

العدوى
Infections

- ٢٦٧ التهاب الجراب الحاد
- ٢٦٩ التهاب الهلل (النسيج الضام الخلائي).
- ٢٧١ التهاب المفصل الإلتاني الحاد
- ٢٧٣ التهاب العظم والنقي الحاد
- ٢٧٥ التهاب العظم والنقي بسبب الكسور المفتوحة
- ٢٧٧ التهاب العظم والنقي في العمود الفقري
- ٢٧٩ درن العمود الفقري (داء بوت)
- ٢٨١ العدوى غير النموذجية في اليد
- ٢٨٣ عدوى الورم الحبيبي في العظم أو المفصل : درن أو فطريات

التهاب الجراب الحاد Acute Bursitis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٢٦،٢٣ الزج ٧٢٦،٦٥ ؛ حول الرضفة ٧٢٦،٦٥ .

■ أساسيات التشخيص

- هناك نوعان إثنائي (عدوى) وغير إثنائي (التهابي) .
- العدوى: ويحدث عادة بالانتشار عبر الدم ويصاب بشكل رئيسي الجراب الزجي olecranon bursa والجراب حول الرضفة.
- الالتهابي: يصيب الزج وما حول الرضفة، وناحية المدور trochanter، وتحت الأخرم subacromial والجراب خلف العقب retrocalcaneal bursa .
- يكون التهاب الجراب غير الإثنائي غير مؤلم ويحدث التورم؛ بسبب تجمع سائل في الجراب ولا يوجد علامات التهابية. أمراض ترسب البلورات لها نفس المظاهر السريرية لالتهاب الجراب الإثنائي.
- في التهاب الجراب الإثنائي (أو النقرسي gouty) يكون الألم شديدا ولكن حركة المفصل لا تتحدد إلا في الدرجات الأخيرة من مجال الحركة.
- يمكن رشف الجراب للتشخيص والمعالجة، ويجب الحذر من الدخول في المفصل حتى لا يصاب بالعدوى. وجود القيح لا يؤكد الإصابة بالانتان.
- يكون زرع المادة المرتشفة سلبيًا في ١٤ - ٤٨٪ من المرضى. وتكون نتائج زرع الدم إيجابية في ٥٠٪ فقط.
- الجس مؤلم في المراحل الحادة.
- لا تفيد الصور الشعاعية عادة في التشخيص.

■ التشخيص التفريقي

- النقرس والنقرس الكاذب.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- مفصل نتن septic joint.

■ المعالجة

- أول خطوة في معالجة التهاب الجراب الإلتاني هو الرشف قبل إعطاء المضادات الحيوية. يمكن معالجة التهاب الجراب اللإلتاني بالرشف وحقن الكورتيزون؛ المعالجة الحقيقية لكلا النوعين عند فشل الوسائل المحافظة هي استئصال الجراب. يمكن استئصال الجراب بالمنظار المفصلي.
- من المعتاد وضع جبيرة للمفصل بوضعية ثابتة.

■ ملحوظة جوهرية

يمكن للحركة التفريق بين التهاب الجراب والتهاب المفصل الإلتاني. إن أي حركة في التهاب المفصل الإلتاني تكون مؤلمة، بينما في التهاب الجراب تكون حركة المفصل مؤلمة فقط في الدرجات الأخيرة من مجال الحركة (مثال: في المفصل النتن تكون حركة الكعب والاستلقاء مؤلمة وهي ليست كذلك إذا كان الجراب وحده هو المصاب).

المراجع

- Ogilvie-Harris DJ, Gilbert M: Endoscopic bursal resection: the olecranon bursa and prepatellar bursa. *Arthroscopy* 2000;16:249. [PMID: 10750004]
- Small LN, Ross JJ: Suppurative tenosynovitis and septic bursitis. *Infect Dis Clin North Am* 2005;19:991. [PMID: 16297744]

التهاب الهل (النسيج الضام الخلالي) Cellulitis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٩٠٩ . ٦٨٢

■ أساسيات التشخيص

- هي عدوى تصيب الجلد أو النسيج التي تحته بالمجموعة A من المكورات العقدية (وهو الأكثر شيوعاً) أو بالمكورات العنقودية الذهبية.
- يعاني المريض من ألم متزايد وتورم واحمرار ودفء. لا يوجد تشكّل لخراج.
- ترتفع درجة الحرارة ويزداد تعداد الكريات البيضاء ويحدث التهاب في الأوعية اللمفاوية واعتلال في العقد اللمفاوية.
- تفيد الصور الشعاعية والتصوير فائق الصوت ultrasound والرنين المغناطيسي في التشخيص.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis.
- التهاب العظم والنقي Osteomyelitis.
- التهاب المفصل الاتناني .
- التهاب العضلات Myositis.
- سعفة الجسد Tinea corpus.
- مفصل شاركوت.
- التهاب الجلد الركودي (اكزيما ركودية) Stasis dermatitis.
- التهاب الجلد التماسي (اكزيما التماس) Contact dermatitis.

