

گزارش یک مورد نادر از استئومیلیت سلی در انگشت شصت دست

کیخسرو مردانپور^۱، مهتاب رهبر^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۵/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

چکیده

اگرچه سل استخوان در جمعیت عمومی بسیار نادر است ولی هنوز باید به عنوان یک بیماری تهدیدکننده سلامتی انسان در نظر گرفته شود. بیمار خانم ۵۲ ساله‌ای که با تورم در دنک دیستال انگشت شصت دست راست مراجعت نموده است. در معاینات بالینی درد و تورم در انگشت مشهود بود. در آزمایشات بالینی به جز افزایش مختصر در تست‌های فار حاد التهابی موارد غیرطبیعی یافت نشد. در گرافی ساده یک ضایعه لیتیک تأیید شد. در بررسی هیستولوژی گرانولوم توبرکلوزیس گزارش شد. بیمار تحت درمان چهار دارویی ریفامپیسین، اثانبتوول، ایزوپیازید و پیرازیناماید برای مدت دو ماه و درمان دو دارویی ایزوپیازید و ریفامپیسین هم تا ده ماه بعد قرار گرفت. تشخیص و درمان به موقع سل استخوان موجب جلوگیری از عوارض ناخواسته خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: سل خارج ریوی، استئومیلیت سلی، انگشت شصت دست

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و دوم، شماره پنجم، ص ۳۲۹-۳۳۴، مرداد ۱۴۰۰

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه پاتولوژی، تلفن: ۰۲۱۸۸۶۲۲۶۰۸

Email: rahbarahbar@gmail.com

مقدمه

سل خارج ریوی بیشتر است (۷). با توجه به شیوع توبرکلوزیس در کشور ما، در این مطالعه ما یک مورد استئومیلیت سلی را در استخوان شصت دست در یک زن ۵۲ ساله ایرانی گزارش می‌کنیم و متعاقباً تظاهرات بالینی و همچنین آزمایشات تشخیصی و روش درمانی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۲ ساله‌ای است که با شکایت قرمزی و تورم در دنک دیستال فالانکس انگشت شصت دست راست از ۵ ماه گذشته به مرکز آموزشی درمانی بیمارستان آیت‌الله طالقانی کرمانشاه مراجعت نموده است. بیمار در زمان مراجعته علائم بالینی همچون تب، سرفه پایدار، کاهش وزن، بی‌اشتهاای و درد قفسه سینه را نداشت. در معاینات بالینی به عمل آمده درد و تورم و قرمزی و گرمی به همراه محدودیت حرکتی در دیستال فالانکس انگشت شصت مشهود بود. در مابقی معاینات سیستمیک بیمار نکته بالینی غیرطبیعی یافت نشد. در آزمایشات بالینی انجام شده، بیمار دارای ایندکس‌های خون طبیعی با آنمی متوسط (هموگلوبین ۱۰،۵ میلی‌گرم در دسی لیتر) و سدیمان گلبول قرمز بالا (۵۸ میلی‌متر در ساعت) و پروتئین فاز

هرچند این بیماری سل قابل درمان و پیشگیری است، اما سالانه سبب مرگ تعداد زیادی افراد در کشورهای در حال توسعه می‌شود. طبق گزارش وزارت بهداشت ایران، سالانه ۱۴،۴ نفر ایرانی از هر ۱۰۰ هزار نفر به بیماری سل مبتلا می‌شوند (۱). سل یک بیماری عفونی ناشی از باکتری مایکوباتریوم توبرکلوزیس است. بافت ریه بهترین مکان بروز بیماری سل است ولی بافت‌های دیگر هم می‌توانند بیماری را بروز دهند. تظاهرات سل خارج ریوی می‌تواند خاموش تا بیماری حاد باشد و انتشار سریع داشته باشد. سل خارج ریوی می‌تواند به دنبال سل ریوی فعال و یا سال‌ها پس از یک عفونت سل قدیمی ایجاد شود. تنها ۵ تا ۱۰ درصد تظاهرات بیماری در خارج از ریه مشاهده می‌شود که می‌تواند بدون شواهدی از درگیری ریه آشکار شود. به طور کلی استئوآرتیت سلی ۱ تا ۳ درصد از موارد ابتلاء به سل خارج ریوی را شامل می‌شود (۲،۳). تنوسینوویت سلی شایع‌ترین نوع بیماری در دست است (۴،۵). بروز استئومیلیت سلی در دست بسیار نادر است (۶). توجه به این نکته ضروری است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های نقص ایمنی یا سایر بیماری‌های مزمن احتمال تظاهرات اسکلتی عضلانی

^۱ استاد گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

^۲ دانشیار گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

لیتیک استخوانی را در دیستال فالانکس انگشت نشان می‌داد (تصویر ۱).

