

گزارش یک مورد سل لوزالمعده

چکیده

مقدمه: سل یک بیماری نسبتاً شایع در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. سل خارج ریوی محدود به لوزالمعده، بسیار کم گزارش شده است. علایمی مثل درد شکم، تب، عرق شبانه، یرقان و کاهش وزن همراه با توده لوزالمعده، بخصوص در افراد جوان، باید توجه به این بیماری را افزایش دهد.

معرفی بیمار: در این مقاله، خانم ۵۱ ساله با سابقه تب، درد اپی‌گاستر و کاهش وزن از ۲ ماه قبل از مراجعت، گزارش می‌شود که در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکم، توده لوزالمعده وجود داشت. پس از انجام Fine needle aspiration (زیر دید مستقیم سی‌تی‌اسکن و جراحی، تشخیص سل لوزالمعده برای وی مطرح شد. نتیجه‌گیری: بیمار تحت درمان چهار دارویی ضد سل قرار گرفت و علایم بیماری و توده لوزالمعده بهبود یافت.

کلیدواژه‌ها: ۱ - سل لوزالمعده ۲ - اندوسونوگرافی ۳ - نمونه‌گیری با سوزن

*دکتر سید محمدحسین هاشمی I

دکتر محمود محمدی II

دکتر فروغ السادات هاشمی III

تاریخ دریافت: ۸۵/۳/۲۸، تاریخ پذیرش: ۸۵/۸/۱۵

مقدمه

۳۸-۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد، کاهش وزن و کاهش اشتتها، به مدت ۲ ماه، مراجعه کرده بود. سابقه بیماری خاصی را مخصوصاً سل در گذشته ذکر نمی‌کرد. در معاینه فیزیکی، درد مختصر اپی‌گاستر وجود داشت، کبد، طحال و توده شکمی لمس نشد. معاینه قلب و ریه‌ها طبیعی بود.

آزمایشات انجام شده به شرح زیر بود:

WBC: ۸۳۰۰	Bili: ۰/۰۸	نوتروفیل:٪۷۰
Hb: ۱۲/۵	AST: ۵۱	لتفوسيت:٪۲۸
HCT: ۴۱/۵	ALT: ۶۸	منوسیت:٪۲
ESR: ۸۰	ALP: ۳۱۰	(حداکثر طبیعی ۲۹۰)

رادیوگرافی سینه، طبیعی بود.
تست PPD، به اندازه ۱۷ میلی‌متر(مثبت) و تست HIV، منفی بود.

سل شکمی بدون آلوگی ریوی، می‌تواند از مری تا ناحیه مقعد، بخصوص پریتؤئن، کبد، طحال، روده کوچک ناحیه انتهایی(ترمینال ایلئوم و دریچه ایلئوسکال) و غدد لنفاوی مzantrik را گرفتار کند.^(۱)

سل لوزالمعده، بسیار کم می‌باشد و تشخیص آن، بخصوص وقتی محدود به لوزالمعده باشد، توجه کامل می‌خواهد و اغلب، با سرطان لوزالمعده، آبسه، کیست و پانکراتیت مزمن اشتباه می‌شود. در این گزارش، بیماری، با سل لوزالمعده که به صورت توده‌ای در ناحیه سر و قسمتی از تنہ لوزالمعده همراه با گرفتاری غدد لنفاوی مجاور در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن، مراجعه کرده بود، معرفی می‌شود.^(۲-۵)

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۱ ساله‌ای بود که به علت درد اپی‌گاستر، تب

در سونوگرافی شکم، توده هیپوکو در ناحیه سر پانکراس مشاهده شد و کبد و طحال در حد طبیعی بودند.

دوره چهاردهم / شماره ۵۵ / تابستان ۱۳۸۶

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۹۱

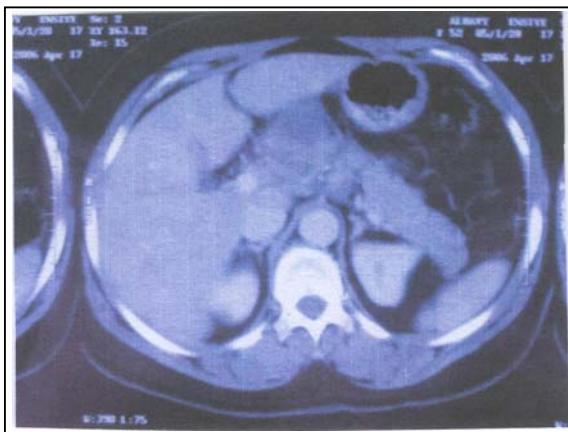
(I) استادیار و فوق تخصص بیماری‌های دستگاه گوارش، کبد و مجاری صفراوی، بیمارستان فیروزگر، میدان ولی‌عصر، خیابان ولدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(II) استادیار و متخصص جراحی عمومی، بیمارستان فیروزگر، میدان ولی‌عصر، خیابان ولدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(III) استادیار و متخصص آسیب‌شناسی، بیمارستان فیروزگر، میدان ولی‌عصر، خیابان ولدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