■ المعالجة

- مضادات حيوية بناء على الزرع والتحسس والبدء بالبسلين المقاوم للبنسليناز. لا يفيد عادة زرع الدم الروتيني في مثل هذا النوع من العدوى.
- المضادات الحيوية البديلة: الاريثرومايسين، الجيل الأول من السفالوسبورين، أموكسيسيلين-كلافولانيت clavulanate، ازيثرومايسين، و الكلاريثرومايسين.
- يمكن للمضادات الحيوية عزل العدوى على شكل خراج معطية الفرصة للجراحة أو للوسائل الشعاعية لنزحه drainage ، يفيد التصوير الفائق الصوت والتصوير الطبقي المحوسب في تشخيص الخراج.

■ ملحوظة جوهرية

إن العلامات الالتهابية - الاحمرار، السخونة، التورم، الألم - هي علامات للالتهاب وليست للعدوى. الركودة الوريدية (كتلك التي تحدث حول جروح الأطراف) يمكنها أن تحدث احمرار وسخونة وتورم. ولكن لكي يوضع تشخيص التهاب الهلل يجب أن يكون هناك عدوى (جرثومية).

المراجع

- Falagas ME, Vergidis PI: Narrative review: diseases that masquerade as infectious cellulitis. Ann Intern Med 2005;142:47. [PMID: 15630108]
- Stevenson A, et al.: The utility of blood cultures in the management of non-facial cellulitis appears to be low. N Z Med J 2005;118:U1351. [PMID: 15778752]

التهاب المفصل الإنتاني الحاد Acute Septic Arthritis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧١١,٠ .

■ أساسيات التشخيص

- يحدث عادة نتيجة انتشار الجراثيم عبر الدم. المفاصل الأكثر إصابة حسب الترتيب هي الركبة، الورك، الكاحل، المنكب، والرسغ .
- أكثر شيوعا في البالغين ولكن نتائج العدوى أكثر خطورة عند الأطفال (بسبب تحزب الأنمية [صفیحة النمو] physis).
- تزداد خطورة الإصابة بإنتان المفصل في حالات اضطراب المناعة وفي الأمراض الجهازية (السكري، الكحولية، التشمع cirrhosis، نقص المناعة المكتسب HIV).
- يبدأ التحطيم الإنزيمي للمفصل في مدة مبكرة قد تصل إلى ٨ ساعات من لحظة التلقيح. وتعد العنقوديات الذهبية بشكل خاص جراثيم شديدة العدوانية من حيث تخريبها للغضروف المفصلي.
- يكون الألم حاداً، وشديداً عند تحريك المفصل.
- يظهر الرشف المفصلي وجود كريات بيضاء أكثر من ٥٠٠٠٠٠، ويكون العدد أقل بكثير إذا تم الرشف في مرحلة مبكرة من المرض؛ إذا كان تعداد الكريات البيضاء المفصصة النوى العدلة أكثر من ٧٥٪ من التعداد العام فهذا يشير بشدة لوجود العدوى، كما أن انخفاض مستوى السكر في المفصل (أقل من ٠,٥ من مستواه في الدم) يشير أيضا إلى العدوى.
- يشير تعداد الكريات البيضاء في الدم أكثر من ١٠٠٠٠٠٠ على وجود العدوى .

- يكون الزرع والرشف سلبيًا في ١٨-٤٨ ٪ من المرضى ؛ و ٥٠ ٪ فقط من نتائج زرع الدم تكون إيجابية.
- لا يفيد التصوير الشعاعي عادة في التشخيص.

■ التشخيص التفريقي

- النقرس والنقرس الكاذب.
- التهاب المفاصل الرثياني .
- مفصل شاركوت.
- التهاب الغشاء الزليلي في الورك (عند الأطفال).

