

گزارش یک مورد بیمار مبتلا به توبرکلوما مغزی با تظاهر بالینی نادر، همراه درگیری ریوی با گرافی نرمال قفسه‌ی سینه.

دکتر افسانه کرمی^۱، دکتر منیژه جزءپناهی^۱، دکتر الهام صدر^۲

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مرکز آموزشی درمانی دکتر بهشتی، بخش عفونی dr.karami.a@gmail.com

دریافت: ۸۷/۹/۹ پذیرش: ۸۸/۲/۲۸

چکیده

توبرکلوما مغزی یک تظاهر نادر سل با ضایعات متعدد فضاگیر بوده که علائم بالینی آن بسته به محل درگیری متفاوت است. این بیماری معمولاً با MRI مغزی، اسمیر یا کشت مثبت یا سل نقاط دیگر بدن تشخیص داده می‌شود. هدف از معرفی این مورد در نظر گرفتن بیماری سل با علائم غیرمعمول حتی با گرافی نرمال قفسه‌ی سینه است.

بیمار مرد ۲۴ ساله‌ای بود که به علت کاهش هوشیاری و احساس ضعف در اندام‌های فوقانی و تحتانی از ۷ روز قبل، سرفه از ۳ ماه قبل همراه خلط و درد ۵ ماهه‌ی زانو بستری شده بود. وی دارای تب و ضعف عمومی بود و در فاز اغما قرار داشت. کاهش صدا و رال قاعده‌ی ریه و از بین رفتن رفلکس‌های وتری و فلج چهار اندام از نکات مثبت معاینه‌ی بیمار بود. در بررسی آزمایشگاهی افزایش آنزیم‌های کبدی، سرعت رسوب گلبولی و پروتئین‌های فاز حاد التهابی وجود داشت. نمونه‌ی اسمیر شیره‌ی معده از نظر سل مثبت گزارش گردید. در MRI ضایعات متعدد یکنواخت با چگالی بالا مشاهده گردید. داروهای ضدسل همراه پردنیزولون برای بیمار شروع گردید. این بیمار، ۲۱ روز بعد با وضعیت عمومی خوب مرخص شد.

واژگان کلیدی: توبرکلوما، سل، ریوی، داخل مغزی

مقدمه

مننژ یا در قشر سطحی است. این فرم مننژیال، شبیه توده‌ی پرده‌ی مغز (meningioma) تظاهر می‌نماید (۴). علائم بالینی بسته به محل درگیری متفاوت است. با افزایش حجم و اندازه، اثر توبرکلوما مشابه توده‌ی مغزی نمایان می‌گردد. هر یک از اعصاب مغزی ممکن است گرفتار شود و بیمار تدریجاً دچار ضعف یک طرفه‌ی بدن گردد. در کشورهایی که شیوع سل بالاست با شروع تدریجی علائم تومور مغزی در کودکان

توبرکلوما داخل جمجمه‌ای یک تظاهر غیرشایع سل است که به صورت ضایعه‌ی فضاگیر در تصویربرداری دیده می‌شود (۱). این ضایعه معمولاً بصورت متعدد بوده، اما ضایعه‌ی منفرد هم گزارش شده است (۲). کانون اولیه‌ی سلی ممکن است بدون اینکه به مننژ باز شود یا ایجاد مننژیت نماید در مغز بزرگ گردد (۳). گاهی این ضایعه، گسترش موضعی بداخل بافت مغزی دارد. تظاهر دیگر آن به صورت شروع در

۱- متخصص عفونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- متخصص عفونی، بیمارستان ۵۵۴ ارتش، زنجان

۳ ماه قبل مبتلا به سرفه‌های همراه خلط گشته بود. در معاینه، علایم حیاتی نرمال و فقط فرد به تب و بی‌حالی دچار بود و از نظر سطح هوشیاری در فاز اغماء (Stupor) قرار داشت. ملتحمه‌ی رنگ پریده و کراکل در قواعد ریه‌ها همراه کاهش صدا در ریه راست یافت شد. در معاینه‌ی اندام‌ها، رفلکس وتری کاهش یافته و فلج بودند. نتیجه‌ی رنگ‌آمیزی نمونه‌ی شیره معده از نظر باسیل سل، مثبت گزارش شد. در MRI (شکل شماره ۱) ضایعات متعدد یکنواخت با افزایش جذب در مجاورت سمت چپ بطن چهارم در سمت بطنی بطن سوم با درگیری تنه‌ی کورپوس کالوزوم و گسترش به سمت سپتوم پالیدوم در سیستم سوپراسلار و با درگیری عناصر هیپوتالاموس دیده شد.



