

سل شکمی یکی از تابلوهای عفونت با باسیل سل می باشد که از گذشته های دور تا به امروز به عنوان یک مسئله مهم بهداشتی مطرح بوده است. در دنیای امروز، این بیماری بیشتر در کشورهای در حال توسعه، کشورهای شرقی و آسیایی دیده می شود. البته در کشورهای غربی با پیدایش ایدز و شیوع درمانهای ایمنوساپرسیو شیوع این بیماری رو به افزایش است. این بیماری، به علت تابلوهای بالینی متفاوت و متغیر و سیر بالینی غیر قابل پیش بینی، همیشه پزشکان را با مشکل مواجه کرده است. این بررسی، یک مطالعه رتروسپکتیو می باشد و هدف آن مشخص کردن الگوی اپیدمیولوژیک بالینی و آزمایشگاهی این بیماری در ایران است.

روش بررسی

بین سال های ۱۳۴۹ الی ۱۳۷۲ اطلاعات بالینی و آزمایشگاهی ۱۴۷ بیمار که تشخیص سل شکمی آنها توسط روش های زیر داده شده است از بیمارستانهای دانشگاه تهران جمع آوری شده و مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش ها:

- ۱- اثبات وجود گرانولوم کازیفیه در ارگانهای مبتلا.
 - ۲- اثبات هیستولوژیک مایکوباکتریوم توبرکولوزیس در ضایعات ارگانهای مبتلا.
 - ۳- کشت و تلقیح حیوانی نمونه ها.
 - ۴- مشاهدات تیپیک ضایعات حین جراحی.
 - ۵- شواهد بالینی رادیولوژیک آزمایشگاهی و جراحی توبرکولوز شکمی همراه یا بدون توبرکولوز در مناطق دیگر، مانند ریه و پاسخ بالینی به درمان ضد سل.
 - ۶- تشخیص توسط اتوپسی.
- کل بیماران به ۳ دسته اصلی تقسیم شده اند:

سل شکمی

پژوهش:

دکتر بهروز نجفی

متخصص داخلی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۱۲ نفر از بیماران سابقه ابتلای افراد خانواده را می دادند (۸/۱٪) ولی احتمالاً به علت انجام نشدن پروسه بیماریابی توسط مسئولین بهداشتی نمی توان در مورد میزان ابتلاء افراد خانواده آمار دقیقی داد. ۱۲ نفر (۸/۱٪) از بیماران با سل فعال ریوی، ۳ نفر از بیماران (۴/۲٪) لنفادنیت سلی گردنی و ۴ نفر از بیماران (۶/۲٪) سابقه درمان ضد سل قبلی داشتند.

۱- سل معدی روده ای

۲- سل پريتوئن

۳- لنفادنیت سلی مزانتر

بیماران اکثراً با تشخیص هایی مانند شکم حاد بصورت انسداد و پارگی روده، پريتونیت، بدخیمی های شکمی مانند لنفوم، آبسه های شکمی، زخم معده، بیماری کرون و هیپرتانسیون پورت و

