● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شمارهٔ ۲، فروردین – اردیبهشت ۱۳۸۵، صفحه ۸۳-۸۰
دریافت: ۸۳/۳/۱۰، پذیرش: ۸۳/۹/۱۱

گزارش یک مورد سل منفرد معده

شهریار سمنانی[1*]، بهناز خدابخشی[2]، محمدرضا فاضلی[3]، رامین آذرهوش[4]، وحیده کاظمی نژاد[4]

۱-استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۲- استادیار گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۳- استادیار گروه میکروبیولوژی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۴- استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

سابقه و هدف: بیماری سل یکی از معضلات عمده بهداشتی جهان و کشور ما می‌باشد که با وجود شناخته شدن باسیل کخ بعنوان علت بیماری از دیرباز، فرمهای نادر و عجیب آن هنوز از مشکلات تشخیصی در تمام دنیا می‌باشد.
گزارش مورد: خانم ۲۰ ساله ای است که بدلیل درد شکم با ماهیت زخم پپتیک و کاهش وزن مراجعه کرده بود. وی از ٤ماه قبل از مراجعه با تشخیص زخم پپتیک تحت درمان‌های متفاوت از جمله درمان برای هلیکوباکترپیلوری قرار گرفته بود. بدلیل عدم پاسخ به درمان‌های انجام شده برای وی اندوسکوپی همراه با بیوپسی انجام شد. در اندوسکوپی ضایعهٔ وژتاتیواولسره با ظاهر بدخیم مشاهده شد که از آن بیوپسی بعمل آمد. در بیوپسی واکنش گرانولوماتوز بدون علائم بدخیمی منطبق با TB گزارش گردید. بیمار تحت درمان با داروهای آنتی TB به مدت شش ماه قرار گرفت. در پایان ماه دوم مجدداً بیمار تحت آندوسکوپی قرار گرفت .هیچگونه آثار زخم یا دفرمیتی وجود نداشت. درمان بیمار ادامه یافت. بیمار ۵ کیلوگرم اضافه وزن پیدا کرد و کاملاً بدون علامت شد.
نتیجه گیری: سل منفرد معده بدون درگیری ریوی و بدون وجود نقص ایمنی نیز در مناطق آندمیک دیده می شود.
واژه های کلیدی: *سل، سل معده.*

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شمارهٔ ۲، فروردین - اردیبهشت ۱۳۸۵، صفحه ۸۳-۸۰

مقدمه

بیماری سل یکی از عفونت های شایع در ایران می باشد. با گذشت سالها از شناخت بیماری و راههای پیشگیری از آن، متاسفانه بروز بیماری همچنان سیر صعودی را طی می‌کند و بنظر می رسد کنترل آن در کشورهای در حال توسعه دست نیافتنی باشد. سل هر ساله منجر به مرگ ۳ میلیون نفر در جهان می‌شود،تخمین زده می شود که در صورت ضعف در اقدامات کنترلی، در سال ۲۰۲۰-۲۰۰۰ یک بیلیون (میلیارد) فرد آلوده یافت شود که ۲۰۰ میلیون آنها بیمار خواهند شد و ۳۵ میلیون نفر از سل خواهند مرد .به طور کلی یک‌سوم مردم دنیا آلوده به این باسیل می‌باشند اما همه افراد آلوده بیماری کلینیکی را بروز نمی‌دهند. با بهبودی راههای تشخیصی، گزارش غیر معمول این بیماری در حال افزایش است. درگیری خارج ریوی در ۱۵-۱۰درصد افراد معمولی و ۷۰-۵۰ درصد افراد مبتلا به ایدز گزارش شده است(۱). اتوپسی بیماران سلی قبل از پیشرفت درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب دال بر گرفتاری ریه در ۹۰-۵۵درصد موارد بوده است. این همراهی بعد از درمان مؤثر کمتر دیده می‌شود و در حال حاضر کمتر از ۲۵درصد موارد سل شکمی عکس سینه غیرطبیعی دارند(۱). هر قسمتی از دستگاه گوارش می‌تواند گرفتار شود اما ایلئوم و کولون از همه شایع‌تر و معده و مری از همه نادرترند. سل معده در کمتر از ۱-۰/۲ درصد موارد گزارش شده است (۲) و در موارد بدون درگیری ریوی به صورت انگشت‌شمار در قالب گزارش مورد وجود دارد. بدلیل وجود علائم غیراختصاصی اغلب این بیماران تا تشخیص قطعی راه درازی را طی می‌کنند و اغلب تشخیص سل برای پزشکان معالج آن‌ها غیرمنتظره می‌باشد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.14.0]

