

## بررسی ۴۰ ساله پریتونیت سلی در ایران

دکتر حسین فروتن\* دکتر هادی غفرانی\*\* دکتر شهرام میر مؤمن\*\* دکتر علی اکبر حاج آقا محمدی\*\*\*

### Study of TB peritonitis in Iran during recent 40 years

H.Frootan H.Ghofrani Sh.Mirmoemen A.Hajaghamohammadi

#### Abstract

**Background:** Prevalence of tuberculosis is considerable in developing countries and its first manifestation maybe peritonitis. The prevalence of disease in all of the countries maybe increased with HIV contamination in future years.

**Objective:** To assess the clinical and paraclinical aspects of the TB peritonitis in two teaching hospitals of Tehran university in recent forty years.

**Methods:** This retrospective study was done on patients that admitted in Tehran's Imam khomeini and Amiralam hospitals between 1959 to 1999 confirmed TB peritonitis diagnosis with smear, pathology or culture.

**Findings:** Samples were 183 patients (35 male and 148 female) with  $29.5 \pm 14.24$  years on average. Disease in female is seen more than male ( $P < 0.05$ ). The most prevalent signs of the disease were abdominal distension (78%), weight loss (75%), fever (75%), abdominal pain (62%) and abdominal mass (40%). Pulmonary tuberculosis was seen in 78 patients (43%). PPD was positive in 157 patients (85%). Estimated sedimentation rate was 67.7 and above 100 in 23% of patients. Ascitis was present in 150 patients (81.9%) that more than 90% were exudative with lymphocyte predominant. Bloody ascitis was present in 23.3%. Laparoscopy was done in 100 patients and pathology was positive in 75% of them.

**Conclusion:** Noticing the results, the TB peritonitis must be considered in young patients specially women with abdominal pain and mass, fever, weight loss and positive PPD test. Laparoscopy or laparotomy is definite diagnostic way for TB peritonitis.

**Keywords:** Tuberculosis, TB Peritonitis, Exudative Ascitis, Tuberculin Test, Laparoscopy

#### چکیده

**زمینه:** اولین تظاهر بیماری سل ممکن است به شکل پریتونیت باشد. با گسترش آلودگی HIV ممکن است شیوع این بیماری در همه کشورها در سال های آینده افزایش یابد.

**هدف:** مطالعه به منظور ارزیابی جنبه های بالینی و پیرابالینی پریتونیت سلی در بیماران بستری در دو مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه تهران در ۴۰ سال اخیر انجام شد.

**مواد و روش ها:** این مطالعه توصیفی گذشته نگر بر روی بیماران مراکز آموزشی - درمانی امام خمینی و امیراعلم تهران که در سال های ۱۳۳۸ تا ۱۳۷۸ بستری و تشخیص پریتونیت سلی ایشان توسط آسیب شناسی، آزمایش مستقیم یا کشت تأیید شده بود انجام گرفت. اطلاعات مربوط به علائم بالینی و آزمایشگاهی، یافته های تصویربرداری و رژیم درمانی و پاسخ به درمان جمع آوری شدند.

**یافته ها:** از ۱۸۳ بیمار مورد مطالعه ۳۵ نفر مرد و ۱۴۸ نفر زن با میانگین سنی  $29.5 \pm 14.24$  سال بودند. بیماری در زنان ۴/۲ برابر بیش تر از مردان بود ( $P < 0.05$ ). شایع ترین علائم بیماری به ترتیب اتساع شکم (۷۸٪)، کاهش وزن (۷۵٪)، تب (۷۳٪)، درد شکمی (۶۲٪) و توده شکمی (۴۰٪) بود و در ۷۸ بیمار (۴۳٪) شواهدی از سل ریوی نیز دیده شد. ۱۵۷ بیمار (۸۵٪) تست توبرکولین مثبت داشتند، متوسط ESR بیماران ۶۷/۷ بود و ۲۳٪ بیماران ESR بالای ۱۰۰ داشتند. ۱۵۰ بیمار (۸۱/۹٪) آسیب داشتند که بیش از ۹۰٪ نوع اگزوداتیو با اکثریت لنفوسیت بود و ۲۳/۳٪ بیماران نیز آسیب خونی داشتند. از ۱۰۰ بیماری که لاپاراسکوپی شده بودند، ۷۵٪ یافت شناسی مثبت داشتند.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته ها، در بیماران جوان (به خصوص خانم ها) که با مجموع علائم درد شکم، توده، تب، کاهش وزن و PPD مثبت مراجعه می نمایند، باید تشخیص پریتونیت سلی در نظر گرفته شود. تشخیص قطعی اغلب بیماران توسط لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی داده می شود.

