

## گزارش دو مورد سل خارج ریوی

دکتر رضا قاسمی برقی\*    دکتر مینا آصف زاده\*    دکتر فیروزه ذوقی\*\*

### Presentations of two cases of extrapulmonary tuberculosis

R. Ghasemi

M. Asefzadeh

F. Zoghi

#### Abstract

More than 80 percent of new cases of TB are pulmonary TB produced by three different causes as follows: Adjacency to mucosal surfaces, anatomical adjacency of organs and lymphohematogen. Incidence of TB in different organs is different and in most of the cases is related to lymph node.

In this article two cases of extrapulmonary TB is presented along with emphasizing diagnostic process. The first case was a 14-year-old girl with fever and abdominal pain for one month whom was treated for typhoid at first but complications such as arthritis and ascites happened. Ascites fluid for M.TB was negative and then peritoneal biopsy was done.

The second case was a 40-year-old man with hoarseness, cough and hemoptysis for 6 years. Not only smear for M.TB was positive but also in laryngoscopy he had tumoral lesions. This lesions was positive for TB in pathologic test.

Examination of these two methods showed that the best diagnostic method for TB peritonitis is biopsy and in laryngeal involvement sputum smear is usually positive but for confirming the diagnosis biopsy is suggested.

**Keywords:** Extrapulmonary Tuberculosis

#### چکیده

سل ریوی بیش از ۸۰ درصد موارد جدید بیماری سل را تشکیل می‌دهد و نوع خارج ریوی از سه راه مجاورت با سطوح مخاطی آلوده، مجاورت آناتومیک اندام‌ها و لنفوها توژن ایجاد می‌شود. شیوع آن در اندام‌های مختلف متفاوت و بیشتر مربوط به گرفتاری غده لنفاوی است.

در این مقاله دو مورد نادر درگیری خارج ریوی با تأکید بر روند رسیدن به تشخیص معرفی می‌شوند. مورد اول دختر ۱۴ ساله‌ای است که به دلیل سیر یک ماهه تب و درد شکم در ابتدا تحت درمان نیفوتید قرار می‌گیرد، ولی پس از درمان دچار عوارضی مثل آرتریت و آسیت می‌شود و به دلیل منفی بودن باکتریولوژی مایع آسیت بیوپسی صفاق می‌شود. مورد دوم آقای ۴۰ ساله‌ای است که به دلیل سابقه ۶ ساله گرفتگی صدا، سرفه و هموینیزی مراجعه کرده است. علاوه بر اسپر مثبت خلط، در لارنگوسکپی ضایعات تومورال داشته و بیوپسی این ضایعات احتمال سل را مطرح کرده است.

بررسی این دو مورد نشان داد بهترین روش تشخیص پریتونیت سلی بیوپسی صفاق است و در مورد سل حنجره اسپر خلط اغلب از نظر باسیل اسید فاست مثبت است، ولی برای اثبات تشخیص بهتر است بیوپسی نیز انجام شود.

**کلیدواژه‌ها:** سل خارج ریوی

\* استادیار بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\* متخصص بیماری‌های عفونی

## □ مقدمه:

مایکوبا کتریوم توبرکلوزیس  $\frac{1}{3}$  مردم جهان را آلوده نموده است و سالانه ۶ میلیون نفر در دنیا به سل مبتلا می‌شوند. سل اولین عامل ایجاد مرگ از نظر مقایسه بین میکروارگاناسم‌هاست. (۸)

علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل در پیشگیری، بیماریابی و درمان سل، موقعیت این بیماری در سرتاسر جهان بسیار وخیم است. در کشورهای درحال توسعه که بخش اعظم جهان را در بر می‌گیرند، پیشرفت بسیار کمی در این زمینه مشاهده می‌شود. (۷)

سل ریوی بیش از ۸۰ درصد موارد جدید بیماری سل را تشکیل می‌دهد، ولی سل خارج ریوی نیزگاهی موجب زحمت فراوان برای بیماران می‌شود. (۷) موارد سل خارج ریوی در بیماران HIV مثبت به صورت روز افزون رو به ازدیاد است. (۴)

