

نقش لاپاراسکوپی در تشخیص سل پریتون

دکتر فیض‌الله صفرپور* ، دکتر منوچهر آقاجانزاده* ، دکتر محمدرضا کوهساری** ، دکتر علی سرشاد*** ،
دکتر صبا هدا**** ، دلارام صفرپور**** ، دکتر آیدا پرویزی*****

چکیده:

زمینه و هدف: سل بیماری شایعی در ایران است و یکی از تظاهرات آن سل شکمی است. تأیید بافت‌شناسی این بیماری به علت عدم دسترسی به نمونه بافتی با روش‌های معمول دشوار می‌باشد. لاپاراسکوپی، دسترسی به پریتون را با یک روش کم‌تهاجم امکان‌پذیر می‌کند. اطلاعات در زمینه بررسی تشخیصی سل شکمی، کم است.

مواد و روش‌ها: در طول ۱۰ سال مطالعه گذشته‌نگر در بیمارستان رازی رشت ۲۹۰ بیمار مبتلا به درد شکم با یا بدون آسیت تحت لاپاراسکوپی تشخیصی قرار گرفته، برداشت مایع جهت سیتولوژی و بیوپسی به عمل آمد.

یافته‌ها: بیشترین یافته لاپاراسکوپی تشخیصی، بدخیمی بود و از این میان ۲۸ مورد سل شکمی تشخیص داده شد که علائم آن در لاپاراسکوپی شامل موارد زیر بودند: آسیت، تویرکل‌های متعدد سفید رنگ، باندهای فیروز طویلی که از پریتون احشایی به جداری کشیده شد و به آنها اصطلاحاً استالاکتیت می‌گویند و کاراکترستیک سل شکمی است، چسبندگی‌های سفت و فیروزه و لوپ‌های روده‌ای ادماتوز و پرخون با یا بدون آسیت. بیوپسی پریتون تشخیص سل را در ۲۸ مورد تأیید کرد. تمام بیماران درمان روتین ضد سل را دریافت کرده و پاسخ درمانی مطلوبی نشان دادند.

نتیجه‌گیری: لاپاراسکوپی امکان تشخیص سریع و صحیح سل پریتون را در مقایسه با سایر روش‌های تشخیصی فراهم می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سل شکمی، لاپاراسکوپی

زمینه و هدف

بیماری سل مبتلا می‌گردند و سی و پنج میلیون نفر از این بیماری خواهند مرد. سل همچنان بیماری شایعی در ایران محسوب می‌شود و میزان بروز سالیانه آن ۳۰ در ۱۰۰ هزار است.^۱

بیماری سل سالیانه منجر به مرگ سه میلیون نفر در جهان می‌شود. تخمین زده می‌شود که طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۰ یک بلیون انسان به سل آلوده می‌شوند، دویست میلیون نفر به

نویسنده پاسخگو: دکتر فیض‌الله صفرپور

تلفن: ۰۱۳۱-۳۲۲۲۹۵۷

Email: Safarpor@Yahoo.com

* دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز آموزش درمانی رازی، بخش جراحی عمومی

** استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان، بخش جراحی عمومی

*** استادیار گروه داخلی

**** استادیار گروه پاتولوژی

***** دانشجوی پزشکی

***** پزشک عمومی

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۱۰/۲۶

www.SID.ir

هنگام مراجعه در بیشتر بیماران درد شکم با آسیت همراهی داشت (۲۲ مورد). در ۶ مورد درد شکم بدون آسیت وجود داشت. درد و تب با درجه پائین در ۶ مورد و ناخوشی تحلیل برنده مزمن در ۲۲ مورد دیده شد. گرافی ساده قفسه سینه تنها در ۶ مورد شواهدی از سل را نشان داد. بررسی سونوگرافیک شکم در ۲۴ مورد کمک کننده بود. سی تی اسکن در ۸ بیمار ضخیم شدگی مزانتر و در ۱۲ مورد لنفادنوپاتی که در ۸ مورد همراه به نکروز مرکزی بوده و آسیت در ۲۲ مورد و در ۲ مورد آبسه های لوکالیزه بین لوپ های روده ای و در ۲ بیمار هم ضخیم شدگی امتنوم به صورت Omental Cake بود. خلط جهت AFB در ۲ بیمار مثبت بود، پاراستنز برای باسیل اسید - فاست در ۲ بیمار مثبت بود. تست های خونی کمک کننده نبودند. اما ESR در ۲۵ بیمار افزایش نشان داد.