■ المعالجة

- الخطوة الأولى قبل إعطاء المضادات الحيوية هي رشف المفصل . من الضروري القيام بالنزح المبكر (جراحيا أو بالمنظار) لمنع تخرب البنى الغضروفية (خاصة عند الأطفال).
- ضع المفصل في جبيرة بوضعية ثابتة وراقبه بعد الرشف وإعطاء المضادات الحيوية لمعرفة تأثير المعالجة.

■ ملحوظة جوهرية

المكورات البنية هي العامل الممرض الأكثر شيوعاً عند المرضى البالغين النشطين جنسياً ، ويمكن معالجتهم بالمضادات الحيوية بدون نزح جراحي.

■ المراجع

Smith JW, et al.: Infectious arthritis: clinical features, laboratory findings and treatment. Clin Microbiol Infect 2006;12:309. [PMID: 16524406]

التهاب العظم والنقي الحاد Acute Osteomyelitis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٢ ، ٧٠٣ .

■ أساسيات التشخيص

- هي عدوى تصيب العظم ونقي العظم وأكثرها شيوعاً تلك التي تنتقل عبر الدم عند الأطفال. المكورات الذهبية هي السبب في معظم الحالات.
- يحدث بكثرة بعد عدوى في الطرق التنفسية العلوية أو بعد عدوى في مكان آخر لم تعالج بشكل كامل ؛ يمكن أن يحدث من تلقيح مباشر في كسر مفتوح.
- يصيب الشكل المنتقل عبر الدم عادة كردوس العظم metaphysis .
- يحدث الألم الحاد نتيجة الضغط الذي يحدثه القيح تحت السمحاق .
- قد يكون مكان الألم في المراحل المبكرة عند الأطفال الصغار غير واضح الحدود، مما يجعله يتظاهر فقط بعرج في الطرف أو تردد الطفل في وضع وزن على الطرف المصاب.
- الحرارة وارتفاع في كريات الدم البيضاء هو المشاهد عادة ولكن ليس دائماً.
- ترتفع سرعة تثفل الكريات الحمراء ESR وكذلك البروتين الارتكاسي CRP .
- قم بزرع الدم ورشف العظم من أجل الزرع.
- لا تفيد الصورة الشعاعية البسيطة قبل مضي ١٠-١٤ يوماً إلى أن يظهر الانحلال العظمي وقلة العظم osteopenia ، النخر، وارتفاع السمحاق .
- قد يفيد الرنين المغناطيسي مع الغادولينيوم.

■ التشخيص التفريقي

- كسر .
- مفصل نتن.

- التهاب الغشاء الزليل السمي.
- التهاب المفاصل الرثياني الشبابي.
- الأورام.

■ المعالجة

- أعط مضادات حيوية بالوريد؛ استطببات التدخل الجراحي هي نزع الخراج، تنضير النسج المصابة بالعدوى، والحالات المعاندة التي لم تستجب للمضادات الحيوية.
- المتابعة لمدة طويلة ضرورية لتشخيص ومعالجة التشوهات التي تزوي الطرف أو عدم تساوي الطرفين.

■ ملحوظة جوهرية

قد يكون تردد الطفل في المشي أو وضع وزن على الساق ناجماً عن التهاب العظم والنقي في العمود الفقري. يستطيع التفرس العظمي من تحديد موقع الآفة لتقومها بالرنين المغناطيسي.

المراجع

McCarthy JJ, et al.: Musculoskeletal infections in children: basic treatment principles and recent advancements. Instr Course Lect 2005;54:515. [PMID: 15948476]

التهاب العظم والنقي بسبب الكسور المفتوحة

Osteomyelitis Due to Open Fracture

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : الحاد ، ٧٣٠،٠ ، المزمن ، ٧٣٠،١ .

■ أساسيات التشخيص

- قد يحدث بشكل حاد أو مزمن.
- تحدث العدوى المبكرة نتيجة لوجود تلوث شديد في الجرح ، ويمكن تشخيصه بعدم شفاء الجرح أو بانفتاح الجرح و النزح بعد كسر مفتوح.
- يشخص التهاب العظم والنقي المتأخر والمزمن بنزح مزمن وأحيانا متقطع من منطقة الكسر لمدة شهور أو سنوات.
- تشفى العدوى المبكرة أحيانا بعد شفاء الكسر ورفع الأجسام الغريبة (سراخ ، أسياخ).
- ترتفع سرعة التثفل والبروتين الارتكاسي وتعداد الكريات البيضاء إذا لم يتم نزح الجرح.
- قد تكون الصور الشعاعية البسيطة مشخصة.
- التفرس العظمي bone scan والرنين المغناطيسي (مع غادولينيوم gadolinium) أكثر حساسية. يظهر الرنين المغناطيسي وجود وذمة في العظم وهذا يوحي بشدة بالتهاب عظم ونقي.
- يستطيع التصوير الطبقي المحوري إظهار الشظايا sequestra - قطع من العظم الميت تشكل بؤرا للعدوى.
- قد لا يفيد تفرس الكريات البيضاء بالإنديوم في التهاب العظم والنقي المزمن ما لم يكن هناك عنصر حاد.