سل خارج ریوی از نظر پاتوژنز به سه دسته تقسیم می‌شود: یکی ابتلا از طریق مجاورت با سطوح مخاطی (انتشار اینتراکانالیکولر)؛ راه دوم از طریق مجاورت آناتومیک اندام‌ها و راه سوم از طریق لنفوهماتوزن اتفاق می‌افتد. (۳)

شایع‌ترین محل‌های درگیری سل خارج ریه به ترتیب عبارتند از: غدد لنفاوی، پلور، سیستم ادراری-تناسلی، استخوان و مفاصل، مننژ و صفاق. (۵)

## □ معرفی بیماران:

مورد اول دختر ۱۴ ساله‌ای است که در سال ۱۳۷۹ به علت اتساع شکم، درد پهلوها و تب به بخش عفونی بیمارستان بوعلی سینای قزوین مراجعه می‌کند. شروع بیماری را از یک ماه قبل ذکر می‌کند که همراه با لرز واقعی، تب، درد ربع فوقانی راست شکم، کاهش

وزن و بی‌اشتهایی بوده است.

در آزمایش‌های اولیه لکوسیتوز با شیفت به چپ دیده شد که سپس به لکوپنی با برابری درصد لنفوسیت و نوتروفیل تبدیل شد. CRP سه مثبت، سدیمانتاسیون ۴۱ میلی‌متر و آنفیلتراسیون ریه راست در تصویربرداری قفسه سینه مشاهده شد.

بیمار با تشخیص اولیه تیفوئید تحت درمان با کلرامفنیکل قرار گرفت و تب به مرور قطع شد، ولی ۱۰ روز پس از تکمیل درمان به دلیل بروز آرتریت مجدداً بستری شد که به تدریج حملات تب برگشت، اتساع شکم بیشتر شد و آسیت نیز تظاهر یافت.

آنالیز مایع مفصل بیمار نشانه‌ای از آرتریت چرکی نداشت ولی در سونوگرافی شکم، بزرگی خفیف طحال، برجستگی پیلوکالسل و تجمع آسیت گزارش شد. شمارش کامل خون بیمار آنمی ماکروسیتر، سدیمانتاسیون ۴۱ میلی‌متر، تست‌های کبدی طبیعی و زمان پروترومبین ۱۶ ثانیه بود. تست‌های رایت، کومبس رایت، کشت خون و مارکرهای هپاتیت ویرال منفی گزارش شد.

آنالیز مایع آسیت صرفاً ماهیت اگزوداتیو آن را نشان داد و اسمیر، کشت و اسید فاست منفی گزارش شد. سپس بیمار بیوپسی صفاق شد که جواب آن واکنش گرانولوماتوز مزمن بود. پس از دریافت این نتیجه، برای بیمار درمان ضد سل به صورت ۴ دارویی به همراه پردنیزولون شروع شد که به قطع تب و بهبود حال عمومی بیمار منجر شد.

مورد دوم آقای ۴۰ ساله‌ای است که به علت دیسفاژی و تشدید گرفتگی صدا به بخش عفونی بیمارستان بوعلی سینای قزوین مراجعه می‌کند. بیمار

در زمان بستری خشونت و گرفتگی صدا و سرفه خلط دار را از شش سال قبل ذکر می‌کند که طی دو ماه قبل از بستری تشدید شده است. این مشکلات با علائمی از قبیل تعریق، بی‌اشتهایی، کاهش وزن و هموپتیژی همراه بوده است. بیمار سابقه مصرف سیگار نداشت ولی در معاینه، تب و شواهدی از آنمی وجود داشت و سمع ریه طبیعی بود.

در تصویر برداری قفسه سینه، انفیلتراسیون لوپ‌های فوقانی، بافت فیبروز و انحراف نای به سمت راست دیده شد. در شمارش کامل خون به جز آنمی و سدیم‌ناتاسیون ۵۰ میلی‌متر، یافته دیگری نداشت. رنگ‌آمیزی گرم خلط ۱۵ تا ۲۰ عدد سلول پلی مورفونوکلنر، کوکسی و باسیل گرم مثبت را نشان داد. در کشت خلط فلور طبیعی و در رنگ‌آمیزی ذیل نیلسون باسیل اسید فاست ۲ مثبت گزارش شد.

