

## گزارش یک مورد استئومیلیت پوبیس به دنبال عمل جراحی فتق اینگوینال

دکتر عاطفه فخاریان\*، دکتر مهرداد بخشایش کرم\*\*، دکتر سیدداوود منصوره\*\*\*

### چکیده:

سمفیز پوبیس یک محل نادر برای استئومیلیت می‌باشد، بیشتر موارد بعد از ضربه یا اعمال جراحی ادراری - تناسلی اتفاق می‌افتد. ما یک مورد استئومیلیت پوبیس را نه ماه بعد از عمل جراحی فتق اینگوینال گزارش کردیم. استافیلوکوک مقاوم به همه آنتی‌بیوتیک‌ها بجز وانکومايسين عامل ایجاد کننده بود. درمان کامل بیمار با آنتی‌بیوتیک‌ها بدون دبریدمان جراحی انجام شد. این مقاله گزارش یک مورد استئومیلیت پوبیس به دنبال عمل جراحی ترمیم فتق اینگوینال می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: استئومیلیت پوبیس، ترمیم فتق اینگوینال، استافیلوکوک ارئوس

### معرفی بیمار

در بررسی‌های آزمایشگاهی، مارکرهای التهابی افزایش یافته بود: لکوسیتوز (11000) با ارجحیت پلی مورفونوکلئرها (84٪)، افزایش سدیم-انتاسیون (90) و افزایش الکالن فسفاتاز (899) دیده شد. آنالیز ادرار طبیعی و کشت ادرار بیمار منفی بود و سایر یافته‌های آزمایشگاهی بیمار طبیعی بودند. کشت خون منفی گزارش گردید. در رادیوگرافی لگن یک ضایعه استئولیتیک در راموس سمت چپ پوبیس دیده شد. در اسکن با تکنسیوم 99 یک ناحیه با جذب بالا در سمفیز پوبیس و قسمت تحتانی راموس پوبیس چپ دیده شد. در سی تی اسکن لگن، نامنظمی در کورتکس قدامی استخوان پوبیس سمت چپ با برآمدگی استخوانی به شکل خار یا Exostosis و بافت نرم تورم یافته گزارش گردید (تصویر 1).

یک آقای 65 ساله متأهل به علت تب با منشأ ناشناخته از سه هفته قبل به بیمارستان ما مراجعه کرد. بیمار در این سه هفته به پزشکان مختلف مراجعه کرده بود که در بررسی‌های به عمل آمده علتی برای تب بیمار پیدا نشده بود. در بدو ورود درجه حرارت دهانی بیمار 38 درجه سانتی‌گراد بود. بیمار سابقه عمل ترمیم فتق اینگوینال سمت چپ را حدود 10 ماه قبل ذکر می‌کرد و از آن تاریخ در ناحیه اینگوینال سمت چپ و سمفیز پوبیس احساس درد داشت که درد بیمار در سه هفته اخیر تشدید شده بود. در معاینات بالینی بیمار در ناحیه پوبیس، تندرین واضح وجود داشت که در سمت کشاله ران چپ تشدید می‌شد. علائمی به نفع عود هرنی دیده نشد. بیمار توانایی راه رفتن نداشت، ولی معاینه عصبی بیمار طبیعی بود.

نویسنده پاسخگو: دکتر عاطفه فخاریان

تلفن: 20109488

Email: Fakharian\_2005@Yahoo.com

\* متخصص بیماری‌های داخلی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی

\*\* دانشیار گروه رادیولوژی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی

\*\*\* استاد گروه داخلی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی

تاریخ وصول: 1386/09/18

تاریخ پذیرش: 1386/11/21

در مطالعات گذشته دو واژه استئومیلیت پوبیس و استئیت پوبیس به صورت مترادف گزارش شده است. استئیت پوبیس با درد لگن، اختلال راه رفتن و تخریب استخوانی حاشیه سمفیز پوبیس مشخص می‌شود. مکانیسم آن یک التهاب خودبخود محدود شونده متعاقب تروما، جراحی لگنی یا زایمان است. استئومیلیت پوبیس منشأ عفونی دارد ولی از نظر علائم بالینی مشابه است.<sup>۴-۷</sup> تأخیر در تشخیص شایع است که اصولاً به علت علائم نامعمول و نادر بودن بیماری است. استئیت پوبیس و استئومیلیت پوبیس باید در هر فرد با درد یا تندرns پوبیس به همراه تب مراجعه می‌کنند مد نظر داشت. جهت افتراق این دو بیوپسی و کشت الزامی است.<sup>۵-۷</sup>

