

# یک مورد سل عهومی غده‌های لنفاوی

## و نظریات جدید در باره آن

دکتر محسن مظاہر\* دکتر شکوه محمدی\*

### شرح حال بیمار

الف. م. شماره پرونده : ۱۱۹۵۳

علت مراجعه : درد ناحیه اپیگاستر که در طرف راست شدیدتر است و با غذا ارتباط ندارد سابقه ترش کردن بیمار از چهار سال پیش است موقع درد شکم نفخ هم میکرده و بدنش گرم میشده است.

سابقه شخصی : در بچگی خاک میخورده از بیماریهای زمان طفو لیت و بلوغ چیزی بخارط ندارد. هر نوع اعتیادی را منکر است.

سابقه ژینکولری : از چهار سال پیش مبتلا به آمنوره میباشد. ترشح سفید و بدبو دارد. شوهر کرده ولی آبستن نشده است.

وضع فعلی : ناراحتی فعلی از چهار سال قبل هم زمان با برقراری آمنوره شروع شده در ناحیه اپیگاستر بوده و به هیپو کندر راست انتشار مییابد و با غذا ارتباطی ندارد درد توأم با نفخ شکم و ترش کردن است.

معاینه عمومی : بیمار زنی است بیماری ۲۹ ساله با قد ۱۵۲ سانتیمتر و وزن ۴۹ کیلو گرم با حال عمومی نسبتاً خوب به سوالات بخوبی جواب میدهد. رنگ پوست و مخاط قابل دید طبیعی است. خیز و تنگی نفس اگزفاتالمی وجود ندارد. در مو گرافیسم (Dermographism) مثبت است. حرکات سرطانی. محل خروج رشته های اعصاب و سینوسها در مقابل فشار دردناک نیست. وضع و حرکات چشمها طبیعی است.

\* استاد دانشکده پزشکی (بخش داخلی بیمارستان وزیری)

\*\* استاد یار

هر دو مردمک مساوی و گرد و دارای واکنش طبیعی می باشد . در معاینه خارجی بینی، گوشها، ماستوئید، حفره دهان و بالاخره حلق و لوزهها علائم مرضی مشهود نیستند . گردن : آدنوپاتی در ناحیه گردن لمس نشد . اندازه و شکل غده تیر و ظیبد و همچنین وضع سیاهرگها طبیعی است .

قفس سینه : در ناحیه فوق ترقوهای چپ چند غده لنفاوی متورم کوچک لمس می شود .

شکل قفس سینه طبیعی تنفس از نوع شکمی منظم و تعداد آن ۱۶ در دقیقه است . در کوبش (دق) و سمع ریهها و قلب نکته غیرطبیعی شنیده نشد . صدایهای قلب در هر چهار کانون طبیعی است نبض رادیال پر و منظم تعداد آن ۸۰ در دقیقه فشارخون ۱۲۰ بوده و در کنترلهای بعدی به ۱۱۰ میلیمتر جیوه تنزل یافت .

ستون فقرات : خمیدگیهای فیزیولوژیک ستون طبیعی بیمار در موقع فشار و کوبش (دق) فقرات احساس درد نمی نماید . کمر بند شانه ولگن متقارن هستند .

شکم : در ناحیه هیپوکندر راست و ناف تومورهای سفت و مجرزا از هم بدست می خورد کبد بزرگ نیست طحال لمس نمی شود : محل کلیه ها آزادند . محل خروج فتق ها بسته است .

اندامها : متقارن ساختمان استخوانی و تکامل عضلانی کامل و تونوس طبیعی است . واریس دیده و لمس نمی شود حرکات اکتیو (Active) و پاسیو (Passive) آزاد است . سیستم عصبی : رفلکس ها طبیعی است .

وضع روانی : کمی دپرسیون (Depression) دارد .

معاینه ژینکولوژی : در معاینه با سپکولوم (Speculum) گلوی زهدان هیچ زرا ، کمی ترشح سفید رنگ موجود است . در توشه واژینال رحم کوچکتر از طبیعی و بعقب برگشته (Retroverse) و سفت و حرکاتش محدود می باشد . در اطراف لگن قسمتهای سفت نامرتبی حس می شود که تا زیر جلد ادامه دارند ، بطوریکه از روی شکم بخوبی حس می شود .