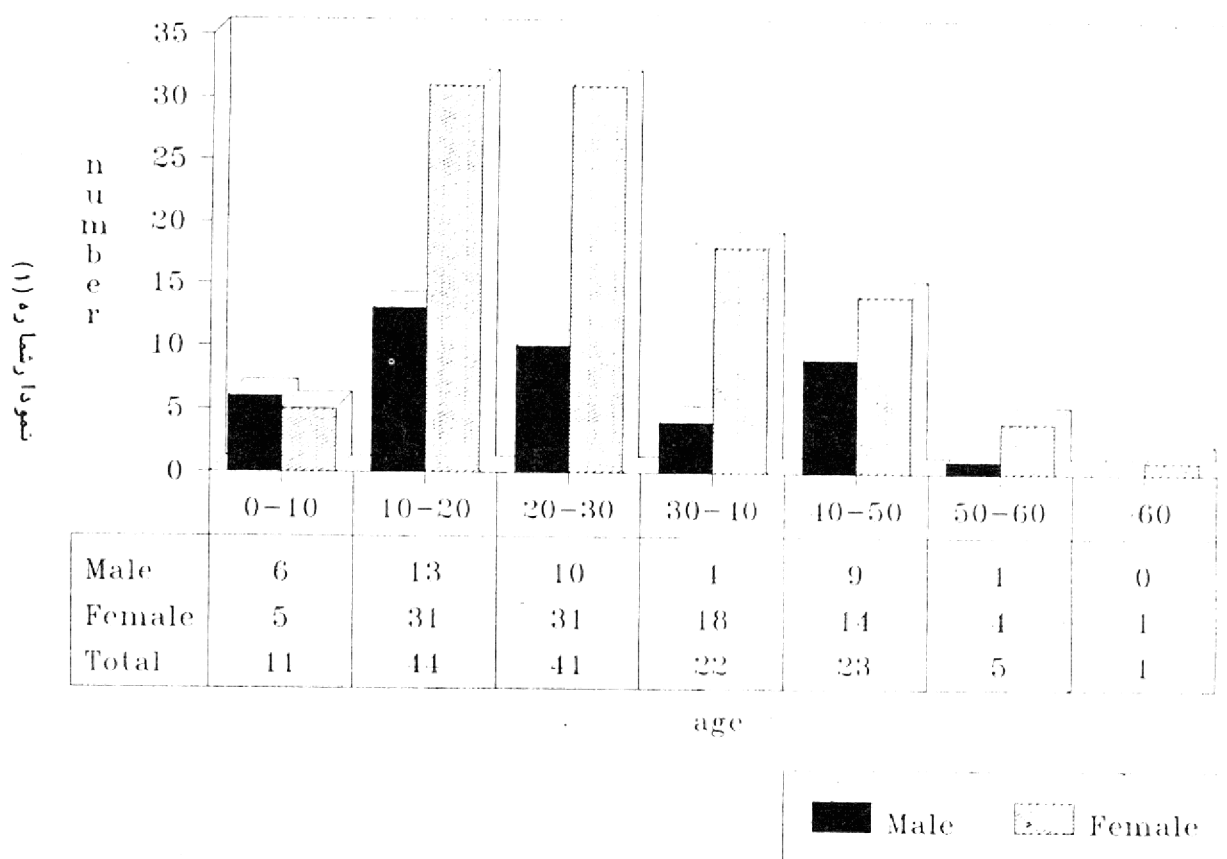


Table 2.1- Distribution on sex and age

در نمودار شماره ۲ روش های تشخیصی بکار رفته مورد ارزیابی قرار گرفته است در ۱۳۴ بیمار (۹۱/۱٪) روش های متفاوت تشخیصی برای تشخیص انجام شده و در ۱۳ بیمار تشخیص بالینی و پاسخ به درمان مطرح بوده است. لا پاروتومی، بیشترین وسیله تشخیصی بوده که علت آن شیوع بالای پريتونیت نوع پلاستیک و تشخیص افتراقی لنفوم روده می باشد.

طول مدت شروع علائم قبل از تشخیص متغیر بوده (در کل بیماران بطور متوسط حدود ۱۰ ماه) ولی در مورد سل معدی روده ای این زمان طولانی تر

سیروز توسط پزشکان به بیمارستان فرستاده شده بودند و در عده قلیلی تشخیص اولیه با تشخیص نهائی مطابق بود.

تعداد بیماران مرد ۴۳ نفر (۲۴/۳٪) و بیماران زن ۱۰۴ نفر (۷۰/۷٪) که نسبت زن به مرد ۲/۴ بود. دامنه سنی بیماران از ۲/۵ سال تا ۶۵ سال با سن متوسط ۲۸/۵ سال بود. نمودار شماره ۱ توزیع سنی و جنسی را نشان می دهد. اکثر بیماران وضع اقتصادی و اجتماعی بدی داشتند. در این بررسی، هیچکدام از بیماران، بیماری ضعیف کننده سیستم ایمنی نداشتند.

متوسط ۳۲/۶ سال و ۳۵ زن با سن متوسط ۲۷/۱ سال وجود داشت. مدت متوسط شروع علائم تا تشخیص ۱۸ ماه بود. نمودار شماره ۵ توزیع آناتومیک بیماران را نشان می دهد.