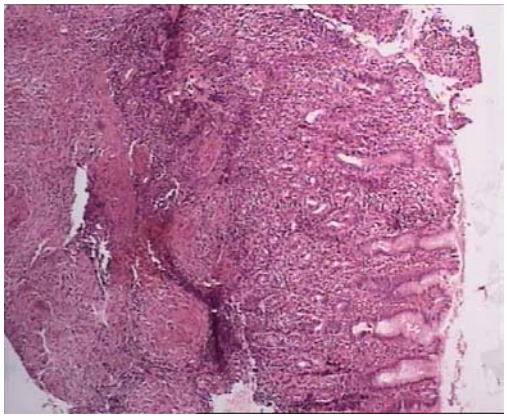
گزارش مورد

خانم ۲۰ساله اهل گنبد که در اردیبهشت ۸۲ با درد اپی گاستر مقاوم به درمان از حدود ۴ ماه قبل به کلینیک گوارش مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان مراجعه کرده بود. درد اپی‌گاستر با گرسنگی تشدید و با خوردن غذا کاهش می‌یافت، در طول این مدت تحت درمان‌های متفاوتی از جمله درمان جهت هلیکوباکترپیلوری قرار گرفته بود. اما درد شدیدتر شده و کاهش وزن قابل توجهی (۸ کیلوگرم در طول ۴ ماه) نیز پیدا کرد. بیمار شکایتی از سوزش سردل، تهوع و استفراغ، هماتمز و ملنا نداشت. سابقه ای از مصرف سیگار و یا مواد مخدر نمی داد. در سابقه خانوادگی بیمار نیز نکته قابل توجهی وجود نداشت. معاینه فیزیکی کاملاً نرمال بود، در بررسی پاراکلینیکی و باریم میل نتایج زیر به دست آمد:

CBC,diff	LFT	
WBC = 8350/microliter	T.Bil = 0.6 mg/dl	Blood urea=38 mg/dl
Poly = 73%	D.Bil= 0.1 mg/dl	Creat = 0.9 mg/dl
Lym = 20%	AST = 27 IU/L	LDH = 150 U/L
mono = 2%	Alkp = 200 IU/L	Wright = Negative
Eos = 2%	ALT = 30 IU/L	HIVAb=Negative
Band cell = 3%		FBS = 84 mg/dl
MCV = 80.3 fl		CRP = 1+
MCH = 27 pg		ESR = 22 mm/h
Hb = 12.5 gr/dl		
HCT = 37%		
RBC = $4.6*10^6$/microliter		

باریم میل مری نرمال و معده کمی متسع و علائم دال بر وجود اسپاسم همراه با ضخیم‌شدگی چین‌های مخاطی و نامنظمی آنها در ناحیه آنترال و کناره‌های آن را نشان می داد. رادیو گرافی ریه نیز طبیعی بود. در سونوگرافی کبد و طحال و کلیه‌ها کاملاً نرمال بوده و آثاری از آدنوپاتی داخل شکمی یا مایع دیده نشد. در آندوسکوپی هیپرتروفی چین‌های مخاطی همراه با یک ضایعه پولیپوئید و اولسراتیو بابعاد ۳/۳ سانتی‌متر در ناحیه آنتروم با ظاهر بدخیم گزارش شد که بیوپسی از آن بعمل آمدو بیمار بدلیل مثبت بودن تست اوره‌آز تحت درمان هلیکوباکترپیلوری نیز قرار گرفت. نتایج بیوپسی ضایعه، واکنش گرانولوماتوز شامل انفیلتراسیون سلولهای لنفوسیت، هیستوسیت‌های اپیتلوئید و سلولهای لانگرهانس همراه با اولسراسیون سطحی بود. رنگ‌آمیزی زیل نلسون لام از نظر باسیل اسید فاست منفی بود ولی گاستریت گرانولوماتوز منطبق با TB گزارش گردید(عکس ۱).

