

سل منتشر با تابلوی شکم حاد (گزارش یک مورد غیر معمول)

چکیده

دکتر مهشید طالبی طاهر I

سل منتشر به معنای ابتلای همزمان چند عضو مانند پلور، صفاق و مننژ می‌باشد. پریتونیت سلی معمولاً به شکل سرروز تظاهر می‌کند که در بررسی مایع اگزوداتیو با تعداد ۵۰۰ تا ۳۰۰۰ سلول در هر میکرولیتر و با ارجحیت لنفوسیت مشاهده می‌شود. بیمار ما خانم ۱۹ ساله افغانی بود که با تابلوی شکم حاد به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود. بررسی مایع صفاق ۵۰/۰۰۰ عدد سلول با ۹۵٪ PMN (Poly Morpho Nuclear Cells) را نشان داد و اسمیرو کشت مایع از نظر مایکوباکتریوم مثبت بود. با توجه به مطالب فوق بیمار تحت درمان ۴ دارویی ضد سل قرار گرفت که بعد از ۱۰ ماه پیگیری هیچ گونه مشکلی نداشت.

کلیدواژه‌ها: ۱- سل منتشر ۲- پریتونیت سلی ۳- شکم حاد

مقدمه

سل منتشر (میلیاری) اشاره به ابتلای همزمان چند عضو دارد که ۸/۵٪ موارد سل خارج ریوی را شامل می‌شود و براساس درگیری اعضای مختلف بدن، تعداد باسیل در جریان خون و همچنین سیستم ایمنی بدن نمای بالینی متفاوتی را ایجاد می‌نماید. سل منتشر به ۳ گروه تقسیم می‌شود: ۱- سل منتشر حاد ۲- سل منتشر کریپتیک (Late Generalized Tuberculosis) ۳- سل منتشر غیر واکنشی (Non-reactive).

امروزه سل منتشر حاد در افراد بزرگسال و پیر مشاهده می‌شود که اغلب یک بیماری زمینه‌ای دارند. شروع بیماری تدریجی است و مهمترین یافته تشخیصی ارتشاح دانه ارزنی در عکس ساده قفسه سینه می‌باشد. در نوع دوم سل منتشر، احتمالاً بطور متناوب و غیر پیشرونده انتشار میکروب از یک کانون عفونی به جریان خون رخ می‌دهد.

سل یکی از علل شایع مرگ ناشی از عوامل عفونی در سراسر جهان است. ۹۵٪ موارد سل و ۹۸٪ مرگهای ناشی از آن در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد و ۲۵٪ مرگهای قابل اجتناب در این کشورها، ناشی از بیماری سل است. در ۷۵٪ موارد این بیماری در گروه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال مشاهده می‌شود و در واقع در برگیرنده مردان و زنان در فعالترین سالهای عمر می‌باشد.

این احتمال وجود دارد که در آینده بیماری سل یکی از ۱۰ علت مرگ در جهان باقی بماند. اگرچه میزان سل در بسیاری از کشورها کاهش خواهد یافت اما تعداد کل بیماران مبتلا به سل در سال ۲۰۲۰ به ده میلیون مورد جدید افزایش خواهد یافت که علل اصلی آن عبارتند از: فقر، افزایش جمعیت جهان و تغییر ساختار سنی، پوشش ناکافی بهداشت در جوامع، کم بها دادن به برنامه‌های کنترل سل و اپیدمی HIV (Human Immunodeficiency Virus) (۱).

(I) استادیار بیماریهای عفونی و طب گرمسیری، بیمارستان فیروزگر، خیابان ولیعصر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۱۹ ساله و اهل افغانستان بود که در تاریخ ۸۰/۱۱/۱۲ به علت تب، تنگی نفس و درد شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود.

مشکل بیمار از ۲ هفته قبل از مراجعه (۱۰ روز بعد از یک زایمان طبیعی) با درد قسمت تحتانی شکم شروع شده و به تدریج شدت یافته بود.