شایعترین محل درگیری، ناحیه ایلئوسکال بود (۲۳ بیمار یا ۴۸٪ افراد). ۶ نفر از بیماران چند کانون مبتلا در دستگاه گوارش داشتند. در ۶ نفر از بیماران نیز سل ناحیه سکوم مشاهده گردید که در همگی تشخیص اولیه کانسرسکوم مطرح گردید. در ۲ بیمار با گرفتاری روده کوچک علائم سندرم سوء جذب

بود (متوسط ۱۸ ماه) درد شکم، شایعترین علامت در این بیماران بود که در ۱۱۹ نفر (۸۰/۹٪) از کل بیماران مشاهده گردید. اغلب آنها از درد ژنرالیزه شکم شاکی بودند (۵۹٪). و در بقیه موارد درد بصورت لوکال وجود داشت. در ۲۱ بیمار (۱۴/۲٪) درد شکم بصورت حاد نمایان شد. شایعترین مکان درد لوکال در ناحیه RLQ بود (۳۴/۶٪). ۲۸ بیمار از درد شکم شکایتی نداشتند (نمودار شماره ۳).

تب شایعترین یافته فیزیکی بیماران و در ۹۹ بیمار (۶۷/۳٪) مشاهده شد. تندرns شکمی دومین

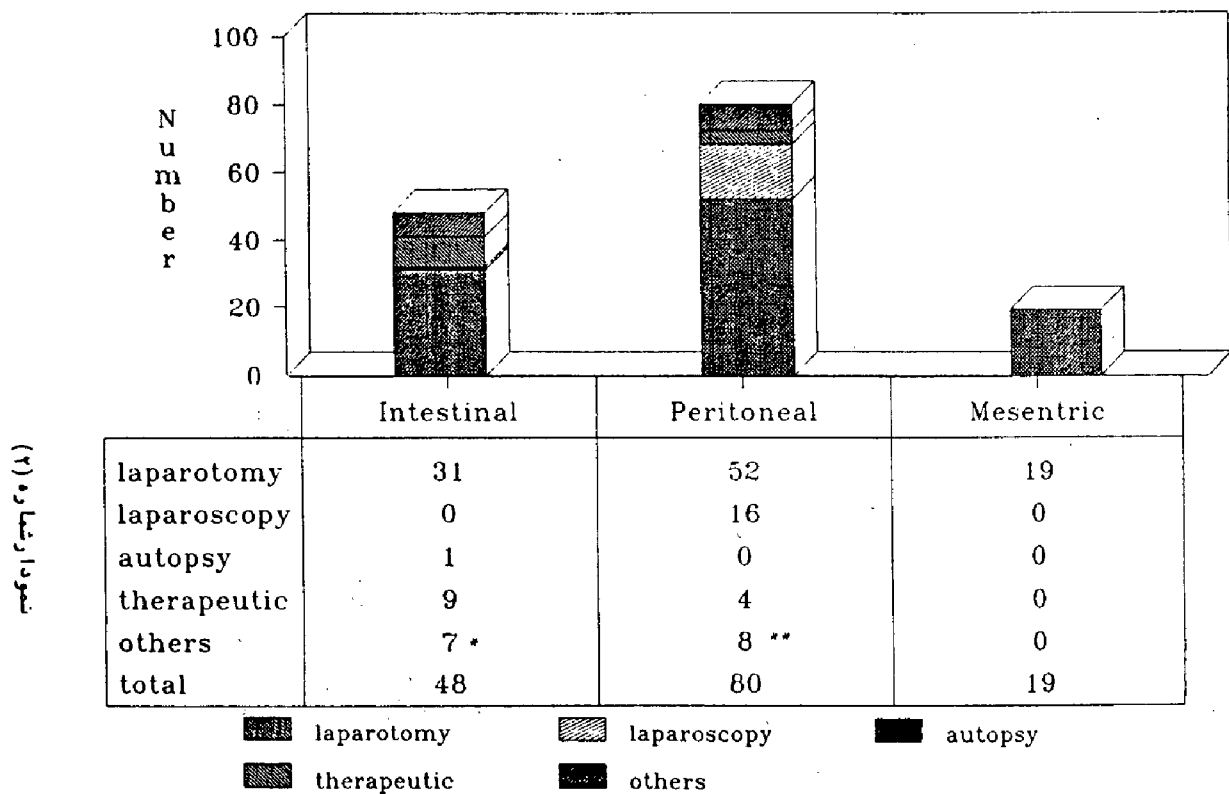


Table 2 - Diagnostic methods for abdominal tb in our studied groups.

