

سل مری، گزارش سه مورد

دکتر رحیم آفازاده* - دکتر میترا عاملی**

خلاصه:

موارد گزارش شده ضایعات ناشی از سل در مری بسیار نادر هستند. در این گزارش سه بیمار مبتلا به زخم ناشی از سل در مخاط مری، طی یک مطالعه بر روی ۲۹ مورد سل لوله گوارش معرفی می‌شوند. بیمار اول به علت تب و لرز بستری شد، سوزش پشت جناغ، دیسفاژی و ادینوفاژی خفیفی داشت. بیمار دوم به علت فیستول گردانی مراجعه کرد که فیستول مری در فیستولوگرافی وی تأیید شد. بیمار سوم با تب، دیسفاژی و آبسه ترقوهای راست بستری شد. در هر سه بیمار بعد از معاینه، آزمایش‌ها انجام شد و رادیوگرافی قفسه سینه و بررسی با آندوسکوپی به عمل آمد، در بیمار اول در انتهای مری و در بیمار دوم و سوم در ابتدای مری اولسر مشاهده شد. مخاط مری در اطراف فیستول ملتهب و شکننده بود. بیوپسی از اولسر در هر سه بیمار صورت گرفت و التهاب مخاطی با ضایعه گرانولومی گزارش شد. رنگ‌آمیزی از نظر باسیل اسیدفات است در هر سه مثبت بود. در هیچ‌کدام از سه بیمار سل فعال ریوی وجود نداشت و هر سه به درمان ضد سل جواب دادند.

مقدمه:

خون و ادرار منفی گزارش شد. رادیوگرافی از قفسه سینه ضایعه فعال ریوی را نشان نمی‌داد سونوگرافی شکم به جز مختصراً بزرگی پرتوستات و باقی‌مانده ادرار در مثانه طبیعی بود، لنف نودهای پاراآورتیک مشاهده نشد. نتیجه تست مانتو و HIV Antibody HIV منفی بود. در آندوسکوپی فوقانی اولسری به ابعاد 10×10 میلی‌متر با حاشیه متورم در انتهای مری داشت. بیوپسی به عمل آمد، که جواب اولسر مخاطی بعلاوه ضایعه گرانولومی و مقادیر زیادی باسیل اسیدفات است مطابق با توبرکولوز گزارش شد. (شکل ۱ و ۲)

درمان با رژیم معمول ضد سل شروع شد، دو هفته بعد تب کاملاً قطع و بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. چند هفته بعد، نتایج آزمایشگاهی تغییر نشان داد هموگلوبین از $9/5$ به $13/8$ گرم در دسی‌لیتر و سرعت رسوب گلوبولی از 70 و 102 به 30 رسیده بود. بیمار در حال حاضر خوب است. دوره درمان ضد سل هنوز پایان نیافته است.

معرفی بیمار دوم:

مرد ۷۸ ساله‌ای با فیستول گردانی مراجعه کرد. بیمار از نظر علائم حیاتی وضعیت پایداری داشت. در معاینه قلب و ریه طبیعی بود، در شکم کبد و طحال لمس نشد. معاینه اندام‌ها طبیعی بود. نتیجه رادیوگرافی از قفسه سینه غیرطبیعی بود، ولی ضایعه فعال ریوی را نشان نمی‌داد. نتیجه تست مانتو مثبت بود. فیستولوگرافی انجام شد، که فیستول مورد تأیید قرار گرفت. آندوسکوپی فوقانی به عمل آمد، اولسری به اندازه تقریبی 8×10 میلی‌متر در ابتدای مری زیر اسفنکتر کریکوفارنزیال مشاهده و بیوپسی گرفته شد، که گرانولوما گزارش گردید، آزمایش مستقیم و کشت باسیل اسیدفات را نشان می‌داد، بیمار به درمان ضد سل جواب داد.

توبرکولوز لوله گوارش و شکم ششمین نوع شایع سل خارج ریوی است.^(۱) تظاهرات خارج ریوی سل در ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران غیرمبتلا به HIV مشاهده می‌شود، و نیز در ۵۰ درصد بیماران مبتلا به ایدز در صورت ابتلا به سل، تظاهر خارج ریوی وجود دارد.^(۲) در این مطالعه پس‌نگر از اواسط سال ۱۳۵۸ تا اواسط ۱۳۷۵ از میان بیماران مراجعه‌کننده سربایی و یا بستری در بخش گوارش، با شکایات مختلف، در ۲۹ مورد تشخیص سل لوله گوارش مورد تأیید قرار گرفت که ۳ نفر از آنان به سل مری مبتلا بودند؛ ما در اینجا شرح حال بیماران را گزارش می‌کنیم.

