مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۱؛۴(۴): ۷۲۹-۷۳۲

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter2012;4(4): 729-732

گزارش مورد

گزارش یک مورد بیمار HIV مثبت با تظاهر واکوئولار میلوپاتی (Vacuolar myelopathy)

مجید غفوری[۱*]، سیاوش درخشان[۲]، معصومه رحیمی[۳]

[۱]استادیار، بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۲]استادیار، بیماریهای مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۳]کارشناس پرستاری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام رضا (ع)، بجنورد، ایران
***نویسنده مسئول:** بجنورد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
پست الکترونیک: Majid.Ghafoori@NKUMS.ac.ir

وصول: ۱۳۹۱/۶/۱۸ پذیرش:۱۳۹۱/۹/۷

چکیده

مقدمه: *بیماران HIV مثبت معمولا بعد از آلودگی و طی دوره اولیه عفونت (سندرم رتروویرال حاد) وارد مرحله نهفتگی می شوند. گاها این بیماران حتی از آلودگی خود بی خبرند و تظاهر اولیه این آلودگی غالبا با یک عفونت ناشی از نقص سیستم ایمنی نمایان می شود. یکی از عوارض ناشی از آلودگی HIV عوارض عصبی و بیماریهای طناب نخاعی و اعصاب جمجمه ای است. واکوئولار میلوپاتی یک عارضه عصبی است که تنها در ۲۰٪ بیماران مبتلا به ایدز دیده می شود.*

گزارش مورد: *این گزارش یک جوان ۲۰ ساله مبتلا به HIV بدون ریسک فاکتور قطعی انتقال HIV است که تظاهر اولیه بیماری به شکل کوادری پارزی ناشی از واکولار میلوپاتی است.هدف از این گزارش خاطر نشان کردن اهمیت وجود ناقلین بی علامت HIV ، اهمیت انتقال و برخورد با تظاهرات نامعمول HIV به جامعه پزشکی و مسئولین بهداشتی می باشد .*

واژه های کلیدی:

میلوپاتی: بیماری طناب نخاعی که یکی از عوارض ایدز است.
اچ آی وی: ویروس نقص ایمنی انسانی
ایدز AIDS: سندرم نقص ایمنی اکتسابی

مقدمه

ویروسHIV از گروه رتروویروس ها و زیر خانواده لنتی ویروسها ست که به سلولهای سیستم ایمنی بدن حمله می کند و نهایتاً ایجاد سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) می کند [۱]. ویروس HIV را لوک مونتانیه فرانسوی و رابرت گالوی آمریکایی کشف کردند [۲]. عوارض عصبی در نهایت در اکثر بیماران مبتلا به HIV بروز می کند که از اختلالات خفیف شناختی تا دمانس شدید و عفونت های خطرناک CNS متغیرهستند [۲].

میلوپاتی به دو شکل میلوپاتی تحت حاد پیشرونده واکوئولار و میلوپاتی سایتومگالوویروس در بیماران HIV مثبت بروز می کند [۱]. شایعترین علت اختلال عملکرد طناب نخاعی در بیماران ایدزی درمان نشده، میلوپاتی واکوئولار است [۵] تظاهر اولیه بیماری به شکل عوارض نسبتا کمیاب عصبی در یک بیمار برای بار اول معمولا نادر بوده و گزارش آن قابل ملاحظه است.

آشنایی هر چه بیشتر با ویروس HIV، سندرم ایدز، راههای انتقال عفونت، علائم بالینی و عوارض این بیماری در ارگانهای مختلف یکی از نیاز های ضروری پزشکان و بویژه متخصصین عفونی است. لذا این گزارش توصیف یک تظاهر عصبی ناشی از ویروس HIV است که به عنوان اولین تظاهر بالینی در یک مرد جوان بروز کرد و راهکاری جهت آگاهی از آلودگی فرد به ویروس HIV شد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

گزارش مورد

بیمار آقای جوان ۲۰ ساله اهل و ساکن روستا، متاهل (۸ ماه قبل ازدواج کرده) که با شکایت ضعف، بی حالی و کرختی اندام تحتانی از ۲ ماه قبل از تشخیص به متخصص اورتوپدی مراجعه می کند. متخصص اورتوپدی بعد از معاینه، انجام MRI و بررسی کوادری پارزی بیمار را به نورولوژیست ارجاع می دهد. بیمار یک روز بستری و سپس با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می کند. دو هفته بعد مجدداً با بدتر شدن حال عمومی و بروز یکسری ضایعات جلدی به نورولوژیست مراجعه می کند. نورولوژیست بعد از رویت ضایعات جلدی، بیمار را به متخصص عفونی ارجاع می دهد. در معاینه اولیه شکایت اصلی بیمار، ضایعات پوستی در قسمت سینه و پشت، ضعف اندام تحتانی، اختلال راه رفتن و عدم توانایی بلع بود.