■ التشخيص التفريقي

- عدوى في النسيج الرخوة أو في مكان العمل الجراحي (دون إصابة العظم).
- مفصل نتن.
- تنسؤ (ورم) neoplasm.

■ المعالجة

- قم بانضار واسع لإزالة كل النسيج غير الحية، لا تترك مسافات ميتة وذلك بتأمين غطاء من النسيج الرخوة، استخدم سبحة من المضادات الحيوية أو كلاهما معاً، أعد التروية الدموية باستخدام سدائل حرة free slaps إذا كان هناك استطباب.
- أزل الأجسام الأجنبية كأجهزة تثبيت الكسور إذا كان بالإمكان المحافظة على ثبات الكسر بدونها أو استخدم نوعاً آخر من التثبيت.
- قد يكون من الضروري إجراء إزاحة للعظم بجهاز إيلزاروف Ilizarov بعد إنضار العظم الواسع.
- إعطاء مضادات حيوية بناء على الزرع، ويشارك أحياناً عدة مضادات لتجنب حدوث مقاومة.

■ ملحوظة جوهريّة

لا يعد التهاب العظم والنقي المزمن النازح حالة إسعافية؛ لأن النزح يخفف الضغط في الجرح والمريض لا يكون في حالة إثنائية.

■ المراجع

Calhoun JH, Manring MM: Adult osteomyelitis. Infect Dis Clin North Am 2005;19:765. [PMID: 16297731]

التهاب العظم والنقي في العمود الفقري

Osteomyelitis of the Spine

التصنيف العالمي للأمراض - ٩: الحداد ٧٣٠,٠٠ ، المزمّن ٧٣٠,١٠ .

■ أساسيات التشخيص

- يشكل التهاب العظم والنقي في العمود الفقري حوالي ١٪ من العدوى بالجراثيم المقيحة في الهيكل العظمي ولكنه قد يفضي إلى نتائج عصبية شديدة.
- قد ينجم من انتشار عبر الدم أو نتيجة لتدخل جراحي.
- المكورات الذهبية هي العامل الممرض الأكثر شيوعاً.
- الأشخاص الأكثر عرضة للخطر هم اليافعان في سن المراهقة وكبار السن والمرضى المنهكين والسكريين والذي يتعاطون المخدرات عن طريق الوريد.
- في القصة المرضية يكون هناك ألم فقري حاد مع مضض وشناج في مستوى الإصابة. حرارة في ٥٠٪ من المرضى وشناج عضلي في ٩٠٪ ونقص في الوزن.
- قد تكون البداية بعجز عصبي أو يحدث العجز العصبي فيما بعد .
- ترتفع سرعة تفاعل الكريات الحمراء والبروتين المتفاعل C .
- قد تظهر الصورة الشعاعية قلة في العظم ، وتورم في النسيج الرخوة (غياب ظل العضلة القطنية)، وتضيق في المسافة القرصية في البداية يتلوه تخرب في الصفيحة الانتهائية.
- يعد التصوير بالرنين المغناطيسي أفضل وسيلة لتفريق هذه الحالة عن الورم؛ تصيب العدوى كلا من جسم الفقرة والمسافة القرصية في حين تصيب الأورام عادة جسم الفقرة فقط .
- يظهر التفرس العظمي زيادة في ضبط الإشعاع في مستوى الإصابة.

■ التشخيص التفريقي

- داء بوت Pott disease (يصيب جسم فقرتين متجاورتين ويعف عن القرص) .
- تنشؤ.
- التهاب العظم والنقي الفطري Fungal في العمود الفقري.

■ المعالجة

- قد تكفي المضادات الحيوية مع منع الحركة في العمود الفقري.
- تخفيف الضغط مع أو بدون تطعيم عظمي عند وجود عجز عصبي أو عند تشكل خراج فوق الجافية epidural abscess .