معرفی بیمار اول:

بیمار مرد ۸۲ ساله‌ایست که به علت تب و لرز که از دو هفته قبل از مراجعة آغاز و به تدریج شدت یافته بود، بستری گردید. سوزش پشت جناغ، دیسفاژی و ادینوفاژی خفیفی چند هفته قبل از بستری آغاز شده بود. بیمار لتاژیک بود، توکسیک به نظر می‌رسید و تسبدار بود. علائم کم‌خونی را داشت، لنفادنویاتی لمس نشد، معاینه قلب و ریه طبیعی بود. در معاینه شکم کبد و طحال به دست نمی‌خوردند. در اندام‌ها ادم گوده گذار داشت.

پاسخ‌های آزمایشگاهی

شمارش گلوبول‌های سفید 5300 هموگلوبین $9/5$ گرم در دسی‌لیتر ($MCH = 24/5$)، سرعت رسوب گلوبولی 70 در ساعت اول و 102 در ساعت دوم، آنژیم‌های کبدی U/L $AST = 39$ ، $ALT = 36 U/L$ الکالن فسفاتاز $387 U/L$ ($290 - 110$ نرمال)، ازت اوره خون، کره آتنین و آزمایش کامل ادرار طبیعی بودند. نتیجه کشت

معرفی بیمار سوم:

مرد ۷۱ ساله‌ای به علت تب و دیسفاژی که حدود یک ماه قبلاً از مراجعت شده بود و وجود لنفاد نوباتی در بالای ترقوه بستره شد. در معاینه تسبدار بود، لاندانوباتی دیگری لمس نشده، معاینه قلب و ریه طبیعی بود، در معاینه شکم کبد و طحال قابل لمس نبودند.

پاسخ‌های آزمایشگاه

هموگلوبین ۹/۱ گرم در دسی‌لیتر، سرعت رسوب گلولی ۱۲۰ تیسته‌های کبدی ALP، ALT، AST طبیعی بودند. کره آتنین در هنگام بستره ۶/۴ میلی‌گرم در ۱۰۰ بود، که احتمالاً ناشی از ATN به دنبال مصرف آنتی‌بیوتیک نفروتوگریک بود.

نتیجه رادیوگرافی

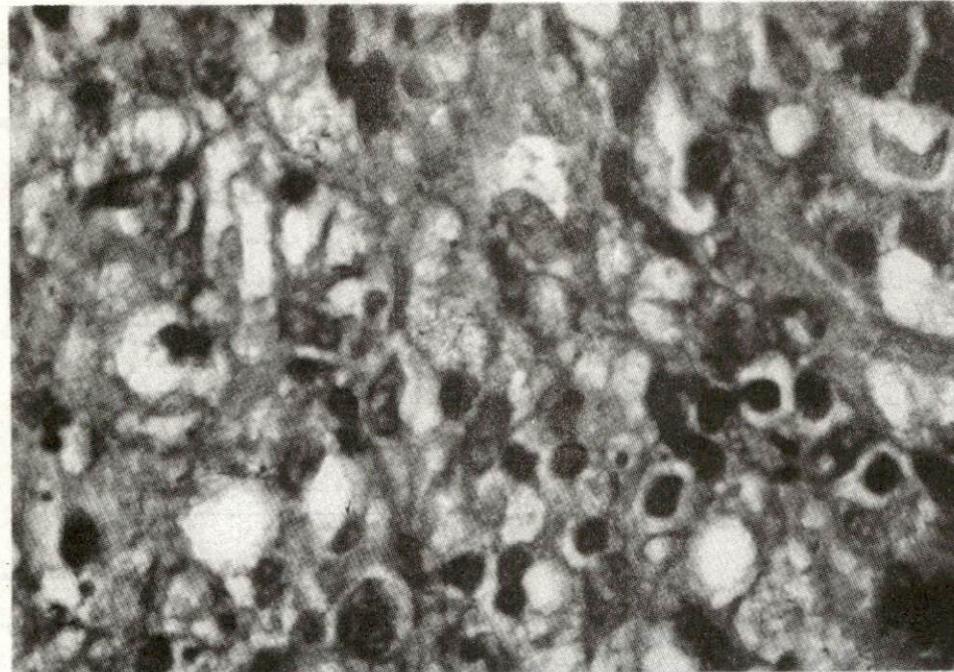
قفسه سینه طبیعی بود. در لنفادنوباتی فوق ترقوه‌ای آبسه تشکیل شده بود، که تخلیه شد. در آندوسکوبی فیستولی در ثلث فوقانی مری مشاهده شد که مخاط اطراف آن ملتهب و شکننده بود، بیوپسی گرفته شد، گرانولوما گزارش گردید. نتیجه کشت از نظر میکوپاتریوم توبرکولوزیس مثبت بود. یک هفته بعد از شروع داروی ضد سل تب کاهش یافت و پس از هفته دوم قطع شد. هموگلوبین از ۹/۱ به ۱۱/۹ و سرعت رسوب گلولی از ۱۲۰ به ۹۰ رسید. کراتینین طبیعی شده بود. بیمار با حال عمومی نسبتاً خوب مرخص شد.