ضمائیم (تخمدانها و لوله ها) حس نشد ولی در اطراف آنها سفتی هائی که در بالا ذکر شد حس می شود در داخل شکم وبالای ناف تومورهای سفت نامرتبی باندازه یک تخم مرغ که بخوبی متحرک و بدون درد است وجود دارد .

آزمایش های پاراکلینیک : حرارت بدن زیر بغل و رکتال طبیعی است .

سدیماناتاسیون در ساعت اول ۴۰ و در ساعت دوم ۷۳ میلی‌متر . تعداد گویچه‌های سرخ ۴۶۴ میلیون تعداد رتیکولوسیتها ۲ در هزار ، هموگلوبین ۵۹ گرم درصد ، تعداد لوکوسیتها ۷۴۰۰ و فرمول آن نتروفیل ۷۰ ائوزینوفیل ۴ و لنفوسيت ۲۴ منوسيت ۲ درصد تعداد پلاکتها ۹۵۰۰۰ می‌باشد در آزمایش ریزبینی مغز استخوان راکسیون اریتروبلاستیک نوع نورمو بلاستیک دیده شده است . هماتوکربت ۴۵ درصد زمان کوئیک ۱۶ ثانیه (زمان شاهد ۱۳ ثانیه) مقدار پروترومبین ۵۹ درصد زمان سیلان ۳ دقیقه و انعقاد ۵ دقیقه، قند خون ۱۰۰ میلی‌گرم درصد . تست L.V.D.R و M.C.F. منفی است . اوره خون ۲۸ میلی‌گرم درصد .

تست‌های رایج کبدی : مقدار بیلی رو بین توتال خسون ۳۱۱ مستقیم ۵۰ و غیر مستقیم ۸۰ میلی‌گرم درصد ، تیمول ۲۰ واحد سولفات دوزنک ۱۸ واحد سفالین کلسترول ۱۴۸ S.G.P.T. +++++ و واحد S.G.O.T. ۱۴ وحدت و ۸ واحد پروتئین توتال ۳۵۵ گرم درصد کلسترول توتال ۱۹۸ میلی‌گرم درصد ، فسفاتاز آلکالن ۳۴۰ و واحد فسفر ۳۴ میلی‌گرم در صد کلسیم ۱۲ میلی‌گرم درصد سدیم ۱۴۰ و بطياسیم ۱۰۹ میلی‌اکی والان در لیتر ، ادرار آلبومین و قند ندارد ۱-۳ لکوسیت ، مقدار نسبتاً زیادی بلور اگزالت دارد . در آزمایش مذکور تخم انگل و خون دیده نشد . در آزمایش خلط با سیل کخ دیده نشد . تست با توبر کولین + مثبت است .

الکتروکاردیوگرام : محور الکتریکی میانی قلب ، ریتم سینوزال منظم فقط زمان QT کمی طولانی تر از طبیعی است که آنهم بعلت اختلال الکتروولتی می‌باشد چون بیمار مدتی غذای بی‌نمک می‌خورد است در آن موقع (۴۶۱ را ۱۱۳) سدیم ۴۳۴ میلی‌اکی والان درصد بوده است .

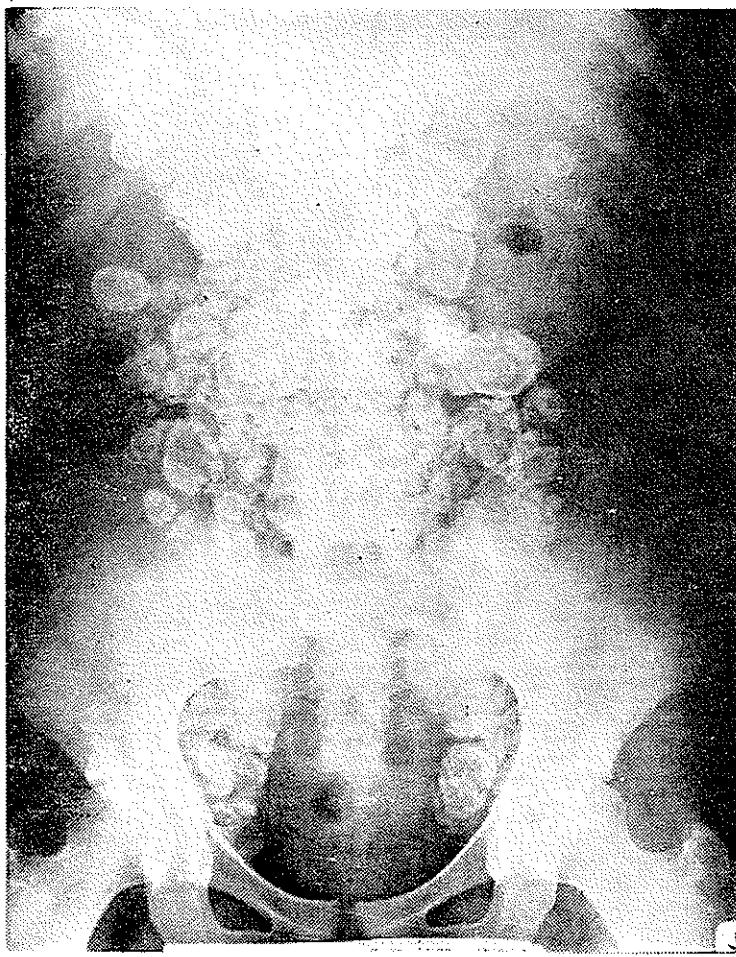
رادیو گرافی قفس سینه : تصاویر کدر خوش‌های شکل در هر دو ریه پاراهیلر دیده می‌شود که نشانه‌ای از غده‌های لنفاوی کالسیفیه مدیاستن می‌باشد (تصویر ۱۹۱ و ۲۰۲)