* Colonoscopy and biopsy.

**Seven cases : blind biopsy and one cases : Ascitic fluid Culture.

مشهود بود. ۶۴/۵٪ بیماران هموگلوبین کمتر از ۱۲ داشتند و ESR یا سدیمنتاسیون سلولی در ۳۷ بیمار اندازه گیری شده بود. تست PPD در ۲۷ بیمار انجام گردید که در ۲۱ نفر مثبت بود (>15 mm) بررسی رادیولوژیک در تمام بیماران غیر طبیعی تشخیص داده شد.

علامت شایع (۵۰/۳٪) و توده شکمی در ۵۰ بیمار (۳۴٪) یافت شد. شایعترین مکان توده در RLQ بود. نمودار شماره ۴.

سل معدی روده ای

در بیماران با سل معدی روده ای ۱۳ مرد با سن

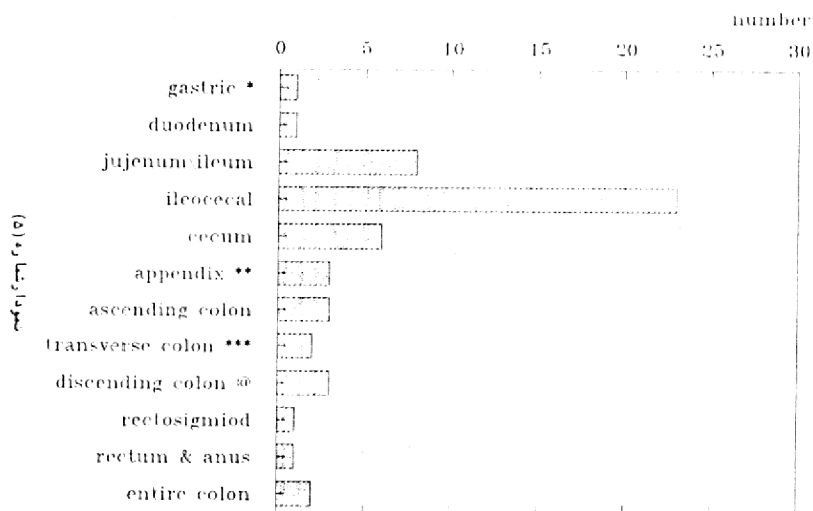
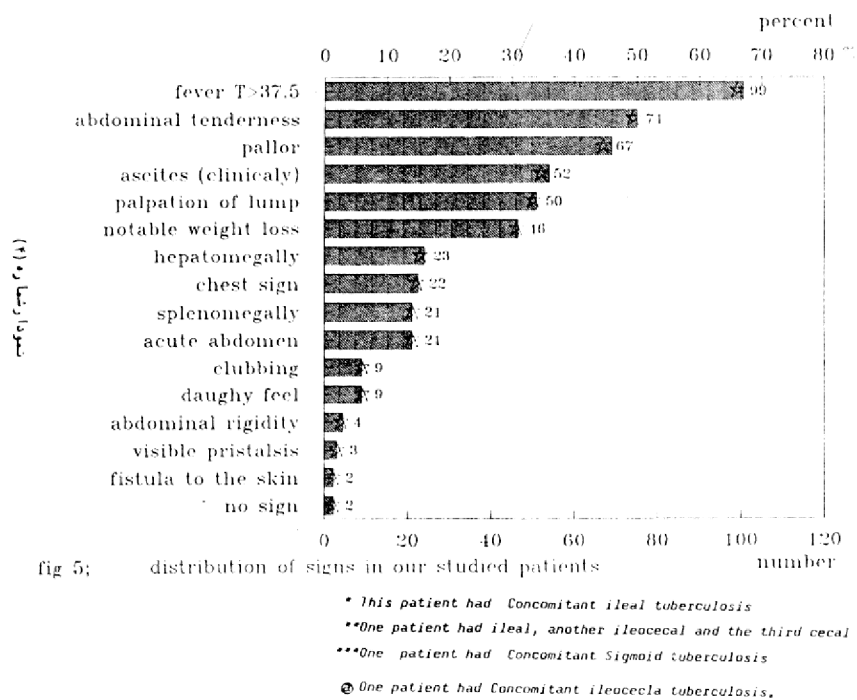
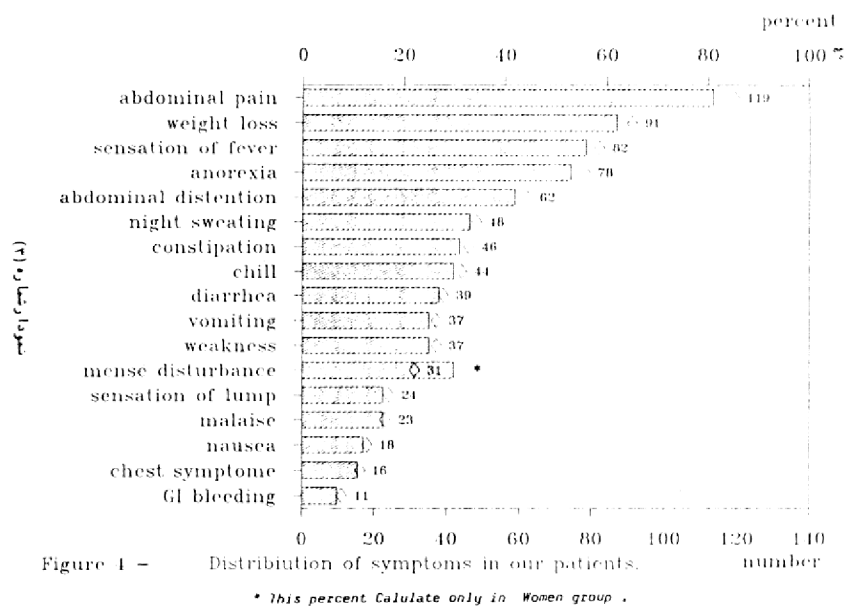