در هر ۲۸ مورد لاپاراسکوپی انجام شد و بیوپسی بافتی (پریتون) تشخیص سل را تأیید کرد. یافته های پاتولوژی در واقع نشانگر یک پریتونیت گرانولوماتوز بودند. در میکروسکوپی، کانون های گرانولوماتوز متشکل از تجمع هیستوسیت های اپی تلوئید عموماً همراه با سلول های ژانت چند هسته ای دیده شد. در چهار بیمار نکروز کازنوز در مرکز گرانولوم به چشم می خورد با رنگ آمیزی زیل نیلسون در بافت باسیل اسید فاست دیده نشد. هر چند جهت تشخیص قطعی سل باید مایکوباکتریوم توبرکولوزیس را از ضایعه کشت داد یا از روش های مولکولی مثل PCR استفاده نمود ولی با توجه به شیوع فراوان سل در منطقه، پریتونیت گرانولوماتوز همراه با پاسخ مناسب بیمار به درمان ضد سل می تواند مدرک قطعی جهت تشخیص سل تلقی شود.

روش انجام لاپاراسکوپی تشخیصی، مشابه نوع درمانی است. جراح در سمت راست بیمار قرار می گیرد درحالی که مونیتور کنار شانه چپ بیمار است. با کمک سوزن ورس (Veress) هوا وارد فضای شکم (پنوموپریتون) و فشار گاز حدوداً تا ۱۵ میلی متر جیوه ایجاد می شود. از طریق یک انسیزیون کوچک در زیر ناف، تروکار اول ۱۰ میلی متر وارد فضای پریتون می شود و فضای شکم با نمای O Side تلسکوپ بررسی می شود. در ۲ مورد به خاطر وجود باندهای چسبیده، سفت و ترس از پرفوراسیون روده، پس از ایجاد شکاف معمول در زیر ناف، ابتدا حفرة شکم با انگشت اکسپلور شده و سپس تلسکوپ وارد گردید. در اکسپلوراسیون، ابتدا

گزارش شده ۵٪ بیماران مبتلا به سل، ممکن است دچار سل شکمی بشوند و از این گروه ۲۵ - ۶۰٪ ممکن است درگیری پریتون داشته باشند.^۲

احتمال همراهی سل ریوی فعال با سل شکمی بین ۲۰ تا ۵۰٪ گزارش شده است.^۳ منشاء درگیری پریتون می تواند از عقده های لنفاوی مزانتریک، گسترش خونی یا سالپنژیت سلی باشد. علائم معمولاً بی سر و صدا بوده و به صورت درد و اتساع شکم، تب، تعریق شبانه، بی اشتها و کاهش وزن است.^۴ بیماری می تواند کاملاً بدون علامت باشد. بنابراین ضروری است که پزشک همواره ظن بالینی در مورد سل داشته باشد زیرا ندیده گرفتن این تشخیص می تواند منجر به عوارض و مرگ و میر قابل توجهی مخصوصاً در مناطق آندمیک شود.

مواد و روش ها

بیمارستان رازی شهر رشت مرکز ارجاع اعمال لاپاراسکوپی است. ما در طول ۱۰ سال بررسی گذشته نگر، تعداد ۲۹۰ بیمار مبتلا به درد شکم و آسیت را بررسی کردیم. بیشترین تشخیصی که در لاپاراسکوپی مطرح شد بدخیمی ها بود. سایر یافته های ارزشمند لاپاراسکوپی شامل موارد زیر بودند:

PID (بیماری التهابی لگن) در ۱۷ مورد، ضایعات شکمی با منشاء تومور تخمدان در ۲۸ مورد، ضایعات شکمی با منشاء تومور پانکراس در ۲۵ مورد، کارسینوما احشایی و محیطی و Omental Cake بدون منشاء مشخص در ۱۷۶ مورد، سیروز در ۸ مورد، سل شکمی در ۲۸ مورد و در ۸ مورد پاتولوژی مشخصی بدست نیامد.