رادیو گرافی ساده شکم : تصاویر کدری به اندازه‌های مختلف در روی کلیشه دیده می‌شود (غده‌های لنفاوی کالسیفیه شکم) (تصویر ۳)

از لنفوگرافی نتیجه‌ای گرفته نشد بافت برداری از اوزه‌های بیمار بعلت عدم رضایتش انجام نگرفت .

در آزمایش ریزبینی بافت بیوپسی شده کبد نشانه مرضی مشهود نبود . رکتوسکپی با بیوپسی مخاط راست روده ماکروسکوپیک و میکروسکوپیک ، مخاط

تشخیص آسیب شناسی : سل کازئوز همراه با کالسیفیکاسیون (تصویر ۴). \* در جریان بیماری بتاریخ ۱۲ مرداد ۱۳۴۶ یعنی قبل از لپاراتومی ، بیمار مبتلا به برقان شد و تست های کبدی عبارت بود از بیلیروبین توتال ۶۰ میلی گرم درصد

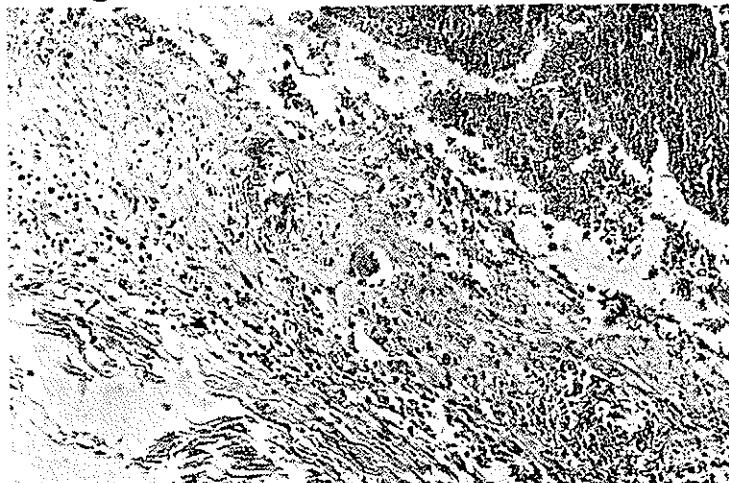


شکل ۳

مستقیم ۴ مرداد تیمول ۱۳ واحد سفالین کلسترول +++++ ولی پس از لپاراتومی ، بتدریج این مقادیر طبیعی شدند و آن حتماً بعلت انسداد موقتی مجرای صفر اوی بوده است . در تاریخ ۲۰ مرداد ۱۳۴۶ بیلی روبین توتال ۱۴ میلی گرم مستقیم ۶ مر . میلی گرم درصد تیمول ۱۸ واحد و سفالین کلسترول +++++ مثبت بوده است .

\* - از زحمات خانم دکتر پیشوادانشیار آزمایشگاه آسیب شناسی که برای این امتحانات کمک شایانی بما کرده اند تشکر و قدردانی می نمایم .