به دلیل گرفتگی صدا لارنگوسکپی درخواست شد. در لارنگوسکپی ضایعه‌های تو‌مورال دیده شد که بیوپسی آن واکنش گرانولوماتوز (احتمالاً سل) را مطرح کرد. بیمار تحت درمان ضد سل به صورت ۴ دارویی به همراه پردنیزولون قرار گرفت که به این رژیم درمانی پاسخ مناسبی نشان داد.

#### بحث و نتیجه‌گیری :

سل خارج ریوی می‌تواند به صورت یک بیماری با شروع ناگهانی یا پیشرفت آهسته بروز کند. شایع‌ترین محل درگیری سیستم لنفاتیک (۳۰ درصد) و کمترین شیوع در صفاق (۳ درصد) است. انتشار عامل بیماری سل به حفره صفاق ممکن است از طریق بلع خلط آلوده، به طور مستقیم از یک گره لنفاوی مجاور و یا به صورت هماتوژن باشد. از بین این سه راه فقط انتشار

لنفوهماتوژن نیاز به اختلال دفاع میزبان دارد.<sup>(۲)</sup> در مطالعه‌ای که طی سال‌های ۱۳۷۱ تا ۷۳ بر روی ۱۳۱ بیمار مبتلا به سل در بیمارستان‌های قزوین انجام شد، ۱۰ بیمار (۷/۶ درصد) مبتلا به پریتونیت سلی بودند و هیچ موردی از درگیری حنجره دیده نشد.<sup>(۶)</sup>

در مورد بیمار اول تشخیص‌های مطرح اولیه عبارت بودند از تیفوئید مقاوم به درمان، هپاتیت، بروسلوز، بیماری‌های کلاژن و اسکولر، لنفوم و تب فامیلی مدیترانه‌ای. بنابراین در برخورد با هر یک از موارد فوق به خصوص موارد طولانی بیماری که از نظر پاسخ به درمان نیز مطلوب نیستند باید پریتونیت سلی مد نظر باشد. پریتونیت سلی در ۸۵ درصد موارد همراه با آسیت و در ۱۵ درصد بقیه به شکل آماس فیبری (پریتونیت سروز و پلاستیک) است. زنان و مردان را به یک نسبت مبتلا می‌نماید و شایع‌ترین شکایت یا علت مراجعه بیمار (۸۵ درصد) اتساع شکم است. در ۷۰ درصد موارد کاهش وزن و در ۶۰ درصد موارد درد شکمی وجود دارد. استفراغ در ۳۰ درصد موارد، یبوست ۲۰ درصد و اسهال در ۱۵ درصد موارد دیده می‌شود. در بیش از ۴۰ درصد بیماران ضایعه سلی فعال ریه به طور هم‌زمان وجود دارد، در ۱۵ درصد موارد ارتشاح جبینی و در ۵ درصد موارد سل ارزنی دیده می‌شود. در این موارد ارزش اصلی تشخیص سل صفاق، انجام بیوپسی از طریق بیوپسی سوزنی، لاپاروسکپی یا لاپاراتومی است. اسمیر مایع آسیت در ۴ درصد موارد و کشت آن در ۲۵ درصد موارد مثبت است، لذا نقش تأییدکننده قابل توجهی دارند.<sup>(۱)</sup>

وجود ضایعه‌های سلی در نقاط دیگر بدن در ۳۰ درصد موارد و جواب مناسب به درمان در ۱۰ درصد موارد تنها راه رسیدن به تشخیص قطعی است.<sup>(۵)</sup>

حال حاضر بیش از نیمی از موارد درگیری حنجره به علت انتشار هماتوزن ایجاد می‌شود تا تلقیح مستقیم ترشحات ریه. (۳)

