

# گزارش چهار مورد سل دستگاه تناسلی در بیمارستان حضرت زینب (س)

نویسندگان :

دکتر عطیه منصورى \*

دانشیار گروه زنان و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر فاطمه تارا

استادیار گروه زنان و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر منیره پور جواد

استاد گروه زنان و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر طوبی فرازمنند

دستیار زنان و مامائی دانشگاه علوم پزشکی

## Four Cases of Genital Tuberculosis in Zeinab Hospital

### Abstract:

#### Objective :

Tuberculosis of the genital tract is a rare disease in developed countries. The fallopian tubes are involved in almost all patients. Constitutional symptoms are not common in patients with genital tuberculosis and many cases present with symptoms such as infertility, chronic pelvic pain, amenorrhea and abnormal uterine bleeding. After clinical study and laboratory evaluations tuberculosis is detected . The first line treatment is antituberculosis chemotherapy, and all patients with genital tuberculosis are cured with this treatment.

#### Results:

In this study we report four patients with Genital Tuberculosis presenting with different symptoms (Two cases with pelvic mass, one case with amenorrhea and one case with DUB).

Tuberculosis was diagnosed at the time of laparotomy and histopathological evaluation of all specimens. The cases were cured with antituberculosis treatment.

#### Conclusion :

Different clinical manifestations can be expected in cases of genital tuberculosis. The management of genital tuberculosis is the same as respiratory system involvement and patients are cured with this treatment .

#### Key words :

Tuberculosis, Genital tuberculosis, Pelvic tuberculosis

دوره پنجم  
شماره دوم  
۱۳۸۱

مجله  
زنان  
و مامائی  
پزشکی

آدرس مکاتبه :

\* مشهد- بیمارستان زنان حضرت زینب (س) - مرکز تحقیقات زنان - دکتر عطیه منصورى

مقدمه:

سل دستگاه تناسلی، بیماری نادری است. به دلیل ناشناخته ماندن بسیاری از موارد این بیماری، شیوع واقعی آن، نامشخص است. سل دستگاه تناسلی در زنان تقریباً همیشه ثانویه به گرفتاری مناطق دیگر بدن به این بیماری است (۱). درمان بیماری، استفاده از داروهای است که برای سل ریه به کار برده می شود و شامل ایزونیاژید، ریفامپین، استرپتومایسین، اتامبوتول و پیرازینامید می باشد. در این مقاله چهار مورد جالب از TB دستگاه تناسلی (با علائم متفاوت) معرفی می شود:

گزارش موارد:

۱- خانم ز-ع ۴۷ ساله، در اردیبهشت ماه سال ۸۱ به علت خونریزی شدید واژینال و توده لگنی (۱۵۰×۱۵۰×۲۰۰ mm) در آدنکس چپ بر اساس سونوگرافی) مراجعه کرد. بیمار در نیشابور لاپاروتومی شده ولی به علت چسبندگی شدید احشاء به رحم و عدم امکان دسترسی به احشاء لگنی، عمل خاتمه یافته، جدار ترمیم و بیمار به مشهد اعزام شده بود.

در بیمارستان حضرت زینب(س)، در معاینه سرپایی، لگن منجمد تشخیص و احشاء لگنی قابل لمس نبود. در MRI توده فوق در مجاورت رحم مشاهده و رحم بزرگتر از نرمال بود ولی آسیب مشاهده نشد. تست توبرکولین بیمار "۲۰ mm" مثبت و جواب آسیب شناسی ما حاصل کورتاژ بیمار که در نیشابور انجام شده بود، آندومتر ترشحاتی را نشان می داد. بیمار خونریزی داشت و Hb وی ۷ gr/dl بود. پس از دریافت پنج واحد خون، "HCT" بیمار به ۲۵٪ رسید. پس از مشاوره با متخصص عفونی، بیمار تحت درمان با ایزونیاژید، اتامبوتول، پیرازینامید و ریفامپین قرار گرفت.

بعد از دو هفته، خونریزی قطع و یک واحد خون دیگر نیز تزریق و بیمار با حال عمومی خوب مرخص و به نیشابور بازگشت. دو ماه بعد، با وجود ادامه دارو، بیمار مجدداً دچار خونریزی شد که در معاینه، احشاء لگنی متحرک و قابل لمس بود و اثری از توده قبلی مشاهده نشد؛ لاپاروتومی انجام و با وجود چسبندگی شدید روده ها به رحم و مثانه و ضمامن، چسبندگی ها به راحتی آزاد و هیستریکتومی انجام شد. در بررسی نسوج ارسالی به آزمایشگاه، توبرکولوز تایید شد.