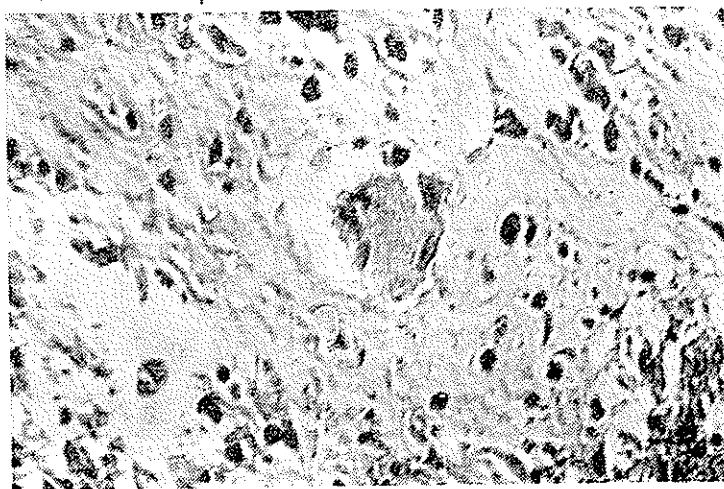
پس از آنکه تشخیص معلوم گردید از تاریخ ۴۶ روز ۲۶ بیمار تحت درمان توبرکولوستیکهای کلاسیک یعنی استرپتومایسین، پاس و ایزوونیازید قرار گرفت حال عمومی بیمار خوب حرارت بدن طبیعی سدیما نتاسیون بتدربیح پائین آمد و به



شکل ۴ - آلف

۱۰ میلیمتر در ساعت اول و ۲۴ میلیمتر در ساعت دوم رسید و ۸ کیلوگرم بروزن بیمار اضافه شد.

ولی در رادیوگرافی های مجدد قفس سینه و شکم تغییر فاحشی دیده نشد

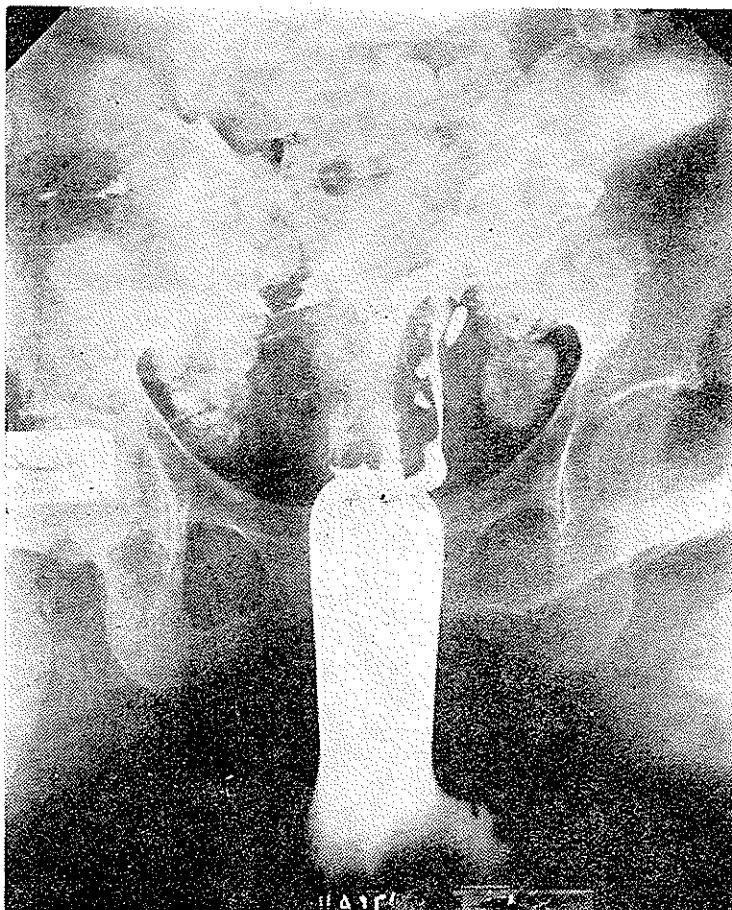


شکل ۴ - ب

همچنین در توشه و ازینال نسبت به معاینه اول تفاوتی حس نگردید. ولی بیمار مدت

۴ ماه است که مرتبأً قاعده می شود البته خونریزی خیلی مختصر است از هیسترو- سالینگوگرافی ( Histerosalpingographie ) در تاریخ ۱۱ روز ۴۶ چنین نتیجه گرفته شد که ماده حاچب وارد رحم و ضمائم گردیده و در کلیشه کنترل وارد صفاق شده است ( تصویر ۶۵ ) .

