

گزارش یک بیمار مبتلا به توبرکولوز با درگیری همزمان نازوفارنکس، لوزه ی کامی و غدد لنفاوی گردن

*دکتر محسن رجعتی حقی^۱، دکتر کابلی^۲

^۱استادیار، دستیار- گروه گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: توبرکولوز نازوفارنکس و لوزه پس از شروع درمان طبی توبرکولوزیس به یک بیماری نادر مبدل شده است. شایع ترین تابلوی مراجعه به صورت لنف آدنوپاتی گردنی می باشد و تشخیص قطعی آن با بررسی هیستوپاتولوژی می باشد.

معرفی مورد: دراین مقاله یک بیمار با ابتلا ی همزمان نازوفارنکس و لوزه ی کامی و غده ی لنفاوی گردنی معرفی می شود.

نتیجه گیری: توصیه می شود در موارد مشکوک مخصوصا اگر بیوپسی اولیه جواب قطعی نداده باشد، انجام تست های تشخیصی توبرکولوز مد نظر باشد.

واژه های کلیدی: توبرکولوزیس، لوزه، غده ی لنفاوی، نازوفارنکس

مقدمه

بیماری سل علی رغم در پیشرفت در تشخیص و درمان آن هم چنان یکی از مهم ترین عامل عفونی مرگ و میر در جامعه ی بشری محسوب می شود. با وجود کاهش شیوع بیماری در چند دهه ی اخیر، از سال ۱۹۸۶ گزارشاتی از افزایش شیوع این بیماری حتی در کشورهای توسعه یافته انتشار یافته است که این امر منسوب به عواملی نظیر مقاومت چند دارویی میکروب سل، افزایش مهاجرت از مناطق آلوده و نقص ایمنی خصوصا در افراد مبتلا به AIDS می باشد (۱). تظاهر بالینی سل به دو شکل ریوی (۸۰-۷۰٪) و خارج ریوی (۳۰-۲۰٪) می باشد (۱).

(۵). درگیری لوزه با عفونت توبرکولوزیس نیز در حد گزارش مورد می باشد. در این جا بیماری بادرگیری نازوفارنکس و لوزه و غدد لنفاوی گردنی با میکوباکتریوم توبرکولوزیس که به بیمارستان قائم (عج) مشهد مراجعه کرده بود، معرفی می شود.

بیماری سل علی رغم در پیشرفت در تشخیص و درمان آن هم چنان یکی از مهم ترین عامل عفونی مرگ و میر در جامعه ی بشری محسوب می شود. با وجود کاهش شیوع بیماری در چند دهه ی اخیر، از سال ۱۹۸۶ گزارشاتی از افزایش شیوع این بیماری حتی در کشورهای توسعه یافته انتشار یافته است که این امر منسوب به عواملی نظیر مقاومت چند دارویی میکروب سل، افزایش مهاجرت از مناطق آلوده و نقص ایمنی خصوصا در افراد مبتلا به AIDS می باشد (۱). تظاهر بالینی سل به دو شکل ریوی (۸۰-۷۰٪) و خارج ریوی (۳۰-۲۰٪) می باشد (۱).

*آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، بیمارستان قائم (عج)، گروه گوش،

گلو و بینی

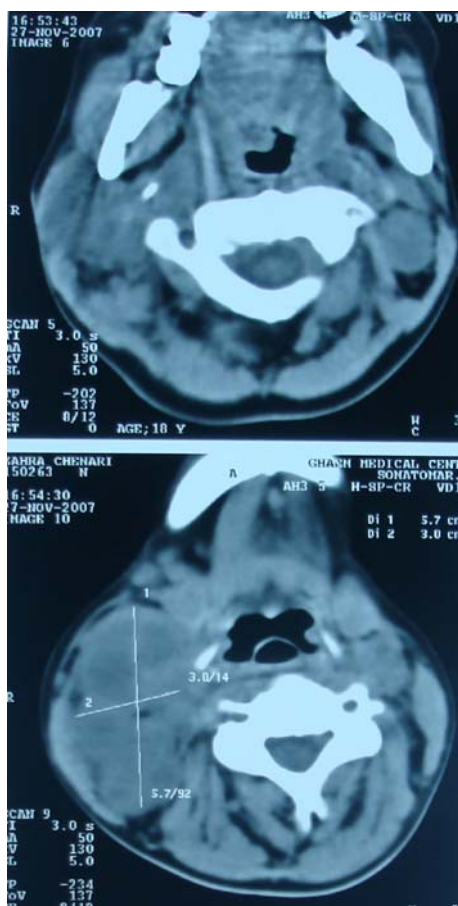
تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۴۱۳۴۹۲

