

معرفی یک بیمار مبتلا به اרקیت بروسلائی تحت درمان بد

جواد خدادادی*

چکیده

زمینه و هدف: بروسلوز یکی از بیماری‌های مشترک بین انسان و دام است که تظاهرات بالینی بسیار متنوع و گمراه‌کننده دارد. از جمله این تظاهرات درگیری سیستم ژنیتالیا و ادراری است. اרקیت بروسلوزی از عوارض نسبتاً شایع بیماری بوده که شناخت آن می‌تواند به پزشکان در تشخیص و درمان این بیماری کمک کند.

معرفی مورد: در این مقاله به معرفی یک مورد بیمار مبتلا به اרקیت بروسلوزی که با شکایت ضعف و بی‌حالی، تب و لرز، درد و تورم بیضه‌ها به صورت حاد مراجعه کرده بود، پرداخته شده است.

کلیدواژه‌ها: بروسلوز؛ اרקیت؛ قم، ایران.

استادیار بیماری‌های عفونی، دانشگاه
علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

جواد خدادادی، دانشگاه علوم
پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

J_khodadady@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۵

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Khodadadi J. The presentation of a bad treated patient with Brucellaorchitis.
Qom Univ Med Sci J 2014;8(3):78-80. [Full Text in Persian]

مقدمه

بروسلوز یک بیماری شایع با اشکال متنوع بالینی است و ابتلای به این بیماری بسیاری از ارگان‌ها را درگیر می‌کند. تظاهرات بالینی بروسلوز بسیار متنوع و گاهی همراه‌کننده است و آشنایی با این تظاهرات می‌تواند پزشکان و متخصصین را در زمینه تشخیص و درمان یاری کند. تاکنون از این بیماری تظاهرات مختلف اسکلتی - عضلانی، گوارشی، پوستی، قلبی، عصبی و تناسلی و ادراری گزارش شده است. از جمله این تظاهرات درگیری سیستم ژنیتالیا و ادراری است که نسبتاً شایع می‌باشد (۱). در این مقاله به معرفی بیماری با تظاهرات اרקیت بروسلائی که درمان اشتباهی دریافت کرده بود، پرداخته شده است.

شرح مورد

بیمار آقای ۲۴ ساله‌ای است، اهل و ساکن یکی از روستای‌های اطراف قم که از ۷ روز قبل از بستری دچار درد و تورم بیضه‌ها شده و این درد به ناحیه اینگوینال راست انتشار یافته بود. همزمان با شروع درد، بیمار دچار ضعف، بی‌حالی، بی‌اشتهایی و حالت تهوع شده بود، همچنین بیمار عصرها تب و لرز داشته که همراه با تعریق، سردرد و سرگیجه بوده است، بیمار همزمان با درد و تورم بیضه‌ها دچار تکرر ادرار نیز بوده، اما شکایتی از سوزش ادرار نداشته است.

با توجه به علائم فوق، بیمار به متخصص اورولوژی مراجعه و بستری می‌گردد. متعاقباً برای بیمار آزمایش‌های زیر و سونوگرافی درخواست می‌شود که نتایج به شرح زیر می‌باشد:

CBC: wbc 6000 (pmn: 45%, lymph: 53%), Hg: 14/3, plt 221000
ALT: 90, AST: 126, ESR: 54, CRP: 2+, ALPH: 258, Cr: 1, T.BIL: 1
U/A: (WBC 3-4, RBC 0-1), U/C: Negative

در سونوگرافی شکم، کبد در بالاترین حد نرمال و سائز طحال، نرمال گزارش شد. در سونوگرافی، سائز بیضه‌ها و اپیدیدیم دو طرف، بزرگتر از حد طبیعی بود و دیامتر شبکه پامپنینفورم در هر دو طرف افزایش داشت که یافته‌های فوق مطرح‌کننده اپیدیدیموارکیت بود. پس از بررسی‌های فوق، متخصص اورولوژی با تشخیص اپیدیدیموارکیت باکتریال، بیمار را تحت درمان سفازولین وریدی قرار داد که با توجه به عدم پاسخ به

درمان متعاقباً تست راییت درخواست گردید و با توجه به تیتراً $\frac{1}{640}$ ، به سرویس عفونی جهت درمان اרקیت بروسلائی منتقل شد. پس از بستری در بخش عفونی، بیمار تحت درمان با آمینوگلیکوزید + داکسی‌سایکلین + ریفامپین قرار گرفت که پس از حدود یک‌هفته از شروع درمان، علائم بیمار بهبودی چشمگیری داشت و در ادامه، با درمان خوراکی مرخص گردید که در نهایت پس از پیگیری سه ماهه، بیمار بهبودی کامل یافت. در شرح حال دقیق‌تر که در بخش عفونی از بیمار گرفته شد سابقه مصرف لبنیات محلی نیز ذکر شد.

