

کوستوکندريت بروسلايی

محمد نساجی زواره* (M.D)

دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بیمارستان فاطمیه، بخش عفونی

چکیده

بیمار آقای ۲۲ ساله‌ای می‌باشد که با شکایت درد شدید ناحیه غضروف دنده‌ای به همراه تب، بی‌اشتهایی، تعریق و کاهش وزن از ۸ روز قبل مراجعه نموده است. سابقه مصرف پنیر محلی را به طور مکرر می‌دهد. در معاینه فیزیکی بیمار بدحال و عرق کرده و درجه حرارت بدن $37/8$ سانتی‌گراد بود. تدرنس شدید در روی سومین غضروف دنده‌ای سمت راست وجود داشت. تست سرولوژی علیه بروسلا $\frac{1}{320}$ مثبت بود. بیمار تحت درمان با رژیم ریفامپین با داکسی‌سیکلین قرار گرفت. علائم عمومی بیمار بعد از ده روز برطرف شد. اما درد ناحیه غضروف دنده‌ای یک ماه طول کشید تا از بین رفت. توصیه می‌شود در مناطقی که تب‌مالت شایع است، بیماران با کوستوکندريت از نظر این بیماری هم بررسی شوند.

واژه‌های کلیدی: کوستوکندريت، بروسلوز، آزمایش آگلوتیناسیون لوله‌ای استاندارد

مقدمه

بروسلوز یک بیماری مشترک بین انسان و حیوان است. در کل دنیا شایع‌ترین راه انتقال این بیماری مصرف مواد لبنی غیرپاستوریزه به‌خصوص پنیر می‌باشد. راه‌های دیگر انتقال، تماس با حیوان آلوده یا ترشحات آن و نیز از طریق هوا می‌باشد [۴].

بروسلوز یک بیماری با تظاهرات متنوع بوده و تمام اعضا و سیستم‌های بدن انسان را می‌تواند درگیر کند. شایع‌ترین علائم این بیماری شامل تب، بی‌اشتهایی، تعریق (به‌خصوص شبانه) و دردهای استخوانی می‌باشند. یافته‌های فیزیکی در تب‌مالت به‌جز تب معمولاً نادر است مثلاً اسبلنومگالی فقط در ۲۰٪ تا ۳۰٪ بیماران یافت می‌شود. درگیری سیستم استخوانی - مفصلی شایع بوده و بین ۲۰٪ تا ۶۵٪ گزارش شده است. طیف این درگیری شامل آرتریت،

اسپوندیلیت، استئومیلیت، تنوسینویت و بورسیت می‌باشد [۵]. آرتریت بروسلايی معمولاً مفاصل ساکروایلیاک، زانو، ران و مچ و ستون فقرات را درگیر می‌کند و مفاصل دیگر را به‌ندرت درگیر می‌کند ولی درگیری مفاصل دنده‌ای گزارش نشده است. در درگیری استخوانی - مفصلی تعداد گلبول‌های سفید خون طبیعی است. ESR طبیعی یا بالا رفته است [۷].

تشخیص قطعی بروسلوز با جدا کردن میکروارگانیزم از خون، مغز استخوان و در موارد درگیری‌های موضعی از بافت مربوطه می‌باشد، ولی با توجه به این که کشت بروسلا مشکل بوده، نیاز به زمان و محیط‌های خاص کشت دارد و از طرف دیگر خطر انتقال به پرسنل آزمایشگاه زیاد است، کم‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ به‌طوری‌که ۳۰٪ تا ۵۰٪ موارد بروسلوز توسط کشت تشخیص داده می‌شود. رایج‌ترین راه تشخیص، اندازه‌گیری آنتی‌بادی‌های اختصاصی در خون بیمار است که

* تلفن: ۰۲۳۱-۳۳۲۸۰۱۷، نمابر: ۰۲۳۱-۳۳۲۸۳۰۲، E-mail: hnassaji@yahoo.com

برطرف شده بود. درمان به مدت دو ماه ادامه یافت؛ در پایان درمان و پیگیری‌های بعدی هم بیمار مشکل خاصی نداشت.

بحث

کوستوکندریت عبارت از التهاب محل اتصال غضروف به دنده. شکایت بیمار معمولاً درد است که می‌تواند شدید باشد. یافته‌های فیزیکی شامل تورم، قرمزی، گرمی و حساسیت ناحیه می‌باشد [۸].

مهم‌ترین بیماری با درگیری مفصل دنده‌ای غضروفی، سندرم Tietze می‌باشد که عبارت است از تورم دردناک ناحیه که بیش‌تر دنده ۲ و ۳ را درگیر می‌کند. بیش‌تر در زیر ۴۰ سال می‌باشد و در هر دو جنس یک‌سان است. از چند هفته تا چند سال طول می‌کشد و معمولاً علائم سیستمیک ندارد [۲]؛ اما کوستوکندریت به علل دیگر معمولاً در افراد بالای ۴۰ سال دیده می‌شود و بیش‌تر غضروف‌های دنده ۳، ۴ و ۵ را درگیر می‌کند و در خانم‌ها شایع‌تر می‌باشد [۸].

