

سل مری، گزارش سه مورد

دکتر رحیم آقازاده*، دکتر میترا عاملی**

* دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی آیت ا... طالقانی، بخش گوارش
** بیمارستان شهید رجایی تنکابن، بخش داخلی

خلاصه

موارد گزارش شده ضایعات ناشی از سل در مری بسیار نادر هستند. در این گزارش سه بیمار مبتلا به زخم ناشی از سل در مخاط مری طی یک مطالعه بر روی ۲۹ مورد سل لوله گوارش معرفی می‌گردند. بیمار اول به علت تب و لرز بستری شد و دارای سوزش پشت جناغ، دیسفاژی و اودینوفاژی خفیف بود. بیمار دوم به علت فیستول گردنی مراجعه نمود که در فیستولوگرافی، فیستول مری تایید گردید. بیمار سوم با تب، دیسفاژی و آبسه ترقوهای راست بستری شد. در هر سه بیمار بعد از معاینه، آزمایش‌های بیوشیمیایی، پرتونگاری قفسه سینه و اندوسکوپی به عمل آمد، در بیمار اول در انتهای مری و در بیمار دوم و سوم در ابتدای مری اولسردر مشاهده گردید. مخاط مری در اطراف فیستول ملتهب و شکننده بود و با بیوپسی از اولسردر هر سه بیمار التهاب مخاطی با ضایعه گرانولومی گزارش شد. رنگ‌آمیزی از نظر باسیل اسید فاست در هر سه مثبت بود. در هیچ کدام از بیماران سل فعال ریوی وجود نداشت و هر سه بیمار به درمان ضد سل جواب دادند. واژگان کلیدی: سل خارج ریوی، سل مری، باسیل اسید فاست، ضایعه گرانولومی

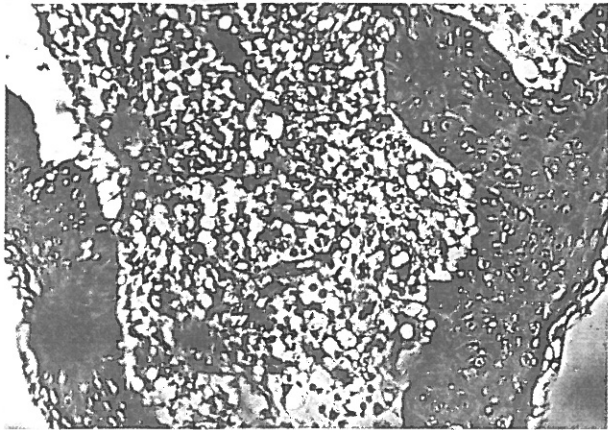
مقدمه

فیستول منجر گردد. احتمال دارد سل مری در ازوفاگوگرام به صورت ازوفاژیت اولسراتیو، تنگی، توده‌های توموری کاذب، دیورتیکول و فیستول ملاحظه شود، بنابراین برای سل مری اختصاصی نیست (۵،۶). از آنجایی که سل مری اغلب با سل فعال همراه نیست، آزمایش مانتو می‌تواند منفی باشد، از این رو ارزش چندانی برای تشخیص ندارد. پرتونگاری از قفسه سینه و CT scan تنها می‌تواند به تشخیص بیماری همراه کمک کند. روش تشخیصی انتخابی اندوسکوپی، بیوپسی و کشت است (۷). با توجه به عدم شیوع ایدز در کشور ایران و در نتیجه نادر بودن سل مری به معرفی سه مورد سل مری می‌پردازد. از بین مراجعه کنندگان سرپایی و یا بستری در بخش گوارش بیمارستان طالقانی طی سال‌های ۷۵ - ۱۳۵۸، ۲۹ نفر مبتلا به سل لوله گوارش (به غیر از پریتونیت سلی) بودند که در بین آنها سه مورد سل مری وجود داشت.

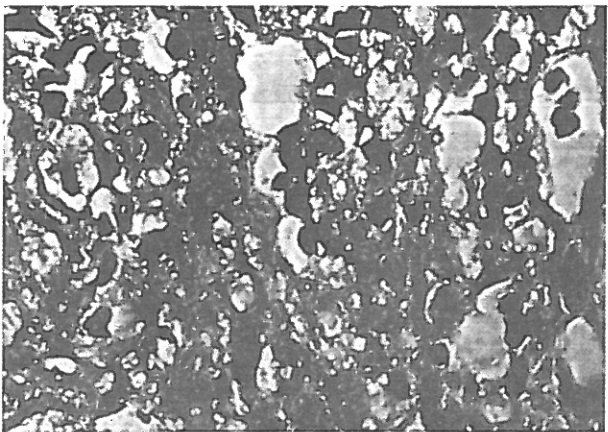
سل لوله گوارش و شکم ششمین تظاهر شایع سل خارج ریوی است. تظاهرات خارج ریوی سل در ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران غیرمبتلا به HIV دیده می‌شود ولی در ۵۰ درصد بیماران مبتلا به ایدز در صورت ابتلا به سل تظاهر خارج ریوی وجود دارد (۱،۲).