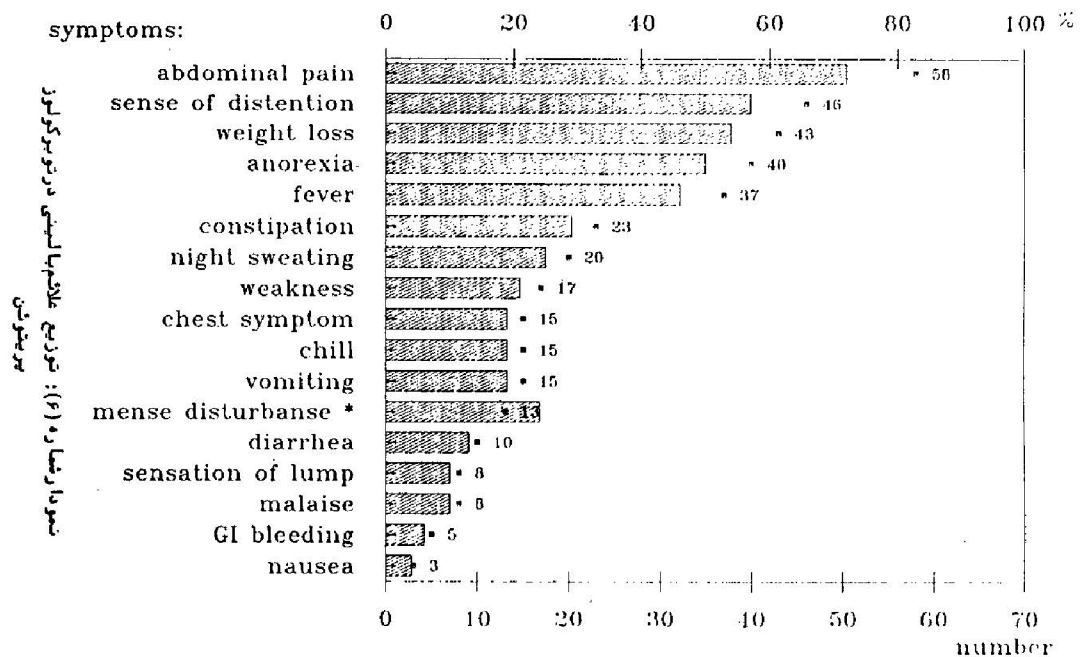
Fig 5: Anatomical distribution of gastrointestinal TB in our pts