■ ملحوظة جوهرية

التهاب القرص عند اليافعين أكثر شيوعاً من التهاب العظم والنقي في هذه الفئة من

العمر .

المراجع

Tay, BK, et al.: Spinal infections. J Am Acad Orthop Surg 2002;10:188. [PMID: 12041940]

درن العمود الفقري (داء بوت) Tuberculosis of the Spine (Pott Disease)

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ١٥٠.٠ .

■ أساسيات التشخيص

- التهاب العظم والنقي الدرني في العمود الفقري شائع عند المهاجرين من البلدان الأقل نمواً. إن النمو البطيء وغير المؤلم للدرن يؤدي إلى حداث مترقي ببطء واضطرابات عصبية.
- قد ينتشر عبر الدم بواسطة الجهاز الشرياني من عضو آخر .
- قد يأتي المريض ولديه عجز عصبي أو يحدث العجز فيما بعد.
- يكون هناك قصة ألم فقري مزمن مترقٍ ببطء في أي مستوى.
- يظهر الحداث عادة بالفحص السريري.
- تحدث العدوى غالباً في العمود الصدري أو في الاتصال الصدري القطني وتصيب عادة عدة مستويات وتعف عن المسافات القرصية.
- قد يظهر الصورة البسيطة قلة في العظم وتورم في النسيج الرخوة (غياب ظل العضلة القطنية) ، تتخرب أجسام الفقرات ويحدث الحداث ؛ تبقى المسافات القرصية سليمة.
- يظهر التفرس العظمي وجود آفة مخربة.
- ويعد التصوير بالرنين المغناطيسي أفضل وسيلة للتفريق بين هذه الآفة والورم.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب العظم والنقي الفطري في العمود الفقري.
- التنشؤ (النقائل [وهو الأكثر شيوعاً] أو ورم أولي).

■ المعالجة

- مضادات حيوية نوعية لنتائج الزرع.
- إنضار أمامي وتخفيف الضغط مع أو بدون استخدام أدوات مثبتة للحالات المتقدمة؛ مقارنة محدودة للحالات الأقل خطورة وللمرضى المنهكين.

■ ملحوظة جوهريّة

إن مفتاح التشخيص بوجود الدرن هو بقاء القرص الفقري سليماً في حين أنه في التهاب العظم والنقي الجرثومي في العمود الفقري يتخرب القرص.

المراجع

- Gasbarrini AL, et al.: Clinical features, diagnostic and therapeutic approaches to haematogenous vertebral osteomyelitis. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2005;9:53. [PMID: 15852519]
- Swanson AN, et al.: Chronic infections of the spine: surgical indications and treatments. Clin Orthop Relat Res 2006;444:100. [PMID: 16523133]

العدوى غير النموذجية في اليد Atypical Infection of the Hand

التصنيف العالمي للأمراض - ٩: الدرن ٠١٥,٥ ، متفطرات غير نموذجية ٠٣١,٩ ؛ فطار . ١١٧

■ أساسيات التشخيص

- الكائنات الحية المسببة: المتفطرات البحرية *Mycobacterium marinum*، كنساسي *Kansasii*، افيوم *Avium*، بوفيس *Bovis*؛ الكروانية اللدودة *coccidioides* *immitis*؛ النوسجة المغمدة *histoplasma capsulatum*؛ البرعميات الملهبة للجلد *Blastomyces dermatitidis*.
- تحدث عادة عند المرضى ما بين ٥٠-٨٠ سنة من العمر في النهاية القاصية للأطراف العلوية.
- قد تحدث بعد جرح ثاقب قبل ستة أسابيع من بدء ظهور الأعراض؛ يجب الاشتباه بالمتفطرات البحرية عند شواطئ البحار أو عند التعرض لحاويات الأسماك، و يوحى التماس مع التربة بالعدوى الفطرية.
- غالباً ما يكون المرضى من ذوي المناعة المضطربة *immunocompromised* (مثل: السكريين و الذي يعطون معالجة مضادة للعامل المنخر للورم).
- العرض الذي تظهر العدوى به هو التهاب الغشاء الزليلي للوتر أو ببساطة يبدو على شكل كتلة من النسج الرخوة؛ لا يترافق مع أعراض جهازية، كثيراً ما تكون المنطقة المصابة ملتهبة، ولكن المضض لا يكون بالقدر الذي نتوقه بالنسبة للحجم أو الاحمرار.
- التقويم الشعاعي سلبي ما لم يصب العظم.