در بین تظاهرات سل خارج ریوی، سل مری بسیار نادر بود که امروزه به خاطر اپیدمی ایدز، موارد گزارش گردیده افزایش یافته است (۳). مری اغلب از طریق انتشار مستقیم از بافت‌های مجاور چون گره‌های لنفاوی مدیاستن و یا ریه مبتلا می‌شود و ابتلای آن بدون ضایعه فعال در نقطه دیگری از بدن بیمار نادر است (۴). شایعترین تظاهر سل مری، دیسفاژی، کاهش وزن، سرفه، درد قفسه سینه و تب می‌باشد که ممکن است به خون‌ریزی، سوراخ شدگی (Perforation) و ایجاد

معرفی بیماران



شکل ۱ - نتیجه بیوپسی مری در بیمار اول که بیانگر اولسر مخاطی به علاوه ضایعه گرانولومی می باشد.



شکل ۲ - رنگ آمیزی اسید فاست که نشان دهنده باسیل اسید فاست است .

نتیجه پرتونگاری از قفسه سینه، ضایعه فعال ریوی را نشان نمی داد، اولسری به اندازه تقریبی 10×8 میلی متر در ابتدای مری زیر اسفنکتر کریکوفارنژیال ملاحظه شد. نتیجه بیوپسی، گرانولوما گزارش گردید. آزمایش مستقیم و کشت نیز بیانگر وجود باسیل اسید فاست بود. بیمار به درمان ضد سل جواب داد.

بیمار سوم مرد ۷۱ ساله ای که به علت تب و دیسفاژی در حدود یک ماه قبل از مراجعه و لنفادنوپاتی در بالای ترقوه، بستری گردید. در معاینه وی تب دار بود. لنفادنوپاتی دیگری لمس نشد، معاینه قلب و ریه طبیعی بود، در شکم، کبد و طحال لمس نگردید.

هموگلوبین $9/1$ گرم در دسی لیتر، سرعت رسوب

بیمار اول مرد ۸۲ ساله ای است که به خاطر تب و لرز که از دو هفته قبل از مراجعه آغاز و به تدریج پیشرفت نموده بود، بستری گردید. سوزش پشت جناغ، دیسفاژی و اودینوفاجی خفیفی چند هفته قبل از بستری شروع شده بود و لتارژیک، توکسیک، تب دار و دچار علائم کم خونی بود. لنفاد نوپاتی لمس نگردید. قلب و ریه طبیعی در معاینه هستند. شکم، کبد و طحال به دست نمی خوردند. در اندامها ادم گرده گذار داشت.

تعداد گلبول های سفید 5300 در میکرولیتر، هموگلوبین $9/5$ گرم در دسی لیتر ($MCH=24/5$)، $(MCV=75)$ ، سرعت رسوب گلبولی 70 در ساعت اول و 102 در ساعت دوم، آنزیم های کبدی $AST=39$ U/l، $ALT=36$ U/l، فسفاتاز قلیایی 387 U/l (میزان طبیعی آن $290 - 110$ می باشد)، ازت اوره خون، کراتینین و آزمایش کامل ادرار طبیعی بودند. نتیجه کشت خون و ادرار منفی گزارش شد. پرتونگاری از قفسه سینه شایعه فعال ریوی را نشان نمی داد، سونوگرافی شکم به جز مختصری بزرگی پروستات و باقیمانده ادرار در مثانه طبیعی بود، لنف نودهای پارائورتیک مشاهده نگردید. نتیجه آزمایش مانتو و HIV antibody منفی بود. در اندوسکوپی فوقانی، اولسری به ابعاد 10×10 میلی متر با حاشیه متورم در انتهای مری وجود داشت. نتیجه بیوپسی، اولسر مخاطی به علاوه ضایعه گرانولومی و مقادیر زیادی باسیل اسیدفاست مطابق با سل گزارش گردید (شکل های ۱، ۲).