سل پرتیون

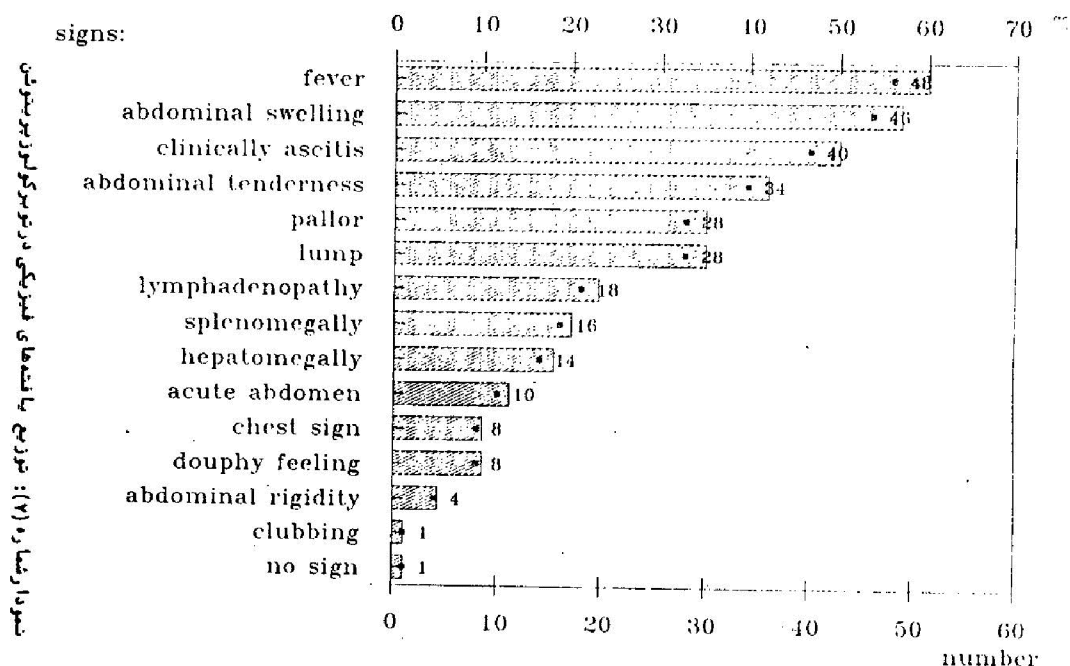
در بیماران پرتیونیت سلی ۲۵ مرد با سن ابتلای ۲۲/۸ و ۵۵ زن با سن ابتلای ۳۵/۸ سال وجود داشت و متوسط شروع علائم تا تشخیص حدود ۵/۵ ماه بود. ۴۵ بیمار (۵۶/۲٪) شواهد بالینی و پاراکلینیک آسیت با seeding متعدد بدون چسبندگی داشتند (نوع مرطوب یا آسیتی) در ۳۵ بیمار آسیت مشاهده نشد و

تغییرات فیبروتیک شدید و چسبندگی متعدد وجود داشت (نوع پلاستیک یا خشک).

۷ نفر از بیماران شواهد بالینی سل ریوی فعال داشتند. در اکثر بیماران سیر بالینی آهسته و مزمن بود، به غیر از ۱۰ نفر که با تابلوی حاد شکمی مراجعه کرده بودند که ۵ نفر از آنها انسداد روده ای داشتند. نمودار شماره ۶ و ۷ و ۸ شیوع علائم یافته های فیزیکی و آزمایشگاهی را در این بیماران نشان می دهند.