بیمار طی این مدت چند نوبت تب و لرز نیز داشت. در معاینه بیمار بدحال و علائم حیاتی وی شامل: درجه حرارت 40° سانتیگراد، تعداد تنفس ۲۸ تنفس در دقیقه و تعداد ضربان قلب ۱۱۲ ضربان در دقیقه و فشار خون ۸۰/۱۳۰ میلیمتر جیوه بود. شکم متسع و حداکثر شدت درد در ناحیه RLQ (ربع تحتانی و راست) وجود داشت.

بیمار توسط همکاران زنان و زایمان معاینه شد و احتمال آندومترییت رد شد.

نتایج بررسیهای آزمایشگاهی در روز اول بدین ترتیب بود:

CBC: WBC=۱۹۰۰۰/میلیمتر مکعب

HB=۱۰/۲ دسی‌لیتر/گرم

PLD=۳۳۹۰۰۰/میلیمتر مکعب

Serum protein=۴/۳ (دسی‌لیتر/گرم ۸/۵-۶)

Serum Albumin=۲/۱ (دسی‌لیتر/گرم ۵/۵-۳/۵)

SGOT=۵۴ u/l (۴-۶۶ u/l)

SGPT=۲۳ u/l (۴-۶۶ u/l)

ESR=۷۲

عکس قفسه سینه بیمار در روز مراجعه به اورژانس با کیفیت بد تهیه شده بود و توسط همکاران اورژانس قابل تفسیر نبود در سونوگرافی انجام شده مایع آزاد در حفره شکم و لگن مشاهده شد.

باتوجه به حال عمومی بیمار آسپیراسیون مایع آسیت انجام نشد و بیمار با تشخیص پریتونیت باکتریال در بخش عفونی بستری گردید و تحت درمان با سفتریاکسون همراه با کلیندامایسن قرار گرفت که در تاریخ ۸۰/۱۱/۱۴ درد شکم بیمار شدیدتر شد.

در بعضی از افراد با افزایش سن یا عوامل ایجاد کننده نقص سیستم ایمنی این انتشار مداوم می‌شود و ایجاد سل پیشرونده می‌کند.

در این بیماران عکس سینه معمولاً طبیعی، PPD (Purified Protein Derivative) منفی و کانون اولیه برای سل اغلب نامعلوم می‌باشد اما ممکن است سیستم ادراری تناسلی، استخوان و غدد لنفاوی احشایی کانون اولیه آن باشند.

نمای بالینی شایع در این بیماران تب با منشا نامعلوم است (fever of Unknown Origin = FUO). تظاهر بالینی شکل سوم بیماری مشابه یک سپسیس شدید همراه با اسپلنومگالی و وجود یک کدورت منتشر در عکس قفسه سینه می‌باشد.

بیوپسی از اعضای مانند کبد یک نکروز غیراختصاصی را نشان می‌دهد که حاوی پلی مورفونوکلئر و تعداد فراوان باسیل است. همچنین آبسه با قطر یک سانتیمتر در کبد و طحال و معمولاً مغز استخوان و بطور شایع در ریه‌ها و کلیه‌ها ظاهر می‌شود (۶-۲).

یکی از اعضای که بطور شایع در سل منتشر مبتلا می‌شود صفاق است که به ۲ شکل سرروز (شایعتر) و پلاستیک ظاهر می‌شود.

در شکل سرروز بیمار با آسیت مراجعه می‌کند که همراه یا بدون نشانه‌های پریتونیت است.

علائم شایع شامل تب، درد شکم و کاهش وزن بوده و سیر بیماری تدریجی است اما می‌تواند حاد نیز باشد.

در شکل دوم بیمار با توده شکمی دردناک مراجعه می‌کند و شکم نمای خمیری دارد (۲و۴).

در تجزیه مایع صفاق سلول با تعداد کمتر از ۳۰۰۰ عدد در میکرولیتر با ارجحیت لنفوسیت و پروتئین بالاتر از ۳ گرم در دسی‌لیتر دیده می‌شود (۲و۵).

