

## آقای ۵۰ ساله با تب و درد شکم

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۹/۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۳۰

### چکیده

بیمار آقای ۵۰ ساله ای است که با شکایت درد شکم، تب و لرز و یبوست از ۲۰ روز قبل با تهوع و استفراغ با تشخیص احتمالی تیفوئید بستری می شود. سی تی اسکن شکم و لگن با تزریق ماده حاجب برای بیمار انجام شد. تشخیص شما چیست؟

کلمات کلیدی: تب و لرز، درد شکمی، تهوع و استفراغ، یبوست

مجتبی هدایت یعقوبی<sup>۱</sup>، شهاب رضی پور<sup>۲</sup>، محمدمهدی صباحی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> دپارتمان بیماری های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

<sup>۲</sup> مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول:

مرکز پژوهش دانشجویان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، خیابان شهید فهمیده، همدان، ایران

۰۹۳۸-۴۲۷۵۴۰۷

E-mail: mmsabahi1996@gmail.com

## مقدمه

این بیماری پیش از دسترسی گسترده به آنتی بیوتیک ها دارای نرخ مرگ و میر بالایی در سراسر جهان بود.<sup>۴-۱</sup> علیرغم پیشرفت های گسترده در قرن اخیر، نرخ کشندگی پیلوفلیبیت کماکان بالاست. تاخیر در تشخیص و مدیریت شرایط بیمار علیرغم استفاده از تصویربرداری های تشخیصی پیشرفته نظیر سونوگرافی (ultrasonography) و سی تی اسکن (CT) سبب وخیم شدن حال بیمار می شود. اتفاق نظر عمومی راجع به نرخ بروز پیلوفلیبیت وجود ندارد، زیرا اطلاعات بالینی بیشتر محدود به گزارش های موردی (case reports) می باشد. با این حال حدس زده می شود بروز پیلوفلیبیت حدود ۲/۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال باشد.<sup>۶</sup>

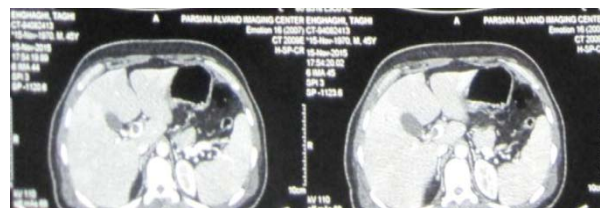
پیلوفلیبیت در نتیجه عفونت کنترل نشده در مناطق مجاور یا مناطقی که درناز آن بوسیله ورید پورت انجام می گیرد، رخ می دهد. شروع پیلوفلیبیت معمولا با ترومبوفلیبیت در وریدهای مزانتریک کوچک همراه است که یا بوسیله زوآندی به سیستم پورتال مرتبط میشوند و یا به روش هماتوزن به کبد ختم می شوند. ترومبوز در ورید های مزانتریک سبب ایسکمی مزانتریک، انفارکشن و نکروز روده ها می شود. قبل از کشف آنتی بیوتیک ها، پیلوفلیبیت بیشتر در زمینه آپاندیسیت مشاهده می شد، این در حالی است که هم اکنون دایورتیکولیت و بعد از آن به ترتیب آپاندیسیت، بیماری روده تحریک پذیر (IBS)، کلانژیت بالارونده (ascending cholangitis)، سنگ مجاری صفراوی (choledocholithiasis)، پانکراتیت، یا سوراخ شدن سیستم گوارشی بر اثر تروما یا کنسر و سایر عفونت های داخل شکمی به عنوان علل پیلوفلیبیت شناخته می شوند.<sup>۸،۷،۶،۵</sup>

دشواری مدیریت پیلوفلیبیت به علت تشخیص دشوار آن بواسطه علائم غیراختصاصی نظیر بیقراری، تب، تدرنس شکمی و تهوع می باشد. مراحل نهایی بیماری با بروز زردی به علت درگیری کبدی نمایان میشود.<sup>۹</sup>