۲- خانم ف-الف ۱۶ ساله با آمنوره ثانویه از چهار

ماه قبل و توده آدنکس

۱۵۰×۲۰۰×۲۰۰ mm (طبق سونوگرافی) مراجعه می کند که با تشخیص احتمالی کیست تخمدان، به بیمار توصیه می شود که IVP انجام دهد؛ بیمار نمی پذیرد و دو ماه بعد با انجام سونوگرافی مجدد و توده به ابعاد ۲۵۰×۲۰۰×۲۰۰ mm مراجعه می کند که حاضر به انجام اقدامات تکمیلی نمی شود لذا تحت لاپاروتومی قرار می گیرد؛ حسین عمل ندولهای متعدد در سطح روده ها و اطراف رحم مشاهده می شود و لوله های رحم اسکروزه و یک توده حجیم در خلف صفاق روی عضله پسواس طرف چپ، لمس می شود که پس از مشاوره با متخصص ارولوژی، کلیه لگنی یا آبسه پسواس مطرح می شود.

یکی از ندولهای سطح پریتوتن جهت آسیب شناسی ارسال و جدار ترمیم می گردد "MRI" وجود آبسه خلف پریتوتن را تایید می کند. چون سیستم ادراری تناسلی نرمال و نتیجه بررسی آسیب شناسی گرانولوم توبرکولوز بوده تحت درمان آنتی TB (۴ دارویی) قرار می گیرد.

سونوگرافی ۴ ماه بعد، بهبود کامل آبسه را گزارش می نماید.

۳- خانم ز-ص ۴۲ ساله با سابقه نازائی اولیه، درد مزمن لگنی و بی اشتهائی، در مرداد ۸۱ به ما مراجعه کرد. بیمار در معاینه فیزیکی، رنگ پریده بود و حساسیت در لمس ربع تحتانی چپ شکم مشهود بود. در سونوگرافی انجام شده در تخمدان راست، کیستی به ابعاد ۵۲×۵۲ mm گزارش شد، که در یک قسمت ضخیم بود و در داخل آن کیست های کوچکی داشت و مایع در اطراف تخمدان و بن بست خلفی مشهود بود.

بیمار تحت لاپاروتومی قرار گرفت؛ مایع زرد رنگی از داخل شکم خارج شد که نمونه برداشته شد. انتشار در چادرینه، روده ها و صفاق رحم و تخمدانها، لوب راست کبد و سطوح تحتانی دیافراگم داشت.

بن بست خلفی کاملاً ندولر بود و چسبندگی چادرینه به لگن و جدار وجود داشت. در تخمدان راست، کیستی به قطر ۲۰×۲۰ mm مشاهده شد که حاوی هماتوم ارگانیزه بود.

سیستکتومی انجام و چسبندگی ها در حد امکان آزاد شدند. نمونه گیری از چادرینه و صفاق تهیه و پس از شستشوی حفره شکم، جدار ترمیم گردید. نتیجه بررسی آسیب شناسی، توبرکولوز نکروزانت مزمن بود که با درمان آنتی توبرکوز علائم بیمار برطرف گردید.

۴- خانم ز. ه. ۴۹ ساله، مجرد کیفواسکولیوتیک با شکایت از درد لگن و وجود توده در پهلو راست مراجعه کرد که طبق سونوگرافی، توده تخمدان گزارش شد؛ بیمار تحت لاپاروتومی قرار گرفت، تجمع چرکی به اندازه  $50 \times 100$  mm در جدار طرفی شکم و لگن بود که به استخوان لگن راه داشت.

ترشحات تخلیه شده جهت بررسی از نظر TB و بی‌هوایی‌ها ارسال و بیمار به بخش عفونی اعزام شد که در آنجا تست PPD انجام شده  $20$  mm مثبت را نشان داده است. در CT اسکن شکم و لگن آبسه پاراورتبرال با تخریب مهره‌ای ذکر شده مشاهده شد که تحت درمان ضد سل قرار گرفته و با حال عمومی خوب مرخص گردید.