لازم به ذکر است که جواب PPD بیمار منفی بود. تب بیمار ۳ روز بعد از شروع درمان اختصاصی قطع و حال عمومی بیمار بتدریج بهتر شد و در تاریخ ۸۰/۱۱/۲۳ با حال عمومی بسیار خوب مرخص گردید.

جواب کشت مایع صفاق ۲ ماه بعد مایکوباکتریوم توبرکلوزیس گزارش شد. پس از آن بیمار به مدت ۱۰ ماه بطور، ماهانه در درمانگاه عفونی بیمارستان فیروزگر ویزیت شد که هیچ‌گونه مشکل خاصی نداشت.

بحث

در سل منتشر، افیوژن پلور، پريتونیت یا منژیت در ۷۵٪ بیماران رخ می‌دهد که از عوامل مستعد کننده آن می‌توان به سیروز، بدخیمی، حاملگی، زایمان، بیماری‌های روماتولوژیک و درمان با داروهای ایمنوساپرسیو اشاره کرد.

معاینه فیزیکی این بیماران غیراختصاصی است و مفیدترین یافته برای تشخیص، ارتشاح میلیاری در عکس قفسه سینه می‌باشد (۲) که در مورد بیمار معرفی شده انجام رادیوگرافی قفسه سینه بطور صحیح می‌توانست تشخیص سل ارزنی را در روز مراجعه مطرح نماید. در گزارشهای اولیه ضایعات دانه ارزنی در ۹۰ تا ۱۰۰٪ موارد گزارش می‌شد اما در حال حاضر این میزان ۶۹-۵۹٪ است (۳).

اختلالات هماتولوژیک در سل منتشر تقریباً شایع است. کم خونی معمولاً خفیف بوده و در نیمی از بیماران دیده می‌شود.

لوکوپنی و لوکوسیتوز در درصد مساوی رخ می‌دهد (۲) که در بیمار مورد بحث نیز لوکوسیتوز (میلیمترمکعب/۱۹۰۰۰ WBC) قابل توجه بوده است.

برای تشخیص سل منتشر باید آزمایش روی اعضایی انجام شود که با احتمال بیشتر مبتلا می‌شوند. در ۸۰ تا ۱۰۰٪ موارد ریه‌ها، کبد و طحال و بعد کلیه‌ها (۶۰٪) و مغز استخوان (۲۵ تا ۷۵٪) مبتلا هستند (۳). در سل منتشر اسمیر خلط برای AFB (Acid Fast Bacillia) در

در آسپیراسیون مایع آسیت، مایع چرکی خارج گردید که تجزیه آن بدین ترتیب بود:

WBC=۵۰/۰۰۰ / دسی‌لیتر (PMN = %۹۵, lymph = %۵)

RBC=۱۰۰۰ / دسی‌لیتر

GL=۲۷ دسی‌لیتر/گرم

Pro=۳/۵ دسی‌لیتر/گرم

Alb=۱/۸ دسی‌لیتر/گرم

قبل از عمل جراحی بطور مجدد عکس قفسه سینه برای بیمار گرفته شد که این بار نمای میلیاری به وضوح قابل مشاهده بود اما با توجه به وخیم بودن وضعیت بیمار و تجزیه مایع صفاق با نظر همکاران جراح با تشخیص اولیه پريتونیت باکتریال ثانویه به پرفوراسیون آپاندیس تحت عمل جراحی قرار گرفت که طبق گزارش جراحی ۲ لیتر مایع سبز رنگ در داخل شکم وجود داشت.

تمام اجزای داخل شکم دچار چسبندگی بوده و گرانولهای منتشر روی صفاق دیده می‌شد. رحم، تخمدان، ضمایم آن و آپاندیس طبیعی بودند.

