

گزارش یک مورد آبسه طحال بعلت سالمونلاتیفی

نویسندگان: دکتر محبوبه حاجی عبدالباقی، دکتر مهرناز رسولی نژاد
اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه:

علیرغم شیوع بالای تیفوئید در کشور ما، آبسه طحال در جریان این بیماری بسیار نادر است. آبسه طحال معمولاً بدنبال تروما، مناسباتهای عفونی و غیر عفونی، باکتریایی و عفونت های مجاور و در زمینه نقص ایمنی اتفاق می افتد. در این مقاله ما یک بیمار با تب، تیفوئید را معرفی می کنیم که در هفته سوم بیماری بعد از شروع درمان با سپیروفلوکساسین درد هیپوکندر چپ پیدا کرد که در سونوگرافی و سی تی اسکن آبسه های متعدد و کوچک در طحال و بزرگی طحال مشخص گردید. درمان دارویی ادامه یافت و درد بیمار بتدریج از بین رفت و بعد از درمان سه هفته ای با سپیروفلوکساسین سونوگرافی کنترل کوچک شدن آبسه ها را نشان داد. حال عمومی بیمار بعد از سه هفته از درمان بهبود یافته و اندازه طحال کوچکتر شده و تحت این شرایط ترخیص گردید. در سونوگرافی کنترل سه ماه بعد ضایعه ای دیده نشد. کلید واژه: آبسه طحال، سالمونلاتیفی، تیفوئید، سپیروفلوکساسین

مقدمه

آبسه طحال شیوع بسیار کمی دارد. در مطالعاتی که بر اساس اتوپسی صورت گرفته، شیوع آبسه طحال را بین ۰/۲ تا ۰/۷ درصد گزارش کرده اند که ۱۵ درصد علت آبسه های طحال را سالمونلاها تشکیل می دهند (۵). در ۲۵ درصد موارد عامل آن چند میکروبی است که عمدتاً ارگانیزم های بیهوازی را هم شامل می شود. در مطالعات مختلف استافیلوکوک طلائی، استریتوکوکهای مختلف، باسیل های گرم منفی، کاندیدا و مایکوباکتریوم

توبرکولوزیس از علل شایع ایجاد کننده آبسه طحال (۴) بوده اند. مایک مورد بیمار مبتلا به تب تیفوئید را که آبسه طحال پیدا کرده است، گزارش می نمائیم که بدون اقدام جراحی با طولانی کردن دوره درمان آنتی بیوتیکی بهبود یافته است.

معرفی بیمار

خانم ۳۰ ساله ای در مرداد ۱۳۷۴ بعلت تب، سردرد، ضعف و بی حالی با حال عمومی بد

در بخش عفونی مجتمع بیمارستانی امام خمینی بستری گردید. بیماری از ۲ هفته قبل با تب، سردرد و سرگیجه شروع شده و بتدریج تب و سردرد شدت یافته بود. بیمار در مراجعات متعدد پزشکی آنتی بیوتیکهای مختلفی بصورت ناقص مصرف کرده بود.

در موقع بستری بیمار توکسیک و بدحال با تب ۳۹/۵ درجه سانتی گراد، فشار خون ۱۲۰/۷۰، تعداد ضریان قلب ۱۲۰ در دقیقه و تعداد تنفس ۲۸ در دقیقه بود. بیمار همکاری نداشته و در معاینه، مخاطها خشک، آدنویاتی

نداشت، سنج قلب و ریه طبیعی، راشهای ماکولوپاپولر (تاش روزه) در قفسه سینه و شکم و طحال قابل لمس و حساس داشت.

در بررسی های آزمایشگاهی ۶۳۰۰ گلبول سفید با ۷۳ درصد نوتروفیل، هموگلوبین ۱۳ گرم در دسی لیتر و سدیمان ساعت اول ۵۵ میلی متر و در آزمایش ادرار ۷-۸ عدد گلبول سفید و آنزیمهای کبدی ۲-۳ برابر افزایش نشان می داد.

بیمار با تشخیص تیفوئید تحت درمان با کلرامفنیکل تزریقی روزانه ۴ گرم وریدی قرار گرفت. روز بعد همچنان بدحال و توکسیک بود و با احتمال به مقاومت دارویی، کلرامفنیکل قطع و سیروفلوکساسین خوراکی روزانه ۱ گرم و دگزامتازون ۸ میلی گرم روزانه شروع گردید. با شروع دگزامتازون تب قطع و حال عمومی بهتر شد. دگزامتازون بعد از ۴ روز قطع گردید و سیروفلوکساسین ۱/۵ گرم در روز افزایش یافت. ۴۸ ساعت بعد از بستری شدن جواب کشت خون مثبت و سالمونلاتیفی رشد کرد، همچنین در آنتی بیوگرام بعمل آمده به کلرامفنیکل، آمپی سیلین و کوتریموکسازول مقاوم بود.

روز ششم بستری در حالیکه ۴ روز از شروع سیروفلوکساسین می گذشت بیمار درد هیپوکندر چپ پیدا کرد که در سونوگرافی بعمل آمده نواحی هیپوکوی متعدد که مشکوک به آبه بود مشخص گردید و با سی تی اسکن شکم آبه تأیید شد. درمان با سیروفلوکساسین (روزانه ۱/۵ گرم) ادامه یافت، درد هیپوکندر چپ کاهش یافته و سونوگرافی کنترل در پایان ۳ هفته درمان، کوچک شدن آبه ها را نشان می داد. بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

سه ماه بعد که جهت کنترل مراجعه کرده بود حال عمومی کاملاً خوب، در معاینه طحال لمس نمی شد و در سونوگرافی هیچ ضایعه ای در طحال دیده نمی شد.