عوامل عفونی از علل نادر کوستوکندریت می‌باشند. یکی از این عوامل، قارچ کاندیدا است که از طریق جریان خون یا در اثر باز کردن جراحی استرونوم می‌تواند مفصل دنده‌ای غضروفی را درگیر کند [۶]. در ضمن گزارش یک مورد از کوستوکندریت به علت اشرشیاکلی در یک خانم دیابتی به دنبال عفونت ادراری وجود دارد [۱]. یک مورد کوستوکندریت سالمونلایی در یک مرد ۳۷ ساله بدون اختلال هموگلوبلین با بیماری سیستمیک نیز گزارش شده است [۳].

بیمار ما سابقه اپیدمیولوژیک مثبت (مصرف مکرر پنیر محلی)، علائم عمومی منطبق با تب‌مالت، تب + بی‌اشتهایی + تعریق شبانه شدید)، سابقه خانوادگی مثبت و علائم و یافته‌های کوستوکندریت و سرولوژی مثبت داشت و به درمان بروسولوز هم پاسخ داد. این مورد نشان می‌دهد که بروسولوز می‌تواند به‌طور نادر محل اتصال غضروف دنده‌ای را درگیر کند. پیش‌نهاد می‌شود در مناطق شایع چنان‌چه بیماری با علائم کوستوکندریت مراجعه نمود از نظر بروسولوز هم بررسی گردد.

معمولاً از هفته دوم به بعد مثبت می‌شوند و روش معمول آن تست آگلوتیناسیون لوله‌ای (S.T.A) می‌باشد، که تیترا بالای $\frac{1}{160}$ ارزش تشخیص دارد. امروزه از روش الیزا هم استفاده می‌شود که هنوز کاربرد عمومی پیدا نکرده است [۵].

بیماری که در این‌جا گزارش می‌شود یک کوستوکندریت بروسلائی است که احتمالاً اولین مورد آن می‌باشد و در بررسی‌های انجام شده موردی یافت نشد.

گزارش مورد

یک مرد ۲۲ ساله با شکایت درد شدید در ناحیه غضروف دنده‌ای از ۸ روز قبل به‌طور سرپایی مراجعه نمود. شکایات بیمار شامل تب خفیف، بی‌اشتهایی، بی‌حالی و تعریق به‌خصوص در شب‌ها و کاهش وزن بود. بیمار کارگر کارخانه بافندگی بود و سابقه مشکل خاصی را نداشت، اما سابقه مصرف مکرر پنیر محلی را می‌داد. در همان محدوده زمانی دو خواهر او دچار تب و دردهای اسکلتی شده بودند که سرولوژی تب مالت در آن‌ها مثبت بود. یک ماه بعد هم برادر وی دچار ارکیت بروسلائی شد.

در معاینه فیزیکی بیمار بدحال و عرق کرده بود. درجه حرارت بیمار ۳۷/۸ سانتی‌گراد بود. در محل سومین غضروف دنده‌ای در سمت راست تورم مختصر همراه گرمی و حساسیت شدید وجود داشت. بیمار یک نوبت مراجعه به پزشک داشت و تحت درمان با مسکن و آنتی‌بیوتیک قرار گرفته بود که بهبودی نداشت. با توجه به یافته‌های بالینی به‌خصوص تب و تعریق شبانه شدید و سابقه اپیدمیولوژیک و خانوادگی تشخیص بروسولوز جهت بیمار مطرح شد و آزمایشات مربوطه درخواست شد. در آزمایشات انجام شده گلبول‌های سفید بیمار ۶۰۰۰، CRP مثبت، ESR=۱۲ و STA بیمار $\frac{1}{320}$ بود. بیمار تحت درمان با ریفامپین به همراه داکسی‌سیکلین قرار گرفت. حدود ده روز بعد از شروع درمان بیمار احساس بهبودی داشت. تب، بی‌اشتهایی و تعریق برطرف شده بود. درد ناحیه کم‌تر شده بود، ولی هنوز حساسیت وجود داشت. حدود یک ماه بعد از شروع درمان درد و حساسیت غضروف دنده‌ای

منابع

- [5] Edward J. Brucella species. In: Mandell GL, Bennett JE, Colin R. (Editors). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious disease. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000, p.2386-90.
- [6] John E. Candida species. In: Mandell GL, Bennett JE, Colin R. (Editors). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious disease. 5th ed. Philadelphia: Churchill livingstone, 2000, 2664-65.
- [7] Monir Madkour M, Dennis K. Brucellosis. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (Editors). Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001, p.986-989.
- [8] Pinals RS. Traumatic arthritis and allied conditions In: Koopman WJ. (Editor). Arthritis and allied conditions: A textbook of rheumatology. 13th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997, p.1766-67.
- [1] Alvarez F, Chocarro A, Garcia I, De Castro M, Gonzalez A. Primary costochondritis due to Escherichia coli. Scand J Infect Dis, 2000; 32(4):430-1.
- [2] Bruce G. Relapsing polychondritis and other arthritides. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (Editors). Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001, p.2013.
- [3] Caruana V, Swayne LC. Gallium detection of Salmonella costochondritis. J Nucl Med, 1988 Dec; 29(12):2004-7.
- [4] Eduardo G, Carlo C. Brucella. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR. Infectious Disease. 2nd ed. Philadelphia: WB. Sanders, 1998, p.1837-38.