**کلید واژه ها:** سل، پریتونیت سلی، آسیب اگزوداتیو، تست توبرکولین، لاپاراسکوپی

\* دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

**۱. مقدمه :**

همچنین سونوگرافی داپلر رنگی به طور موفق در تشخیص پريتونيت سلی استفاده شده است.<sup>(۱۴)</sup> در تمام موارد درگیری های سل، درمان مناسب باعث بهبودی کامل می شود و پیش آگهی بسیار عالی خواهد بود.<sup>(۲۱)</sup>

این مطالعه به منظور ارزیابی جنبه های همه گیرشناسی، تظاهرات بالینی و پیرابالینی پريتونيت سلی در دو مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه تهران انجام شد.

**۱. مواد و روش ها :**

این مطالعه توصیفی گذشته نگر در سال ۱۳۷۸ در دو مرکز آموزشی - درمانی امام خمینی و امیراعلم تهران انجام شد. ضمن مراجعه به بایگانی بیمارستان و بخش پاتولوژی، اطلاعات مربوط به بیماران بستری سال های ۱۳۳۸ تا ۱۳۷۸ که شرایط زیر را داشتند جمع آوری شد:

تشخیص پريتونيت سلی تأیید شده توسط پاتولوژی، بر اساس کشت یا اسمیر، بر اساس یافته های لاپاراسکوپي شامل Violin sign, Miletseeding به همراه پاسخ مناسب به درمان یا بر اساس ظن تشخیصی بالا و پاسخ مناسب به آزمون درمانی.

اطلاعات جمع آوری شده شامل علائم بالینی و آزمایشگاهی، یافته های تصویربرداری، آزمون توبرکولین، رژیم درمانی و پاسخ به درمان بود. داده ها توسط نرم افزارهای Epiinfo و SPSS و با استفاده از روش های ساده آماری تجزیه و تحلیل شدند.

**۱. یافته ها :**

از مجموع ۱۸۳ بیمار با تشخیص احتمالی پريتونيت سلی، ۱۴۸ نفر زن و ۳۵ نفر مرد و نسبت زن به مرد ۲/۴ بود. میانگین سن بیماران  $24/14 \pm 29/5$  سال بود و ۸۱ درصد بیماران کمتر از ۴۰ سال داشتند (جدول شماره ۱).

۴۳ بیمار (۲۳ درصد کل بیماران) ملیت افغانی داشتند.

سل شایع ترین بیماری است که با پريتونيت گرانولوماتوز همراه است.<sup>(۹)</sup>

با افزایش شیوع بیماری ایدز در دهه های اخیر تظاهرات نادرتر سل نیز دیده می شود. در این میان سل شکمی با توجه به این که پس از سل ریوی شایع ترین نوع سل است و علائم متنوع و غیر اختصاصی ایجاد می کند، اهمیت به سزایی دارد. تشابه علائم با بسیاری از بیماری های شایع تر دستگاه گوارش، ظن بالای تشخیص را جهت درمان به موقع طلب می کند. شایع ترین این علائم تب، درد شکم، کاهش وزن و آسیت است که در بسیاری از بیماران فقط یک یا دو علامت دیده می شود.<sup>(۳)</sup> مهم ترین انواع سل شکمی شامل سل روده ای، پريتونيت و لنفادنوپاتی شکمی است.<sup>(۵)</sup>

پرده صفاق یکی از محل های شایع گرفتاری سل شکمی است و آسیت ناشی از پريتونيت سلی یکی از علل شایع آسیت در کشورهای جهان سوم است که در مناطق دارای وضعیت اجتماعی نامناسب شیوع بیش تری دارد.<sup>(۹)</sup>

لاپاراسکوپي و نمونه برداری مستقیم از صفاق مبتلا، به علت عوارض کم و تشخیص دقیق، روش انتخابی برای تشخیص پريتونيت سلی است.<sup>(۱۱)</sup>

آدنوزین دآمیناز (ADA) آسیت از منشاء سلول های لنفوسیت T افزایش می یابد، همچنین CA125 سرم اکثر این بیماران مشابه بیماران کارسینوماتوز صفاق ناشی از سرطان تخمدان در حد بسیار قابل توجهی بالا است که با درمان ضد سل به سرعت کاهش می یابد و در پی گیری تأثیر درمان کمک کننده است.<sup>(۱۰)</sup>

حساسیت اسکن گالیوم ۶۷ سیترات در تعیین محل سل خارج ریوی از جمله پريتونيت به غیر از منژیت سلی ۸۸/۹ درصد گزارش شده است.<sup>(۷)</sup>

بالاتر از ۳۰۰ عدد در لیتر بود که در ۹۲ درصد موارد لنفوسیت غالب بود و آسیت خونی [ $RBC > 10000/L$ ] تنها در ۲۲/۳ درصد گزارش شده بود. متأسفانه اطلاعات راجع به آلبومین مایع آسیت و سرم در اکثر پرونده ها وجود نداشت.