* This percent Calculated only in women group .



Ascitic fluid values in our TB peritonitis

نمودار شماره ۸	Ascitic fluid	range	mean
	WBC	70-3400 /mm ³	728 /mm ³
	lymphocyte	23%-98%	72%
	RBC	40-4850 /mm ³	1325 /mm ³
	Glucose	15-100 mg/dl	61 mg/dl
	Protein	6.3-77 g/l	42 g/l

شکمی می باشد و مهمترین تشخیص افتراقی سل شکمی لنفوم اولیه روده است. اکثر بیماران در این بررسی، زن ها بودند، با شیوع زن به مرد $\frac{2}{1}$ و در آنالیز مارشال که ۶ مطالعه مهم دنیا را بررسی کرده است، نسبت زن به مرد $\frac{1}{3}$ می باشد. در این مطالعه، اکثر بیماران از مناطق مرزی ایران بودند ولی باید قید گردد که این مطالعه نشاندهنده نسبت توزیع بیماران در ایران نیست. در ۱۲ نفر از بیماران، سل فعال ریوی وجود داشت و در مقایسه با سایر کشورها، در اکثر مطالعات، بخصوص مطالعاتی که از کشورهای شرقی و در حال توسعه بدست آمده، سل فعال ریوی همزمان، شیوع بالایی ندارد و از $\frac{3}{7}$ تا $\frac{7}{7}$ گزارش شده است. ولی در اکثر موارد زیر $\frac{5}{10}$ می باشد. شباهت زیادی بین مدت زمان متوسط علائم بیماری تا تشخیص در مطالعه ما و اکثر مطالعات دیده می شود و از ۴ ماه تا ۳ سال می باشد. شیوع تظاهر بالینی بصورت شکم حاد در بررسی ما نسبت به مطالعات دیگر کمتر است و در حدود $\frac{14}{100}$ موارد می باشد. شیوع شکم حاد در کشورهای در حال توسعه، بالاتر است و در آنالیز مارشال در $\frac{5}{100}$ سل معدی روده ای تظاهرات حاد بصورت پرفوراسیون دیده شده است.

در این بررسی، تب، تندرns شکمی و Pallor از شایعترین یافته های فیزیکی و بیشترین منطقه گرفتار در GI ناحیه ایلئوسکال بود که در نمودار شماره ۹ با ۶ مطالعه دیگر مقایسه شده است. اشکال مختلف ضایعات کولونی بصورت اولسره های سگمتال،

لنفادنیت سلی مزانتر

در این گروه ۷ مرد با سن متوسط ۲۵ سال و ۱۲ زن با سن متوسط ۲۲ سال وجود داشت. طول مدت علائم $\frac{13}{3}$ ماه بود. ۳ نفر از این بیماران با شکم حاد که به علت انسداد روده ای ناشی از اثر فشاری بود، مراجعه نمودند.

- درد شکمی ژنرالیزه ۸۹٪.

- تب ۴۷٪.

- کاهش وزن ۲۷٪.

علائم به ترتیب شیوع عبارتند از: درد شکمی ژنرالیزه ۸۹٪، تب ۴۷٪، کاهش وزن ۲۷٪، لرز ۴۲٪، آموره موقتی ۳۷٪، عرق ریزش شبانه ۳۱٪، بی اشتها ۲۶٪.

و یافته های فیزیکی عبارتند از:

- تندرns شکمی ۵۳٪، تب ۳۶٪، اتساع

شکم ۲۱٪ تحلیل شدید جسمی ۲۱٪. فقط در یک بیمار سل فعال ریه مشاهده شد.