درمان با رژیم معمول ضد سل شروع شد، دو هفته بعد تب به طور کامل قطع و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید. چند هفته بعد، هموگلوبین از $9/5$ به $13/8$ گرم در دسی لیتر و سرعت رسوب گلبولی از 70 و 102 به 30 رسیده بود. حال عمومی بیمار در حال حاضر خوب می باشد و دوره درمان ضد سل هنوز پایان نیافته است.

بیمار دوم مرد ۷۸ ساله ای است که به علت فیستول گردنی مراجعه نمود. بیمار از نظر علائم حیاتی وضعیت پایداری داشت. در معاینه قلب و ریه طبیعی بود و در شکم، طحال لمس نگردید. معاینه اندامها طبیعی بود.

بیماران مسلول هستند و نمی‌توان میزان سل مری را بر مبنای آن محاسبه نمود.

در ۲۹ بیمار مورد بررسی، تظاهر اولیه بیماری در ۹۰ درصد، درگیری لوله گوارش بود و فقط در ۱۰ درصد موارد سل فعال ریه وجود داشت که نتیجه با پژوهش‌های دیگر (۹،۱۰،۱۱) مطابقت دارد. شایعترین ناحیه درگیر همانند بررسی دیگر (۱۱،۱۲)، دریچه ایلئوسکال بود و در ۷ درصد موارد، لوله گوارش به صورت چند کانونی درگیر بود همان گونه که ذکر شد، تشخیص سل مری با یافتن سل در نقطه‌ای دیگر از بدن مقدور است (۴) ولی در هیچ کدام از این سه بیمار تظاهر بیماری فعال در نقطه دیگری غیر از مری مشاهده نگردید. پرتونگاری قفسه سینه نیز در هیچ یک از بیماران بیانگر ضایعه فعال ریوی نبود. در دو بیمار آزمایش مانتو منفی بود. در هر سه بیمار نتیجه بیوپسی از ضایعه مری، گرانولوما بدون کازیفیکاسیون گزارش شد.

مطالعات دیگر نیز بیانگر بی‌ارزشی آزمایش مانتو هستند (۷،۱۳). همان گونه که پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند پرتونگاری از قفسه سینه و CT scan فقط به تشخیص بیماری همراه کمک می‌کند و روش تشخیصی انتخابی اندوسکوپی، بیوپسی و کشت است (۷،۱۳،۱۴،۱۵) که با نتایج حاصل از تحقیق حاضر هم خوانی دارند.

۹۰ درصد بیماران به درمانی طبی ضد سل با همان رژیم معمولی پاسخ می‌دهند. در صورت بروز عوارض که اغلب ناشی از عدم تشخیص در زمان مناسب است، جراحی پیشنهاد می‌شود. در برخی گزارشها استفاده از استروئید در سه ماه اول درمان، جهت کاهش فیروز از خلال ترمیم بافتی و کاهش احتمال تنگی یا انسداد پیشنهاد می‌گردد (۷،۱۴،۱۵).

گلبولی ۱۲۰، در آزمایش‌های کبدی، ALP، AST و ALT طبیعی بودند. کراتینین در هنگام بستری ۶/۴ میلی گرم در ۱۰۰ بود که احتمالاً ناشی از ATN به خاطر مصرف آنتی بیوتیک نفروتوکسیک می‌باشد.

پرتونگاری از قفسه سینه طبیعی بود. در لنفادنوپاتی فوق ترقوه‌ای، آبه و در اندوسکوپی، فیستولی یک سوم فوقانی مری ملاحظه شد که مخاط اطراف آن ملتهب و شکننده بود. نتیجه بیوپسی، گرانولوما گزارش گردید. نتیجه کشت از نظر میکوبا کتریوم توبرکولوزیس مثبت بود. یک هفته بعد از شروع داروی ضد سل تب کاهش یافت و پس از هفته دوم قطع شد. میزان هموگلوبین از ۹/۱ به ۱۱/۹ و سرعت رسوب از ۱۲۰ به ۹۰ رسید. مقدار کراتینین نیز به حد طبیعی بازگشت و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

مدتها قبل به خاطر کمبود امکانات تشخیصی، سل مری بیماری نادری تصور می‌شد ولی امروزه به دلیل مقدور بودن تشخیص با اندوسکوپی و نیز اپیدمی ایدز، موارد گزارش گردیده، افزایش یافته است (۳،۷). طی یک بررسی از سال ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۸ در مناطق آسیا، آفریقا و آمریکا بر روی ۵۹۶ بیمار مبتلا به سل شکمی، ۲۹۷ بیمار به سل لوله گوارش مبتلا بودند و فقط یک مورد ابتلای به سل مری وجود داشت (۸) و در مطالعات دیگر نیز میزان شیوع سل مری بیش از تحقیق مذکور نیستند (۹،۱۰،۱۱). در مطالعه ما بر روی ۲۹ بیمار مبتلا به سل لوله گوارش، سه بیمار مبتلا به سل مری بودند که اختلاف میزان آن با نتیجه پژوهش‌های مذکور قابل توجه است. این اختلاف احتمالاً بدان جهت است که علت مراجعه بیماران ما مسایل گوارشی آنان بوده، بنابراین این بیماران فقط بخشی از