#### بحث:

بیماری سل در اثر باکتری متعلق به مجموعه مایکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد می‌شود. این بیماری غالباً ریه‌ها و در یک سوم موارد نیز اعضاء دیگر را درگیر می‌کند. بیشترین محل‌هایی که به سل خارج ریوی گرفتار می‌شوند به ترتیب عبارتند از:

غده‌های لنفاوی، پلور، دستگانه تناسلی ادراری، استخوانها و مفاصل، مننژها و پریوتوان (۲). سل استخوانها و مفاصل ۱۰٪ موارد سل خارج ریوی را شامل می‌شود.

آبسه ممکن است در قسمت تحتانی ستون فقرات، به لیگامانهای اینگوینال برسد و آبسه پسواس را سبب شود. آبسه اولیه پسواس نادر است و پاتوژن آن مشخص نیست. احتمالاً گرفتاری از طریق خون یا لنف است. مطالعه رادیولوژی ممکن است هیچ نشانه‌ای از Spondylitis نداشته باشد. پریتونیت سلی به طور شایع با سل لگن مربوط می‌باشد؛ از لحاظ بالینی پریتونیت سلی می‌تواند به دو گروه تقسیم شود.

در پریتونیت مرطوب، یک مایع کهربائی رنگ در حفره پریوتوان وجود دارد که باعث آسیت می‌شود. نوع دیگر پریتونیت سلی در زنان، نوع خشک یا چسبنده است که روده‌ها به وسیله باندهای چسبندگی متعدد سفت به هم می‌چسبند (۲ و ۴).

سل دستگانه تناسلی به طور تبییک، بیماری زنان جوان است که ۹۰-۸۵٪ موارد آن هنگام ارزیابی نازایی بیماران ۴۰-۲۰ ساله تشخیص داده می‌شود (۵).

درگیری لوله رحم در سل دستگانه تناسلی شایع است (تقریباً در تمام موارد) و پنجاه درصد بیمارانی

که عفونت سل لوله‌ای دارند، اندومتریت سلی نیز خواهند داشت.

سل دهانه رحم در ۲۵-۵٪ و گرفتاری سطحی تخمدان در ۲۰-۲۵٪ موارد گزارش شده است.

گرفتاری اعضاء تناسلی از راه لنفاتیک، دستگانه گوارش و هم چنین از تماس مستقیم با ارگانهای شکمی عفونی شده (از قبیل کلیه، روده، ...) و یا از طریق سطح پریوتون اتفاق می‌افتد (۱).

علائم عمومی از قبیل تب، تعریق، بی‌اشتهایی و کاهش وزن در بیماران با سل دستگانه تناسلی شایع نیست و بسیاری از بیماران بدون علامت هستند.

در اکثر گزارشات بیماران با سل دستگانه تناسلی یک سابقه قبلی از تشخیص یا درمان سل غیر تناسلی در ۵۰-۳۰٪ موارد و حدود ۲۰٪ موارد سابقه‌ای از سل در بستگان درجه یک دارند.

در نیمی از موارد، معاینه فیزیکی طبیعی بوده و یافته‌های غیر طبیعی شامل توده‌های آدنکس یا نشانه‌های آسیت و گرفتاری سیستم ادراری - تناسلی فوقانی یا اعضاء شکمی می‌باشد (۱ و ۴). با این وجود تعدادی از پزشکان، سل را به عنوان تشخیص افتراقی در موارد توده لگنی و آسیت مطرح می‌کنند (۶). فیستول و ضایعات دهانه رحم و دستگانه تناسلی خارجی کمتر است.

سل دهانه رحم یک ضایعه نادر است که از نظر بالینی مثل سرطان دهانه رحم به نظر می‌رسد (۷). چهار علامت اصلی در سل دستگانه تناسلی به ترتیب شیوع: نازائی، درد مزمن لگنی، خونریزی غیر طبیعی واژینال و قطع قاعدگی می‌باشد (۱ و ۴).

طبق یک بررسی در Malawi نازائی و خونریزی غیر طبیعی رحم شایعترین علامت در بیماران گزارش شده است (۸). تشخیص قطعی سل دستگانه تناسلی با کشت باسیل بر اساس بافت شناسی و یافتن گرانولوما نمونه برداری از ضایعات موجود می‌باشد (۵).

جهت تشخیص سل در سایر اعضا رادیوگرافی قفسه صدری، سونوگرافی لگن، IVP و کشت‌های ادرار، ترشحات معده و خلط (جهت بررسی مایکو باکتریوم توبرکولوزیس)، ضروری است (۵).