اثنی‌عشر، روده باریک و بزرگ، کبد و کیسه صفرا مشکلی نداشتند. مزانتر ضخیم و متورم بود که بطور مجدد از مایع صفاق، امنتوم، قسمتی از مزانتر نمونه تهیه شد. مایع نیز برای بررسی باسیل سل به آزمایشگاه ارسال گردید که جواب آن بدین ترتیب بود:

WBC= تعدادی

بدون باکتری = Direct exam

در میدان میکروسکوپی > ۱۰ Acid Fast bacillia=

منفی = Fungi ; or Yeast

منفی = Culture

ADA ۱۸۶ iu / lit (serum=۱۵-۲۰ Iu/lit)

در بررسی پاتولوژی: گرانولوم همراه با کازئوز سازگار با پريتونیت سلی گزارش شد. بعد از عمل جراحی آنتی‌بیوتیک بیمار قطع و بیمار با تشخیص سل منتشر تحت درمان ۴ دارویی استاندارد همراه با پردنیزولون (۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم) قرار گرفت.

صفاق لاپاراتومی انجام شد (۱۰). اندازه‌گیری سطح آنزیم ADA (Adenosine deaminase) در مایع آسیت در تشخیص سل کمک کننده است.

در یک مطالعه روی ۱۷۸ مورد آسیت در نهایت به این نتیجه رسیدند که افزایش این آنزیم بالاتر از مقدار 20 u/l تشخیصی است.

حساسیت این تست ۹۴٪ و ویژگی آن ۹۲٪ گزارش شده است و زمینه سیروز هیچ‌گونه تغییری در این میزان ایجاد نمی‌کند. در بیمار مورد بحث نیز افزایش قابل توجه ADA وجود داشت (۳، ۴، ۱۱، ۱۲).

بنابراین توصیه می‌شود در تمام بیمارانی که زمینه مستعد کننده برای بیماری سل دارند (مشابه بیمار مورد بحث که یک مهاجر افغانی بوده و ۲ حاملگی و زایمان در طی ۲ سال داشته است) به فکر این بیماری باشیم همچنین تمام مایعات بدن برحسب ابتلای عضو مانند آسیت حتی اگر تجزیه غیر معمول داشته باشند از نظر سل مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

1- Maher D; Chulet P; Spinacis ; Nielsen TL., Nelsing S., Hoepelman AI., Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes; 2nd ed. Geneva tb WHO; 1997:97,220.

2- Mandell, Douglas, Bennett S. Principles and practice of infectious diseases. 5th ed; Philadelphia, Pennsylvania, Churchill livingstone, 2000, PP: 2597-98.

3- Iseman m. A clinicians guide to tuberculosis, Philadelphia 1st ed; 1ww, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Com, 2000, PP:167-73.

4- Braunwald E, Fauci A, Kasper D., Houser S., Longo D., Jameson J., Harrison's principles of internal medicine. 15th ed, United States of America, Mcgraw-Hill, Little brown and company boston, 2001, PP:1029.

۲۰ تا ۳۳٪، کشت خلط برای مایکوباکتریوم ۵۰ تا ۷۰٪، کشت از ترشحات معده ۳۳ تا ۷۵٪، کشت ادرار ۲۵ تا ۹۵٪، کشت مغز استخوان ۳۳٪ و ضایعات گرانولوماتوز در بیوپسی مغز استخوان ۸۰٪ و در کبد ۸۸٪ موارد گزارش می‌شود (۵-۳).

PPD در سل منتشر در ۴۰ تا ۵۰٪ موارد مثبت می‌شود (۳و۴). همان گونه که ذکر شد همراه با سل منتشر امکان ابتلای صفاق نیز وجود دارد که براساس بعضی از گزارشها تظاهر بالینی پریتونیت می‌تواند حاد باشد.

معمولاً تعداد سلول موجود در مایع صفاق در حد ۵۰۰ تا ۳۰۰۰ عدد در میکرولیتر می‌باشد و ارجحیت آن با لنفوسیت است. اسمیر AFB بندرت مثبت بوده و کشت مایع در ۲۵٪ موارد مثبت می‌باشد (۲).

