

گزارش یک مورد سل ژنیتال با تشخیص اولیه ضایعه بدخیم

دکتر توفیق یعقوبی (MD)^۱ - دکتر سنبل طارمیان (MD)^۱ - دکتر لیدا محفوظی (MD)^۱ - دکتر آیدین پور کاظمی (MD)^۱

^۱ نویسنده مسئول: گروه بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: taramian@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۳/۲۳ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۶/۰۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۰۷

چکیده

مقدمه: سل ژنیتال و پری‌تونه‌ال می‌تواند تومورهای تخمدان را به علت نشانه‌های مبهم و یافته‌های غیراختصاصی بالینی، آزمایشگاهی و پرتونگاری تقلید کند که می‌تواند به تشخیص نادرست بیانجامد.

مصرفی مورد: یک زن ۴۳ ساله با پیشینه دو نوبت حاملگی موفقیت‌آمیز و سزارین با دردهای لگنی، کاهش وزن، آسیت مختصر و سطوح افزایش یافته CA-125 و HE4 مراجعه کرد.

تشخیص کارسینوم تخمدان با احتمال بالا داده شد و لاپاراتومی با برداشتن هر دو تخمدان و لنفادنکتومی توتال لگن صورت گرفت. بررسی هیستوپاتولوژی پس از جراحی، التهاب گرانولوماتوز تکررتایزینگ بسیار پیشنهادکننده سل را بدون شواهدی از بدخیمی نشان داد. درمان ضدسل آغاز شد و نشانه‌های بیمار به طور کامل بهبود پیدا کرد.

نتیجه‌گیری: ممکن است نتوانیم بدخیمی تخمدان را رد یا سل شکمی را تأیید کنیم و معمولاً تشخیص قطعی بدون لاپاراتومی تجسی بدست نمی‌آید. CA-125 می‌تواند در هر دو مورد افزایش یابد و روش‌های پرتونگاری بندرت قطعی هستند.

تشخیص زود هنگام سل پری‌تونه‌ال / تخمدان‌ها حیاتی است زیرا می‌تواند منجر به نازائی شود و از آنجائی که بیشتر با آسیب پیشرفته فراتر از بهبود تظاهر می‌کند که ناشی از تاخیر تشخیص است، ممکن است درمان ضدسل در بازایی کارکرد باروری زنان موثر نباشد.

کلید واژه‌ها: سل / دستگاه تناسلی زنان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و هفت، شماره ۱۰۵، صفحات: ۶۵-۶۱

مقدمه

قاعدگی، دردهای شکمی و لگنی و کاهش وزن می‌تواند تظاهر کند. همچنین، با انسداد لوله‌های فالوپ، هیدروسالپنکس، چسبندگی‌های پیرامون و به ندرت به صورت فیستول انتروتیبوب بروز می‌کند (۴-۲). در معاینه ممکن است یک توده لگنی را تقلید کند. تشخیص بیماری با تهیه کشت از خون قاعدگی و آندومتر است. اما اغلب با بیوپسی بافتی و ارسال نمونه برای تشخیص آسیب‌شناسی انجام می‌شود. هیچیک از آزمایش‌های موجود نمی‌تواند تمام موارد سل ژنیتال را تشخیص دهد و روش‌های هیستوپاتولوژی و کشت هنوز هم نقش مهمی در تشخیص دارند و روش‌های بک تک و PCR به علت نبود منابع علمی کافی به صورت روتین برای این مورد درخواست نمی‌شود (۹-۵).

آندومتر و لوله‌های فالوپ کمابیش در تمام موارد مبتلا هستند. در موارد نادر به صورت ضایعه سرویکس با اشتباه تشخیصی به صورت بدخیمی سرویکس نیز گزارش شده است (۱۰).

بیماری سل در بیش از ۲/۳ موارد به صورت سل ریوی بروز می‌کند و به این ترتیب در کمتر از ۱/۳ موارد به صورت خارج ریوی است. سل خارج ریوی به ترتیب شیوع درگره‌های لنفاوی، پرده جنب و دستگاه ادراری-تناسلی بوده که ۱۵-۱۰٪ موارد سل خارج ریوی را تشکیل می‌دهد. سل تناسلی دربردارنده حدود ۱/۸-۱٪ از کل موارد سل بوده و سل تناسلی در زنان بیش از مردان تشخیص داده می‌شود. سل ژنیتال در زنان از راه گسترش خونی به آندومتریم ۵۰٪، تخمدان‌ها ۳۰٪، سرویکس ۲۰٪ و واژینا ۱٪ موارد گسترش می‌یابد. به صورت کلاسیک در زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله در مناطق اندمیک سل بروز می‌کند ولی با بازپدید شدن سل به دنبال مسائل مهاجرت، پناهجویی و مانند آن در مناطق غیراندمیک هم بروز آن افزایش یافته است.