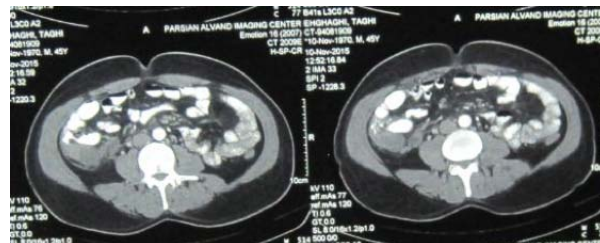
تشخیص این بیماری نیازمند یک منشا شناسایی شده عفونت و تصویربرداری است که ترومبوز ورید پورت را شناسایی کند. CT همراه با کنتراست (ماده حاجب) از طریق دهان و یا داخل وریدی مدالیته انتخابی است، زیرا قادر است تا منشا احتمالی داخل شکمی و ترومبوز ورید پورت را نمایان کند.<sup>۱۰-۱۳</sup>

بیمار آقای ۵۰ ساله ای است که با شکایت درد شکم، تب و لرز و بیوست از ۲۰ روز قبل با تهوع و استفراغ با تشخیص احتمالی تیفوئید بستری می شود. درد شکم بیمار بیشتر در ناحیه پره آمبلیکال و Right Lower Quadrant بود. در بررسی های آزمایشگاهی ALT=107، AST=58، Hb=13.3، WBC=8500، ALP=406، Total Bil =1.5 و Direct Bil=0.5 داشته است. در سونوگرافی شکم: کبد، طحال و مجاری صفراوی داخل کبد، مجاری سیستیک و CBD طبیعی بوده، تنگی و یا سنگ در آنها رویت نگردید.

سونوگرافی داپلر عروق شکمی نیز نرمال گزارش شد. سی تی اسکن شکم و لگن با تزریق ماده ی حاجب برای بیمار انجام شد که در شکل های زیر نشان داده شده است. تشخیص شما چیست؟؟



شکل ۱: سی تی اسکن شکم بیمار با تزریق ماده حاجب

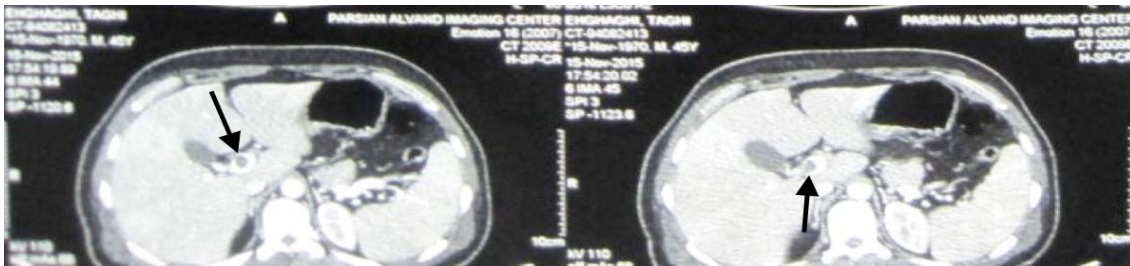


شکل ۲: سی تی اسکن لگن بیمار با تزریق ماده حاجب

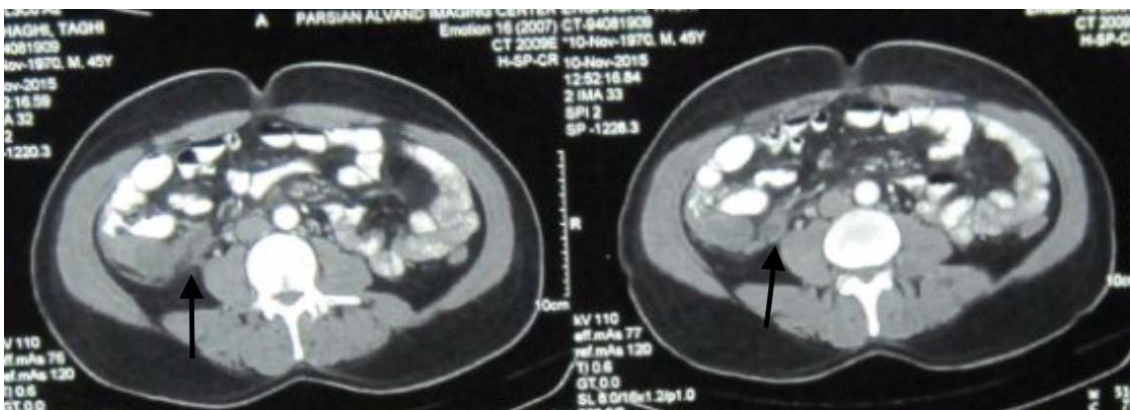
## بحث

## جواب

پیلوفلیبیت (pylephlebitis) شرایطی است که با ترومبوز چرکی در ورید پورت، شکم درد، تب، اختلال در کارکرد کبد و باکتری می شناخته می شود و از عوارض نادر و بسیارکشنده عفونت داخل شکمی می باشد. پیلوفلیبیت برای اولین بار در سال ۱۸۴۶ و در طی اتوپسی توسط Waller به عنوان منبع آبه های کبدی کشف شد.