حاد مثبت بود. مابقی آزمایشات بالینی از جمله آزمایشات بیوشیمی و کبدی و کلیوی طبیعی گزارش شد. گرافی ساده ریه نرمال بود. گرافی ساده رخ نویم رخ انگشت شست دست راست یک ضایعه



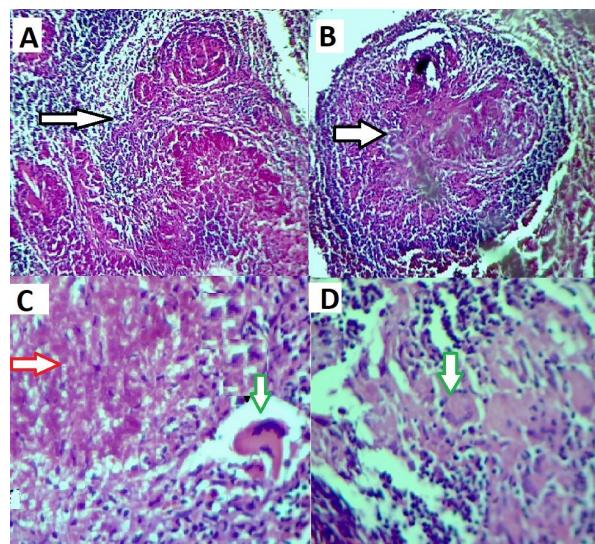
تصویر (۱): رادیوگرافی ساده در دو نمای رخ A و نویم رخ B انگشت شست دست راست.

یک ضایعه لیتیک و با تخریب قشر استخوان دیستال انگشت شست را به همراه

تورم بافت نرم نشان می‌دهد. (پیکان‌های سفید، در تصویر A,B)

آسیب‌شناسی ارسال شد. در بررسی هیستولوژی نمونه بیوپسی، گرانولوم‌های متعدد متشكل از سلول‌های التهابی تک‌هسته‌ای و چند‌هسته‌ای (ڈانت) همراه با نسوج نکروزه دیده شد که با گرانولوم‌های توپرکلوزیس مطابقت داشت (تصویر ۲).

در تصویربرداری مغنتیک رزونانس حضور یک ضایعه لیتیک استخوان دیستال فالانکس انگشت شست دست راست با تخریب کورتکس استخوان تأیید شد. درنهایت بیمار جهت نمونه‌برداری به بخش ارتوپدی ارجاع داده شد. نمونه برداشته شده به آزمایشگاه



تصویر (۲): نمای بافت‌شناسی گرانولوم سلی را با نکروز مرکزی نشان می‌دهد.

این گرانولوم التهابی (پیکان‌های سفید، در تصویر A, B) متشكل از نکروز پنیری مرکزی (پیکان قرمز، در تصویر C) و سلول‌های غول‌پیکر نوع لانگهانس در حاشیه (پیکان سبز در تصویر D) می‌باشد، (بزرگنمایی میکروسکوپی $\times 200$ و رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین)

موارد سل خارج ریوی را شامل می‌شود، بهویژه در کشورهای در حال توسعه که میزان بیش از یک‌سوم مهاجران بین‌المللی در جهان هستند (۱۱، ۱۰). راجح‌ترین محل سل اسکلتی ستون فقرات است، به دنبال آن مفاصل و سپس استخوان‌های دیگر هستند (۱۲). به‌طورکلی سل استخوان‌های کوچک انگشت ۸-۴ درصد کل موارد سل اسکلتی را تشکیل می‌دهد (۱۳). این بیماری در کودکان بین ۱ تا ۶ سال و سپس در بزرگسالان بین ۲۰ تا ۵۰ سال بیشتر مشاهده می‌شود. تحقیقات جدید نشان می‌دهد که میزان ابتلا سل استخوان‌های کوچک انگشت در مردان بیش از سه برابر زنان است. درد و تورم از تظاهرات بالینی شایع در ابتلا سل استخوان‌های کوچک انگشت است (۱۵، ۱۴). رادیوگرافی ساده یک روش تشخیصی ساده و کم‌هزینه برای ارزیابی و پیگیری است (۱۶). تشخیص افتراقی سل استخوان‌های کوچک انگشت شامل بیماری‌های گرانولوماتوز دیگر مانند سارکوئیدوز، استئومیلیت، سیفلیس مادرزادی، نقرس، تومورها و بیماری پاژه است (۱۷). علاوه بر جراحی، یک درمان فشرده دوماهه ایزونیازید، ریفامپیسین، پیرازینامید و اتابوتول و به دنبال آن یک رژیم شش تا دوازدهماهه ایزونیازید و ریفامپیسین توصیه می‌شود (۱۸).