بیمار تحت درمان ۴ دارویی استانداردTB(ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول) به مدت دوماه قرار گرفت و در پایان ماه دوم تحت اندوسکوپی مجدد قرار گرفت. در اندوسکوپی کنترل هیچ گونه آثاری از زخم یا دفرمیتی در محل آنتروم دیده نشد و مخاط معده کاملاً سالم بود. در طی این مدت بیمار ۵کیلوگرم اضافه وزن پیدا کرد و علائم وی برطرف شد. اندوسکوپی مجدد در پایان درمان ششماهه(دو ماه چهار دارویی وچهار ماه دو دارویی) نیز طبیعی بود.



عکس ۱. نمای میکروسکوپی بیوپسی معده بیمار (سل معده) که نمایانگر التهاب مزمن گرانولوماتو در مخاط و زیر مخاط می‌باشد (رنگ آمیزی هماتوکسیلین – ائوزین)

بحث و نتیجه گیری

همانطور که ذکر شد سل معده به صورت منفرد نادر است و تنها ۲-۰/۱درصد بیماران با سل گوارشی مبتلا به سل معده می باشند(۲). به دلیل تنوع در علائم کلینیکی تشخیص بیماری مشکل می باشد. گزارشاتی از سل منفرد معده وجود دارد که با تب با منشاء ناشناخته، کارسینوم معده ، انسداد مجرای خروجی معده بوده است(۶-۳).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.14.0]

Amarapurkar و همکاران پنج مورد از سل معده را بدون وجود نقص ایمنی یا درگیری ریوی گزارش نمودند. در سه بیمار علائم انسداد مجرای خروجی معده وجود داشت که به همین دلیل تحت عمل جراحی تشخیصی قرار گرفتند و در دو مورد دیگر محل اتصال مری- معده درگیر بود. همه بیماران به درمان استاندارد به خوبی پاسخ دادند. در این گزارش تاکید شده که در صورت وجود علائم انسداد مجرای خروجی معده یا شواهد التهابی مزمن منتشر معده هنگام اندوسکوپی، سل معده در تشخیصهای افتراقی مطرح گردد(۷). این محققین همچنین خانم ۳۲ سالهای را که با درد اپی‌گاستر، تهوع و استفراغ و کاهش وزن شدید مراجعه نموده بود و رادیوگرافی سینه، تستهای عملکرد کلیوی و کبدی همه نرمال بودند را مورد بررسی قرار داده و با آندوسکوپی معده و بیوپسی ضایعه، سل معده تشخیص دادند(۷).

Ghoshal و همکاران مرد ۳۲ ساله ای را با سابقه درد اپی‌گاستر از دوسال قبل گزارش کردند. درد بیمار هنگام خالی بودن معده تشدید و با خوردن غذا بهتر می‌شد. بلع باریم نشان‌دهندهٔ زخم مزمن دئودنوم بود که با Lansoprazole ۳۰ میلی‌گرم روزانه بهبودی نسبی پیدا می کرد. سپس بیمار مورد گاسترودئودنوسکوپی قرار گرفت که زخم پره‌پیلوریک و انسداد پیلور گزارش شد. با تشخیص پپتیک اولسر خوش‌خیم و انسداد پیلور ،واگوتومی ترانکال و پوستریور گاستروژژنوستومی انجام شد.

بیوپسی التهاب لنفومونوکلئر بدون شواهد بدخیمی را نشان داد. تست مانتو ۷×۷ میلی‌متر بود.گره لنفاوی سوپراکلاویکولار نیز قابل لمس شد که در بیوپسی، هیستولوژی سلولهای اپی‌تلیوئید همراه با نکروز کازئوز و سلولهای غول آسای لانگرهانس غول آسا را نشان داد. بدلیل تاخیر تشخیصی، سل معده به غدد لنفاوی گسترش یافته بود(۸).