با وجود اینکه متتجاوز از ۵۰ گرم استرپتو مايسين به بيمار يك جا داده شده بود ولی اديومتری اختلال شنوائي را نشان نمیداد . همچنین اختلال فاحش کبدی در اثر درمان با پاس ملاحظه نشد .

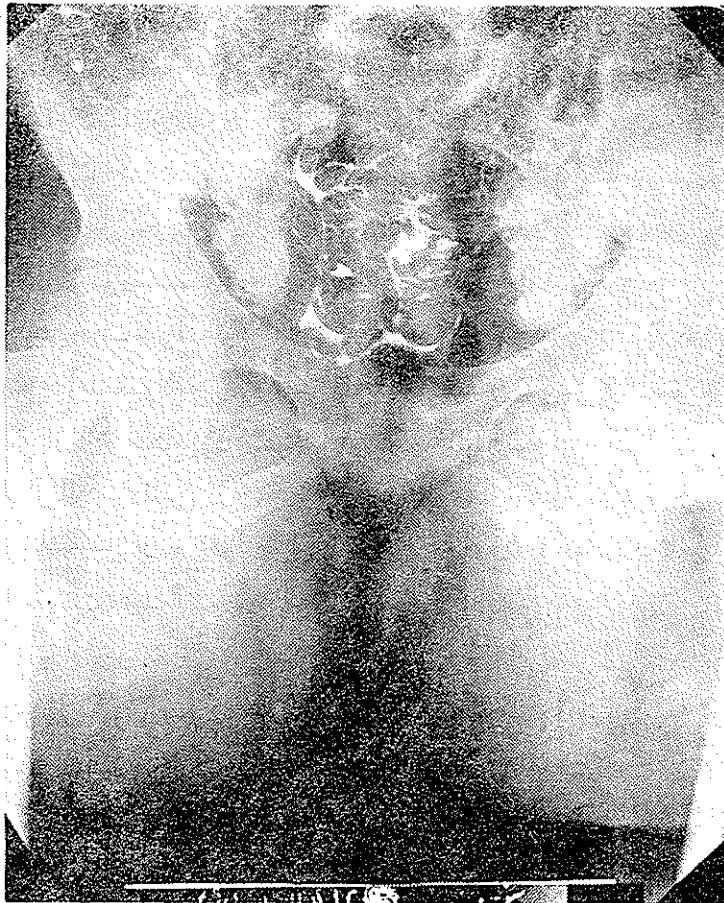


شكل ۵

فعلاً بيمار فقط با ۴ گرم پاس و ۳۰۰ ميلی گرم ايزونيازيد درمان می شود . تنها درمان اساسی البته عمل جراحی و جدانمودن گانگlionهای كالسيفيه است که آنهم با

گسترش غیر قابل تصوری که در این بیمار ملاحظه می‌شود امکان‌پذیر نبوده و بالا اقل وق العاده دشوار است.

سل غده‌های لنفاوی نوعی از اشکال سل انسانی است که غالباً عامل آن باکتریهای گاوی است انتشار آن در نتیجه مصرف شیر و لبنیات گاوی مسلول می‌باشد. این قبیل گاوها میتوانند در یک سانتیمتر مکعب شیر یک میلیون باکتری دفع نمایند. این نوع سل بیشتر در جوانان تا ۳۰ سالگی بخصوص زنها پیش می‌آید. این بیماری قاعدة درمان پذیر است. چون میکوباکتر (Mycobacterium bovis) گاوی کمتر بیماریزا می‌باشد.



شکل ۶

با مصرف شیر این عامل از راه دهان، حلق و بقیه لوله‌گوارشی تاغده‌های

لنفاوی موضعی پیش میرود در آنجا حالت یک عفونت اولیه سلی پیدا میکند از میکوباکتریهای گاوی فقط ۴ درصد و از میکوباکتری های انسانی فقط ۱۷ درصد در مقابل داروهای ضدسل مقاومت میکنند و بعقیده بروگر (Brugger) پولمولوژیست آلمانی اگر غده های لنفاوی موضعی کاملاً محدود باشد میتوان بكمک (Pulmologist) عمل جراحی آنها را برداشت . این بیماری در گذشته بیشتر غده های لنفاوی گردن بخصوص زیر فکی را مبتلا مینمود و عامل آن از نوع گاوی بود ولی امروزه بیشتر از نوع میکوباکتر انسانی است . محل آن هم عوض شده است . غده های لنفاوی فوق ترقوه ای یا سایر غده های لنفاوی موضعی و اندامهای لنفاوی را مبتلا مینماید .

