



توبرکلوز اولیه معده

و گزارش قادر

یک مورد از آن

نویسندگان

دکتر اسدا... افشاری صالح استادیار گروه داخلی، بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 دکتر سعادت میر صدرائی دانشیار گروه آسیب شناسی، بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 دکتر حسن ذکاوت آسیستان گروه داخلی، بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

توبرکلوز اولیه معده از جمله بیماریهای کمیاب می باشد. بخصوص اگر همراه با ضایعه اولیه در سایر نقاط (ریه، استخوان و کلیه) نباشد. در بررسی انجام شده با مطالعه ای همه جانبه از تمام گزارشات پزشکی تعداد مبتلایان به آن اندک گزارش شده است.

صداهاى روده ای هیپراکتیو است. سایر ارگانها نرمال می باشد.

● آزمایشات انجام شده:

WBC هفت هزار با افزایش لنفوسیت، بیوشیمی نرمال است. ESR ساعت اول ۵۱ می باشد. آلبومین سرم کاهش خفیف دارد. سایر آزمایشات طبیعی است.

● رادیولوژی:

Chest XR نرمال است (فیلم شماره ۱). در بررسی مری، معده و اثنی عشر (فیلم شماره ۲)، کاهش تونسیسته در معده دیده شده و استنوز نسبی پیلور بعلت احتمالی تومور گزارش شده است. بیمار تحت سرم تراپی قرار گرفت و پس از گذاشتن سوند

سابقه تماس با فرد آلوده را نیز ذکر نمی کند.

● معاینه فیزیکی:

بعلت استفراغ های مکرر دچار دزهیدراتاسیون متوسط است. درجه حرارت ۳۷/۵، معاینه قلب و ریه نرمال، فشار خون طبیعی و لنفادنوپاتی محیطی نیز ندارد. شکم حساسیت مختصری در ناحیه اپی گاستر (سمت راست شکم) داشت هپاتو مگالی وجود نداشت. (Saccussion Splash) منفی و

● معرفی:

خانم ۶۰ ساله با علائم استفراغ، تهوع و درد شکم به بیمارستان مراجعه و بستری می شود. بیمار شروع تهوع و استفراغ را از یک هفته قبل و درد شکم را از سه ماه قبل بیان می کند. مشخصه دردهای شکمی، کولیکی و در ابتدا پس از غذا بوده که با دارو رفع می شده است. در طول سه ماه، حدود ۶ کیلو گرم کاهش وزن پیدا نموده است سابقه بیماری خاصی را نیز نمی دهد. سابقه ابتلاء به توپرکلوز در خانواده و



ناحیه ایلئوسکال شایعترین محل ابتلای سیستم گوارش در جریان بیماری سل است.

نازوگاستریک و ساکشن ترشحات اقدام به آندوسکوپی شد.

● **آندوسکوپی:**

ناحیه آنتروم و پیلور در مشاهده نمایی تومورال داشت و در جواب بیوپسی برداشته شده، گاستریت آتروفیک گرانولوماتوز T.B گزارش شده است.

تست توپرکولین با ۵ واحد منفی است. آنتی توپرکلوز جهت درمان بیمار شروع شد (INH 300Mg و RIF 600Mg در روز). پس از حدود ۲ هفته حال عمومی بیمار تغییر واضحی یافت. بی اشتهایی و حالت تهوع کاملاً برطرف شده دردهای اپیگاستر کم گردید. بیمار چهار کیلو گرم اضافه وزن پیدا کرد و با حال خوب بیمارستان را ترک نمود.

● **بحث:**

سل دستگاه گوارش بیماری نادری است. در یک مطالعه که روی ۵۵۲۹ مورد T.B روی انجام شد، گرفتاری دستگاه GI در اثر توپرکلوز حدود ۱٪ بوده است. (۲ و ۱)

