local bulging of the parietal bone was discovered. Bone biopsy and PCR proved tuberculosis. The cystic

appearance of lesions, multiplicity and lacunar lesions in skull (calvarium and base) are unusual findings.

Key words: TBone, Skull

1) Assistant professor of pediatrics Center, Shahid Beheshti University of Medical Science, Shohada Medical Center
2) Assistant professor of pediatrics Center, Shahid Beheshti University of Medical Science, Shohada Medical Center
3) Assistant professor of pediatrics Center, Shahid Beheshti University of Medical Science, Shohada Medical Center