در معاینه فیزیکی، ضایعات ماکولوپاپولر وسیع در سطح پوست، کاندیدیازیس شدید در ناحیه اوروفارنژیال، ضایعات وزیکولوپاپولر دردناک در درماتوم سینه ای و پشتی (زونا) رال مختصر در قواعد ریه ها و کوادری پارزی پیشرونده در اندام تحتانی بود. در معاینه عصبی تتراپارزی اسپاستیک پیشرفته داشت. اختلال حس، درد و حساسیت نداشت اما حس عمقی مختل بود. سطح حسی واضحی نداشت. علائم حیاتی، فشار خون: ۱۱۰/۷۵، تعداد تنفس: ۱۶ ، تعداد ضربان قلب: ۷۸ و درجه حرارت بدن ۳۷/۵ درجه سانتی گراد بود.

در سابقه پزشکی هیچ سابقه بیماری خاصی نداشت. سابقه اختلال ادراری به شکل تکرر ادرار و تعجیل در ادرار داشت. سابقه مسافرت داخلی و خارجی نداشت. سابقه تماس جنسی با غیر از همسر را نمی داد. سابقه عمل جراحی، تزریق خون، اعتیاد تزریقی و بیماری مشابه را در خانواده نداشت .داروی خاصی هم مصرف نمی کرد. بیمار با احتمال تشخیص عفونت HIV و عوارض حاصل از نقص ایمنی بستری و تحت بررسی قرار گرفت.

آزمایشات درخواستی: بیمار با تشخیص مرحله بالینی ۳ از تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی [۲] تحت درمان با لامیووین، زیدووین و افاویرنز به عنوان درمان ضد رتروویروسی و فلوکونازول و آسیکلوویر و کوتریموکسازول قرار گرفت [۴]. ضمناً رژیم غنی از متیونین هم برای بیمار در نظر گرفته شد [۱].

در پیگیری خانواده بیمار همسر بیمار که خانم جوان ۱۵ ساله ای بود هم به عنوان HIV مثبت شناخته شد در ادامه بررسی ها western blot همسر بیمار هم مثبت شد. مراتب جهت بررسی بیشتر اپیدمیولوژیکی به معاونت بهداشتی دانشگاه اطلاع داده شد اما متاسفانه بیمار با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کرد.

CBC: WBC: 5600
RBC :4/250/000
Hb :11/1
PLT :649000
ESR: 55
RPR :Neg
HbsAg:Neg
HcvAb :Neg
HTLV1-2:Neg
B12 level: Normal

FBS: 95
Lipid profile: normal
AST:22
ALT:21

ANA: Neg
CRP: Neg
RF: Neg

Cmv IgG & IgM :Neg
Wrigh:Neg
2ME: Neg
Coombs wright:Neg
U/A: Normal

HIV1- Elisa + recheck +
Western blot : +

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

بحث

میلوپاتی واکوئولار مرتبط با HIV شایعترین علت اختلال عملکرد طناب نخاعی در بیماران ایدزی درمان نشده می باشد [۵]. این میلوپاتی در مراحل دیررس عفونت HIV ایجاد می شود [۶]. معمولاً همراه با دمانس ایدز و پلی نوروپاتی حسی دیستال می باشد [۷] ضعف پاها، اسپاسیتی و اختلال حس عمقی باعث اختلال حرکتی این افراد می شود. اغلب اختلال اسفنگتری دارند. درد پشت علامت واضحی نمی باشد [۵] در معاینه هایپررفلکسی، اسپاسیتی و اختلال حس عمقی پاها دیده می شود. سطح حسی معمولاً وجود ندارد و معمولاً در میلوپاتی واکوئولار اندام ها ی فوقانی مصون می مانند مگر بیماری بسیار پیشرفت کند. MRI معمولا یافته واضحی ندارد گاهی آتروفی طناب نخاعی را نشان می دهد [۵]. یافته های پاتولوژیک در قسمت طناب نخاعی توراسیک دورسولترال دیده می شود و قابل توجه ترین یافته ایجاد تغییرات واکوئولی در غلاف میلین با حفظ شدن نسبی آکسون ها می باشد. علیرغم شباهت پاتولوژیک و بالینی دژنراسیون مختلط ناشی از کمبود $Vit\ B_{12}$، در این افراد سطح این ویتامین طبیعی است [۵]. آزاد شدن سیتوکین های نوروتوکسیک توسط HIV یا اختلال در مصرف $Vit\ B_{12}$ ممکن است در پاتوژنز این بیماری دخالت داشته باشند. اگر چه علت قطعی واکوئولار میلوپاتی نامعلوم است ولی حمله ویروس HIV به نخاع را مسئول این اختلال می دانند [۶]. شواهدی که نشان دهد کنترل ویروس می تواند در بهبود عملکرد نورولوژیک نقش داشته باشد در بیماران دچار این میلوپاتی اثبات شده است. اما چندین گزارش در این زمینه وجود دارند که دلالت بر اهمیت تلاش در کنترل عفونت می باشد. بعلاوه این میلوپاتی غالباً همراه دمانس HIV است که این دمانس به دنبال HAART و کنترل ویروس به بهبودی اثبات شده ای دارد [۵].