Email: rajatihaghim@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۷/۷/۲۰ تاریخ تایید: ۸۷/۱۰/۲۰

گزارش بیمار

طبیعی گزارش شد. در سونوگرافی آدنوپاتی های متعدد و حجیم در سمت راست گردن و با نکروز مرکزی در برخی از غدد و چند غده ی کوچک لنفاوی مجزا در سمت چپ گزارش شد. غده ی تیروئید نرمال بود. در سی تی اسکن گردن تصویر چند غده ی لنفاوی به ابعاد حداکثر 30×57 میلی متر در سمت راست گردن که در بعضی مناطق دارای نکروز مرکزی بودند، دیده شد. به علاوه بزرگی لوزه سمت راست نیز مشهود بود (تصویر شماره ۲).



تصویر ۲- سی تی اسکن گردن که نشانگر درگیری لوزه کامی و آدنوپاتی گردنی می باشند

در بیوپسی سوزنی، سلول های التهابی تک هسته ای و چند هسته ای که اسمیر و کشت آن از نظر میکروب های هوازی و بی هوازی و اسمیر از نظر باسیل کخ منفی بود، گزارش گردید. میزان اندوراسیون در تست مانو معادل 30 میلی متر بود.

بیمار دختری ۱۹ ساله بود که با شکایت توده ی گردن با رشد پیش رونده از یک ماه قبل به کلینیک گوش و گلو و بینی بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرده بود این بیمار حاصل یک حاملگی دو قلو بود که به علت سختی زایمان دچار آسفیکسی و پس از آن عقب ماندگی ذهنی و تشنج های آتونیک تحت درمان با فنی توئین و فنوباریتال و سدیم والپروات قرار داشت. بیمار شکایتی از تب و تعریق شبانه و کاهش وزن و گرفتگی بینی و اپیستاکسی و یا سرفه و هموپتیزی نداشت. سابقه ی ابتلا به توبرکولوز ریوی در خود بیمار و اطرافیان نیز منفی بود. در معاینه ی بالینی غده ی لنفاوی سفت و دردناک و با چسبندگی به نسوج اطراف به ابعاد حدود 8×6 سانتی متر مولتی لبولر در مناطق ۱-۳ گردن سمت راست قابل لمس بود.

پوست موضع نرمال و بدون اریتم سطحی و یا فیستول بود (تصویر شماره ۱). در سایر معاینات تنها یافته، هیپرتروفی گرید ۲ لوزه سمت راست بود.



تصویر ۱- نمای بالینی بیمار با توده ی گردنی

در بررسی های آزمایشگاهی شمارش سلولی و اسمیر خون محیطی نرمال بود. ولی میزان سدیمانتاسیون در ساعت اول 30 میلی متر گزارش شد. در بررسی سرولوژیک، سطح آنتی بادی ضد توکسوپلازما و CMV نرمال بود. رادیوگرافی ریه نیز

در پاره ای مطالعات شایع ترین تظاهر توبرکولوزیس نازوفارنکس لنف آدنوپاتی متعدد (۹۰٪) و دو طرفه (۶۵٪) در زنجیره ی قدامی گردن قسمت فوقانی و میانی و زنجیره خلفی بوده است. سایر علایم که شیوع کمتری دارند شامل اپیستاکی (۱۳٪)، انسداد بینی (۸٪)، گلودرد (۸٪) و کاهش شنوایی (۴٪) بوده است. بررسی نازوفارنکس در ۳۰ درصد موارد ظاهر نرمال داشته و در ۳۹ درصد حاوی توده بوده است. در ۲۱ درصد سطح ناصاف مخاطی و در ۹ درصد موارد ضایعه با سطح زخمی در نازوفارنگوسکوپی دیده شده است. در این موارد در بررسی آسیب شناسی، گرانولوم با نکروز کازئوز گزارش شده و تنها در ۶۰ درصد رنگ آمیزی از لحاظ آن ها باسیل اسید فاست مثبت بوده است. راه ابتلا نازوفارنکس از طریق راه هوایی، لنفاتیک یا هماتوژن است و تشخیص آن با بیوپسی جهت افتراق از کارسینوم نازوفارنکس می باشد. درمان این بیماران نیز درمان دارویی استاندارد ضد سل می باشد (۸،۶).