بحث

سل مری سابقاً به ندرت تشخیص داده می‌شد، ولی اسروروزه به دلیل محدود بودن تشخیص با آندوسکوبی و نیز اپیدمی ایدز، موارد گزارش شده، افزایش یافته است. طی یک بررسی از سال ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۸ در مناطق آسیا، آفریقا و آمریکا بر روی ۵۹۶ بیمار مبتلا به سل شکمی ۲۹۷ بیمار به سل لوله گوارش مبتلا بودند و فقط یک مورد ابتلا به سل مری وجود داشت.^(۴-۸)

در حالی که در مطالعه ما بر روی ۲۹ بیمار مبتلا به سل لوله گوارش سه

* Acute Tubular Necrosis : ATN -



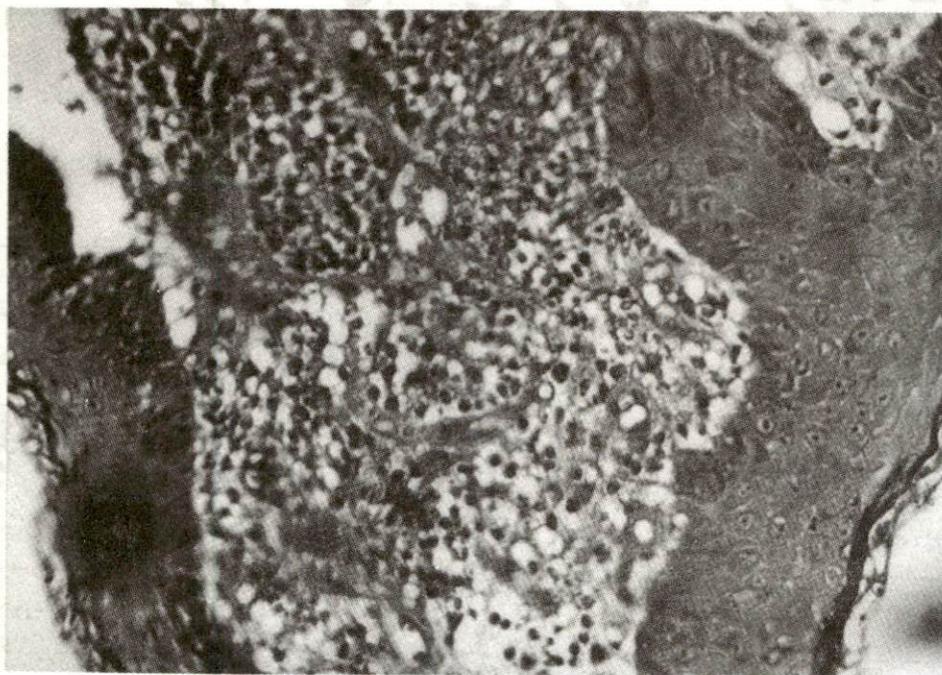
شکل ۱: رنگ‌آمیزی از نظر باسیل اسیدفاست

بیمار مبتلا به سل مری بودند که اختلاف قابل توجه است. در گزارش دیگری سل مری در (۰/۲۰ درصد) از موارد سل گزارش شده است.^(۹) این از دیگر به احتمال به علت مسائل گوارشی است که بیماران داشتند و به این مرکز مراجعه کردند. تشخیص سل مری غالباً با یافتن سل در نقطه دیگری از بدن مقدور است ولی در هیچکدام از این سه بیمار ظاهر بالینی در ناحیه دیگری جز مری مشاهده نشد. رادیوگرافی قفسه سینه نیز در هیچکدام از سه بیمار مبتلا به سل مری نشانده‌نده ضایعه فعال ریوی نبود. در دو بیمار تست مانتو منفی بود.