اولین خط درمانی، درمان با داروهای ضد سل می‌باشد که در یک مطالعه بر روی ۴۷۸ بیمار با سل خارج ریوی (شامل ۶۵ بیمار با سل تناسلی) در ۱۰۰٪ موارد سل دستگانه تناسلی موثر بوده است.

درمان جراحی در موارد بیماری مقاوم و عودکننده، به دنبال درمان طبی و وجود فیستول‌های ترمیم نشده و

طبیعی و آمنوره مراجعه کنند که با در نظر داشتن تشخیص و با انجام اقدامات آزمایشگاهی سل دستگاه تناسلی تشخیص داده می شود. بیماران معرفی شده ما نیز با شکایات اولیه فوق مراجعه کردند که در بررسی های بعدی سل تشخیص داده شد و با درمان ضد سل بهبود کامل یافتند.

هم چنین سل مقاوم به چند دارو، باید مد نظر باشد. اخیراً لووفلوکساسین به عنوان یکی از داروهای خط دوم درمانی در سل مقاوم به چند دارو، به کار برده شده که نتایج مثبتی داشته است (۹).

#### نتیجه گیری:

بیماران با سل دستگاه تناسلی، ممکن است با شکایات مختلفی چون: نازایی، درد مزمن لگنی، خونریزی غیر

## خلاصه:

#### هدف:

سل دستگاه تناسلی، یک بیماری نادر در کشورهای پیشرفته است. تقریباً در تمام موارد، لوله های رحم گرفتار می شوند. علائم عمومی سل شایع نبوده و در اکثر موارد بیماران با علائم نازایی، درد مزمن لگنی، آمنوره و خونریزی غیر طبیعی رحم مراجعه می کنند و در بررسی های بعدی سل تشخیص داده می شود. اولین خط درمان شروع داروهای آنتی توبرکولوز می باشد و بیماران مبتلا به سل دستگاه تناسلی به خوبی به درمان پاسخ می دهند.

#### روش مطالعه و اندازه گیری:

در این مقاله چهار مورد جالب از سل دستگاه تناسلی که دو مورد با توده لگنی و یک مورد آمنوره و یک مورد خونریزی غیر طبیعی رحم مراجعه کرده بودند و طی انجام لاپاروتومی و بررسی آسیب شناسی نسوج برداشته شده، سل تشخیص داده شد و با درمان آنتی توبرکولوز بهبودی کامل یافتند.

#### نتیجه گیری:

تظاهرات کلینیکی متعددی ممکنست در سل دستگاه تناسلی وجود داشته باشد. درمان سل دستگاه تناسلی مشابه درمان سل ریه بوده و بیماران به خوبی به درمان پاسخ می دهند.

#### کلمات کلیدی:

سل، سل تناسلی، سل لگنی

#### References:

1. Stead W. Genital tuberculosis. Long wood combined infectious diseases conference may 16,2001.
2. Rauiglione MC, Obrien RJ. Tuberculosis. Fauci AS, Braunwarde, Isselbacher K, et al. Harrison's principles of internal medicine. 15 th Edition. New york : Macgraw hill; 2001:1007.
3. Younes M, Ben ayeche ML, Bejia, et al. [Tuberculosis abscess of the psoas without associated spinal involvement case report] Rev med intern. 2002 jun; 23(6):549-53.french.
4. Martens MG. Pelvic tuberculosis. Rock JA, thompson JD. Telinde's operative gynecology. 9th edition. Philadelphia: lippincott - Raven : 2003 :697-702
5. Tripathy SN, Tripathy SN. Infertility and pregnancy outcome in female genital tuberculosis received 20 june 2001.
6. Chow TW, Lim BK, vallipurams. The masquerades of female pelvic tuberculosis : case reports and reriliterature on clinical presentations and diagnosis. Jobstet Gynaecol Res. 2002 Aug ; 28(4) : 203-10
7. Dubernard G, Ansquer Y, Marcollet A, et al. [Pseudotumoral tuberculosis of the cervix] Gynecol obstet fertil. 2003 my;31(5) : 446-8-french.
8. Liomba NG, chipangwi JD. Female Genital Tuberculosis in malawi- report of 90 cases. J obstet Gynaecol east cent africa. 1982 Jun; 1(2):69-72.
9. Richeldi L, Covi M, Ferrara G, et al. Clinical use of levoflouacin in the long-term. Treatment of drug resistant tuberculosis. Monaldi arch chest dis. 2002 feb;57(1) : 39-43.