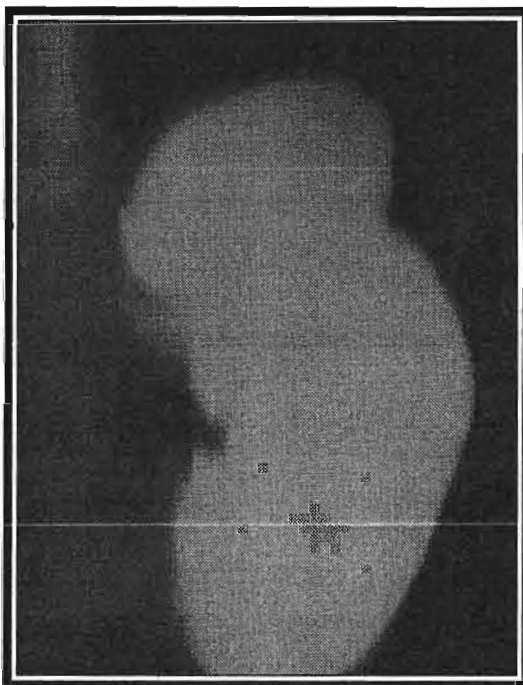
طی یک مطالعه ده ساله روی توپرکلوز دستگاه گوارش، تنها دو مورد درگیری معده وجود داشت که هر دو بیمار بطور همزمان دچار گرفتاری سلی

در سایر نقاط بدن هم بودند.

ناحیه ایلئوسکال شایعترین محل ابتلای سیستم گوارش یعنی حدود ۷۵-۹۰٪ موارد را شامل می شود. در حالیکه گرفتاری گاسترودودنال تنها ۲۲-۲۰٪ تمام عفونتهای T.B سیستم هاضمه را شامل می شود. بیشترین محل گرفتاری توپرکلوز معده ناحیه انحنای کوچک و پره پیلوریک است. (۲ و ۱)

سل معده ثانوی به ضایعه رویی در ۵۰٪ موارد و بقیه ثانوی به سایر اعضای بدن است و فقط تا سال ۱۹۸۰ در مقالات پزشکی ۵ مورد سل معده اولیه گزارش شده است. (۱)

امروزه با گرفتاری جهان غرب به بیماری ایدز (HIV) و ویروس تضعف



سیستم ایمنی انسانی و افزایش موارد ایدز، توپرکلوز نیز افزایش یافته و دو نمونه انحصاری T.B معده در بیماران دچار ایدز گزارش شده است. (۱)

طی یک بررسی ده ساله بر روی

تا سال ۱۹۸۰، تنها ۵ مورد سل اولیه معده گزارش شده است.

۹۰ بیمار مبتلاً به سل گوارش ۴۲٪ موارد گرفتاری روده ای، ۳۵٪ پریتونئال، ۹٪ کبدی و ابتلای بقیه دستگاه گوارش را فقط اندکی از بیماران دچار بوده اند. (۳)

معمولاً بیماران دچار سل معده با تظاهرات بالینی بصورت اولسر بدخیم یا کانسر معده مراجعه می نمایند که در آندوسکوپی و یا رادیولوژی جلب توجه میکند. بالینی این بیماران شامل: درد شکم، تهوع و استفراغ، انسداد پیلور یا خونریزی از معده است و بالاخره با علائم سندرم Gastric outlet syn. مراجعه می کنند. (۴ و ۵)

بایستی متذکر شد که تصویر پاتوگنومونیک در آندوسکوپی یا رادیولوژی جهت سل معده وجود ندارد و مبنای تشخیص هیستولوژیکی است.

● **پاتولوژی:**

در اشکال اولیه توپرکلوز غیر قابل افتراق از کرون و سار کوئیدوز بوده و بررسی باسیل دوکخ در این نما اغلب منفی است و باید بررسی بیشتری انجام گیرد که اگر در جاهای دیگر از نظر وجود باسیل

سل نتیجه مثبت بود تشخیص مسجل می شود.

در مورد سل معده کازیفیه شدن نسبتاً شایع است و با وجود گرانولوم همراه با سلولهای ژانت و باسیل سل



با توجه به ازدیاد بیماران با ضعف اکتسابی ایمنی و افزایش بیماران سلی بایستی گرفتاری معده را توسط باسیل سل همیشه در نظر داشت.

● **درمان:**

طبی - جراحی است. هنگامیکه کازئوس عمیق بوده و دارو نفوذ خوبی ندارد همراه شیمی درمانی جراحی ضرورت دارد ولی درمان طبی قدم اول است.

پروگنوستیک بیماری به عواملی چون: بیماری زمینه‌ای، شدت گرفتاری و گسترش توبرکلوز وابسته است. در صورتیکه توبرکلوز معده درمان نشود، کشته خواهد بود.