متوسط مدت زمان شروع علائم بالینی ۳ ماه بود (۲ هفته تا ۹ ماه). ۲۲/۹ درصد بیماران زن نازایی داشتند. در ۷۹ بیمار (۴۳ درصد) که شواهدی از سل ریوی مشاهده شد، در ۶۴ بیمار به صورت تجمع مایع در پلور، کلسیفیکاسیون ریه یا حفره بود. در ۸۶ درصد بیماران آزمون توبرکولین مثبت (بیش از ۱۰ میلی متر) بود.

متوسط هموگلوبین بیماران ۹/۸ گرم در دسی لیتر و متوسط ESR ساعت اول بیماران ۶۷/۷ بود و ۲۳ درصد بیماران ESR بیش تر از ۱۰۰ داشتند.

۱۰۰ بیمار با آسیت اگزوداتیو و ظن تشخیصی بالا تحت لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند که در ۷۵ درصد آنها جواب آسیب شناسی دال بر وجود نکروز کازئوز و گرانولوما بود، ولی در بقیه موارد تنها به التهاب غیر اختصاصی اشاره شده بود. در لاپاراسکوپی ۹۱ بیمار (۹۱ درصد) ارتشاح صفاق و Violin sign مشاهده شده بود که قبل از حاضر شدن جواب آسیب شناسی تحت درمان قرار گرفته بودند و پاسخ درمانی مناسب حاصل شده بود.

۳۹ بیمار با شک بدخیمی های شکمی به طور اولیه در بخش جراحی بستری و لاپاراتومی شده بودند و ۴۳ بیمار نیز به علت حال عمومی بد، ظن تشخیصی بالا یا در دسترس نبودن لاپاراسکوپی، به طور مستقیم آزمون درمانی (Empiric Therapy test) شدند که پاسخ سریع و دراماتیک به درمان تشخیص را قطعی کرده بود.

### جدول ۱- فراوانی سل صفاق بر حسب سن و جنس بیماران

گروه سنی	مرد	زن	مجموع	درصد شیوع نسبی
۰-۹	۵	۱۰	۱۵	۸/۱۹
۱۰-۱۹	۸	۳۴	۴۲	۲۲/۹
۲۰-۲۹	۱۱	۳۹	۵۰	۲۷/۳۲
۳۰-۳۹	۲	۳۸	۴۰	۲۱/۸
۴۰-۴۹	۶	۱۲	۱۸	۹/۸
۵۰-۵۹	۰	۸	۸	۴/۳۷
$\geq 60$	۳	۷	۱۰	۴/۹۱
جمع	۳۵	۱۴۸	۱۸۳	۱۰۰
درصد	۱۹	۸۱	۱۰۰	

شایع ترین علائم بالینی به ترتیب اتساع شکمی (۷۸ درصد)، کاهش وزن (۷۵ درصد)، تب (۷۳ درصد) و درد شکمی (۶۲ درصد) بودند (جدول شماره ۲).

### جدول ۲- شیوع نشانه ها و علائم جسمی در ۱۸۳ بیمار مبتلا به پریتونیت سلی

نشانه ها و یافته های جسمی	تعداد بیمار	درصد شیوع	نشانه ها و یافته های جسمی	تعداد بیمار	درصد شیوع
اتساع شکمی	۱۴۳	۷۸/۱	توده شکمی	۳۵	۱۹/۱
کاهش وزن	۱۳۸	۷۵/۴	یبوست	۳۵	۱۹/۱
تب	۱۳۴	۷۳/۲	سرفه و خلط	۳۵	۱۹/۱
درد شکمی	۱۱۴	۶۲/۲	نازایی	۳۴	۱۸/۵
ضعف و بی حالی	۱۱۲	۶۱/۲	اسهال	۳۰	۱۶/۳
حساسیت در لمس شکم	۱۰۱	۵۵/۱	بزرگی کبد	۱۹	۱۰/۳
بی اشتها	۹۹	۵۴	بزرگی گره های لنفاوی	۱۹	۱۰/۳
تعریق شبانه	۶۸	۳۷/۱	بزرگی طحال	۶	۳/۲

آسیت شکمی در ۱۵۰ بیمار (۸۱/۹ درصد) گزارش شده بود و در ۷ بیمار هیچ گونه اتساع شکمی وجود نداشت. به علت نقص در پرونده ها تنها در ۱۲۰ مورد تجزیه مایع آسیت در دسترس بود که همگی اگزوداتیو بودند.