بحث

آبه طحال شایع نیست و بعلا مختلف از جمله تروما، متاستازهای عفونی و غیرعفونی، باکتری و عفونت های مجاور اتفاق می افتد (۲، ۳، ۴). در بیماران با زمینه خاص از جمله آنمی سیکل سل، معتادان تزریقی و آندوکاردیت عفونی و بیماران با نقص ایمنی بیشتر دیده می شود (۴). در عصر قبل از آنتی بیوتیکها، آبه طحال در ۱/۸-۱/۵ درصد بیماران تیفوئیدی که نکروسی شده بودند دیده شده است. آبه های متعاقب باکتری، ممکن است منفرد و یا متعدد باشند (۱، ۵).

آبه طحال بعلا سالمونلا از عوارض نادر تیفوئید بوده که ممکن است منفرد و یا متعدد باشد و در هفته سوم یا چهارم بیماری اتفاق می افتد. بیمار ما عامل مستعد کننده ای برای آبه طحال نداشته و آبه طحال وی متعدد بود. علائم بالینی بصورت دردهایی در ناحیه فوقانی و چپ شکم با انتشار به شانه بصورتی تدریجی بروز می کند حال عمومی بیمار در هفته سوم و پس از شروع درمان بهتر شد. درد قسمت فوقانی و چپ شکم که ابتدا شدت آن زیاد بود، و رفته رفته با کوچک شدن آبه ها، تخفیف پیدا کرد. تب های شدید و سپتیک هم از علائم بیماری است (۵).

در بیمارانی که مبتلا به آبه طحال هستند دو خصوصیت در معاینه جلب توجه می کند ۱- بزرگی طحال ۲- Friction rub در ناحیه طحال که بیمار مورد نظر از ابتدا طحال بزرگ داشت.

مهمترین نکته در تشخیص آبه طحال این است که به فکر آن باشیم. کشت خون، در مواردی که بدنبال باکتری باشد، مثبت و نوع ارگانسیم را می توان مشخص کرد (۱، ۵).

در رادیوگرافی ریه ممکن است بالازدگی دیافراگم چپ، پلورال افیوژن و یا آتلکتازی ریه و جابجائی هوای معده جلب توجه نماید (۵). رادیوگرافی ریه بیمار ما نرمال بوده، که شاید علت آن تعدد و کوچکی آبه ها بوده است.

سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI اقدامات تشخیصی برتر (۵) هستند و در این بین سی تی اسکن و MRI ارزش تشخیصی بالاتری دارند. ولی در موارد اورژانس می توان از سونوگرافی استفاده کرد (۲). جواب منفی سونوگرافی رد کننده تشخیص نیست و این دلیل وضعیت قرارگیری طحال می باشد و در این موارد باید از سی تی اسکن و یا MRI کمک گرفت.

سالمونلاها عامل حدود ۱۵ درصد آبه های طحالی می باشند. حدود ۱/۳ آنها بیماری سیکل سل دارند. از جمله عوامل مستعد کننده دیگر هماتوم طحال و آندوکاردیت می باشد و اکثراً عامل آن سالمونلاهای غیرتیفی هستند (۵). در یک مطالعه که توسط تورز و همکاران (۲) انجام گرفته است از بین ۱۰ بیمار مبتلا به آبه طحال در ۶ مورد سالمونلا تیفی جدا گردیده است و بعنوان عوامل مستعد کننده سه تن از اینها دیابت داشته و یک نفر HIV مثبت بود. میزان مرگ و میر در بیمارانی که درمان نشوند صد درصد است و احتمال پارگی خودبخود طحال در ۵۰٪ درصد وجود دارد. بهترین اقدام درمانی، استفاده از آنتی بیوتیکها و تخلیه آبه است و در آبه های متعدد و یا آبه های منفرد بزرگ اسپلنکتومی را توصیه

کرده اند (۵, ۴, ۲, ۱).
در مطالعه تورز و همکاران (۲) دو بیمار به درمان با آنتی بیوتیکهای وریدی پاسخ داده و ۸ بیمار تحت عمل جراحی اسپلنکتومی قرار گرفته اند. تمام بیماران آنها یک آبسه منفرد داشته اند. در ناز از طریق پوست آبسه بخصوص در آبسه های منفرد هم موفقیت آمیز بوده است (۵, ۴, ۱).
البته بیمار ما در موقع مراجعه، طحال قابل لمس و حساس داشت که حساس بودن آن احتمالاً بدلیل وجود آبسه ها از همان ابتدای بیماری بوده که با شروع درمان و تخریب جدار و بزرگتر شدن آن شاید درد مشخص تر گردیده است.
در بیمار ما با توجه به متعدد و کوچک بودن آبسه های طحال و پاسخ مناسب به آنتی بیوتیک خوراکی که با دوز مناسب داده شده بود و کنترل بیمار که کوچک شدن آبسه ها را در سونوگرافی

References:

- 1- Joan Galofre, Analysis of factors influencing the outcome and developing of septic metastasis or relapse in salmonella bacteremia CID-1994-18- 873-8
- 2- J.R., Torres, Salmonellal splenic abscess in the antibiotic Era CID 1994-19-817-5.
- 3- Mathew E levison, Splenic abscess mandell principle and practice of infectious disease 1995 4th edition 727-30.
- 4- Nicolas Nelken, Changing clinical spectrum of splenic Abscess Am J surg 1987 154 July 27-35
- 5- Samuel I Miller, Salmonellosis, Mandell principles and practice of infectious Disease 1995 4th edition 2013-32.