● **نتیجه:**

ابتلای معده بصورت اولیه توسط باسیل سل نادر می‌باشد. تا کنون گزارش‌های بسیار محدود بوده است. مقاله حاضر از محدود گزارش‌های گرفتاری سل بصورت

اولیه است که گرفتاری مذکور فقط در ناحیه معده (آنتروپیلوریک) بوده است. در این موارد همواره بیماران با تظاهرات بالینی اولسر یا علائم انسداد معده مراجعه می‌کنند. با توجه به ازدیاد

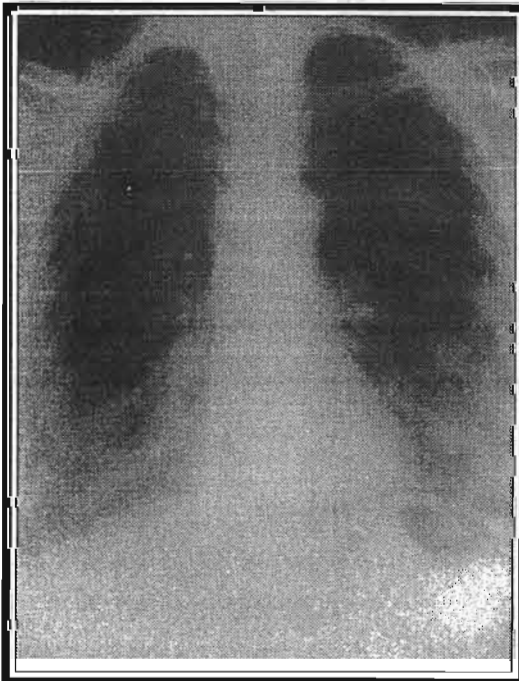
رنگ آمیزی جهت نشان دادن باسیل در داخل ضایعه اغلب منفی است.

از نظر تشخیص افتراقی در آسیب شناسی با، کرون، سارکوئیدوز و گاستریت گرانولوماتوز مطرح است. (۸)

● **تشخیص افتراقی:**

در ناحیه معده با کانسر و اولسر خوش خیم معده، و در ناحیه ایلئوسکال با آبسه آپاندیکولر، کارسینوم، کرون و ندرتاً اکتینومایکوزیس است.

در افراد جوان با اولسر مقاوم به درمان که T.B عضو دیگری داشته و یا تست توبرکولین شدیداً مثبت دارد ولی بدون شواهد گرفتاری توبرکلوز در سایر نقاط یا توده شکمی قابل لمس و یا



بایستی متذکر شد که تصویر پاتوگنومونیک در آندوسکوپی یا رادیولوژی جهت سل معده وجود ندارد و مبنای تشخیص هیستولوژیکی است.

تشخیص قطعی است. (۶)

در بعضی مواقع تشخیص آن مشکل است زیرا گرانولوم‌های متصل هم ممکن است ایجاد اولسرهای ماریچی نماید. (۷)