References:

- 1 . Goldman KP. AIDS and tuberculosis. Tubercle. 1988; 69: 71 - 72.
- 2 . Mehta JB. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis: A comparative analysis with perAIDS era. Chest. 1991; 99: 1134 - 1138.
- 3 . Das P. Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis. Br J Surg. 1976; 63: 941 - 946.

- 4 . Dow M. *Oesophageal tuberculosis, four cases. Gut. 1981; 22: 234 - 236.*
- 5 . Desilva NP. *Esophageal fistula associated with mycobacterial infections in patients at risk of AIDS. Radiology. 1990; 175: 337 - 348.*
- 6 . Jorge AD. *Peritoneal tuberculosis. Endoscopy. 1984; 16: 102.*
- 7 . Dineenp EJ. *Peritoneal tuberculosis: 34 year experience in diagnosis and treatment. Aunsurg. 1976; 184: 717 - 722.*
- 8 . Gilinsky MP. *Abdominal tuberculosis: A 10 years review. S Afr Med J. 1983; 64: 846 - 857.*
- 9 . Klimach OF. *GI tuberculosis in district general hospital. Q J Med. 1985; 56: 569 - 578.*
- 10 . Palmer KP. *Abdominal tuberculosis in urban Britain: A common disease. Gut. 1986; 29: 1296 - 1305.*
- 11 . Sherman JS. *Tuberculosis enteritis and peritonitis; Report of 36 general hospital cases. Arch Intern Med. 1980; 140: 506 - 508.*
- 12 . Jakubowski A. *Clinical featurers of abdominal tuberculosis. J Infect Dis. 1988; 158: 687 - 692.*
- 13 . Loekard LB. *Esophageal tuberculosis, A critical review. Laryngoscope. 1913; 23: 548 - 561.*
- 14 . Kauhik SP. *Enteric infections and infestation. J Gastroentrol Hepatol. 1996; 56: 138 - 141.*
- 15 . Marshal JB. *Tuberculosis of the GI tract and peritoneum. Am J Gastroentrol. 1993; 128: 17 - 23.*

and the presence of leishmania in the bone marrow. The result of direct agglutination test was positive in 96% of the cases.

The diagnosis of visceral leishmaniasis is rather difficult through observing leishmania in the reticuloendothelial system and requires much experience. The antigenic tests such as Elisa and immunofluorescence are expensive and are not possible in all health centers. The direct agglutination test of the serum is less expensive and more applicable and has a greater sensitivity.

Keywords: Kala-azar, Direct Agglutination Test, Bone Marrow Puncture, Leishmania Body

Case Reports

Three case reports of esophageal tuberculosis

Aghazadeh, R.¹, Ameli, M.²

1. Department of Entrology, Taleghani Teaching Hospital, Shaheed Beheshti Univ. of Med. Sci.
2. Department of Internal Medicine, Shaheed Rajaie Hospital, Tonekabon

Rare cases of esophageal tuberculosis have been reported. In this report, 3 cases of tuberculosis-resulted ulcer in the esophageal mucosa are to be introduced among 29 cases of gastrointestinal tuberculosis.

The first patient was presented with chills and fever and had a mild dysphagia and odynnophagia and a burning sensation behind the sternum. The second case admitted with neck fistula and esophageal fistula was revealed by fistulography and the third case with fever, dysphagia and right supraclavicular abscess. After clinical examination, for all of the cases, biochemical tests, chest radiography and endoscopy was ordered. In the first case, at the distal portion of the esophagus and for the other cases at its proximal portion, an ulcerative lesion was observed. The esophageal mucosa was inflamed around the fistula and histological study through biopsy revealed inflammation and granuloma. A positive result was obtained for acid fast bacillus (AFB) staining method in all of the cases. No evidence of active pulmonary tuberculosis was found and all of the cases responded to conventional drugs.

Keywords: Extrapulmonary Tuberculosis, Esophageal Tuberculosis, Acid Fast Bacillus (AFB), Granulomatous Lesion