Mathis و همکاران خانم ۷۰ ساله ای را با سل معده گزارش کردند که همراه با اسپوندیلیت سلی بود(۹). Nussinson و همکاران، خانم ۵۵ ساله ای را با علائم درد شکم و انسداد دهانه خروجی معده گزارش کردندکه در آندوسکوپی گرانولوم بدون باسیل اسید فاست داشت. در مایع معده باسیل اسید فاست یافت شدوکشت مایع لاواژ معده از نظر سل مثبت بود. بیمار به درمان ضد سل به خوبی پاسخ داد(۲).

Chowdharg و همکاران ۲ مورد سل معده را گزارش کردند، که در یک مورد با فیستول معده- ریوی همراه بود(۱۰).

سل معده با زخمهای عمیق و بزرگ متعدد تظاهر می‌کند که به طور عمده روی انحنای کوچک انتروم یا در ناحیه پیلور دیده می‌شود. ممکن است معده به صورت منتشر هم درگیر شود و حدود نامنظم بخود بگیرد و یا ممکن است شبیه به لینیت پلاستیکا و یا کارسینوم معده شود در موارد پیشرفته ممکن است فیستولهای متعدد نیز دیده شود(۱۱). از عوامل موثر بر نادر بودن سل معده می توان به وجود اسیدکلریدریک در لومن معده ، کمبود بافت لنفوئید و حرکات فعال معده اشاره کرد(۳). دلیل دیگری که برای نادر بودن بیماری می توان ذکر کرد تاخیر در تشخیص سل معده و یا عدم تشخیص آن می‌باشد.

در پایان با توجه به شیوع بالای سل در استان گلستان و مشابه بودن علائم سل معده با بیماریهایی نظیر زخم پپتیک وبدخیمی ها پیشنهاد می شود این بیماری در تشخیص افتراقی بیماران با علائم دستگاه گوارش فوقانی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر شهریار علیزاده بخاطر راهنمائی و تجربه و خانم لاله شریفی بخاطر تایپ سپاسگزاری می‌شود.

****

References

1. Uygur Bayramicli O, Dabak G, Dabak R. A clinical dilemma: abdominal tuberculosis. World J Gastroenterol 2003; 9(5): 1098-101.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.14.0]

2. Nussinson E, Segol O, Landman Merdler L,Trougouboff P. Primary gastric tuberculosis. Harefuah 1995: 129(5-6): 183-5.

3. Salpeter SR, Shapiro RM, Gasman JD. Gastric tuberculosis presenting as fever of unknown origin. West J Med 1991; 155: 412-3.

4. Okoro EO, Komolafe OF. Gastric tuberculosis: unusual presentations in two patients. Clin Radiol 1999; 54(4): 257-9.

5. Woudstra M, Van Tilburg AJ, Tjen JS. Two young somalians with gastric outlet obstruction as a first manifestation of gastro duodenal tuberculosis. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9(4): 393-5.

6. Lin OS, Wu SS, Yeh KT, Soon MS. Isolated gastric tuberculosis of the cardia. J Gastroenterol Hepatol 1999; 14(3): 258-61.

7. Amarapurkar DN, Patel ND, Amarapurkar AD. Primary gastric tuberculosis, report of 5 cases. BMC Gastroenterology 2003; 3: 6.

8. Ghoshal UC, Guha D, Bandyopadhyay S, et al. Gastric adenocarcinoma in a patient re-infected with H. pylori after regression of MALT lymphoma with successful anti- H. pylori therapy and gastric resection: a case report. BMC Gastroenterol 2002; 2: 6.

9. Mathis G, Dirschmid K, Sutterlutti G. Tuberculous gastric ulcer. Endoscopy 1987; 19(3): 133-5.

10. Chowdharg GN, Dawar R, Misra MC. Coexiting carcinoma & tuberculosis of stomach. Indian J Gastroenterol 1999; 18: 179-80.

11. Suekane H, Lida M, Kuwano Y, Kohrogia N, Yao T, Iwashita A, Fujishima M. Diagnosis of primary early gastric lymphoma. Use fuleness of endoscopic murosal resection for histologic evaluation. Cancer 1993; 71 (4): 1207-13.

* آدرس نویسنده مسئول: گرگان، بیمارستان ۵ آذر، بخش عفونی، تلفن: ۰۱۷۱-۲۲۴۰۴۳۵

shsemnani@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.14.0]