گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره پانزدهم شماره ۶۲ بهمن و اسفند سال ۱۳۸۶ (۸۰-۷۷)

گزارش یک مورد فلج عصب صورتی بهمراه فلج یک طرفه بدن ناشی ازبیماری تب مالت

محمدجواد هادیانفرد (M.D.) *+ علیرضا اشرف (M.D.)**

چکیده

تظاهرات درگیری دستگاه عصبی (neurobrucellosis) از آن جمله دستگاه عصبی مرکزی در تب- مالت بسیار متنوع می‌باشد و درکمتر از پنج درصد مبتلایان رخ می‌دهد. دراین بین، منتژیت حاد یا مزمن شایع‌ترین عارضه محسوب می‌شود و درگیری اعصاب مغزی به ندرت ایجاد می‌گردد. دراینجا موردی ازتب مالت با درگیری عصب هفتم مغزی (facial palsy) و فلج یک نیمه بدن (hemiplegia) معرفی می‌گردد. با توجه به مورد فوق توصیه می‌شود در مناطق اندمیک، بیمارانی که با علائم غیرقابل توجیه گرفتاری دستگاه عصبی مراجعه می‌کنند، از نظر عفونت تب مالت نیز مورد بررسی قرار داده شوند. چرا که در صورت تشخیص به موقع، جواب به درمان قابل قبول خواهد بود.

واژه های کلیدی : فلج یک نیمه بدن، عصب صورتی، تب مالت

مقدمه

تب مالت از جمله بیماری‌های عفونی است که در مناطق اندمیک شایع می‌باشد و با تظاهرات بسیار متعددی ممکن است بروز نماید. از شکایات شایع آن می‌توان به تب و لرز، تعریق فراوان، سردرد، درد عمومی بدن، ضعف، بی‌اشتهایی، کمردرد، کاهش وزن و سرفه خشک اشاره نمود. در معاینه بیمار اغلب یافته‌ای اختصاصی دیده نمی‌شود. منتها در تعدادی از بیماران که بیماری شدیدتری دارند آرتریت، بزرگی غدد لنفاوی، بزرگی طحال، کبد وضایعات پوستی و حتی تامپوناد قلبی می‌تواند دیده شود(۲،۱). درگیری دستگاه عصبی که تحت عنوان "نوروبروسلوز" شناخته می‌شود در کمتر از پنج در صد بیماران مبتلا به تب مالت دیده شده است(۲). در این میان منتژیت شایع‌ترین عارضه عصبی درگیری فوق محسوب می‌شود(۳). اثر مستقیم باکتری یا مواد تولیدی توسط ارگانیزم بر منتژ یا مغز به عنوان علت درگیری در نظر گرفته شده است(۳). از نشانه‌های دیگر درگیری دستگاه عصبی مرکزی در تب مالت می‌توان به انسفالیت، آبسه مغزی، آبسه اپیدورال، درگیری عروق مغزی، فلج اعصاب مغزی و گرانولوم مغزی اشاره نمود(۲تا۴). درگیری اعصاب مغزی به خصوص عصب صورتی و وقوع همزمان ضعف یک نیمه بدن در نوروبروسلوز نادر و در حد گزارش می‌باشد (۲،۴تا۱۰) که بیمار ارائه شده در این مقاله از این دسته است.

* متخصص پزشکی فیزیکی و توانبخشی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز
** متخصص پزشکی فیزیکی و توانبخشی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز
+ ✉ **مولف مسئول :** شیراز خیابان زند- بیمارستان شهید فقیهی- دفتر بخش توانبخشی

تاریخ دریافت : ۱۳۸۵/۱۰/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۸۵/۱۱/۲۴ تاریخ تصویب: ۱۳۸۶/۹/۲۸

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۲۵ ساله، خانه دار، اهل و ساکن یکی از روستاهای مرودشت از شهرستان‌های استان فارس بود. وی با شکایت ضعف و مورمور شدن نیمه چپ بدن، ضعف ماهیچه‌های سمت راست صورت، دو بینی، احساس خستگی و کوفتگی مفرط، درد عمومی بدن، سردرد و تب‌که از دو ماه قبل از مراجعه شروع شده و به تدریج افزایش یافته بود، به‌کلینیک توانبخشی بیمارستان شهید چمران شیراز مراجعه کرد. در تاریخچه بیمار هیچ‌گونه سابقه بیماری قبلی یا مصرف دارو وجود نداشت.