نتیجه‌گیری

بیماری سل هنوز یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عفونی در جهان است. از آنجایی که استئومیلیت سلی بهویژه در دست بسیار نادر است. بنابراین هرگونه تأخیر در تشخیص می‌تواند مضر باشد. لذا آگاهی از استئومیلیت سلی در دست می‌تواند کمک شایانی به اقدامات تشخیصی و درمان زود به هنگام بیماران کند به‌گونه‌ای که مانع از ایجاد عوارض ناخواسته شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از خدمات پرسنل آزمایشگاه بیمارستان آیت‌الله طالقانی کرمانشاه و بیمارستان شفا یحیاییان تهران تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

- Ataei A, Jafarvand E. Epidemiology and Trend of Tuberculosis mortality in Iran. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2019; 25(6): 773-80.
- Ramos RF, Cancian L, Calcagnotto F, Zeni R, Varela G, Burgues T, et al. Synovial tuberculosis of the hand: An ancient disease in an unusual localisation. *Indian J Plast Surg* 2017;50(2):130-7.
- Ostrowska M, Gietka J, Nesteruk T, Piliszek A, Walecki J. Shoulder joint tuberculosis. *Pol J Radiol* 2012; 77:55-9.
- Seung OP, Sulaiman W. Osteoarticular tuberculosis mimicking rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol* 2012;22:931-3.

در رنگ‌آمیزی زیل نلسون از نسوج بیوسی هم باسیل اسید فست دیده شد. سرانجام بیمار با تشخیص سل استخوان تحت درمان چهار داروی شامل ریفامپین، اتانبوتول، ایزونیازید و پیرازینامید همراه با ویتامین B6 برای مدت دو ماه قرار گرفت و درمان دو دارویی ایزونیازید و ریفامپیسین هم تا ده ماه بعد ادامه یافت. بعد از دو ماه بیهویی کامل حاصل شد و تا یک سال پس از اتمام درمان هیچ‌گونه بازگشت بیماری دیده نشد.

در این گزارش رضایتمندی بیمار با حفظ اطلاعات شخصی بیمار اخذشده و هیچ‌گونه چالشی مالی و فرهنگی وجود ندارد.

بحث

سل خارج ریوی ممکن است هم‌زمان با سل ریوی یا سال‌ها بعد از عفونت اولیه سلی ایجاد شود. در سال‌های اخیر به دنبال ایدمی ایدز و افزایش مهاجرت از کشورهایی که سل در آنجا آندمیک بوده و بالآخره بیهوی روش‌های تشخیصی، شناسایی موارد ابتلا به سل خارج ریوی افزایش چشمگیری داشته است. دریک مطالعه اپیدمیولوژیک که بین سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۷ در استان چهارمحال و بختیاری بر روی ۱۴۶ بیمار مبتلا به سل خارج ریوی انجام شد، نشان داد که در سال‌های اخیر افزایش نسبی در ابتلا به سل خارج ریوی به وجود آمده است. همچنین در این مطالعه دکتر مرادی گزارش کرد که در مجموع زنان دو برابر مردان به سل خارج ریوی مبتلا می‌شوند و خانم‌های ۲۰-۳۹ سال و مردان مسن ۶۰-۶۹ سال بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری می‌باشند. شایع‌ترین سل خارج ریوی در این گروه از بیماران لنفادنیت سلی (۴۲ درصد) و به دنبال آن سل استخوان و مفصل (۱۸ درصد) بود (۸۹). به‌طورکلی تشخیص سل خارج ریوی به روش‌های تهاجمی بیشتری نیاز دارد و باید نمونه کافی برای بررسی تشخیصی مایکوبکتریوم در اختیار باشد. بیماران مبتلا به سل خارج ریوی علاوه بر علائم بالینی شایع که در گرفتاری سل ریه دیده می‌شود مانند تب و سرفه و تعریق شبانه ممکن است از علائم دیگری که مربوط به اندام‌های گرفتار است شکایت داشته باشند (۹). سل اسکلتی ۳۵-۱۰ درصد از کل