دز نراسیون که تغییرات نئوپلاستیک را در آنها نمی‌توان رد کرد، بود. به علت عدم تشخیص قطعی، بیمار تحت لپاراتومی قرار گرفت. به گزارش جراح، توده‌ای همراه با نکروز در سر و قسمتی از تنه لوزالمده با امتداد تا نزدیکی ناف کبد همراه با لنفاوپاتی‌های متعدد در اطراف آن دیده شد، سایر نواحی

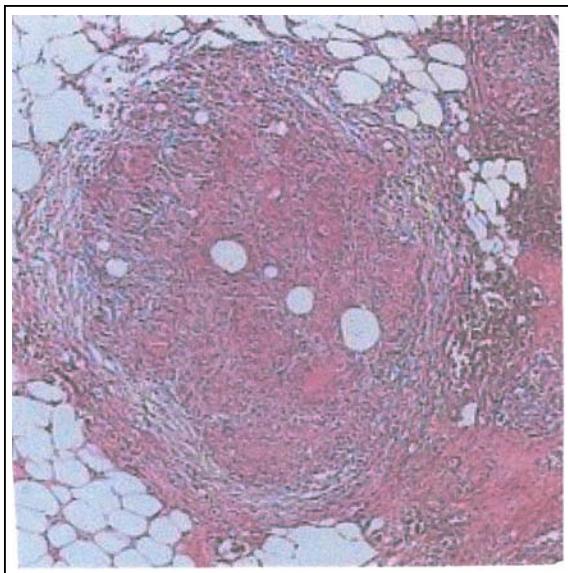
در سی‌تی اسکن شکم با ماده حاجب، توده هتروژن همراه با نکروز در ناحیه سر و نزدیک تنه لوزالمده و توده‌هایی به نفع آدنوپاتی لنفاوی در نواحی اطراف لوزالمده و نزدیک کبد (پره‌پورتاپاتیس) مشاهده شد و سایر نواحی در حد طبیعی گزارش گردیدند (شکل شماره ۱ و ۲).



شکل شماره ۱ و ۲- سی‌تی اسکن شکم با ماده حاجب: توده هتروژن همراه با نکروز در ناحیه سر و نزدیک تنه لوزالمده و توده‌هایی به نفع آدنوپاتی لنفاوی در نواحی اطراف لوزالمده و نزدیک کبد (پره‌پورتاپاتیس)

شکم شامل پریتوئن، کبد و طحال طبیعی بودند و آسیت نیز وجود نداشت. بیوپسی از لوزالمده و غدد لنفی گرفته شد. گزارش نمونه ارسالی به آسیب‌شناسی، ضایعات التهابی همراه با گرانولوم‌های متعدد و نکروز کازئوز به نفع سل بود (شکل شماره ۳ و ۴).

در اندوسونوگرافی (Endoultrasound=EUS)، تومور لوزالمده T2NI گزارش شد. بیمار جهت تشخیص، زیر دید مستقیم سی‌تی اسکن، تحت Fine needle)FNA، قرار گرفت.^(۷) نمونه حاصل، به آزمایشگاه ارسال شد. جواب آسیب‌شناسی، سلولهای التهابی همراه با



شکل شماره ۳ و ۴- آسیب‌شناسی ضایعات التهابی همراه با گرانولوم‌های متعدد و نکروز کازئوز. رنگ‌آمیزی برای باسیل سل، منفی بود.