بحث

سل شکمی، مجموعه ای از علائم بالینی و آزمایشگاهی متفاوت ایجاد می کند که می تواند گمراه کننده باشد. این بیماری در کشورهای شرقی و در حال توسعه شایعتر می باشد. ولی با شیوع ایدز و درمانهای ایمنوساپرسیو جدید، شیوع آن در کشورهای غربی افزایش یافته است. در ایران به علت شیوع کم بیماری کرون، این بیماری کمتر در تشخیص افتراقی سل

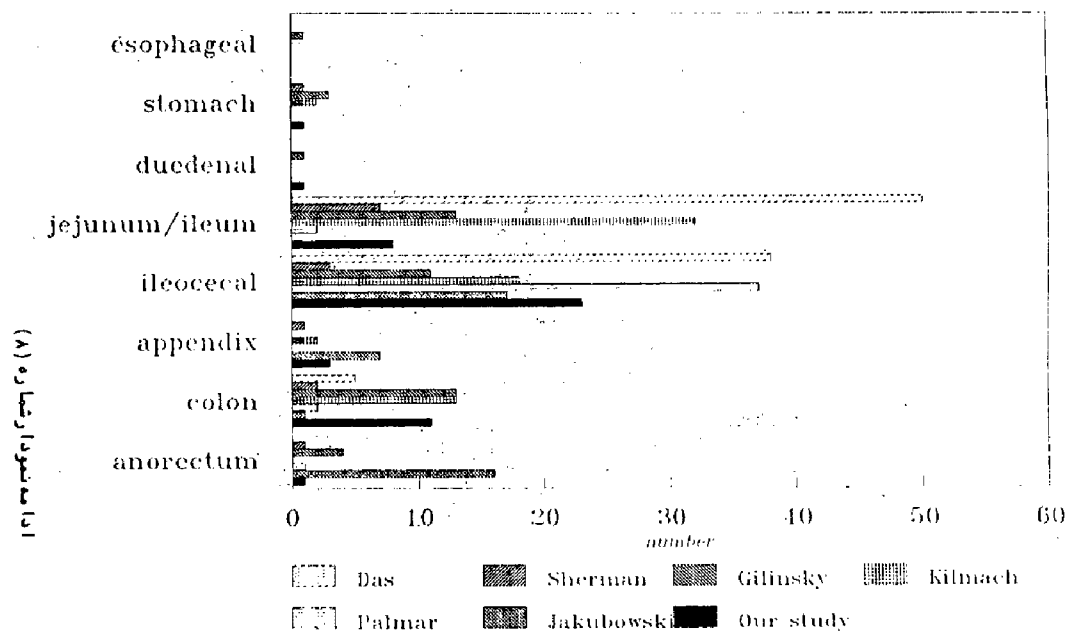


fig 6; anatomical distribution of gastrointestinal tuberculosis of seven studies in the world

Comparison of our TB peritonitis with Marshal review

	Iran (Ghadimi)	Marshal review (36)
age	31.4	37
sex ratio F/M	2.2	1.3
ascitis peritonitis	56%	97%
plastic peritonitis	44%	3%
abdominal swelling	57%	82%
abdominal pain	72%	58%
weight loss	54%	62%
diarrhea	12.5%	16%
fever	60%	74%
clinically ascitis	50%	79%
abdominal tenderness	42%	76%
anemia	35%	59%
PPD (+)	66%	71%
abnormal chest x-ray	12.5%	48%
Active pulmonary TB	9%	14%
ascitic fluid protein >2.5 g/dl	92%	95%

بالا تری برخوردار است. در نمودار شماره ۱۰ مقایسه علائم و یافته های پرتیونیت سلی این مطالعه، با آنالیز مارشال مشاهده می شود.

در نهایت، توجه به این نکته ضروری است که این بیماری در ایران نادر نیست و باید در تشخیص افتراقی تمام بیمارانی که با علائم شکمی مراجعه می کنند در نظر قرار گیرد.

کولیت، تنگی های التهابی و ضایعات هیپرتروفیک مانند پولیپ بود. یک شکل نادر، کولیت منتشر سلی می باشد که با کولیت اولسروز اشتباه می شود.

در پرتیونیت سلی ۵۶٪ بیماران ما پرتیونیت نوع آسیتی داشتند و ۴۴٪ از نوع پلاستیک بودند که در مقایسه با آنالیز مارشال از ۶ مطالعه اصلی دنیا (آسیتی ۹۷٪ و پلاستیک ۳٪)، نوع پلاستیک در ایران از شیوع