■ التشخيص التفريقي

- تنشؤ أولي.
- ارتكاس لجسم غريب.
- التهاب عظم ونقي.

■ المعالجة

- غالباً ما ينجح الإنضار الجراحي أو استئصال الغشاء الزليلي مع الزرع المترافق مع معالجة دوائية.
- قد يكون من الضروري المعالجة بالمضادات الحيوية أو مضادات الفطور لمدة طويلة .

■ ملحوظة جوهرية.

إن كتل اليد التي تبدو ناجمة عن عدوى ولكنها ليست عرضية بالدرجة التي نتوقعها يجب أن توحي بوجود عدوى ورمي حبيبي *granulomatous infection*. كثيراً ما يتأخر التشخيص لعدم التفكير بالعدوى بالمتفطرات *mycobacteria* أو الفطريات *fungous*.

المراجع

- Aubry A, et al : Sixty-three cases of Mycobacterium marinum infection: clinical features, treatment, and antibiotic susceptibility of causative isolates. Arch Intern Med 2002;162:1746. [PMID: 12153378]
- Bhatty MA, et al.: Mycobacterium marinum hand infection: case reports and review of the literature. Br J Plast Surg 2000;53:161. [PMID: 10878841]

عدوى الورم الحبيبي في العظم أو المفصل: درن أو فطريات

Granulomatous Infection of Bone or Joint: Tuberculous or Fungal

التصنيف العالمي للأمراض - ٩: الدرن ١٥,٥٠، متفطرات غير نموذجية ٣١,٩٠؛ فطار ١١٧, ١١٤, ١١٢؛ اعتلال المفاصل ٧١١, ٤؛ التهاب العظم والنقي ٧٣٠, ٨.

■ أساسيات التشخيص

- الكائنات الحية المسببة: المتفطرات الدرنية؛ المتفطرات غير النموذجية؛ الكروانية اللدودة؛ المبيضة candida.
- يحدث انتشار عبر الدم في ١٪ من حالات العدوى بالمتفطرات الكروانية اللدودة، داء منتشر (٢٠٪ تكون للعظم والمفاصل)؛ تنتشر المبيضات عادة عبر الدم للقرص بين الفقرات والركب.
- يحدث ٣٥٪ من حالات الدرن خارج الرئتين في العظم والمفصل (العمود الفقري [٥٠٪]، الورك) وذلك في الحالات التي لم يعثر لها على أثر في الرئتين.
- غالبا ما يكون المريض ممن لديهم اضطراب في المناعة (السكريين، الذين يعطون معالجة مضادة - للعامل المنخر للورم).
- تظهر الأعراض بعد أشهر من انتشار الفطر عبر الدم أو الجراحة؛ وتكون عادة عبارة عن ألم بطيء الترقى موضعي تزداد حدته تدريجيا.
- أجر اختبار التوبركولين الجلدي PPD للمرضى المصابين بعدوى مزمنة غير نموذجية في الهيكل العظمي العضلي.
- تظهر الصورة الشعاعية آفة عظمية على شكل انحلال مع بعض التصلب الارتكاسي؛ تضيق في المسافة المفصالية وتآكل غير منتظم. يصاب طرفي المفصل.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب العظم والنقي .
- تنسؤ (أولي أو انتقالي).
- داء الساركونيد.
- الليمفوما.
- ارتكاس لجسم غريب.

■ المعالجة

- تعطى معالجة دوائية للدرن كالتى تعطى في الدرن الرئوي ؛ تعالج العدوى غير النموذجية بالمتفطرات أو الفطريات بحسب نتائج الزرع ، ويتطلب الأمر غالبا معالجة طويلة الأمد بالمضادات الحيوية أو مضادات الفطور.
- قد يكون من الضروري في بعض الأحيان التداخل الجراحي (إيثاق المفصل أو العمود الفقري) .

■ ملحوظة جوهريّة

يجب أن يكون داء العدوى بالورم الحبيبي في أي تشخيص تفريقي لآفة في العظم. فكرر في الأماكن الموطونة endemic area في المتفطرات الكروانية اللدودة في أي مريض يعاني من مشكلات نفسية منذ أشهر بدون ارتفاع بالحرارة .

المراجع

- Crum-Cianflone NF, et al.: Unusual presentations of coccidioidomycosis: a case series and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2006;85:263. [PMID: 16974211]
- Gardam M, Lim S: Mycobacterial osteomyelitis and arthritis. *Infect Dis Clin North Am* 2005;19:819. [PMID: 16297734]