موارد کمی متعاقب ترمیم فتق اینگوینال گزارش شده است.<sup>۹-۱۵</sup> مورد معرفی شده در این گزارش متعاقب عمل ترمیم فتق بوده است. تأخیر در تشخیص در این مورد طولانی بوده است که به دلیل مبهم بودن علائم در این بیماری است.

با توجه به میزان بالای اعمال جراحی ترمیم فتق اینگوینال احتمال این عارضه باید در مواردی که بیمار متعاقب عمل دچار درد یا تندرns در ناحیه پوبیس می‌شود مد نظر داشت. نکته مهم در این موارد اقدام تشخیصی مناسب میباشد که عمدتاً احتیاج به بیوپسی و کشت دارد.<sup>۱۵</sup> در مورد بیمار معرفی شده کشت مثبت استافیلوکوک ارئوس با مقاومت به متی سیلین نشان‌گر این است که احتمالاً میکرب در زمان عمل باعث این عارضه شده است. در بیمار معرفی شده مدت زمان شروع علائم تا تشخیص حدود ۹ ماه بود که بسیار طولانی‌تر از موارد ذکر شده در سایر مطالعات است (از ۱ تا ۱۸۰ روز و متوسط ۲۹ روز بوده است) علت عمده این امر مبهم بودن علائم و عدم ظن تشخیصی می‌باشد.<sup>۲</sup> در مورد این بیمار درمان آنتی‌بیوتیکی به مدت ۶ ماه با پاسخ بالینی، آزمایشگاهی و رادیولوژیکی بسیار قابل توجه همراه بود بطوریکه بیمار احتیاج به اقدام جراحی پیدا نکرد.

### نتیجه‌گیری

استئومیلیت پوبیس، یک عارضه نادر در اعمال جراحی فتق است. برای تشخیص، احتیاج به جداسازی ارگانیسیم از نمونه بیوپسی می‌باشد. در صورت تشخیص به موقع، درمان طبی به صورت طولانی مدت موفقیت‌آمیز خواهد بود.



تصویر ۱- نامنظمی در کورتکس قدامی استخوان پوبیس سمت چپ

قدم بعدی انجام بیوپسی و نمونه‌برداری از ناحیه مذکور جهت بررسی‌های میکروسکوپی و میکروبیولوژیک بود. تحت راهنمایی سی‌تی اسکن و تحت بی‌حسی موضعی بیوپسی و آسپیراسیون با سوزن انجام شد. نتیجه کشت حاکی از رشد استافیلوکوک اورئوس مقاوم به اکثر آنتی‌بیوتیک‌ها به جز وانکومایسین بود و در بررسی میکروسکوپی اگزودای فیبرینولکوسیتیک دیده شد.

جهت بیمار، وانکومایسین داخل وریدی با دوز ۱ گرم هر ۱۲ ساعت به همراه ریفامپین با دوز ۳۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت شروع شد. تب و درد بیمار بعد از یک هفته از شروع درمان به حالت طبیعی برگشت. بیمار پس از ۴ هفته از بیمارستان مرخص شد. بیمار تا ۵ ماه به صورت ماهیانه در درمانگاه سرپایی دیده شد. بعد از ترخیص به بیمار قرص کوتریموکسازول ۸۰۰/۱۶۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت و کلوکساسیلین ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت داده شد و درمان برای ۵ ماه ادامه یافت.