میلوپاتی واکوئولار با واکوئولاسیون ماده سفید در طناب نخاعی، بویژه در ستونهای جانبی و خلفی طناب توراسیک مشخص می گردد، علت این وضعیت گرفتاری مستقیم طناب نخاعی توسط HIV1 است [۱].

۲۰٪ مبتلایان به ایدز در اتوپسی میلوپاتی واکوئولر در نخاع دیده می شود [۳]. ولی در جستجوهای مختلف همراهی واکوئولار میلوپاتی را با ایدز حدودا ۳۰٪ در بزرگسالان تخمین زده اند [۶]. میزان بروز واکوئولار میلوپاتی در کودکان مبتلا به HIV به میزان بیشتری به چشم می خورد [۶].

بسیاری از عفونت ها، اختلالات نئوپلاستیک و متابولیک گاهی سبب میلوپاتی در بیماران ایدز می شوند در مقایسه با میلوپاتی واکوئولار این اختلالات ممکن است سریع تر پیشرفت کنند و اغلب همراه درد پشت و درد رادیوکولار می باشند ویروس های CMV، VZV و HSV ممکن است باعث میلیت شوند. در عفونت های ویرال اغلب تورم نخاع و جذب ماده حاجب و تغییر سیگنال طناب نخاعی در MRI دیده می شود [۵]. میلوپاتی در ایدز می تواند ناشی از لمفوم، عفونت کریپتوکوکی یا هرپس ویروس ها هم باشد. آنالیز مایع مغزی نخاعی معمولا طبیعی است و میزان بار ویروسی در CSF افزایش پیدا نمی کند [۱]. اما جهت R/O سایر علل معمولا LP انجام می شود و مثل میلوپاتی ناشی از CMV، زونا، هرپس تشخیص این بیماری معمولا با رد کردن سایر علل است [۱]. دیگر علل میلونوروپاتی که HIV را با مشکل بیشتری مواجه می کنند شامل نوروسفلیس، کمبود ویتامین B_{12}، TB، توکسوپلاسما متاستازهای اپیدورال ناشی از لنفوم های سیستمیک در بیماران مبتلا به HIV می باشند [۶]. در واکوئولر میلوپاتی ناشی از HIV معمولا سطح S-adenosylmethionin در مایع مغزی نخاعی و سطح میتونین در سرم کاهش می یابد [۱]. درمان واکوئولر میلوپاتی درمان ضد رتروویروسی HAART است و رژیم غنی از میتونین به مدت ۶ ماه توصیه می شود [۱]. تشخیص مناسبی برای این افراد در نظر گرفته نمی شود و معمولاً ۶ ماه بعد از شروع علائم میلوپاتی فوت می کنند [۶].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

References

1. Mandell,Douglas and Bennets ,Principles and practice of infectious Diseases ,seven edition 2010.vol3.chapter 124,p: 1754-1755
2. hajiabdolbaghi,Alinaghi,Zandiyeh,An HIV practical protocol 2010.P;163-183[Persian]
3. Tabatabaei and "et al", Principles of Disease prevention and surveillance2008,chapter3p:163-174
4. Dworkin RH, Johnson RW,Brruera,"et al", Recommendations for the management of herpes zoster ,clin infect Dis,Jan 1 2007
5. Brandley we , Daroff RB, Fenichel GM,Jankovic j ,Neurology in clinical practice 2008,fifth Ed,p:1547-1550
6. HIV, associated vacuolar myelopathey ,Health 24Journal, Aug22,2011
7. Niranjan N singh,MD,kaven L Roos, MD, HIV, associated vacuolar myelopathey ,JUL15,2011

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Case Report

Vacuolar myelopathy in HIV positive

*Ghafouri M[1] *,Derakhshan S[2] ,Rahimi M[3]*

[1] Assistant Professor of Infections diseases, North khorasan University of Medical Siences , Bojnurd, Iran
[2] Assistant Professor of Neurology , North khorasan University of Medical Sciences , Bojnurd, Iran
[3] Educational Supervisior in Emam Reza Hospital , North khorasan University of Medical Siences , Bojnurd, Iran

****Corresponding Author**: North khorasan university of medical siences , Bojnurd, Iran*
Email: Majid.Ghafoori@NKUMS.ac.ir

Abstract
HIV positive patients have incubation period which is usually after infection and during the primary stage (acute retroviral syndrome). HIV positive patients are often unaware of their infections and early clinical manifestation of this infection is associated with an infection resulted from immuno suppression. Neurologic complications of HIV include spinal cord and cranial nerves diseases. Vacuolar myelopathy is a neurologic complication with 20% prevalence in AIDS stage. Here a 20 years old HIV positive case , without definite HIV risk factors and early clinical manifestation of quadriparesis resulted from vacuolar myelopathy is being reported. The goal of this report is to remind the importance and attention of assymptomatic HIV carriers and variety of contagious transmission and correct management of these complications to health community and authorities .

***Key word**: myelopathy –HIV-AIDS*

***Submitted:**8 Sep 2012*
***Accepted:** 27 Nov 2012*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]