درمعاینه فیزیکی، بیمار تب ملایمی(^{o}۳۷/۵) داشت. با اکراه قدم برمی داشت و راه رفتن‌کند و غیرمتقارن بود و درسمت چپ باچرخش پا(circumduction) وکشیدن پا روی زمین (drag) همراه بود. بیمار قادر به ایستادن روی پای چپ به تنهایی نبود. قدرت ماهیچه‌های سمت چپ بدن بیمار در حد ۳/۵ بود و فلج صورت در سمت راست (از نوع مرکزی) مشهود بود. رفلکس‌های عمقی وتری در سمت راست۲/۲ و در سمت چپ ۳/۲ بود. بازتاب کف پایی (plantar reflex) در سمت چپ رو به بالا بود. هیچ‌گونه علامتی از بزرگی غدد لنفاوی، کبد و طحال مشاهده نشد.

یافته‌های‌آزمایشگاهی اولیه شامل‌تست‌های شمارش کامل خون (گلبول سفید برابر با ۵۳۰۰ که شصت درصد آن نوتروفیل، سی و چهار درصد لنفوسیت، چهاردرصد مونوسیت و دو درصد آن را ائوزینوفیل تشکیل می‌داد) تجزیه ادرار، الکترولیت‌ها، تست کامل عملکرد کبدی، عکس قفسه سینه، اوره و کراتینین بررسی شدند که همگی درحدطبیعی بودند. درآزمایش "رایت استاندارد" تیتر ۱/۱۶۰ گزارش گردید و رسوب خون افزایش نشان داد (ESR:23). سونوگرافی کل شکم و لگن و ام-آر-آی از سر و گردن انجام گردید که همگی طبیعی گزارش شدند. پس از بستری، بیمار دچار درد و التهاب مفاصل متعدد به صورت گردشی گردید. در طی روند بستری در بیمارستان آزمایش پوستی سل انجام گردید که یافته مثبتی در پی‌نداشت و تکرار آزمایش سرولوژی رایت شامل تیتر مثبت ۱/۱۶۰ و 2ME با تیتر ۱/۱۶۰ بود. رسوب خونی افزایش داشت (۴۵ در یک ساعت و ۸۲ در دو ساعت) و C-Reactive Protein (CRP) برابر $^{+}$۴ بود. بیمار اجازه کشیدن مایع نخاعی و بررسی آن را نداد. با توجه به یافته‌های فوق و مشاوره با متخصصین داخلی اعصاب و عفونی با تشخیص قریب به یقین نوروبروسلوزیس، بیمار تحت درمان دارویی با ریفامپیسین ۶۰۰ میلی گرم روزانه، داکسی سایکلین ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه و استرپتومایسین یک گرم روزانه قرار گرفت. بیمار پنج روز بعد از شروع درمان دارویی با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نمود و ادامه درمان دارویی، کاردرمانی و فیزیوتراپی نسخه شد. در زمان ترخیص تب بیمار قطع شده بود و حال عمومی وی بهبودی محسوسی را نشان می‌داد. در معاینه درمانگاهی بیمار ده روز بعد از ترک بیمارستان بیمار به صورت مستقل راه می‌رفت و فلج اندام‌ها و صورت بهبودی واضحی را نشان می‌داد. بیمار هر ده روز یک‌بار در درمانگاه معاینه شد وهمواره علائم بهبودی بیشتری را نشان می‌داد. در نهایت دو ماه بعد بیمار با حال عمومی کاملاً خوب، بدون تب، سر درد، بی‌حسی و گزگز شدن اندام‌ها و در حالی که به صورت کاملاً طبیعی و مستقل راه می‌رفت و اثری از ضعف و ناتوانی در اندام‌ها و صورت نداشت، دیده شد. دراین زمان‌آزمایشات رسوب خون و CRP منفی بودند و تیتر تب مالت و 2ME نیز کاهش قابل ملاحظه ای نشان دادند (۱/۴۰).

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]
www.SID.ir

بحث

تظاهرات درگیری عصبی درتب مالت بسیارمتفاوت است. منتژیت حاد و مزمن به عنوان شایع‌ترین نوع درگیری شناخته شده‌اند(۳). در مقالات بسیار اندکی به درگیری اعصاب مغزی و فلج یک‌طرفه بدنی در تب مالت اشاره شده است. بودور و همکاران در یک مقاله با معرفی ۱۳ مورد نوروبروسلوز به تظاهرات مختلف و نادر آن پرداخته است که سه مورد درگیری اعصاب مغزی داشته اند که در یکی از آنها عصب هفتم درگیر بوده است(۶). آکدنیز و همکاران در مقاله ای به معرفی و بحث ۵ بیمار با نوروبروسلوز و تظاهرات نادر آن پرداخته‌اند که شامل همی پارزی و درگیری اعصاب مغزی ششم و هشتم در سه مورد بوده است(۷). تسولیا و همکاران نیز در مقاله‌ای به بررسی تظاهرات، عوارض و درمان این بیماری در بچه‌ها پرداخته است و در آن اولین مورد درگیری عصب هفتم در این طیف سنی را گزارش می‌نماید و همچنین بر نادر بودن این درگیری در بزرگسالان نیز تاکید می‌کند(۱۰).