شکل ۱: MRI بیمار، مناطق با افزایش جذب به نفع توبرکلوما.

بر طبق گزارش مشاوره‌ی اعصاب، رفلکس آشیل و زانو از بین رفته بود. که احتمال اراکنوییدیت (التهاب عنکبوتیه) مطرح گردید که در MRI تایید نشد (در MRI ستون فقرات، درگیری شدید دیسک بین مهره‌ی پنجم کمری و اول دنبالچه مشاهده گردید). عکس قفسه‌ی سینه و عکس خوابیده به پهلوی بیمار مشکوک به سطح مایع بود و ضایعه‌ی فعال ریوی رویت نشد. در سی‌تی‌اسکن، مایع خفیف همراه با رسوب کلسیم در پرده‌ی جنب رویت شد. سونوگرافی کامل

توصیه به درمان آزمایشی ضد سل می‌شود (۳). شایع‌ترین تظاهرات بالینی بیماری غالباً با تشنج همراه است (۱ و ۵). در بعضی بررسی‌ها ۶۰ تا ۱۰۰ درصد تشنج، ۵۶ تا ۹۳ درصد از علایم افزایش فشار داخل مغزی و ۳۵ تا ۶۸ درصد علایم موضعی عصبی گزارش شده‌است (۴). گاهی بیمار با سردرد و ضعف عضلانی هم مراجعه نموده است (۶).

توبرکلومای داخل نخاعی یا توده‌ی گرانولوماتوز خارج سخت شامه (Extradural) می‌تواند منجر به ایجاد علایم بدون درگیری منژ شود. فشار توده به ریشه‌های عصبی باعث ایجاد درد، ضعف اسفنکتر مثانه یا مقعد، کاهش یا از بین رفتن حس، احساس گزگز یا فلج در مسیر ریشه‌ی عصبی می‌گردد و انسداد زیر عنکبوتیه منجر به تغلیظ پروتئین CSF با یا بدون سلول می‌شود.

در تصویربرداری این ضایعه به صورت توده‌ی بدون عروق همراه ورم اطراف و معمولاً به صورت متعدد گزارش می‌شود (۲). در اسکن مغزی طی مراحل اولیه‌ی تغییر بصورت ورم و تخریب بافتی با منطقه‌ای از کاهش جذب است (۷). با مستقر شدن ضایعات، رسوب کلسیم وادم اطراف ایجاد می‌گردد (۴). تصویر برداری با MRI حساس‌تر از اسکن می‌باشد. توبرکلوما جذب معادل با ماده خاکستری در T1 و افزایش جذب مرکزی در T2 دارد. تشخیص قطعی با نمونه برداری ضایعه مغزی است. حضور سل در نقطه‌ی دیگر به خصوص ریه و واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (PCR) از ۱۴ تا ۵۲ درصد کمک کننده هستند (۸).

گزارش مورد

بیمار این گزارش مرد ۲۴ ساله‌ی مجرد و روستایی بود که بعلت کاهش هوشیاری و احساس ضعف در اندام‌های فوقانی و تحتانی در بخش اعصاب بستری گشت و به‌علت تب به بخش عفونی منتقل شد. همراهم بیمار شروع درد زانو را از ۵ ماه قبل با تشدید چند روزه آن عنوان می‌کردند. همچنین از