**شکل ۳:** سی تی اسکن شکم بیمار (باتزریق کنتراست خوراکی و وریدی) مویذ نقص پرشدگی ایترالومینال در بخش های پروگزیمال و ریدپورت و همچنین در ۲۵ میلی متری دیستال ورید طحال در اطراف محل اتصال آن با SMV (ورید مزانتریک فوقانی) با نمای ترومبوز می باشد.



**شکل ۴:** در سی تی اسکن لگن بیمار (باتزریق کنتراست خوراکی و وریدی)، چربی های اطراف سکوم کدر و ملتهب می باشد. همچنین بخش کوچکی با ابعاد تقریبی ۳۰ تا ۳۵ میلی متر در مجاورت داخلی سکوم با نمای آبسه، همراه با شواهد التهاب در جدار سکوم مشهود می باشد که احتمال پرفوراسیون آپاندیسیت حاد و آبسه پری آپاندیکولر مطرح شد.

### درمان

روش های دیگر درمانی با شکست مواجه شده است، گزینه دیگر درناژ از طریق پوست کانون التهابی در ورید پورت تحت هدایت رادیولوژیک (Radiologic guided subcutaneous drainage) می باشد.<sup>۱۵،۱۲</sup>

در موارد آپاندیسیت که با سوراخ شدگی یا فلگمون (phlegmon) همراه باشند، آنتی بیوتیک تراپی و درناژ پوستی آبسه پرآپاندیکولار (در صورت وجود) باید انجام شود. اگر این مانورها، نتیجه دلخواه را حاصل کرد، آپاندکتومی میتواند ۶ تا ۸ هفته بعد از فروکش کردن التهاب به تاخیر انداخته شود.<sup>۱۶</sup>

درمورد بیمار مطرح شده، بیمار با پیراسیلین-تازوباکتام درمان شد. درد شکمی و لکوسیتوز به سرعت فروکش کرد، ادامه درمان با پیراسیلین-تازوباکتام به مدت ۱ هفته دیگر ادامه یافت و پس از آن

آنتی بیوتیکها پای ثابت درمان پیلوفلبیت هستند. داروهای انتخابی شامل مترونیدازول به همراه یک سفالوسپورین نسل سوم یا فلوروکینولون، یا درمان تک دارویی با پیراسیلین-تازوباکتام میباشد. درمان می بایست به مدت ۴ الی ۶ هفته ادامه یابد، آنتی بیوتیک های پرنترال برای ۱ تا ۳ هفته اعمال می شوند تا بهبود بالینی حاصل گردد، و پس از آن از آنتی بیوتیک های خوراکی در باقی مدت درمان استفاده می شود. فلوروکینولون و مترونیدازول خوراکی درمان های انتخابی استاندارد می باشند.<sup>۱۳،۱۴</sup>

با وجود اینکه اقدام جراحی معمولاً اندیکاسیون ندارد، ممکن است در صورت وخیم شدن وضعیت کانون شکمی، اقدام به درمان جراحی یا قرار دادن درناژ لازم شود. در بیماران به شدت بدحال که

آزمایشات کبدی نرمال شد و به دلیل پایدار بودن شرایط بیمار؛ تصویر برداری بعدی جهت بررسی باز شدن ورید پورت صورت نگرفت.