یافته ها

بررسی ما یک مطالعه گذشته نگر است، ما پرونده ۲۸ بیماری که طی لاپاراسکوپی های تشخیصی مبتلا به سل تشخیص داده شده اند را مورد بررسی مجدد قرار دادیم. از ۲۸ مورد مبتلا به سل پریتون، ۱۸ نفر زن بودند و سن بیماران بین ۶۲-۱۷ سال بود. بیشتر این بیماران در موقعیت اجتماعی اقتصادی پایینی قرار داشتند و ۵ بیمار معتاد به مواد مخدر بودند. تمامی این موارد با تابلوی آسیت و درد شکمی بستری شدند و تا رسیدن به تشخیص قطعی تحت ارزیابی قرار گرفتند. گرافی ساده قفسه سینه در ۲۲ بیمار منفی بود و در ۶ مورد ضایعات مشکوک به سل گزارش گردید. تست های پوستی سل در اکثر موارد منفی یا غیرقابل تفسیر بودند.

لگن مورد بررسی قرار می‌گیرد و در موارد مشکوک آسپیراسیون مایع شکمی به کمک شستشو با ۱۵۰ سی‌سی سالیین جهت سیتولوژی انجام می‌شود، سپس بررسی قسمت فوقانی شکم انجام می‌گیرد. تروکار دوم ۱۰ میلی‌متر از فلانک راست وارد می‌شود. فضای لگن، سطح کبد، لیگامان‌های گاستروهاپاتیک و گاستروکولیک، فضای پاراکولیک راست و چپ، سطح تحتانی مزوکولون ترانسورس و ریشه مزانتریک مورد معاینه قرار می‌گیرد. از تمام ضایعات مشکوک کبدی و پريتونال جهت پاتولوژی، بیوپسی به عمل می‌آید. علاوه تمام غدد لنفاوی مشکوک و قابل دسترس نیز مورد بیوپسی قرار می‌گیرند.

بحث

اگر چه میزان بروز سل نسبت به گذشته کاهش یافته ولی بازگشت مجدد این بیماری کشنده در سال‌های اخیر دیده شده است. در اروپا و امریکا به موازات افزایش شیوع HIV، بیماری سل به صورت یک مشکل بهداشتی مهم و در حال افزایش درآمده که علائم مبهم و نشانه‌هایی غیراختصاصی دارد. اکثر موارد سل پريتونال ناشی از فعالیت مجدد یک کانون ناشناخته سل است. این کانون به دنبال گسترش خونی بیماری اولیه ریوی ایجاد می‌شود و به صورت نهفته باقی می‌ماند و در اثر فعال شدن مجدد، پريتونیت سلی را ایجاد می‌کند.^۵

شایعترین نشانه‌های سل شکمی به این صورت گزارش شده‌اند: اتساع شکم (۹۵٪)، درد شکم (۸۲٪)، کاهش وزن (۸۰٪)، ضعف (۷۶٪)، بی‌اشتهایی (۷۵٪) و تب (۶۹٪). در همین گزارش شایعترین یافته‌های بالینی عبارتند از: آسیت (۹۶٪)، تب (۷۵٪) و تندرین شکمی (۴۳٪).^۶

در مطالعه ما در اکثر بیماران تابلوی درد شکم و آسیت وجود داشت (۲۲ نفر). سایر تظاهرات به صورت: درد شکم بدون آسیت (۶ بیمار) و در دو بیمار فرم مختلط به صورت نوع Fibroadhesive با مقدار اندک آسیت و کیست‌های متعدد بین لوپ‌های روده‌ای داشتند. نشانه‌های تظاهر بیماری در مطالعه حاضر عبارتند از: درد شکم در ۲۸ مورد (۱۰۰٪)، اتساع شکم در ۲۲ مورد (۷۸٪)، کاهش وزن در ۲۰ مورد (۷۰٪)، ضعف در ۲۰ مورد (۷۰٪)، بی‌اشتهایی در ۲۱ مورد (۷۲٪)، تب در ۶ مورد (۲۲٪). در ۲۲ بیمار هم ناخوشی تحلیل برنده مزمن وجود داشت. در بررسی ما خلط جهت AFB ۲ مورد از ۶ مورد مثبت بوده و در حالی که در گزارش Lieshoragb ۳ مورد از ۱۴ مورد مثبت بود.^{۱۰}