نظیر درگیری سینوس کاورنوس چپ هم گزارش شده است (۱۰). موارد مراجعه با سرگیجه بدون علائم مشخص سل در اسپانیا دیده شده است (۱۱). همراهی سل پرده‌ی جنب و سل ریه هم با توجه به بررسی‌های تصویربرداری و یافتن باسیل سل دیده نشده است. به‌طور معمول انتظار درگیری قفسه‌ی سینه در جریان سل و مثبت بودن تصویر رادیوگرافی آن مطرح است. نکته‌ی حائز اهمیت در این بیمار، گرافی نرمال با وجود مثبت شدن شیریه‌ی معده بود. لذا در بیمار با علائم عمومی و مزمن به نفع سل در صورت نرمال بودن گرافی هم بررسی بیماری لازم است (۱۲). در بعضی مقالات، شیوع بیشتر در جنس مذکر گزارش شده، به‌طوری که ۷۱ درصد موارد در مردها دیده شده است (۵). در گزارش موردی دیگری توپرکلومای مغزی همراه نوع داخل نخاعی در دختر ۶ ساله‌ای در هند یافته شده است (۱۳). با درمان ضدسل و دکزامتازون سیستمیک بهبود طی ۴ تا ۸ هفته ایجاد شده است (۷). در ۶۶/۶ درصد موارد بهبودی کامل، ۳۳/۳ درصد موارد با علائم عصبی خفیف و ۱۰ درصد موارد مرگ گزارش شده است (۵و۷). بهبودی کامل طی ۱۲ هفته رخ می‌دهد. در بیمار ذکر شده این بهبودی با شروع درمان طی ۳ هفته ایجاد شد. معرفی این بیمار لزوم دقت بیشتر در تشخیص بیماری سل با تظاهرات ناشایع حتی با عکس نرمال قفسه‌ی سینه را مطرح می‌نماید.

شکم نرمال بود. اسکن شکم، منطقه‌ی با افزایش جذب در کلیه را نشان داد. بیمار با پیشنهاد نمونه‌برداری پزشک موافقت نمود. به‌علت مثبت شدن تست شیریه‌ی معده، داروهای ضدسل همراه پردنیزولون برای بیمار شروع گردید. پس از ۹ روز بهبود نسبی اندام‌ها و پس از ۷ روز بهبود سطح هوشیاری و وضعیت عمومی ایجاد گردید. بیمار ۲۱ روز بعد با وضعیت عمومی خوب مرخص شد. در معاینات مکرر که هر ۱-۲ ماه از بیمار به عمل آمد، وضعیت عمومی خوب بود. ۲ ماه پس از شروع درمان، بیمار دچار تب شد که در بستری و بررسی‌های به‌عمل آمده نکته‌ی خاصی یافت نشد، لذا به بیمارستان امام خمینی تهران اعزام گردید. در آن مرکز پس از بررسی‌ها تب دارویی را مطرح نمودند. پس از آن تا زمان تکمیل درمان در بیمار مذکور، نکته‌ی قابل توجهی مشاهده نگردید.

بحث

از نکات جالب در این بیمار تظاهرنا در بیماری است. بطوریکه مراجعه‌ی بیمار با تظاهرات توده‌ی فضاگیر و علائم التهاب عنکبوتیه (Arachnoiditis) بود. با توجه به شیوع بالای سل در کشورمان نیاز به بررسی سل در این‌گونه بیماران مطرح می‌باشد. در بررسی مقالات، توپرکلوما علت ۲۰ تا ۳۰ درصد از ضایعات فضاگیر را در هند تشکیل می‌دهد و در سنین اطفال علت ۴۱ درصد از توده‌های داخل جمجمه‌ای است (۴). در مطالعه‌ای در کویت ۱/۴ درصد ضایعات فضاگیر داخل جمجمه‌ای مربوط به سل است. توپرکلوما می‌تواند همراه سل سایر نقاط باشد که شایع‌ترین کانون اولیه‌ی آن مننژ است و موارد همراهی سل ارزنی و ریوی هم در درجات بعد گزارش شده است (۸). مورد توپرکلومای مغزی در کره حتی پس از درمان نوع ریوی هم اتفاق افتاده است (۹). شایع‌ترین شکایت این بیمار تشنج بوده، ولی بیماری با علائم سندرم‌های موضعی مغزی

