

گزارش تظاهر سل خلف صفاقی به شکل پسودوتومور در یک دختر ۱۸ ساله

دکتر سیدرضا فاطمی^{۱*}، دکتر امیرهوشنگ محمدعلیزاده^۲، دکتر بتول رحیمی^۳، دکتر رحیم آقازاده^۴، دکتر محمدرضا زالی^۴

^۱ فلوی فوق تخصص گوارش، بخش گوارش و کبد بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ دانشیار، بخش گوارش و کبد بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ استاد، بخش پاتولوژی بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۴ استاد، بخش گوارش و کبد بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه

بیمار دختری است ۱۸ ساله، با شکایت دردهای کرامپی شکم همراه با تهوع و استفراغ که از حدود ۴ ماه قبل شروع شده است. دردهای بیمار به تدریج افزایش پیدا کرده و در طی این مدت حدود ۵-۴ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. در معاینات به عمل آمده، درد خفیف همراه توده با حدود نامشخص در اطراف ناف وجود داشت. در بررسیهای انجام شده در آندوسکوپی فوقانی برجستگی مخاطی همراه توده نکروتیک در فاصله قسمت دوم و سوم روده باریک دیده شد. در ترانزیت روده باریک قطع عبور ماده حاجب بین قسمت دوم و سوم روده باریک دیده شد؛ جهت بررسی بیشتر، Spiral CT شکم انجام شد که توده بزرگ خلف صفاقی با گسترش به رودهها دیده شد.

در بررسی پاتولوژیک، گرانولوم کلسیفیه مطابق با سل گزارش شده که با رنگ آمیزی Ziel Neelsen و PCR مورد تأیید قرار گرفت. گوارش، ۱۳۸۳؛ سال نهم:

۴-۱۲۲

واژه‌های کلیدی: خلف صفاقی، سل، پسودوتومور

مقدمه

نادر سل است. معمولاً این نوع تظاهرات سل با تشخیص‌هایی از جمله کشت و حتی PCR قابل تشخیص نمی‌باشند؛ و تشخیص نهایی در جراحی داده می‌شود.

توده شکمی و خلف صفاقی یکی از تظاهرات نادر سل است. ظاهر ضایعه شبیه تومور است که معمولاً تشخیص این نوع از سل بعد از عمل جراحی داده می‌شود. برای مثال، در مواردی تومور تخمدانی و یا لنفوم بدخیم به‌عنوان تشخیص اولیه مطرح شده بودند، اما در بررسی بعدی سل احشایی تشخیص داده شده است. موارد پسودوتومور سل که تا به حال گزارش شده بیشتر در ناحیه مدیاستن دیده شده‌اند. مورد ذکر شده در مقاله فوق یکی از تظاهرات بسیار

گزارش مورد

بیمار خانمی ۱۸ ساله بود که با دردهای کرامپی اطراف ناف، تهوع و استفراغ که از چهار ماه قبل شروع و به تدریج بر شدت آن افزوده شده بود، مراجعه کرد. در این فاصله از کاهش وزنی حدود ۵-۴ کیلوگرم و همراه آن ضعف و بی‌حالی شدید شکایت داشت.

بیمار از نظر قلبی و عروقی مشکلی نداشت و قاعدگی بیمار نیز منظم بود. در معاینات به عمل آمده در لمس عمقی شکم در اطراف ناف، ضمن درد مختصر یک توده با حدود نامشخص به دست خورد. علائم حیاتی بیمار طبیعی بود.

* نویسنده مسئول: دکتر سیدرضا فاطمی - تهران، بزرگراه چمران، خیابان

یمن، بیمارستان طالقانی، طبقه هفتم

تلفن: ۲۴۱۶۸۴۸ نمابر: ۲۴۰۲۶۳۹

E-mail: nedafat20@yahoo.com

هتروژن، با ابعاد تقریبی $8 \times 5 \times 7$ سانتی متر در ناحیه خلف صفاقی در سطح کلیه و مایع آزاد داخل لگن دیده شد (شکل ۳).