مری غالباً از طریق انتشار مستقیم از بافت‌های مجاور چون گره‌های لنفاوی مدیاستن و یا ریه مبتلا می‌شود، و ابتلا مری بدون ضایعه فعال در نقطه دیگری از بدن بیمار نادر است.^(۱۰)

شایع‌ترین ظاهر سل مری دیسفاژی، اودینوفاژی، آسپیراسیون به دلیل فیستول برنکوازوفاژیال یا تراکنوزاوفاژیال و همانز خفیف است.^(۱۰) در ازوفاگوگرام ممکن است به صورت ازوفاژیت اولسراطیو، تنگی، تودهای پسودوتومورال، دیورتیکول و فیستول دیده شود. هیچکدام از یافته‌های فوق برای سل مری اختصاصی نیستند و در سایر بیماری‌های مری از جمله ضایعات بدخیم نیز دیده می‌شوند. سل فعال ریه غالباً سل مری را همراهی نمی‌کند و تست مانتو می‌تواند منفی باشد، لذا ارزش تشخیصی چندانی ندارد. رادیوگرافی از قفسه سینه و سی‌تی اسکن فقط به تشخیص بیماری همراه کمک می‌کنند. روش تشخیصی انتخابی آندوسکوبی، بیوپسی و کشت است که در بیماران ما انجام شده است و

شکل ۲: نسج مری و ضایعه گرانولومی



در بیماران مانند اینها از نوع غیرکارزئیفیه بوده که در زیر مخاطر مری دیده شده است. در حدود ۹۰٪ بیماران به درمان طبی ضد سل با همان رژیم معمولی پاسخ می‌دهند، جراحی در صورت بروز عوارض که غالباً ناشی از عدم تشخیص در زمان مناسب است، پیشنهاد می‌شود. برخی گزارش‌ها استرتوئید را در سه ماه اول درمان جهت کاهش فیبروز در خلال ترمیم بافتی و کاهش احتمال تنگی یا انسداد پیشنهاد می‌کنند.

* - استاد دانشگاه علوم پزشکی شهریار بهشتی / بیمارستان طالقانی
** - فلوی گوارش / بیمارستان طالقانی

References:

- 1- Marshall, JB. Tuberculosis of the GI tract and peritoneum. Am J Gastroenterology. 1993, 88, 98-99
- 2- Goldman KP., AIDS and Tuberculosis. Tubercle 1988, 69 : 71-72
- 3- Mechta JB. et al. Epidemiology of extrapulmonary Tuberculosis : A Comparative analysis with pre AIDS sera. Chest 1991; 99: 1134-8
- 4- Khmach OE, et al. GI Tuberculosis, retrospective review of 109 cases in a district general hospital. Qs Med 1985, 56 ; 569-78
- 5- Palmer KR, et al. Abdominal Tuberculosis in Urban Britain : A common disease Gut 1985, 29: 1296-1305
- 6- Sherman et al. Tuberculosis enteritis and peritonitis. Report of 36 general hospital cases Arch. Intern Med 1980, 140: 506-8
- 7- Jakabowski A, et al. Clinical features of abdominal tuberculosis. J Infect Dis 1988, 158 : 687-92
- 8- Das P, Shukla H.S. Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis Br J Surg 1976, 63: 941-6
- 9- Lockard IB. Esophageal Tuberculosis. A critical review. Laryngoscop 1913, 23 : 548-61
- 10- DOW CS. Esophageal Tuberculosis. Four Cases. Gut 1981, 22, 234-6

بیوپسی و آناستوموز مجرای صفراء و ززنوم انجام شد.

در بررسی‌هایی در پاتولوژی که از چهار قطعه نمونه‌های برداشته شده بولیپوئید شکل، پابیلاری آدنوکارسینوم مجرای صفراء تهیه شده است سلول‌های Malignant در ابی‌تلیوم دیده می‌شدند که منظره ایجاد کردند (عکس صفحه ۲۷) تشخیص پاتولوژی: پابیلاری آدنوکارسینوم مجرای صفراء

پاسخ سوال طبی: تشخیص شما چیست؟ (نقل از صفحه ۲۷):

بعداز ERCP با احتمال سنگ مجرای صفراء و یا تومور، بیمار پابیلوتومی شد و سعی شد ضایعه با باسکت گرفته شود که امکان بذیر نبود. لذا بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت، سه عدد ضایعه بولیپوئید داخل CBD بود که از پشت، به اطراف چسبندگی داشت و امکان برداشتن نبود و