البته تشخیص‌های افتراقی دیگری نیز باید مد نظر قرار گیرد که مهم‌ترین آن سل و درگیری سیستم عصبی به علت آن می‌باشد که در بیمار مورد بحث عکس قفسه سینه و تست پوستی سل منفی بودند(۷).

به طور معمول، درمان چند دارویی مثل ریفامپیسین و داکسی سیکلین به همراه کوتریماکسازول یا استروپتومایسین به مدت حداقل ۸ هفته، درمان اصلی نوروبروسلوز محسوب می‌شود که در اکثر موارد نتایج قابل قبول گزارش شده است(۹،۸). البته مشاور محترم عفونی به علت یک تاریخچه مشکوک حساسیت قبلی به کوتریماکسازول این دارو را تجویز ننمودند.

در نهایت در این بیمار نیز فلج پیشرونده نیمه چپ بدن همراه با فلج سمت راست صورت و با بررسی‌های انجام شده باتشخیص احتمالی نوروبروسلوز درمان شد و با آنتی‌بیوتیک و توانبخشی خوشبختانه در عرض زمان کوتاهی بهبودی کامل داشت. در گزارشات دیگر نیز همانند بیمار ما جواب سریع و قابل قبول به درمان آنتی‌بیوتیکی عنوان شده است(۹،۸). با توجه به این‌که تب، به خصوص در اثر عفونت تنفسی و ادراری دربیمار با ضایعه‌ای مغزی شایع است و بدحالی ودیگر علائم غیراختصاصی ممکن است گاهی با خود ضایعات مغزی از جمله سکته مغزی توجیه گردد، وقتی که بررسی‌ها در رابطه با این عفونت‌ها منفی باشد و بررسی‌های مغزی از جمله سی‌تی اسکن و ام-آر-آی نیز منفی گردند، باید در فهرست تشخیص‌های افتراقی به تب مالت نیز توجه داشت.

با توجه به آندمیک بودن بیماری تب مالت در ایران در صورت مشاهده بیمارانی که در سنین جوانی و با علائمی شبیه به سکته مغزی مراجعه می‌کنند، نوروبروسلوز را به عنوان یک تشخیص افتراقی باید در نظر داشت. چرا که در صورت تشخیص زودرس و شروع درمان، پیش آگهی قابل قبول خواهد بود و در غیر این صورت ممکن است با پیشرفت بیماری و عوارض حاصل از آن روبرو شویم.

فهرست منابع

2. Young EJ. Brucella species. In: Mandell G.L, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed.

1. Alian Sh, Godazandeh Gh. A. Cardiac tamponade in brucella infection. ***J Mazand Uni Med Sci*** 2005; 48(15): 20-123.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

Churchill Livingstone 2005. P: 2669-2674.

3. Mclean DR, Russell N, Khan MY. Neurobrucellosis: clinical and therapeutic features. ***Clin Infect Dis*** 1992; 15: 582-590.
4. Jubelt B. Bacterial infections. In: Rowland L.P, editor. Merritt's neurology. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P: 139-166.
5. Yilmaz M, Ozaras R, Mert A, Ozturk R, Tabak F. Abducent nerve palsy during treatment of brucellosis. ***Clin Neurol Neurosur*** 2003; 105(3): 218-220.
6. Bodur H, Erbay A, Akinci E, Colpan A, Cevik MA, Balaban N. Neurobrucellosis in an endemic area of brucellosis. ***Scand J Infect Dis*** 2003; 35(2): 94-97.
7. Akdeniz H, Irmak H, Anlar O, Demiroz AP. Central nervous system brucellosis: Presentation, diagnosis and treatment. ***J Infection*** 1998; 36(3): 297-301.
8. Karakurum Goksel B, Yerdelen D, Karatas M, Pelit A, Demiroglu YZ, Kizilkilic O, et al. Abducens nerve palsy and optic neuritis as initial manifestation in brucellosis. ***Scand J Infect Dis*** 2006; 38(8): 721-725.
9. Bucher A, Gaustad P, Pape E. Chronic neurobrucellosis due to brucella melitensis. ***Scand J Infect Dis*** 1990; 22: 223-226.
10. Tsolia M, Drakonaki S, Messaritaki A, Farmakakis Th, Kostaki M, Tsapra H, et al. Clinical features, complications and treatment outcome of childhood Brucellosis in central Greece. ***J Infection*** 2002; 44: 257-262.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir