

## ● گزارش موردي



### گزارش یک مورد آبسه سل شکمی که با تابلوی اولیه سرطان سر پانکراس نظاهر گرده است

#### چکیده

بیماری سل همچنان به عنوان یک مشکل بهداشتی درمانی نسبتاً شایع در کشورهای در حال توسعه باقی مانده است.

بیمار خانم ۷۸ ساله ای بود که بدنبال شروع دردو حساسیت شکمی در ناحیه ربع فوقانی راست اسکن و سونوگرافی برای بیمار تشخیص احتمالی سرطان پانکراس مطرح شد. با توجه به تهوع واستقراغ مداوم بدنبال غذا خوردن و احتمال انسداد دستگاه گوارش فوقانی ثانوی به ضایعه فوق بیمار تحت لایارatomی تشخیصی و احتمالاً درمانی قرار گرفت. در هین جراحی علیرغم مطرح شدن ضایعه سلی بعلت مشاهده ترشحات کازئوز از محل باز شدن توہ شکمی، بیمار تحت دستکاریهای جراحی قرار گرفت.

بررسی پاتولوژیکی از بیوپسی بعمل آمده تشخیص آبسه سلی را تایید کرد اما پس از جراحی بیمار با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نمود ولی در مراجعه بعدی دچار کاهش سطح هوشیاری

بدلیل نارسایی حاد کلیه و افزایش کراتینین شد و متاسفانه فوت نمود. در نهایت می توان گفت که آبسه سلی شکم ممکن است خود را با نظاهر بدینهای های مختلف در شکم بروز دهد، لذا هرگونه دستکاری این آبسه ها ممکن است عوارض زیادی برای بیمار به همراه داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** آبسه سلی، آبسه شکم، سرطان پانکراس

\*دکتر محمد رضا قدیر<sup>۱</sup>  
دکتر هیوا امجدی<sup>۲</sup>  
دکتر حمید حسینی جدا<sup>۳</sup>  
دکتر رضا انصاری<sup>۴</sup>

۱. دستیار فوق تخصصی مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، استادیار دانشگاه علوم پزشکی قم

۲ پژوهشگر، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. دستیار فوق تخصصی مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، استادیار دانشگاه علوم پزشکی قم  
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نشانی نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد

تلفن: ۰۲۹۹۰۸-۰۸۸۰-۱۲۹۹۰۲ - نامبر: ۱۲۹۹۰۲

آدرس الکترونیکی: ghadir@ddrcir.org

آزمایشگاهی و رادیولوژیک نیز برای تشخیص کافی نیستند. بنابراین بیماری ممکن است به راحتی تشخیص داده نشده یا اشتباه تشخیص داده شود از طرفی سل شکمی ممکن است همیشه همراه با سل ریوی فعال نباشد. در این جا به یک مورد از آبسه سلی شکم با تظاهر اولیه سرطان سر-پانکراس اشاره می‌شود.

### معرفی بیمار

بیمار خانم ۷۸ ساله ای بود که با شکایت در مداوم در ناحیه ربع فوقانی راست شکم، تهوع و استفراغ غیر صفوایی بدنیال غذا خوردن از ۲۰ روز قبل مراجعه کرده بود. درد بیمار از یک هفته قبل از بستری تشدید یافته بود و درد با غذا خوردن شدیدتر می‌شد. بیمار همچنین تغییر خفیف عادات اجابت مزاج بصورت اسهال متوسط را در طی این مدت ذکر می‌کرد. استفراغهای بیمار غیرصفوایی بود.

در معاینه بیمار درجه حرارت دهانی برابر با ۳۷/۵ داشت و نسبتاً بدحال به نظر می‌رسید، ایکتر ولنفادنوباتی

نشاشت، از نظر قلبی ریوی نرمال بود. آسیت و اسپلنومگالی نداشت. شکم متسع و عموماً "حساس بود با یک حساسیت نسبتاً

است.(۵) درد شکمی غیر اختصاصی شایعترین شکایت است که در ۸۰ تا ۹۰٪ از بیماران مبتلا به سل شکمی دیده می‌شود. بیش از ۶۰٪ اشتها را خستگی، تب، تعریق شبانه، کاهش وزن، اسهال و بیوست، خون در مدفوع ممکن است وجود داشته باشد. توده قابل لمس شکمی در ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران وجود دارد. (۶) در تعدادی از موارد نیز انسداد روده و یا پروفوراسیون روده گزارش شده است.(۷) در مطالعه ای که بر روی ۸۲٪ بیمار مبتلا به سل شکمی در طی ۷ سال صورت گرفته بود تشخیص صحیح بالینی سل شکمی تنها در ۵۰٪ از بیماران به درستی داده شده بود. تعداد زیادی از بیماران از درد شکم، کاهش وزن، تب، ضعف و سایر علایم عمومی شکایت داشتند و درصد قابل توجهی نیز بدليل علایم شکم حاد لایاتومی شده بودند. (۸) صفاق و روده شایعترین محلهای درگیر در سل شکمی هستند. درگیری پانکراس بوسیله سل نوع نادر از بیماری سل است و فقط تعداد کمی از موارد این بیماری گزارش شده است، طبق مطالعات در ۴/۷٪ از موارد سل منتشر درگیری پانکراس داشته اند.(۹) نه تنها علائم و شواهد بیماری سل شکمی غیر اختصاصی هستند بلکه خصوصیات

### مقدمه

بیماری سل همچنان به عنوان یک بیماری عفونی شایع در سرتاسر دنیا باقی مانده است. این بیماری هنوز در تعدادی از کشورهای در حال توسعه اندمیک است و شیوع آن در کشورهای توسعه یافته نیز به دلیل افزایش عفونت با ویروس HIV روبه افزایش است. (۱) بسیاری از موارد فعال سل در ریه دیده می‌شونداماً تقریباً "۱۵٪ از موارد خارج ریوی هستند. شایع ترین محلهای خارج ریوی درگیر در سل بترتیب شامل: پلور، سیستم لنفاویک، استخوان و مفاصل، دستگاه ادراری، منژیت و پریتونیت است. (۲) بنابراین این بیماری ممکن است هر ارگانی را درگیر نماید از جمله در شکم ممکن است تابلوی بسیاری از بیماریهای دیگر از جمله بیماریهای التهابی روده، بدخیمی و یا سایر بیماریهای عفونی را تقلید کند. (۳) اگرچه که شیوع عفونت ریوی بعد از کشف داروهای ضد سل کاهش چشمگیری داشته است اما در تعدادی از کشورها میزان بروز قابل توجهی از سل شکمی گزارش شده است. (۴) شیوع سل شکمی در میان زنان و مردان تقریباً یکسان است و بالاترین میزان بروز آن در دهه های سوم و چهارم زندگی گزارش شده

آن بصورت زیر بوده است :

توده ای در ناحیه مژوکولون عرضی که به آنتر معده و دئودنوم گسترش یافته بود مشاهده شد. در سه نقطه لوپهای ژوژنوم نیز به توده چسپندگی داشتند.

همراه با مژوی روده باریک، سر ساک باز شده پانکراس طبیعی به نظر رسید. پس از جدا کردن لوپهای روده باریک و باز کردن جدار توده مزانتریک غدد لنفاوی متعدد یافت گردید در عمق همین ناحیه از طریق مژو-کولون حفره درون توده باز شد و حدود ۱۰۰ سی سی مواد کازئیفیه از آبسه تخلیه شد. بیوپسی های متعدد برداشته شد که در جواب پاتولوژی نکروز کازئوز سلی گزارش شد و باسیل سل در زیل نلسون دیده شد. (شکل ۳ و ۴)

بعلت تابلوی انسدادی برای بیمار گاستروژوژنستومی انجام شد. بعد از عمل با توجه به مشاهده لنفادنوباتی در جدار توده مواد نکروزه کازئیفیه و جواب پاتولوژی بیمار با مشورت متخصص عفونی با تشخیص توبرکلوز تحت درمان چهاردارویی قرار گرفت که شامل پیرازینامید، اتامبیوتول، ریفامپین و ایزوپنیازید بودند. بعد از عمل بیمار همچنان ترشحات چرکی از محل درناز داشت که بعد از یک هفته ترشحات از نوع روده ای

در سونوگرافی کبد نرمال بوده و مجاری صفراوی داخل کبدی منسج نمی باشد. قطر ؟ مجرای مشترک (CBD) برابر ۱۰ میلیمتر بوده و قطر ورید پورت نرمال است. بعلت حجم زیاد گاز شکمی، پانکراس و نواحی پاراآثورت قابل بررسی نبود. اگرچه یک ناحیه هیپوآکوئیک با حدود نسبتاً مشخص حدوداً منطبق بر سر پانکراس می تواند مطرح کننده یک تجمع مایع (نکروز یا آبسه) باشد.

در CT scan یک توده نسج نرم حدود ۵ سانتی متر در ناحیه آناتومیک زائده پانکراس که بطرف سر uncinate پانکراس امتداد یافته است و مناطقی از نکروز و حفره با کنترast هوا در مرکز آن دیده می شد که مطرح کننده تومور پانکراس با فیستول به دئودنوم بود. مقدار کمی مایع در لگن جلب توجه می کرد. (شکل ۲ و ۱)

در آندوسکوپی فوقانی انجام شده مری، معده، بولب و قسمت دوم دوازدهه نرمال بود. گرافی روده باریک بعلت عدم تحمل بیمار انجام نشد.

بیمار بعلت تابلوی انسدادی و با احتمال بدخیمی تحت لایه اپاتومی تشخیصی و در صورت نیاز درمانی قرار گرفت که شرح عمل

شدید در ناحیه RUQ که در لمس سطحی این ناحیه، یک توده حدود ۱۰ سانتی متر داشت که بعلت حساسیت شدید تعیین دقیق حدود آن مشکل بود.

ادم +۲ در اندامهای تحتانی بیمار مشاهده شد.

آزمایشات بیمار به صورت زیر بوده است :

FBS = ۸۲ mg /dl  
 MCV = ۹۱ fl  
 Total protein = ۶.۴ gr/lit  
 Cr = ۱.۱ mg/dl  
 WBC = ۱۱۰۰۰ /mm³  
 Alb = ۲.۸ gr/lit  
 BUN= ۱۰ mg/dl  
 PT = ۱۲.۶ sec  
 CEA = ۰.۵۶ ng/ml  
 K = ۵.۷ meq/lit  
 INR = ۱.۱ IU  
 CA125 = ۲۲۰ U/ml  
 Na = ۱۴۹ meq/lit  
 AST = ۱۳ Iu/lit  
 CA19.9 = ۱۳.۸ U/ml  
 Hb = ۱۰.۵ g/dl  
 ALT= ۱۱ u/lit  
 Hct = ۳۷ %  
 ALP = ۱۴۲ u/lit  
 Plt = ۵۲۲۰۰۰ /mm³  
 Bil = ۰.۵ mg/dl

گرافی گرفته شده از قفسه سینه بیمار نرمال بود.

ضعف اینمنی بیشتر بوده است.(۱۳)

و ۱۴ و ۱۵) در بیمار مورد مطالعه ما علی

رغم مجاورت آبese سلی با سر پانکراس اما

در گیری پانکراس با سل وجود نداشت و آبese

مزوی روده باریک و معده را در گیر کرده بود.

از نظر خصوصیات پاتولوژی، نمای

هیستوتولوژیکی اختصاصی سل شکمی

تفاوتی با نمای در گیری در سایر ارگانها ندارد

و به صورت گرانولوم کازئوز با نکروز مرکزی

می باشد.(۱۷)

در یک بررسی در سال ۲۰۰۱ بر روی

بیماران مبتلا به سل شکمی ۴۵ نفر از

بیماران مبتلا به سل شکمی اشتباهه" به

عنوان تومور تشخیص داده شده بودند که در

حین عمل جراحی ضایعات متعدد بزرگی

مشاهده شده بود که روده کوچک ، پریتوئن

و لف نودها را در گیر کرده بود و تابلوی تومور

شکمی را تقلید می کرد، تشخیص قطعی آنها

با مشاهده هیستوتولوژی ضایعه بعد از عمل

جراحی تأیید شده بود.(۱۸) در بیمار مورد

نظر ما نیز با توجه به شواهد رادیولوژیکی

بیمار ابتدا اشتباهه" کانسر سر پانکراس

طرح شده بود که بعد از لاپارatomی آبese ای

با در گیری مزوی معده و دئونوم مشخص

شد که ترشحات کازئیفیه فراوان داشته

و بررسی پاتولوژی آن موید سل بود.

(۱۰٪). (۱۰٪)

سل شکمی معمولاً" با بلعیدن خلط

آلوده به باسیل مایکوباکتریوم توبرکلوزیس

ایجاد می شود. باسیل باعث نکروز ناحیه ای

در روده شده واژ طریق لنف نودهای

مزانتریک گسترش می یابد. همچنین ممکن

است که باعث پاره شدن پریتوئنوم وایجاد

پریتوئنیت شود.(۱۰) راه دیگر انتقال سل

شکمی از راه گسترش خونی باسیل از عفونت

اخیر یا قدیمی است . به صورت مجاورتی از

ارگانهای مجاور نیز انتقال می یابد.(۱۱) سل

پریتوئن شایع ترین فرم در گیری شکمی سل

است که ممکن است همراه با آسیت یا بدون

آسیت یا همراه با تشکیل توده باشد.(۱۱) در

یک بررسی در کویت بر روی بیماران مبتلا

به TB شکمی با استفاده از یافته های CT

در گیری پریتوئن شایعترین یافته بود(۷۷/۵٪)

که در نصف بیماران همراه با آسیت بود. سایر

یافته ها شامل در گیری مزانتر یا امتنوم یا

تشکیل توده بودند. لفادنوپاتی در ۳۸٪ موارد

و در گیری ارگانهای شکمی در ۲۰٪ از

بیماران وجود داشت.(۱۲).

مواردی از در گیری طحال ، کبد

، پانکراس ، پسواس و دیواره شکمی با آبese

های سلی در مطالعات قبلی گزارش شده اند

که البته در گیری این ارگانها در بیماران با

وفکالوئید شد که بیمار موقتاً با رضایت از

بیمارستان مرخص شد تا مجدداً با کاهش

تورم والتهاب توده مجدداً جهت

فیستولوگرافی مراجعه نماید .

بیمار در مراجعه دچار کاهش سطح

هوشیاری و افزایش کراتینین تا حدود ۷ شده

که در بخش نفرولوژی بستری و بعد از ۲۴ ساعت فوت نمود.

## بحث

با توجه به کترول سل در کشورهای توسعه یافته و کاهش شیوع آن در کشورهای در حال توسعه ، اما موارد زیادی از سل شکمی از تعدادی از کشورهای در حال توسعه گزارش شده اند. در تعدادی از بیماران، سل شکمی یک بیماری اولیه است که ممکن است بدون در گیری ارگانهای دیگر و یا سل ریوی بروز کند. در مطالعه ای که ۸۸ بیمار با سل شکمی مورد بررسی قرار گرفته بودند شایعترین نشانه هایی که بیماران با آن مراجعه نموده بودند عبارت بودند از:

آسیت(۳۵٪)، درد شدید شکمی

هپاتومگالی(۲۸٪)، سالی(۲۲٪)

اسپلنومگالی(۱۷٪)

توده شکمی(۱۷٪)، فیستول(۱۲٪)،

لنفادنوپاتی محیطی(۱۱٪) و شکم حاد



پزشک می تواند FNA درخواست نماید و در صورت تایید پاتولوژیک ضایعه سلی تشخیص درستی قبل از عمل جراحی برای بیمار داده می شود و بعد از اینکه تشخیص قطعی داده شد از عمل جراحی غیر ضروری برای بیمار جلوگیری شده و درمان ضد سل همراه یا بدون آسپیراسیون یا درناز آبسه ممکن است کافی باشد. درمان جراحی موقعی لازم می شود که تشخیص قطعی برای بیمار داده نشده باشد یا احتمال ضایعه سلی کم باشد و یا عوارض برای بیمار ایجاد شده باشد. حتی در موارد انسداد نسبی دستگاه گوارش در صورتیکه تشخیص قطعی باشد یا احتمال آن زیاد باشد درمان دارویی ضد سل اغلب موارد منجر به بهبودی بیمار می شود. در کل اگر جراح حین لپاراتومی با ضایعه سلی مواجهه شود باید از هرگونه دستکاری منتشر اجتناب نماید و با انجام نمونه برداری برش محل عمل را بیندد.

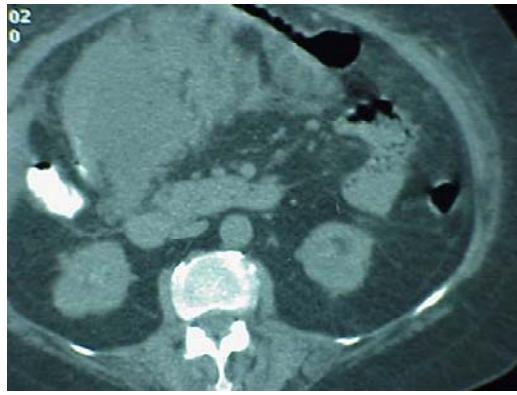
بنابراین در نواحی که بیماری سل شایع است تشخیص سل شکمی در بیماران با علائم مختلف غیر قابل توجیه باید همواره مدنظر باشد و در صورت داشتن شک بالینی قوی به سل و نداشتن تشخیص قطعی آزمایشگاهی شروع درمان آزمایشی با داروهای ضد سل توصیه شده است که باید درمان حداقل بمدت سه ماه ادامه یابد. کاهی نیز جهت دادن تشخیص قطعی توصیه به انجام لپاراتومی می شود که البته لپاراتومی دارای عوارض زیادی می باشد. (۲۰) اخیرا "توصیه به انجام لپاراسکوپی تشخیصی به عنوان جایگزین لپاراتومی جهت تایید قطعی سل شکم شده است. (۲۱)

در مطالعه ای در بیمارستان مسیح دانشوری تعدادی از بیمارانی که بدليل عوارض سل شکمی تحت لپاراتومی قرار گرفته بودند بررسی شدند، علت اصلی لپاراتومی در این بیماران تشخیص بالینی پریتونیت در آنها بود. شایعترین عارضه بدنبال لپاراتومی بعد از سل تشکیل فیستول بوده که در بیمارانی که تحت جراحی محدود (بیوپسی از غدد لنفاوی) قرار گرفته بودند این عارضه کمتر گزارش شده بود. بطوریکه از چهار مورد لپاراتومی سه مورد دچار فیستول شده بودند و مورد چهارم که دچار فیستول نشده بود از دو هفته قبل از عمل درمان ضد سل دریافت کرده بود. ۲ نفر از بیماران در این مطالعه بدليل پریتونیت وسیع و شوک سپتیک که قبل از جراحی ایجاد شده بود فوت نمودند. (۱۹) البته در این مطالعه بیمار بدليل نارسایی حاد کلیه وافزایش کراتینین احتمالاً ناشی از عوارض جراحی و دستکاری آبse فوت نمود.

## نتایج

در پایان می توان گفت آبse اطراف پانکراس ممکن است خود را به صورت آدنوکارسینوم یا سیستادنوکارسینوم نشان دهد. اگر شک پزشک به توبرکلوز بالا باشد

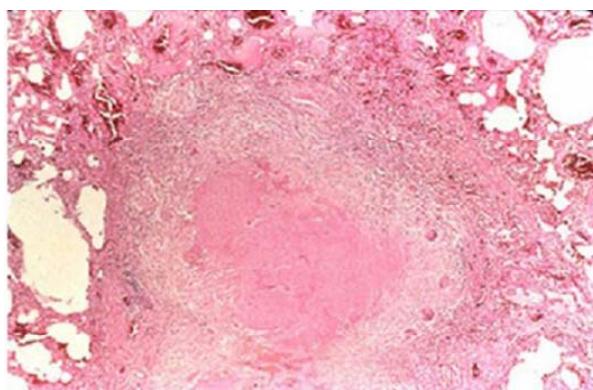
۳۸۴ گزارش یک مورد آبیه سل شکمی که با تابلوی اولیه سرطان سر پانکراس تظاهر کرده است



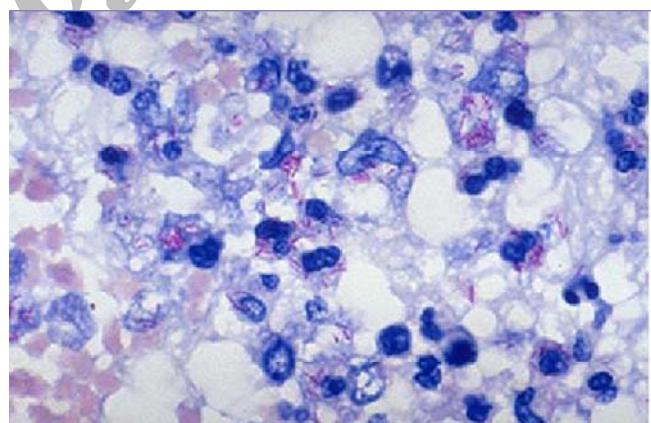
شکل ۲: آبیه سلی شکم با تظاهر آبیه سر پانکراس



شکل ۱: آبیه سلی شکم



شکل ۴: باسیل سل در رنگ آمیزی زیل نلسون



شکل ۳: آبیه سلی شکم با نکروز کازئوز

## مراجع

1. Frieden TR. Can tuberculosis be controlled? *Int J Epidemiol* 2002; 31:894-99.
2. Jerant AF ,Bannon M,Rittenhouse S.Identification and management of tuberculosis .*Am Fam Physician* .2000;61(9) :2667-78.
3. Jadvar H,Mindelzun RE,Olcott EW,Levitt DB :Still the great mimicker : *Abdominal tuberculosis.AJR Am J Reontgenol* 1997;168 :1455-60.
4. Bhansali SK .*Abdominal tuberculosis :experiences with 300 cases .Am J Gastroenterol* .1977 ;67 :324 - 37.
5. Azizollah Abbasi , Mojtaba Javaherzadeh ,Mehrdad Arab,Mohammad Keshoofy , Saviz Pojhan ,Ghasem Daneshvar.Surgical treartment for complication of abdominal tuberculosis.*Arch Iranian Med*;2004;7(1) :57-60.
6. Marshall JB.Tuberculosis of gastrointestinal tract and peitoneom.*Am J Gastroenterol* 1993 ;88 : 989-995.
7. Petrosyan M,Mason RJ.Tuberclose enteritis presenting as small bowel obstruction .*Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4 : 23-29.
8. Das P,Shukla HS.Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis.*Br J Surg* .1976 ;63 :941-6.
9. Levine R ,Tennen S,Steinberg W,Ginsberg A,Borum M,Huntington D.Tuberculous abscess of the pancreas .Case report and review of the literature .*Dig Dis Sci* 1992 ;37 :1141-4.
10. Hudnick DH,Megibow AJ,Naidich DP,Hilton S,Cho KC,Balthazar EJ :*Abdominal tuberculosis :CT evaluation .Radiology* 1985 ;157 :199-204.
11. Lee DH,Lim JH,KO YT:Sonographic findings of wet ascetic type.*Clin Radiol* 1991 ;44 : 306-10.
12. Tariq Sinan,Mehraj Sheikh,Salwa Ramadan,Sukhpal Sahwney,Abdulla Behbehani : *CT features in abdominal tuberculosis .BMC Medical Imaging* 2002;2 :2342-4.
13. Jenney AW,Pickles RW,Hellard ME,Spelman DW,Fuller AJ,Spicer WJ. *Scand J Infect Dis* .1998 ; 30 : 99-104.
14. Valencia ME, Moreno V, Soriano V, Laguna F, Adrados M, Ortega A, March J,Cobo J,Gonzales-Lahoz J. *Tuberculous hepatosplenic abscess,human immunodeficiency virus infection and multiresistant tuberculosis. Rev Clin Esp* .1996 ;196 : 816-20.
15. Sharma N, Sharma S.Tuberculos abscess of the abdominal wall and multiple splenic abscesses in an immunocompetent patient. *Indian J Chest Dis Allied Sci*.2004 ;46 : 221-3.
16. Bajaj HN, Choong LT.The management of psoas abscess. *Med J Malaysia*. 1998; 53 :95-8.
17. Malik AK,Bhasin DK,Pal L ,Wif JD,Single K ,Mehta SK.Does Vasculitis occur in abdominal tuberculosis ? *J Clin Gastroenterol* .1992 ;15 : 155-6.
18. Zhang Z,Schi X,Li J .*Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*.2001 Jul ;24 : 400-3.
19. Abbasi A , Javaherzadeh M, Arab M, Keshoofy M, Pojhan S,Daneshvar GH : *Surgical treatment for complication of abdominal tuberculosis : Arch Iranian Med* 2004; 7(1) :57-60.
20. Gasem J , Roche E : *Cases of Abdomina TB. British Society of Gastroenterology* 2005 ;11 :127-34.
21. McLaughlin S,Jones T,Pitcher M,Evans P.Aust N Z J Surg .1998 Aug;68(8) : 599-601.