بعد از ۵ ماه سی‌تی اسکن مجدد از بیمار به عمل آمد که هیچگونه ضایعه غیر طبیعی گزارش نشد. بیمار به خوبی راه می‌رفت و مشکلی نداشت. سدیمانتاسیون ۶ و تعداد گلبول‌های سفید به ۵۱۰۰ با پلی‌مورفونوکلئرها طبیعی رسید.

### بحث

استئومیلیت پوبیس یک بیماری نادر است، بطوری که کمتر از ۱٪ موارد استئومیلیت هماتوژن را تشکیل می‌دهد. عوامل خطر عمده شامل جراحی سیستم تناسلی - ادراری، ورزش، بدخیمی لگنی و اعتیاد تزریقی می‌باشد.<sup>۳</sup>

**Abstract:**

**Pubic Osteomyelitis Following Inguinal Hernia Repair:  
A Case Report**

*Fakharian A. MD<sup>\*</sup>, Bakhshayesh Karam M. MD<sup>\*\*</sup>, Mansouri S.D. MD<sup>\*\*\*</sup>*

The pubic symphysis is a rare site for osteomyelitis. We reported a case of osteomyelitis pubic about 9 months after inguinal hernia repair. The causative organism is staphylococcus aureus resistant to all antibiotics except vancomycin. The patient was treated with antibiotics for six months without any surgical debridement. This is a report of a pubic osteomyelitis following inguinal hernia repair.

***Key Words: Pubic Osteomyelitis, Hernia Repair, Staphylococcus Aureus***

*\* Internist, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Masih Daneshvari Hospital, Tehran, Iran*

*\*\* Associate Professor of Radiology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Masih Daneshvari Hospital, Tehran, Iran*

*\*\*\* Professor of Internal Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Masih Daneshvari Hospital, Tehran, Iran*

## References:

1. Gamble K, Dardarian TS, Finstein, Fox E, Sehdev H, Randall TG. Osteomyelitis of the Pubic symphysis in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006 Feb; 107 (2 pt 2): 477-81.
2. Daurakis SP, Alexopoulou A, Metallinos G, Thanos L, Archimandritis AJ. Pubic osteomyelitis duo to *Klebsiella pneumoniae* in a patient with diabetes mellitus. *Am J Med Sci* 2006 Jun; 331(6): 322-4.
3. Ukwu HN, Graham BS, Latham RH. Acute pubic osteomyelitis in athletes. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 636-8.
4. Pauli S, Willemsen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis :a case presentation and review of the literature. *Br J Sports Med.* 2002 Feb; 203: 261-72.
5. Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis, Anatomic and pathologic considerations. *Clin Orthop* 1989; 203: 261-72.
6. Bouza E, Winston DJ, Hewitt WL. Infectious osteitis pubis. *Urology* 1978; 12: 663-9.
7. Lupovitch A, Elie JC, Wysocki R. Diagnosis of acute bacterial osteomyelitis of the pubis by means of fine needle aspiration. *Acta Cytol* 1989; 33: 649-51.
8. Mansoori D, Gangi EN, Touzet P. [Brucellosis of the pubic symphysis Apropos of a case .Reveiw of the literature]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1996; 82 (8): 753-6.
9. Burns JR, Gregory JG. Osteomyelitis of the pubis symphysis after urologic surgery. *J urol* 1977; 118: 803-5.
10. Eskridge C, Longo S, Kwark J, et al. Osteomyelitis pubis occurring after spontaneous vaginal delivery: a case presentation. *J Perinatal* 1997; 17: 321-4.
11. Sexton DJ, Heskestad L, Lambeth WR, et al. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and review. *Clin Infet Dis* 1993; 17: 695-700.
12. Lentz SS, Osteitis pubis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 310-15.
13. Michiels E, Knochaert DC, Vanneste SB. Infectious osteitis pubis. *Neth J Med* 1990; 36: 297-300.
14. Rutherford A. Ostomyelitis of the symphysis pubis. *N Z Med J* 1983; 96: 332-3.
15. Mader R, Yeromenco E. *Pseudomonas* osteomyelitis of the symphysis pubis after inguinal hernia repair. *Clin Rheumatol* 1999; 18: 167-9.