بیمار با دستوراتی مبنی بر ادامه درمان به مدت سه هفته کامل با سیپروفلوکساسین خوراکی و مترونیدازول مرخص گردید. در پیگیری سرپایی درمان ۲ و ۶ هفته و ۳ و ۶ ماه بعد، بیمار بدون علامت (asymptomatic) باقی ماند. در طی این مدت، نتایج

## References

1. Wong K, Weisman DS, Patrice K-A. Pylephlebitis: a rare complication of an intra-abdominal infection. *Journal of community hospital internal medicine perspectives* 2013;3(2):20732.
2. Singh P, Yadav N, Visvalingam V, Indaram A, Bank S. Pylephlebitis diagnosis and management. *The American journal of gastroenterology* 2001;96(4):1312.
3. Plemmons R, Dooley D, Longfield R. Septic thrombophlebitis of the portal vein (pylephlebitis): diagnosis and management in the modern era. *Clinical Infectious Diseases* 1995;21(5):1114-20.
4. Saxena R, Adolph M, Ziegler J, Murphy W, Rutecki G. Pylephlebitis: a case report and review of outcome in the antibiotic era. *American Journal of Gastroenterology* 1996;91(6).
5. Abraham MN, Mathiason MA, Kallies KJ, Cogbill TH, Shapiro SB. Portomesenteric venous thrombosis: a community hospital experience with 103 consecutive patients. *The American Journal of Surgery* 2011;202 (6): 759-64.
6. Acosta S, Alhadad A, Svensson P, Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. *British Journal of Surgery* 2008;95 (10) :1245-51.
7. Lee BK, Ryu HH. A case of pylephlebitis secondary to cecal diverticulitis. *The Journal of emergency medicine* 2012;42(4):e81-e5.
8. Falkowski AL, Cathomas G, Zerz A, Rasch H, Tarr PE. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. *Journal of radiology case reports* 2014;8(2):37.
9. James AW, Rabl C, Westphalen AC, Fogarty PF, Posselt AM, Campos GM. Portomesenteric venous thrombosis after laparoscopic surgery: a systematic literature review. *Archives of Surgery* 2009;144(6):520-6.
10. Harch JM, Radin RD, Yellin AE, Donovan AJ. Pylethrombosis: serendipitous radiologic diagnosis. *Archives of Surgery* 1987;122(10):1116-9.
11. Balthazar EJ, Gollapudi P. Septic thrombophlebitis of the mesenteric and portal veins: CT imaging. *Journal of computer assisted tomography* 2000;24(5):755-60.
12. Dean JW, Trerotola SO, Harris VJ, Snidow JJ, Hawes D. Percutaneous management of suppurative pylephlebitis. *Journal of vascular and interventional radiology: JVIR* 1995;6(4):585-8.
13. Zirinsky K, Markisz J, Rubenstein W, Cahill P, Knowles R, Auh Y, et al. MR imaging of portal venous thrombosis: correlation with CT and sonography. *American Journal of Roentgenology* 1988;150(2):283-8.
14. Duffy JF, Millan MT, Schoetz JD, Larsen CR. Suppurative pylephlebitis and pylethrombosis: the role of anticoagulation. *The American surgeon* 1995; 61 (12) : 1041-4.
15. Nouira K, Bedioui H, Azaiez O, Belhiba H, Messaoud MB, Ksantini R, et al. Percutaneous drainage of suppurative pylephlebitis complicating acute pancreatitis. *Cardiovascular and interventional radiology* 2007;30 (6):1242-4.
16. Nadler EP, Gaines BA, Society TACotSI. The Surgical Infection Society guidelines on antimicrobial therapy for children with appendicitis. *Surgical infections* 2008;9(1):75-83.

**Mojtaba Hedayat Yaghoobi<sup>1</sup>,  
Shahab Razipour<sup>2</sup>,  
Mohammad Mahdi Sabahi<sup>2\*</sup>**

<sup>1</sup> Assistant Professor of  
Infectious Diseases,  
Department of Infectious  
Disease, Alborz University of  
Medical Sciences, Karaj, Iran  
<sup>2</sup> Student Research Committee,  
Hamadan University of  
Medical Sciences, Hamadan,  
Iran

## A 50 Year Old Man with Fever and Abdominal Pain

Received: 26 Nov. 2018; Accepted: 19 Feb. 2019

### Abstract

The patient is a 50-year-old man who has been diagnosed with abdominal pain, fever, shivering and constipation with nausea and vomiting with a possible diagnosis of typhoid. Computed tomography (CT) of the abdomen and pelvis was performed by injection of contrast agent for the patient. What is your diagnosis?

**Keywords:** Fever, Abdominal pain, Nausea and Vomiting, Constipation

**\*Corresponding Author:**  
Faculty of Medicine, Hamadan  
University of Medical  
Sciences and Health Services ,  
Shahid Fahmide St, Hamadan,  
Iran

Tel: 0938-4275407  
E-mail: mmsabahi1996@gmail.com