پاراسنتز شکمی در مطالعه ما در ۴ مورد انجام شد که فقط یک مورد مثبت بود در حالی که طی گزارش Lieshoragb یک مورد از ۸ مورد انجام شده، مثبت بود. پريتونیت سلی دو فاز بالینی مختلف مرطوب (Wet) و خشک (Dry) دارد که تظاهرات آنها با هم متفاوت است. فاز مرطوب، مرحله ابتدایی بیماری بوده و علائم آن به صورت اتساع شکم ناشی از آسیت، درد شکم و کاهش وزن می‌باشد.^۷ فاز خشک یا فاز Fibroadhesive که با چسبندگی‌های سفت داخل شکمی مشخص می‌شود، به دنبال فاز مرطوب بروز می‌کند. طبق مطالعات قبلی احتمال مراجعه بیمار در فاز Fibroadhesive که مرحله دیررس بیماری است، حدوداً ۳٪ می‌باشد و این درحالی است که در مطالعه ما ۴ بیمار (۱۳٪) در این فاز پذیرش شدند که نشانه تأخیر در مراجعه بیماران است. قبل از روش‌های جراحی کم‌تهاجمی، لاپاراتومی تنها راه تشخیص قطعی بیماری بود. اما در حال حاضر، از لاپاراسکوپي بدین منظور استفاده می‌شود.^۸ در لاپاراسکوپي علائم ماکروسکوپي مطرح کننده سل عبارتند از: توبرکل‌های کوچک سفید رنگ روی پريتون احشایی و جداری، چسبندگی‌های التهابی پريتون احشایی و جداری و ضخیم‌شدگی و پرخونی امتموم و باندهای فیبروتیک طولی که از پريتوان جداری به طرف پريتوان احشایی کشیده شده و به نام ستون‌های استالاکتیت معروفند و مشخصه سل پريتوان بوده و در هیچ وضعیت پاتولوژیکی شکمی دیده نمی‌شوند که ما در ۴ بیمار با این نمای لاپاراسکوپيک شکمی روبرو شدیم که همیشه تشخیص سل پريتوان را قطعی می‌کند.

در مطالعه ما ۴ مورد فرم خشک با باندهای Fibroadhesive، ۲۲ مورد فرم مرطوب و ۲ مورد فرم مختلط با مجموعه باندهای Fibroadhesive همراه با مقادیر اندک آسیت و کیست‌های متعدد بین لوپ‌های روده مشاهده شدند. در ۲ مورد پس از انسزیون معمول زیر ناف جهت لاپاراسکوپي، قبل از وارد کردن تروکار به جهت چسبندگی‌های موجود، جراح شکم را با استفاده از انگشت اکسیلور کرد. در هیچ کدام از موارد لاپاراسکوپي، عارضه‌ای ایجاد نشد.

مطالعه ما نشان داد که بررسی ماکروسکوپي پريتونال با استفاده از لاپاراسکوپي، مفیدترین روش در تشخیص سل شکمی است. در مطالعه Goksoy ارزش تشخیصی این روش ۷۸٪ گزارش شده است،^۹ که این رقم در مطالعه حاضر ۸۲٪ به دست آمده است. در تمام بیماران، درمان معمول ضد سل بکار گرفته شد و نتیجه درمانی رضایت‌بخش حاصل شد.

نتیجه‌گیری

سل شکمی بیماری کشنده‌ای است که در عین حال در صورت تشخیص به موقع، با استفاده از دارو قابل درمان می‌باشد. پزشک باید در مناطق پرخطر، ظن بالینی بالایی در خصوص این بیماری داشته باشد. تست‌های معمول سل برای

تشخیص فرم شکمی بیماری حساس نیستند. مفیدترین روش رادیولوژیک در این خصوص سی تی اسکن می‌باشد. لاپاراسکوپی همراه با بیوپسی بافتی جهت اسمیر و کشت، حساسترین و اختصاصی‌ترین روش تشخیصی سل شکمی است.