شکل ۳: ضایعه بزرگ با حدود نامشخص و هتروژن با ابعاد $8 \times 5 \times 7$ سانتی متر در ناحیه خلف صفاقی در سطح کلیه‌ها همراه مایع آزاد در لگن

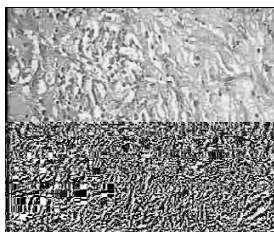
بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک توده بزرگ در خلف صفاقی که همراه با شکنندگی و چسبندگی به مزوکولون عرضی و همچنین ایجاد کشش روده کوچک بود، دیده شد. درگیری وسیع عروقی دیده شد، اما شواهدی به نفع چسبندگی پانکراس نبود. همچنین کبد و طحال و مجرای صفراوی طبیعی بود و در بررسی لگن، تخمدانها نیز طبیعی بودند. نمونه‌های متعدد گرفته و عمل گاستروژنوستومی جهت رفع انسداد انجام شد.

در بررسی پاتولوژی، بافت واکنشی همراه با ارتشاح التهابی و نکروز، با سلولهای لانگرهانس و ژانت که مطابق با تشخیص سل بودند دیده شد.

رنگ آمیزی Ziel Neelsen و PCR تشخیص را تأیید کرد (شکل ۴).



ب



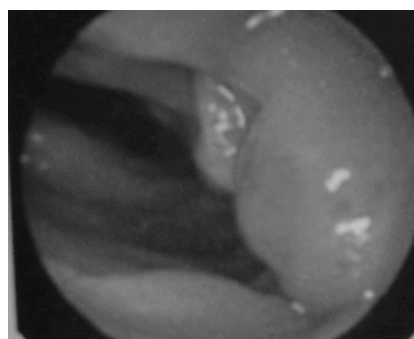
الف

شکل ۴: الف- بافت واکنشی همراه با ارتشاح التهابی نکروز، همراه سلولهای لانگرهانس و ژانت دیده می‌شود. ب- در رنگ آمیزی Ziel-Neelsen میکروب دیده می‌شود.

آزمایشهای به عمل آمده، به شرح زیر بودند:

WBC: 5400 Hb: 10.2 g/dl PIL: 291000
 ESR: 30 AST: 32 u/l BUN: 25 mg/dl
 Cr: 0.3 mg/dl LDH: 110 u/l ALT: 28 u/l

در آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، چینهای مخاطی روده باریک به صورت برجسته و همراه ضایعه‌ای نکروتیک بین قسمت دوم و سوم روده باریک مشاهده شدند (شکل ۱).



شکل ۱: برجستگی چین مخاطی همراه ضایعه نکروتیک بین قسمت دوم و سوم روده باریک دیده می‌شود.

در گرافی سریال روده باریک قطع عبور ماده حاجب بین قسمت دوم و سوم دیده شد (شکل ۲).



شکل ۲: قطع عبور ماده حاجب بین قسمت دوم و سوم روده باریک دیده می‌شود.

عکس قفسه صدری (CXR) طبیعی بود. در سی‌تی‌اسکن شکم یک ضایعه بزرگ با حدود نامشخص و

این عفونت شیوع بالایی دارد به این تظاهر توموری سل هم توجه داشته باشند.

همچنین نمونه‌هایی از ضایعات توده‌ای در کبد و چسبیده به ناف کبد به صورت کلسیفیه گزارش شده‌اند که در بررسی، جراحی TB تشخیص داده شده است^(۴). تظاهرات بیماری در بیمار ما به صورت یک ضایعه انسدادی در روده باریک بود که در بررسی بعد تومور وسیع خلف صفاقی با گسترش به روده باریک مشاهده شد و تشخیص احتمالی اولیه، تومور لیومیوسارکوم یا لنفوم بوده است که بعد از جراحی و در حین جراحی کلاً در تمام بافت، ضایعات گرانولوم و سلی وسیع خلف صفاقی به صورت پسودوتومور خود را نشان داده است. درمان طبی باعث پسرقت کامل ضایعات شبه توموری سل می‌شود^(۵). به هر حال تشخیص این تظاهر سل اولیه پیشرونده که به صورت pauci-bacillary است بسیار مشکل است و باعث تأخیر در درمان می‌شود. در این مورد، حتی آزمونهای تشخیصی مثل کشت و PCR هم ممکن است منفی شوند^(۶). این شکل سل معمولاً در زمینه تومورهای زمینه‌ای و ضعف ایمنی بروز می‌کند و در کودکان با سیستم ایمنی سالم کمتر دیده می‌شود. با تشخیص صحیح و درمان ضد سل توده پسودوتومور در طی درمان برطرف می‌شود^(۷).