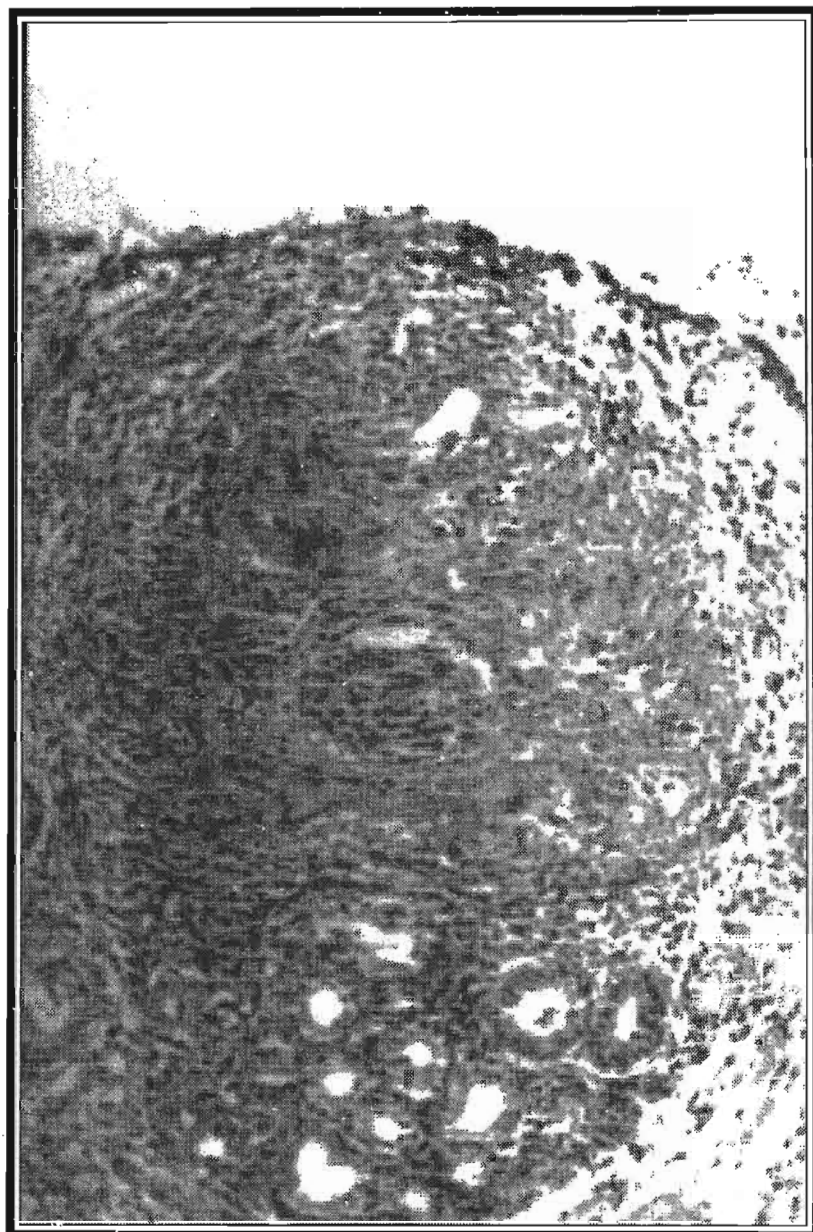
● **در نگاه ماکروسکوپی:**

اولسر عمیق با انهدام بافتی نسبتاً زیاد است. واکنش فیبرو انفلاماتوار اطراف زخم کم است. غدد لنفاوی مجاور ممکن است مبتلا باشند. در مواردی هم بصورت توده‌ای بزرگ متشکل از بافت گرانولاسیون توبرکولوزی در اطراف پیلور می‌باشد. توبرکولهای کوچک قابل رؤیت گاه در سطح سروزی معده نمایان بوده و اغلب چسبندگی بین معده و ساختمانهای مجاور موجود است.

● **از نظر میکروسکوپی:**

توبرکولهای کوچک پراکنده در مخاط یا زیر مخاط، یا لایه عضلانی یا سرروز وجود داشته که ممکن است بانکروز کازئوز و یا بدون آن باشد.

علائم رادیولوژیکی مثل: فیستول و درگیری معده و دئودنوم همراه با ضایعات نزدیک هم بایستی در هر کدام از این موارد به فکر T.B معده نیز باشیم. (۹)



بیماران با ضعف اکتسابی ایمنی و افزایش بیماران سلی بایستی گرفتاری معده را توسط باسیل سل همیشه در نظر داشت. (بخصوص در فرد جوانی که با علائم اولسر معده در منطقه آندمیک مراجعه می کند).

REFERENCES:

- 1- Am.J.Gastroenterology. VOL. 82,NO8,1987.
- 2-Surgery,Vol.154,No.2,1967
- 3-Gut Vol.26 1985.
- 4-Blackwell scientific Pub. Oxford. London. Pag: 112_113,1979.
- 5- Sleisenger Fordtran Gastrointestinal Dis.Vol. 2,1989.
- 6- Morson B,Dowson I.M.P and spriggo A.I. Gastrointestinal pathology. II Tow. Edit.
- 7-Morsin B.C Alimentary Tract Systemic Pathology III Edit. Vol.3,Page:170.
- 8- Whitehed. Gastrointestinal and Esophageal Pathology. Page:427, 1989.
- 9- Radiology,Vol.159, page 947,1986.

Primary gastric tuberculosis:

Any region of gastrointestinal tract can be involved with tuberculosis. In most countries however gastrointestinal tuberculosis has becomes relatively uncommon.

If the diagnosis of gastric or gastroduodenal tuberculosis is suspected but can not be proved a course of empirical antituberculosis therapy may be required. the stomach is rarely involved by tuberculosis.

the clinical manifestation attributable to gastric tuberculosis are similar to those of Crohn's Disease.