تظاهر بالینی در بیمار ما همانند موارد فوق با بزرگی غدد لنفاوی دو طرفه بود. البته در این بیمار درگیری ریوی دیده نشد و علی رغم اسمیر منفی از نظر باسیل اسید فاست، تشخیص از طریق رویت نکروز کازئوز و گرانولوم در آسیب شناسی نازوفارنکس، لوزه و غدد لنفاوی مسجل گردید.

نتیجه گیری

ارتقای سطح بهداشت عمومی جامعه سبب کاهش مبتلایان به سل شده است. این امر گاه تشخیص این بیماری را از ذهن پزشکان دور می سازد. توصیه می شود در موارد درگیری همزمان نازوفارنکس و گردن مخصوصا اگر بیوپسی اولیه جواب قطعی نداده باشد، انجام تست های تشخیصی سل مد نظر قرار گیرد.

با توجه به یافته های فوق تصمیم به پان آندوسکوپی و بیوپسی از گردن گرفته شد. در نازوفارنگوسکوپی نسج آدنویید هیپرتروفیه در دیواره ی خلفی نازوفارنکس مشهود بود که کورت کشیده و برای آسیب شناسی ارسال شد. در تونسیلکتومی، نسج لوزه کاملا شکننده و چسبیده به بستر لوزه بود. سپس به منظور نمونه برداری از غده ی لنفاوی گردن، با انسزیون گردنی غدد لنفاوی چسبیده به هم با چسبندگی به عضله استرنوکلیدوماستوئید مشخص گردید و یکی از آن ها به ابعاد ۵×۶ سانتی متر برداشته و جهت آسیب شناسی ارسال گردید. در آسیب شناسی در هر سه نمونه ارسالی از نازوفارنکس، لوزه ی سمت راست و گردن، آماس مزمن گرانولوماتوز و نکروز کازئوز منطبق بر توبرکولوزیس مشاهده شد. برای بیمار درمان دارویی استاندارد ضد توبرکولوزیس شروع شد که در پیگیری سه ماهه پاسخ قابل توجهی در کاهش حجم توده ی لنفاوی مشاهده گردید.

بحث

قبل از شروع درمان دارویی ضد توبرکولوزیس ۴٪ درصد کل آدنویدها و ۶/۵ درصد از لوزه های برداشته شده از افراد بدون علامت آلوده به باسیل توبرکولوز بودند طبق گزارش Graff در سال ۱۹۳۶، ۸۲ درصد افراد مبتلا به سل ریوی از نظر هیستولوژیک درگیری نازوفارنکس نیز داشتند که در ۳۶ درصد از آن ها، توده قابل مشاهده گزارش شده بود (۶). این آمار بعد از شروع درمان دارویی کاهش یافت. طبق مطالعه Talukder از ۱۰۳ نمونه بیوپسی خارج ریوی از نواحی مختلف بدن با گزارش درگیری سلی فقط ۹۷٪ موارد مربوط به درگیری لوزه ها بوده است (۷). در حال حاضر درگیری ایزوله ی نازوفارنکس و لوزه با باسیل سل در حد گزارش مورد است.

References

- 1- Sarafraz M, Kamalzade Sh. [Mycobacterial infection of the head and neck location and presentation]. The Iranian journal of otorhinolaryngology 17(2): 13-7. (Persian)

- 2- Raviglione MC, O'Brein RJ. Harrison's principle of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008: 1007-27.
- 3- Menon K, Bem C, Goulesbrough D, Strachan DR. A clinical review of 128 cases of head and neck tuberculosis presenting over the 10-year period in Bradford, UK. *J laryngol Otol* 2007; 121(4): 362-8.
- 4- Rohwedder JJ. Upper respiratory tract tuberculosis: Sixteen cases in a general hospital. *Ann Intern Med* 1974; 80: 708-13.
- 5- Shimada A. [A case of primary nasopharyngeal tuberculosis]. *Kekkaku* 2003; 78(12): 751-5. (Japanese)
- 6- Talukder MS. Extrapulmonary tuberculosis in surgical specimen. *Mymensingh Med J* 2002; 11(2): 104-6.
- 7- Somchai S, Kwanchanok Y, Darunee J. Nasopharyngeal tuberculosis: Manifestation between 1991 and 2000. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131(5): 762-4.
- 8- Ash K. Case report: Nasopharyngeal tuberculosis. *Eur J Radiol* 2001; 39: 186-7.