مرد: ۲۶ نفر زن: ۴۸ نفر
سن متوسط: ۳۷ سال (۱۸-۵۶ سال)
دردهای شکمی بخصوص ناحیه اپیگاستر: ۱۰۰٪
تب و عرق شبانه: ۵۰٪
بی اشتہایی و کاهش وزن: ۷۰٪
یرقان انسدادی: ۳۰٪
آنمی و لکوپنی: ۵۰٪
سدیمانتاسیون بالا (ESR): ۷۰٪
PPD مثبت: ۶۰٪
افزایش آنزیمهای کبدی و آکالالین فسفاتاز: ۵۵٪
توده سر پانکراس در سونوگرافی: ۷۵٪
توده هتروژن در سر و تنہ لوزالمعده با گرفتاری غدد لنفاوی: ۱۰۰٪
کلیسیفیکاسیون نسجی همزمان: ۵۵٪
تشخیص قطعی براساس FNA زیر دید مستقیم CT scan: ۱۰-۸٪ (در بقیه موارد تشخیص قطعی بعد از لاپاراتومی و بیوپسی انجام شده است)
در آسیب‌شناسی در ۷۵٪ موارد گرانولوم به نفع سل، ۳۵٪ نکروز کازئیفیه همزمان، مایکوباکتریوم سل به روش کشت یا PCR حداقل ۴۰-۳۵٪ بوده است.^(۱)
بیماری که گزارش شد، هیچ گونه سابقه سل را ذکر نمی‌کرد؛ بیماری وی، محدود به لوزالمعده و رادیوگرافی سینه، طبیعی بود. در لاپاراتومی، گرفتاری سایر ارگان‌ها مثل پریتوئن، کبد و طحال دیده نشد. تست PPD ۱۷ میلی‌متر (مثبت) بود. در بیوپسی گرفته شده از لوزالمعده و غدد لنفاوی، گرانولوم کازئیفیه به نفع سل گزارش شد.
بیمار تحت درمان چهار دارویی استاندارد (ایزو نیازید، ریفارم پیسین، اتابمبو تول، پیرازینامید) به مدت ۲ ماه و سپس، ایزو نیازید و ریفارم پیسین به مدت ۴ ماه دیگر، قرار گرفت. عوارض دارویی مشاهده نشد. در پیگیری، عالیم کلینیکی و پاراکلینیکی در مدت ۲-۴ هفته از بین رفتند و سی‌تی اسکن ۳ ماه بعد، طبیعی شدن لوزالمعده و غدد لنفاوی را نشان داد.
مدت درمان در گزارشات سل لوزالمعده، ۶ ماه می‌باشد. سل لوزالمعده اغلب با سرطان، آبسه، کیستهای التهابی،

بیمار، تحت درمان با پروتکل استاندارد چهار دارویی (ایزو نیازید، ریفارم پیسین، اتابمبو تول و پیرازینامید) به مدت ۲ ماه و سپس دو داروی ایزو نیازید و ریفارم پیسین به مدت ۴ ماه دیگر قرار گرفت. در پیگیری، عالیم بالینی در کمتر از ۲ هفته و پاراکلینیکی، در حدود ۴ هفته بهبود یافتند و در پیگیری با سی‌تی اسکن، ۳ ماه بعد از شروع درمان، از بین رفتن توده و غدد لنفاوی و طبیعی شدن لوزالمعده مشاهده شد. در مدت درمان، عوارض دارویی مشاهده نشد و پاسخ به درمان خوب بود.

بحث

سل خارج ریوی بدون درگیری ریه، اغلب یک مشکل تشخیصی کلینیکی می‌باشد، بخصوص زمانی که درگیری، در یک عضو غیرمعمول مثل لوزالمعده باشد. لوزالمعده، از نظر بیولوژیکی، در برابر آلدگی به سل محافظت می‌شود که این عامل، احتمالاً مربوط به آنزیمهای آن می‌باشد که از جایگزینی میکروب سل در آن جلوگیری می‌کند.

آلدگی لوزالمعده به سل می‌تواند از طریق خون، به دنبال انتشار عمومی (سل ارزنی) و یا از طریق مجاورت به غدد آلدگی مزانتریک و یا روده مخصوصاً روده کوچک باشد. سل محدود به لوزالمعده، بسیار کم گزارش شده است، بخصوص در افرادی که نقص ایمنی ندارند.^(۲)

در یک بررسی توسط Auerbak، بر روی ۱۶۵۶ بیمار مبتلا به سل حاد منتشر و عمومی، گرفتاری لوزالمعده در ۱۴ مورد گزارش شد. در گزارش دیگر، Bhana sali، گرفتاری محدود به لوزالمعده را ۱۴ مورد از ۳۰۰ مورد سل گزارش کرد. امروزه، با توجه بیشتر به این بیماری، گزارشات بیشتری صورت گرفته است. بررسی مقالات نشان می‌دهد، از سال ۱۹۸۳ تا ۲۰۰۳، ۱۶ مورد از کشور چین و ۵۸ مورد از کشورهای دیگر و در مجموع ۷۴ مورد گزارش شده است.