پروتئین مایع آسیت در ۹۳/۷ درصد موارد بیش تر از ۵ گرم در لیتر بود. سلول مایع آسیت در ۸۳/۶ درصد

بدون منتظر شدن برای جواب آسیب شناسی، درمان آغاز شده بود. لذا با توجه به شیوع بالای پریتونیت سلی در کشور و مشکلات موجود در زمینه کشت و PCR، پیشنهاد می شود لاپاراسکوپی به عنوان اقدام تشخیصی مؤثر در موارد مشکوک به پریتونیت سلی مورد استفاده قرار گیرد.

#### ± مراجع :

1. Alkawari MA, Mohamed AE, Yasamy MI et al. Protean manifestation of gastrointestinal tuberculosis: report on 130 patients. J Clin Gastroenterol 1995; 20:225
2. Bastani B, Shariatzadeh MR, Dehdashti F. Tuberculosis peritonitis-report of 30 cases and review of the literature. Q J Med 1985; 59: 549-57
3. Bernhard JS et al. Gastrointestinal tuberculosis: an eighteen patient experience and review. J Clin Gastroenterol 2000 Jun; 30(4): 397-402
4. Borhanmanesh F, Hekmat N, Vaezzadeh K, Rezai Hr. Tuberculosis peritonitis, Prospective study of 32 cases in Iran. Ann Intern Med 1972; 76: 567-72
5. Dineen P, Homan WP, Grafe WR. Tuberculosis peritonitis in diagnosis and treatment. Am Surg 1976; 184: 717-22
6. Iwaki Chaves R, Bussaleu Rivera A. Gastrointestinal and peritoneal tuberculosis. Rev Gastroenterol Prou 1994; 14: 99-1143
7. Lin WY. Gallium-67 citrate scan in extrapulmonary tuberculosis. Clin Gastroenterol Tuberculosis Nuklemedizin 1999; 38(6): 199-202

#### ± بحث و نتیجه گیری :

در این مطالعه شیوع پریتونیت سلی در زنان ۲/۴ برابر مردان بود، در حالی که در مطالعه های مشابه در ایران ۱/۹ و ۲/۳ برابر بوده است و در سایر کشورها از جمله پرو ۱/۲ برابر، کانادا ۷/۵ برابر و نیویورک و نیجریه ۲ برابر گزارش شده است. (۱۲ و ۱۳)

در مطالعه حاضر بیش از ۸۰ درصد بیماران کمتر از ۴۰ سال سن داشتند که با اکثر مطالعه ها همخوانی دارد. (۱۳)

شایع ترین علائم بیماری اتساع و درد شکمی، تب و کاهش وزن بود که از این جهت نیز با اکثر مطالعه ها مشابه است. (۱۳ و ۱۴)

بنابراین در تمام بیماران جوان (به خصوص خانم ها) با مجموعه علائم درد، توده شکمی، تب، کاهش وزن و تست توبرکولین مثبت باید تشخیص پریتونیت سلی را در نظر داشت. در اکثر موارد (۹۱ درصد) لاپاراسکوپی، آسیب شناسی مثبت یا نمای تشخیصی باعث تأیید تشخیص شده بود. کشت تنها در ۱۰ درصد موارد انجام شده کمک کننده بود که نشان دهنده ارزش محدود آن است.

در ۵۰ بیمار به علت در دسترس نبودن اقدام های تشخیصی مانند لاپاراسکوپی یا منع انجام آن، از آزمون درمانی استفاده شده بود که فروکش کردن علائم تب، درد شکم، برگشت اشتها و برطرف شدن آسیبیت مؤید تشخیص سل صفاق بوده است.

در ۱۰۰ بیماری که تحت لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند عارضه جانبی خاصی گزارش نشد. حساسیت لاپاراسکوپی در تشخیص حتی بالاتر از آسیب شناسی بود و همان طور که اشاره شد بعد از دیدن یافته های مشخص لاپاراسکوپی در اکثر موارد

8. Marrie TJ, Hershfield ES. Tuberculo peritonitis in Manitoba. *Can J Surg* 1978; 21: 533-6
9. Marshal JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 989
10. Mas MR, Comert B et al. CA-125; a new marker for diagnosis and follow up of patients with Tuberculos peritonitis. *Dig liver Dis* 2000 oct; 32(7): 595-7
11. Mclaughlin s, Jones T et al. Laparoscopic dianosis of abdominal tuberculosis. *Aust N Z J Surg* 1998 Aug; 68(8): 599-601
12. Onuigbo WI. Tuberculos peritonitis in Nigerian Igbo. *Tubercle* 1977; 58:113-6
13. Taheri S, Crump J et al. TB or not TB?. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997 May-Jun; 91(3): 241-4
14. Wang PH, Yuan CC et al. High resistance index of doppler ultrasound in tuberculos peritoniting as abdominal carcinomatosis: report of 2 cases. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chin (Taipei)* 1998 Mar; 61(3): 175-9

Archive of SID