در یک مطالعه روی ۲۶ بیمار مبتلا به سل صفاق در ۲۴ مورد لاپاراسکوپی انجام شد که ندولهای سفیدرنگ روی صفاق قابل مشاهده بود و در بررسی نمونه بیوپسی ۷۶٪ این بیماران گرانولوم کازئیفی، ۲۰٪ گرانولوم غیر کازئیفی و ۴٪ نمای غیر اختصاصی گزارش گردید. از این تعداد فقط یک بیمار اسمیر AFB مایع صفاق آن مثبت بود و کشت مایع نیز در ۲ مورد مثبت گزارش گردید (۷).

در مطالعه دیگری روی ۸ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن با علائم تب و درد شکم که غیر قابل افتراق از پریتونیت باکتریال بوده است، ۲ مورد AFB و ۶ مورد کشت مایکو باکتریوم توبر کولوزیس مثبت بوده است (۸).

در بیمار معرفی شده نکته قابل توجه تظاهر بیماری به صورت یک شکم حاد و رنگ چرکی مایع با تعداد سلول نزدیک به $50/000/\text{mm}$ با ۹۵٪ پلی مورفونوکلئر بود که یک یافته غیر معمول در سل صفاق است (۵-۲و۹).

بروز سل صفاق در جهان غرب در حال افزایش است و اغلب نیز بعد از انجام لاپاراتومی برای کشف بدخیمیها تشخیص داده می‌شود و در مورد بیمار ما نیز با توجه به غیر معمول بودن تجزیه مایع

5- Reese R; Betts R, A practical approach to infectious diseases, 4th ed; Boston little brown company, 1996, PP:319-331.

6- Feigin R; cherry J: Textbook of pediatric infectious disease, 4th ed, Philadelphia-Pennsylvania, WB Saunders Com; 1998, PP: 1209-15.

7- Demir K; Okten A; Kaymak S; Tuberculous Peritonitis-reports of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problem, Eur j Gastroenterol; 2001; 13(Supplement): 581-5.

8- Quantrill Sj; Woodhead MA; Bell CE. Peritoneal TB in patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis, Nephrol Dial Transplant; 2001; 16(Supplement): 1024-7.

9- Abraham G; Mathew M; Sekar L. Tuberculosis peritonitis in a cohort of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients, Peri Dial int; 2001; 21(Supplement): PP: 5202-4.

10- Mahdavi A, Malviya V., Herchman Br. Peritoneal TB disguised as ovarian cancer: an emerging clinical challenge, Gynecol on col; 2002, 84(1): 164-70.

11- Mizutani H., Horiba M., Shindon J., A case of TB peritonitis diagnosed by a direct smear of ascitic fluid complicated with an active pulmonary tuberculosis and intestinal TB, Kek kaku, 2001, 76(6): 479-84.

12- Burgess LJ., Swanepoel CG., Taljaard J., The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for peritoneal Tuberculosis, Tuberculosis, 2001, 81(3): 243-80.

DISSEMINATED TUBERCULOSIS PRESENTED BY ACUTE ABDOMEN: AN UNUSUAL CASE REPORT

*M. Talebi Taher, MD*¹

ABSTRACT

Disseminated TB refers to simultaneous involvement of multiple organs like Pleura, Peritoneum, and Meninges. TB peritonitis manifests itself as a serous form with an exudative fluid usually containing 500-3000 cells and lymphocyte is typically predominant. The patient was a 19-year-old Afghan woman who referred to the hospital with acute abdomen. Analysis of peritoneal fluid showed 50,000 cells with 95% PMNS. Smear and culture for mycobacteria were positive. The patient was under antituberculosis drug treatment and she didn't have any problem after 10 months.

Key Words: 1) Miliary tuberculosis 2) TB peritonitis 3) Acute abdomen

D) Assistant professor of Infectious Disease, Firoozgar Hospital, Vali-Asr Ave, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.