بحث

بروسلوز یک بیمار هزارچهره می‌باشد که می‌تواند بسیاری از ارگان‌ها را درگیر کند. علائم آن بسیار پیچیده بوده و به علت تظاهرات بالینی، بسیار متنوع و گاهی همراه‌کننده است. با توجه به شایع بودن این بیماری در ایران و سایر کشورهای منطقه، شناخت اشکال مختلف این بیماری ضروری است. از جمله تظاهرات بروسلوز درگیری سیستم ژنیتالیا می‌باشد (۱)، که بیمار مبتلا جهت تشخیص و درمان به پزشکان مختلفی از جمله متخصص اورولوژی، زنان و زایمان، داخلی و پزشک عمومی مراجعه می‌کند و گاهی نیز تحت درمان‌های اشتباه قرار می‌گیرد. علائم بالینی بروسلوز بسیار متنوع بوده و یکی از تظاهرات آن اרקیت می‌باشد که شیوع آن در مطالعات مختلف حدود ۲۰٪ گزارش شده است (۲). در مورد بیماران بروسلوزی که با اרקیت مراجعه کرده‌اند، مطالعات مختلفی نیز صورت گرفته است از جمله در مطالعه‌ای که توسط Celen و همکاران (۳) به مدت ۸ سال در ترکیه انجام شد، ۲۷ بیمار اרקیت بروسلوزی تحت بررسی قرار گرفتند که همگی آنها تیتراً بیشتر از $\frac{1}{160}$ داشته و ۵۲٪ آنها نیز اרקیت یک‌طرفه داشتند که البته در بیمار مورد مطالعه در این case اרקیت دوطرفه بود. در این مطالعه اکثر بیماران (۸۶٪) فاقد لوکوسیتوز بودند. بیمار مطالعه حاضر نیز فاقد لوکوسیتوز بود، درحالی‌که در موارد اרקیت غیربروسلوزی معمولاً بیماران لوکوسیتوز دارند و این نکته نیز تا حدی می‌تواند در تشخیص، کمک‌کننده باشد.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط Stamatiou در یونان انجام شد ۱۰ بیمار مرد با درگیری سیستم ژنیتالیا و ادراری بررسی شدند که یک مورد دچار نکروز بیضه‌ها شده و متعاقباً تحت اریکتومی قرار گرفت که این مورد، اهمیت تشخیص به موقع این بیماران را نشان می‌دهد (۴). همچنین در مطالعه Memish و همکاران در عربستان سعودی، ۲۶ بیمار اרקیت بروسلوزی تحت بررسی قرار گرفتند که در ۷۷٪ آنها اרקیت جزء تظاهرات حاد بروسلوز بود، و ۱۶٪ بیماران نیز از سوزش ادرار شکایت داشتند (۵). در بیمار مطالعه حاضر نیز اרקیت بروسلوزی به صورت حاد ظاهر شده بود، اما بیمار سوزش ادرار نداشت و تنها تکرر ادراری را ذکر کرد. در مطالعه‌ای تحت عنوان "تظاهرات اپیدیمیولوژیک بروسلوز در

مناطق مرکزی ایران" که توسط زینلیان و همکاران در شاهرود (سالهای ۱۳۹۰-۱۳۸۵) انجام شد شیر غیرپاستوریزه بیشترین علت آلودگی عنوان شد و اکثر موارد نیز در مناطق روستایی رخ داده بود (۶). در مطالعه حاضر نیز بیمار سابقه مصرف لبنیات محلی را ذکر کرد و ساکن منطقه روستایی بود. همچنین در بیمار مورد مطالعه، آنزیم‌های کبدی بالا گزارش شد که این مورد در این گروه از بیماران شایع نمی‌باشد. به نظر می‌رسد با توجه به گستردگی تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی بروسلوز، هر بیماری که با اרקیت مراجعه کند و سابقه مصرف لبنیات محلی را ذکر کند، به خصوص در موارد فاقد علائم تحریک ادراری، می‌بایست بیماری بروسلوز لحاظ شود.

References:

1. Zamani A, Kooraki S, Mohazab RA, Zamani N, Matloob R, Hayatbahsh MR, et al. Epidemiological and clinical features of Brucella arthritis in 24 children. *Ann Saudi Med* 2011;31(3):270-3.
2. Navarro-Martinez A, Solera J, Corredoira J, et al. Epididymioorchitis due to Brucella melitensis: A retrospective study of 59 patients. *Clin Infect Dis* 2001 Dec 15;33(12):2017-22.
3. Celen MK, Ulug M, Ayaz C, geyik MF, Hosoglu S. Brucellar eoididymo-orchitis in southeastern part of Turkeu: An 8 year experience. *Braz J Infect Dis* 2010;14(1):109-15.
4. Stamatiou K, Polyzois K, Dahanis S, Lambou T, Skolarikos A. Brucella melitensis: A rarely suspected cause of infections of genitalia and the lower urinary tract. *Braz J Infect Dis* 2009 Apr; 13(2):86-9.
5. Memish ZA, Venkatesh S. Brucellar epididymo-orchitis in Saudi Arabia: A retrospective study of 26 cases and review of the Literature. *BJU Int* 2001 Jul; 88(1):72-6.
6. Zeinalian Dastjerdi M, Fadaei Nobari R, Ramazanpour J. Epidemiological features of human brucellosis in central Iran, 2006-2011. *Public Health* 2012 Dec; 126(12):1058-62.