منابع

- 1- Kasper D, Braunwald E. *Harrisons principles of internal medicine*. New york. Mcgraws-hill; 2008.
- 2- Mandel J, Bennett J. *Principle and practice of infectious disease*. London: Philadelphia: Churchill livingstone; 2005.
- 3- Khaje deloii M. Heidar nejad H. [In Translation] Craphton J, Horn N, Miller F. *Clinical tuberculosis*. Newcassel Macmilan; 1999.
- 4- Ravindraw KG. Diagnosis of Intracranial tuberculoma. *Ind J Tub*. 1996; 19: 35-43.
- 5- Abdul- Ghaffar NU, EL- Sonbaty MR, Rahman NA. Intracranial tuberculoma in Kuwait. *Int J tuberc Lung dis*. 1998; 2: 413-8.
- 6- Edward A. Nardell. Last full review / revision of Tuberculosis. [computer Programme] 2008. G:/mmhe/sec04/ch052/ch052c.html.
- 7- Malone JL, Paparello L. Rickman S, et al. Intracranial tuberculoma developing during therapy for tuberculous meningitis. *West J med*. 1990; 152: 188-90.
- 8- Teoh R, Humphries MJ, O'mahony G. Symptomatic intracranial tuberculoma developing during treatment of tuberculosis. a report of 10 patients and Review of the literature. *Q J Med*. 1987; 63: 449-60.
- 9- Prachi S, Milind S, Radha J. Co-occurrence of intracerebral tuberculoma with lumbar intramedullary tuberculoma. *J child neurology*. 2009; 10: 1177.
- 10- Boutarbouch M, Arkha Y, Gana R, El Maquili MR, Bellakhdar F. Tuberculoma of the cavernous sinus mimicking a meningioma: Case report and review of the literature. *J Neurol Sci*. 2009; 278: 123-6.
- 11- Guillen-Quesada A, Garcia Armengol R. Perez Munoz N, Gargallo E. Costa Clare JM. Intracranial tuberculoma: a case report and review of literature. *Rev Neurol*. 2008; 47: 631-4.
- 12- Kim IY, Jung S, Jung TY, et al. Intracranial tuberculoma with adjacent inflammatory aneurysms. *J clin Neurosci*. 2008; 15: 1174-6.
- 13- Hejazi N, Hassler W. Multiple intracranial tuberculoma with atypical response to tuberculostatic chemotherapy. Literatcre review and a case report. *J Infection*. 1997; 25: 233-9.

The Report of a Case with Rare Presentation of Intracranial Tuberculom and Pulmonary Tuberculosis with Normal CXR

Karami A¹, Joze_panahi M¹, Sadr E²

¹Dept. of Infectious Disease, Beheshti Hospital, Zanjan, Iran.

²Dept. of Infectious Disease, 554 NAJA Hospital, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Karami A. Dept. of Infectious Disease, Beheshti Hospitals, Zanjan, iran

E-mail: drkarami.a@gmail.com

Received: 29 Nov 2008

Accepted: 18 May 2009

Intracranial Tuberculoma is a rare form of Tuberculosis (Tb) with presentation of multiple space occupying lesions. Clinical manifestations of intracranial Tuberculoma are dependent to the site of involvement. MRI, positive smear and the evidences of other organs infection can help us to diagnose intracranial Tb. We should consider tuberculosis in patients with unusual presentations even when presents with normal CXR. A 24 years old man was admitted to the infectious ward. He presented with a decreased consciousness level and weakness in four limbs during the past 7 days. He complained of a productive cough since 3months ago and knee arthralgia from 5 months ago. He was febrile and ill appearance. Breathing sound was decreased at the base of the right lung among with Crackle sound. Patient was quadriplegic without deep tendon reflex. Laboratory tests showed the rise of liver transaminases and elevation in the serum ESR and CRP. Gastric fluid smear was positive for AFB. In brain MRI, multiple hyperdense heterogen lesions were reported. The patient was treated with anti tuberculosis drugs and prednisolon. He discharged from the hospital with good general appearance after 21 days.

Key words: Tuberculoma, Tb, Intracranial Tb, pulmonary