درمان ضد سل چهار دارویی ایزونیاژید، اتامبوتول، ریفامپین و پیرازینامید به مدت ۲ ماه، و ۴ ماه بعد ۲ داروی ایزونیاژید و ریفامپین برای بیمار انجام شد. در حال حاضر، پس از تکمیل دوره ۶ ماهه درمان وضعیت عمومی بیمار رضایت‌بخش است و مشکل خاصی ندارد.

بحث

خلف صفاق از محلهای نادری است که در عفونت سل درگیر می‌شود و به صورت لنفادنوپاتی یا توده در ناحیه تظاهر پیدا می‌کند و در تصاویر سونوگرافی و یا سی‌تی‌اسکن با تومور اشتباه می‌شود^(۱). به‌رغم پیشرفتهای زیادی که در تصویربرداری صورت گرفته است، نهایتاً تشخیص این ضایعات شبیه تومور با عمل جراحی یا نمونه‌برداری است^(۲). توده شکمی و خلف صفاقی سل که در سالهای اخیر افزایش پیدا کرده است، حدود ۱٪ تظاهرات این عفونت را تشکیل می‌دهد^(۳). مواردی از توده‌های احشایی، از جمله تشخیص تومور تخمدانی و یا لنفوم بدخیم گزارش شده که در بررسیهای بعدی به‌عنوان سل تشخیص داده شده‌اند، بوده‌اند^(۳) و متخصصین باید در مناطقی که

مراجع

1. Szubstarski F, Staszczuk S, Witczak W. Tuberculosis of the retroperitoneal lymph Node, *Wiad Lek* 1993; **46**: 795-7.
2. Naouri A, Tissot E. Pancreatic psudotumor caused by isolated tuberculosis retroduodeno-pancratic adenopathy. *Ann Chir* 1990; **44**: 480-3.
3. Abdominal tuberculosis of pseudo tumor: *press need* 1997; **22**, 26(36): 1717-21.
4. Kawai N, Taniike K, Ohmura M *et al.* Tuberculous abdominal mass: *Rinsho Hoshasen* 1989; **34**: 1035-8.
5. Franco R, Santana MA, Coelho Filho JC *et al.* Pseudotumoral form of primary progressive Tuberculosis: *Braz J infect Dis* 2003; **7**: 166-70.

Fatemi SR

Research Center for Gastroenterology and Liver Disease
Shahid Beheshti
University of Medical Science

Mohamad Alizadeh AH

Research Center for
Gastroenterology and Liver
Disease, Shahid Beheshti
University of Medical Science

Rahimi B

Department of Pathology,
Taleghani Hospital, Shahid
Beheshti University of
Medical Science

Aghazadeh R

Research Center for Gastroenterology and Liver Disease,
Shahid Beheshti University of
Medical Science

Zali MR

Research Center for Gastroenterology and Liver Disease
Shahid Beheshti
University of Medical Science

Corresponding Author:

*Seyed Reza Fatemi MD,
Research Center for Gastroenterology and Liver Disease,
Taleghani Hospital, Yaman St,
Chamran Highway, Tehran, Iran.
Tel: +98 21 2416848
Fax: +98 21 2402639
E-mail:
nedafat20@yahoo.com*

Clinical Manifestation of Retroperitoneal Tuberculosis as Pseudotumor in an 18-Year-Old Female

ABSTRACT

The case was an 18-year-old female with progressive crampy abdominal pain, nausea and vomiting, initiated from 4 months ago, Who had 4-5 Kg weight loss in this period.

In physical examination, an ill-defined mass with mild tenderness in periumbilical region palpation was detected.

In upper GI endoscopy, bulging folds with a necrotic mass in D2-D3 were detected.

In small bowel series study, cut off of barium in D2-D3 portions was seen. For better evaluation spiral CT was performed in which a large mass with extension to small bowel in retroperitoneum was seen.

In Pathologic study, caseification granuloma compatible with tuberculosis was reported. This finding was confirmed with Ziel Neelsen staining and PCR. *Govaresh* 2004; 9: 122-4

Keywords: Tuberculosis, Retroperitoneal, Psuedo tumor