عالیم بالینی، آزمایشات و روش‌های تشخیصی، در این بیماران [شامل ۲۶ مرد، ۴۸ زن، سن متوسط ۳۷ سال (۱۸-۵۶ سال)] به صورت زیر بوده است:

8- Ozden I, Emre A, Dmir K, Balie C, Poyanli A, Ithan R. Solitary pancreatic tuberculosis mimicking advanced pancreatic carcinoma. *J Hepatobiliary surgery* 2001; 8: 279-83.

9- Rezieg MA, fashir BM, Al Suhaibani H, Al Fadda M, Amin T, Eiaa H. Pancreatic tuberculosis mimicking pancreatic carcinoma: four case reports and review literature. *Dig Dis Sci* 1998; 42: 329-31.

10- Patankar T, Prasad S, Laxminarayan R. Diabetes mellitus: An uncommon manifestation of pancreatic tuberculosis. *J Assos Physician India* 1999; 47: 938-90.

پانکراتیت مزمن و تومورهای رتروپریتوئن اشتباه می‌شود. توجه به نکات زیر می‌تواند در تشخیص کمک کننده باشد:^(۷-۱۰)

۱- بیشتر در افراد جوان و خانم‌ها دیده می‌شود، در صورتی که سرطان، بیشتر در سنین بالا و آقایان رخ می‌دهد.

۲- بعضی بیماران، سابقه سل قبلی را ذکر می‌کنند و اغلب از نواحی اندامیک مراجعه می‌کنند.

۳- اغلب با درد اپیگاستر، تب، عرق شبانه و کاهش وزن مراجعه می‌کنند.

۴- سونوگرافی و سی‌تی اسکن، توده هتروژن لوزالمعده با گرفتاری غدد لنفی مجاور را نشان خواهد داد که در نیمی از موارد، همراه کلسفیکاسیون نسجی است.

۵- FNA در تعداد کمی از بیماران به تشخیص می‌رسد و در اکثر بیماران به لایکرتومی نیاز می‌باشد.

فهرست منابع

1- FengXia, Ronni tung-pinn poon, Shu Guang Wang, Ping Bie, Xue Quan Huang, Jia Hong Dong. Tuberculosis of pancreas and peripancreatic lymphnodes in immunocompetent patients. *Wolrd J of Gastroenterol* 2003 Jun; 9(6): 1361-4.

2- Babu RD, John V. Pancreatic tuberculosis: Case report and review of the literature. *Trop Gastroenterol* 2001; 22: 213-4.

3- Tura M, Sen M, Koyunsu A, Aydin C. Pancreatic pseudotumor due to peripancreatic tuberculous lymphadenitis. *Pancreatology* 2002; 2: 561-4.

4- Sanabe N, Ikematsu Y, Nshiwaki Y, Kida H, Murohisa G, Ozawa T. Pancreatic tuberculosis. *J Hepatobiliary pancreas Surg* 2002; 9: 515-18.

5- Shan YS. Surgical resection of isolated pancreatic tuberculosis presenting as obstructive jaundice. *Pancreas* 2000; 21: 100-1.

6- Rias AA, Singh A, Robshaw P, Ista AM. Tuberculosis of the pancreas diagnosis with needle aspiration. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 303-4.

7- Kouraklis G, Glinavou A, Karayannakis A. Primary tuberculosis of the pancreas mimicking a pancreatic tumor. *Int J Gastrointest Cancer* 2001; 29: 151-4.

Pancreatic Tuberculosis: A Case Report

^I
*S.M.H. Hashemi, MD

^{II}
M. Mohammadi, MD

^{III}
F.S. Hashemi, MD

Abstract

Introduction: Tuberculosis is a common disease in developing countries. Extra pulmonary tuberculosis with involvement of pancreas is rare. Abdominal pain especially in epigastrium, fever, night sweat, jaundice and weight loss with pancreatic mass especially in young people is suggestive of pancreatic tuberculosis.

Case Report: We report a 51 year old lady with fever, epigastric pain and weight loss from 2 months prior to admission. On sonography and abdominal CT scan a mass lesion was seen in head and body of pancreas with lymph node involvement. Workup with CT guided BX of pancreatic tissue and laparatomy was done. Pathologic report showed granulomatous lesion with caseous necrosis in pancreatic lesion and lymph nodes compatible with tuberculosis.

Conclusion: Patient was put on 4 anti tuberculosis therapy; response was good. Patient improved.

Key Words: 1) Pancreatic tuberculosis 2) E.U.S(Endosonography)

3) F.N.A(Fine Needle Aspiration)

I) Assistant professor of Internal Medicine, Gastroenterologist, Firoozgar Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Assistant Professor of Surgery, General Surgeon, Firoozgar Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

III) Assistant professor, Pathologist, Firoozgar Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.