5. Aboudola S, Sienko A, Carey RB, Johnson S. Tuberculous tenosynovitis. Hum Pathol 2004;35:1044–6.
6. Jagtap SA, Sonawane DV, Saraogi AA. Isolated tuberculosis of scapula in a young adult. Int J Mycobacteriol 2013;2:114–7.
7. Kwan CK, Ernst JD. HIV and tuberculosis: A deadly human syndemic. Clin Microbiol Rev 2011;24:351–76.
8. Moradi M. Extrapulmonary tuberculosis, 146 cases study. Journal of Medical Council of Iran 2000; 18 (4):283-7.
9. Kadu VV, Saindane KA, Godghate N, Godghate NN. Tuberculosis of Calcaneum - A Rare presentation. J Orthop Case Rep 2016; 6(1):61-2.
10. Pang Y, An J, Shu W, Huo F, Chu N, Gao M, et al. Epidemiology of Extrapulmonary Tuberculosis among Inpatients, China, 2008–2017. Emerg Infect Dis 2019; 25(3):457-64.
11. Johansen IS, Nielsen SL, Hove M, Kehrer M, Shakar S, Wøyen AV, et al. Characteristics and Clinical Outcome of Bone and Joint Tuberculosis From 1994 to 2011: A Retrospective Register-based Study in Denmark. Clin Infect Dis 2015; 61(4):554-62.
12. Vohra R, Kang HS, Dogra S, Saggar RR, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. J Bone Joint Surg Br 1997; 79(4):562-6.
13. Brazille P, Timsit MA, Quillard A, Dryll A, Laredo JD. Tuberculous dactylitis of a single phalanx. Rev Rhum Engl Ed 1998; 65(7-9):511-2.
14. Abdelwahab IF, Lewis MM, Klein MJ, Hermann G. Case report 528: Tuberculous dactylitis (right great toe). Skeletal Radiol 1989; 18(2):133-5.
15. Jensen CM, Jensen CH, Paerregaard A. A diagnostic problem in tuberculous dactylitis. J Hand Surg Br 1991; 16(2):202-3.
16. Leung PC. Tuberculosis of the hand. Hand 1978; 10(3):285-91.
17. Sunderamoorthy D, Gupta V, Bleetman A. TB or not TB: an unusual sore finger. Emerg Med J 2001; 18(6):490-1.
18. Sotgiu G, Centis R, D'ambrosio L, Migliori GB. Tuberculosis treatment and drug regimens. Cold Spring Harb Perspect Med 2015; 5(5):a017822.

TUBERCULOUS OSTEOMYELITIS IN THUMB: A RARE CASE

Keykhosro Mardanpour¹, Mahtab Rahbar *²

Received: 30 November, 2020; Accepted: 15 August, 2021

Abstract

Although tuberculous osteomyelitis is rare in the general population, it should still be considered as a threat to human health. A 52-year-old woman acutely develops a progressively painful swelling on the tip of her right thumb. On laboratory examination, there is no abnormality except for a slight increase in acute phase inflammatory tests (ESR and CRP). A right-hand x-ray showed an expansile lytic lesion. Microscopic examination revealed tuberculosis granuloma. Anti-tuberculous chemotherapy started for two months with a regimen composed of isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, and ethambutol and then followed by a ten month regimen consisting of isoniazid and rifampicin. Bone tuberculosis should always be considered by physicians, as early diagnosis and treatment will prevent additional serious complications of the disease.

Keywords: Extrapulmonary tuberculosis, tuberculous osteomyelitis, thumb

Address: Department of Pathology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +982188622608

Email: rahbarahbar@gmail.com

SOURCE: STUD MED SCI 2021; 32(5): 333 ISSN: 2717-008X

¹ Professor, Department of Orthopedics, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² Associate Professor, Department of Pathology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding Author)