Archive of SID

Abstract:

Role of Laparoscopy in the Diagnosis of Peritoneal Tuberculosis

Safarpor F. MD^{}, Aghajanzadeh M. MD^{*}, Kohsari MR. MD^{**}, Sarshad A. MD^{***},
Hoda S. MD^{****}, Safarpor D. ^{*****}, Parvizi A. MD^{*****}*

Introduction & Objective: Tuberculosis continues to be a common disease in Iran and one of its presentations is abdominal tuberculosis. Histopathological confirmation of abdominal tuberculosis because of suboptimal noninvasive access to the pathology is difficult. Laparoscopy provides minimally invasive access to the peritoneum. Information on the diagnostic yield of this investigation in abdominal tuberculosis is scarce.

Materials & Methods: During 10 years retrospective study on laparoscopy field in Razi hospital of Rasht (north of Iran), which is a referral center of laparoscopic procedures, Diagnostic laparoscopy was performed in 290 patients with abdominal pain with or without ascites.

Results: Most diagnostic laparoscopic findings were malignancy and we found 28 cases of abdominal tuberculosis, characterized by presence of ascites, multiple whitish tubercles, fibrous band, and long fibrous bands which extended from visceral peritoneum to parietal peritoneum that so called stalactite which is the characteristic of abdominal tuberculosis and some dense adhesions, hyperaemic edematous bowel loops with or without ascites. Peritoneal biopsy confirmed the diagnosis of T.B. in 28 cases, there was no converted laparoscopy to laparotomy in these 28 patients. All patients received therapeutic trial with anti tuberculose treatment and showed good response.

Conclusions: Laparoscopy provided rapid and correct diagnosis of tuberculosis versus other diagnosis options.

Key Words: Aabdnominal Tuberculosis, Laparoscopy

** Associate Professor of General Surgery, Gilan University of Medical Sciences and Health Services, Razi Hospital, Gilan, Iran*

*** Assistant Professor of General Surgery, Gilan University of Medical Sciences and Health Services, Razi Hospital, Gilan, Iran*

**** Internist Assistant Professor, Gilan University of Medical Sciences and Health Services, Razi Hospital, Gilan, Iran*

***** Pathologist Assistant Professor, Gilan University of Medical Sciences and Health Services, Razi Hospital, Gilan, Iran*

****** Medical Student*

****** General Practitioner*

References:

1. Personal communication with control center. Tehran. Iran. 1993.
2. Mar J.B tuberculosis of gastrointestinal tract and peritoneum. AM J gastrointestinal 1998; 88: 989-99.
3. Chen ym, lee dy, perng PR, Abdominal tuberculosis in Taiwan a report from veterans, general hospital, Taipei, tuber lung dis 1995; 76: 35-9.
4. Manohar A., Simjee Ae., Hafejee AA, Pettegellke. R Symptoms and investigative finding in 145 patient with tubercuiose peritonitis diagnosed by peritonoscopy and biopsy over a 5 years period gut 1990; 31-1130-2.
5. Singh MM, Bhargava, Jain KP. Tuberculous peritonitis: An evaluation of pathogenetic mechanism. diagnostic procedure and therapeutic measures. N Eng j med. 1969; 281: 1091-4.
6. Sandikci Mu, Colakoglus, Ergun y. Fetal presentation and role of peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis. J of gastroenterol hepatol 1992, 7: 298-301.
7. Jorge Ad: peritoneal tuberculosis, Endoscopy 1984; 16: 102.
8. Apaydin B, Pasoy M, Bilir M, et al: value of diagnostic laparoscopy in tuberculous peritonitis. Bur J surge 1999; 165: 158-63.
9. R: Goksoy E, Duren M, uygun N: gastrointestinal tuberculosis, 10 years experience in a surgical university clinic. chirury 1994: (65)- 546- 50.

Archive of SID