سل در سیستم تنفس فوقانی همیشه عارضه سل ریوی حفره دار و پیشرفته است. سل در این قسمت می‌تواند حنجره، حلق و اپیگلوت را درگیر کند. علائم آن شامل گرفتگی صدا، دیسفاژی و سرفه خلط دار مزمن است. در معاینه ممکن است با توجه به محل درگیری یافته‌های متفاوتی دیده شود، مانند ضایعه اولسراتیو که در لارنگوسکپی تشخیص داده می‌شود. اسمیر خلط از نظر باسیل اسید فاست اغلب مثبت است، ولی در بعضی موارد ممکن است برای تأیید تشخیص بیوپسی لازم باشد. سرطان‌ها نیز ممکن است نمای مشابهی داشته باشند ولی معمولاً بدون درد هستند. (۵) در این گزارش بیوپسی ضایعه‌های موجود در حنجره که در لارنگوسکپی دیده شده بود تشخیص سل را تأیید کرد و شواهدی به نفع بدخیمی نداشت.

#### مراجع:

۱ - سالمکار محمد حسین، عصارزاده هادی، فرهنگ جواد. بررسی معیارهای تشخیص و شروع درمان ضد سلی در بیماران بستری شده در مراکز آموزشی درمانی شهر قزوین ۷۳-۱۳۷۱. دانشگاه علوم پزشکی قزوین.  
۲ - ولایتی علی اکبر. بیماری سل. تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۶

3. Bastani B, Shariatzadeh Mr, Dehdashti F. Tuberculosis peritonitis, Report of 30 cases and review of the treatment. *Q J Med* 1985; 56: 549-57

4. Fauci Antony S et al. *Harrison's principles of*

برخی از منابع انجام بیوپسی سوزنی (باسوزن Cope) از صفاق را در ۶۴ درصد موارد و چنانچه همراه با پریتونوسکپی باشد در ۸۵ درصد موارد کمک کننده به تشخیص می‌دانند. (۱)

در ۱۵ درصد موارد آسیت وجود ندارد و این بیماران معمولاً با علامت انسداد روده مراجعه می‌کنند. در مواردی که در تشخیص افتراقی سرطان مطرح است، پریتونوسکپی کمک شایانی به تشخیص می‌کند. نمای ماکروسکپی در این موارد ضایعه‌های ارزنی شکل با جدار نامنظم صفاق است که مشابه ضایعه‌های متاستاتیک بدخیمی‌هاست. در بیوپسی، نمای میکروسکپی شامل ضایعه‌های گرانولومی با نکروز کازنوز است و پریتونوسکپی در چسبندگی‌های شدید ممکن است خطرناک یا غیرممکن باشد. (۷)

در مطالعه انجام شده در قزوین معیارهای قطعی تشخیص ۱۰ بیمار پریتونیت سلی، دید مستقیم مایع آسیت و هیستوپاتولوژی بود که ۵ مورد معیارهای اصلی تشخیص پریتونیت سلی را داشتند (۳ مورد هیستوپاتولوژی، ۱ مورد اسمیر مثبت و ۱ مورد هر دو معیار) و ۵ مورد با معیارهای غیر قطعی از قبیل علائم بالینی، تست توبرکولین و پاسخ به درمان به تشخیص رسیدند. (۶)

در این گزارش تشخیص قطعی پریتونیت سلی با جواب پاتولوژی گذاشته شد که بهترین راه تشخیص است.

قبل از دوره درمان ضد سل، در یک سوم بیمارانی که در اثر ابتلاء به سل فوت می‌کردند، لارنژیت سلی وجود داشت که اغلب با زخم‌های دردناک اپیگلوت، فارنکس، لوزه‌ها، دهان و درگیری گوش میانی همراه بود. درگیری حنجره به شدت آلوده کننده است و در

*Internal medicine. 14th ed, NewYork, McGrowhill, 2001, 1027-8*

5. Mandell Gerald L, Bennett john E, Dolin Raphael. *Principles and practice of infectious disease. 4th ed, NewYork, Churichill Livingstone, 2000, 2603-4, 2597*

6. Scully Robert E. *A 31 years old woman with pleural effusion ascites and persistent fever*

*spikes. The New England Journal of Medicine 1998 January; 338 (4): 248-54*

7. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP et al. *Extrapulmonary tuberculosis in patients with HIV infection. Medicine 1991; 70: 384-97*

8. World Health Organization (WHO). *Report of the tuberculosis epidemic. 1997, Geneva, Switzerland*