تشخیص افتراقی و پاتوژن (Pathogenesis) : برای تشخیص سل غدد لنفاوی باشکلاتی بر میخوریم زیر ادر معاینه بافت شناسی ارتشاح (Infiltrat) اپیتلیوئید دیده میشود که هیچ تفاوتی با سارکوئیدوز ندارد . از لحاظ بالینی این دو بیماری را میشود بر احتی از هم جدا نمود (یکی آنکه مبتلایان به سل غدد لنفاوی به توبرکولین حساس ند و دیگر اینکه در بافت آنها با سل کخ بسادگی پیدا میشود) مانند بیمارما و علائم دیگر سارکوئیدوز در این بیماری مشهود نیست . سل غده های لنفاوی غالباً از نوع فولیکولر (Folliculaire) می باشد و بدین جهت سیر آن طولانی است در کشورهای پیش فته چون قبل از کازئوفیکاسیون معالجه بعمل میآید معمولاً به مرحله کالسی فیکاسیون نمیرسد . (کالسی فیکاسیون ضایعه سلی همیشه پس از کازئوفیکاسیون است) این بیماری غالباً فیستولیزه هم نمیشود (واکنش بیشتر سلولر تا اکسوداتیو) در صور تیکه غدد لنفاوی با اعضاء دیگر بخصوص ریه همزمان مبتلابه سل از نوع فولیکولر باشند آنرا لنفوژن یا هماتوژن ثانویه میخوانند ولی غالباً عفونت مجلد آندوژن (Endogenous lymphoglandulaire) گانگلیون های لنفاوی است و چون منشأ آن ثابت نشده است آنرا از ناف ریه میدانند سل غدد تشخیص و درمان : مقایسه با سارکوئیدوز (Sarcoidose) توکسوپلاسموز لنفو گلاندولر (Toxoplasmosis lymphoglandulaire) تومورهای بدخیم بخصوص لنفو سارکم (Lymphosarcome) لنفو بلاستم ماکروفوولیکولر (Lymphoblastome) (Brill-symmers ) درمان آن با تبرکولو استاتیک ها است گرچه گاهی اوقات حساسیت ضعیفی

در مقابل آنها دارند ولی مقاوم دیده نشده است . نکته جالب در بیمار ما مبتلا بودن اکثر غده‌های لنفاوی گردن فوق ترقه و مدیاستن شکم ولگن کوچک به سل است بدون آنکه با تمام تفحصاتی که انجام شد کوچکترین ضایعه احشائی در این بیمار یافت شود . پیش بینی : سل سیستم لنفاوی میتواند باعث سوراخ شدن قنات صدری شود و از آنجا وارد شدن شیلوس به داخل مدیاستن و بعلت فشار منفی نف وارد فضای پلور می‌شود و ایجاد شیلو تراکس مینماید .

#### Bibliographie

- 1-Ehring, F; Deutsche medizinische Wochenschrift 2,62,1967.
- S - Leutke H .J , und Sendel A . Med . Welt , 2117 , OKt .1966.
- 3 - Brugger , H . Ergebn . Ges thberk . - und lung . - Forsch, 13 , 413 , 1965 .
- 4 - Wright NL : H . Deutsch . Med . Wsch , 88 , 1059 , 1968
- 5 - Tuberculosis Lymph - node .(cl c9) cervical infections Amer . J . Surg . 113 , 379 - 86 , Mar . 1967 .
- 6 - Hall Stromh . et al Mesenteric Pseudotuberculosis lymphadentis . Nord Med , 67 , 1036 – 8 , Sept . 1966 .
- 7 - American Review ot Respiratory Disease . Vol . 95 ,No. 3 , 509 . 1967 .
- 8- Arnold. R.Rich. The Pathogenesis of Tuberculosis,1954.
- 9 - Hamperl . Path . Anatomie , 363 , 1954 .
- 10-Hegglin . Diff. Diag . D. Irnere Krankheiten , 467,1959.
- 11 - Dennig Hellmut . Lehrbuch der innere Medizin ,Band 1 , 368 . 1957 .