سل ژنیتال یک بیماری مزمن با نشانه‌های غیراختصاصی و علائم بیماری التهابی لگن است که به درمان‌های دارویی معمول جواب نمی‌دهد و با نشانه‌های نازایی، اختلال

لگنی و اومتوم گزارش شده بود، با تشخیص سل لگنی به متخصص عفونی ارجاع شد.

بیمار در سابقه، ۲ بار حاملگی موفق و سزارین حدود ۱۲ و ۱۹ سال پیش از آن، سابقه تماس با فرد مسلول در برادر، سابقه کاهش وزن ۱۰ کیلوگرم در ۶ ماه گذشته و سابقه بستری در بخش ریه به علت سرفه در ۱ سال پیش از آن را داشت که سل ریوی با BAL دلاواژ برونکوآلئولار، رد شده بود همچنین، سابقه افسردگی و مصرف فلواکستین و سرترالین را می داد.

با توجه به سابقه تماس با بیمار دچار سل و گزارش آسیب شناسی، با تشخیص سل لگنی زیر درمان دارویی ضد سل قرار گرفت. زخم مترشح و فیستوله در ناحیه هیپوگاستر بیمار پس از ۲ ماه درمان کاملاً بهبود یافت و وزن بیمار ۵ کیلوگرم افزایش پیدا کرد. در حال حاضر حال عمومی وی خوب بوده و تحت درمان نگهدارنده ضد سل می باشد.

بحث و نتیجه گیری

توده در تخمدان و لوله های رحمی، کاهش وزن، آسیت و دردهای لگنی، علائم شایع بدخیمی تخمدان است. اما سل ژنیتال نیز می تواند با علائم فوق تظاهر نماید.

در مطالعه Manido Kiss و همکاران در سال ۲۰۰۱ یک زن ۴۱ ساله با توده تخمدان و آسیت و کاهش وزن و CA125 بالا پس از هیستریکتومی و آدنوکتومی، جواب آسیب شناسی، سل ژنیتال گزارش شد. (۱۶)

در مطالعه Pirra و همکاران در سال ۲۰۰۳، ۴ بیمار با سل پری تونه آل که علائم بدخیمی تخمدان را تقلید کرده بودند، گزارش شد. (۱۷)

در مطالعه Flores و همکاران در سال ۲۰۱۰، ۷ مورد سل ژنیتال که علائم تومور تخمدان را تقلید کرده بود، گزارش شده است. (۱۸)

در مطالعه میترا محیط و همکاران در سال ۱۳۸۱، یک مورد توده لگنی و آسیت با افزایش CA125 با تشخیص پری تونیت سلی درمان شده است. (۱۹)

سابقه ثابت شده بیماری سل یا شواهد ضایعات توبرکولار در دیگر بخش های بدن در صورت تشخیص سل ژنیتال ممکن است بدست نیاید. سل ژنیتال معمولاً در دوره فعال زندگی زنان تشخیص داده می شود زیرا بسیاری از آنها در حین بررسی علت نازائی یا آمنوره شناسایی می شوند. در ابتلای آندومتر می تواند آندومتریس به صورت حاد یا مزمن باشد و در دوران یائسگی ممکن است به صورت ترشح یا خونروی واژینال تظاهر کند. البته ممکن است شواهد سل بهبود یافته پیشین درنمای رادیوگرافی قفسه سینه هم دیده شود یا این که گزارش رادیولوژی در حد نرمال باشد. (۱۱-۱۴)

میزان CA125 سرم در بسیاری از موارد سل پری تونیوم بالا می رود. از سویی میزان CA125 و افزایش HE4 یکی از آزمون های ارزیابی در بدخیمی تخمدان است.

درمان سل ژنیتال ۶ ماه درمان آنتی توبرکلوز است که غالباً بهبود کامل دارند و در موارد محدودی نیاز به مداخله جراحی پیدا خواهد شد. (۱۵)

شرح مورد

بیمار خانم ۴۳ ساله، اهل و ساکن لاهیجان با دردهای شکمی و لگنی، کاهش وزن ۵ کیلوگرم در سه ماه گذشته به متخصص زنان مراجعه کرده و با توجه به گزارش توده در تخمدان های دو طرف و آسیت مختصر با احتمال بدخیمی تخمدان و لگن، CA125 و HE4 انجام شد. آزمایشگاه CA125=498 و HE4=77 گزارش کرد. تلاش برای تهیه بیوپسی از راه لاپاراسکوپی ناموفق بود. با تشخیص بدخیمی تخمدان و انتشار متاستاتیک آن عمل جراحی برداشتن تخمدان های دو طرف، هیستریکتومی، لوله های رحمی و لنفادنکتومی لگنی انجام و نمونه های بیوپسی برای آسیب شناسی فرستاده شد. (TAH-BSO) (تاریخ ۹۵/۰۳/۱۰). پس از یک ماه از جراحی نامبرده، بیمار دچار خروج چرک زرد رنگ و فیستول در ناحیه هیپوگاستر شد که ترشح از ناحیه نزدیک ۶ ماه ادامه یافت که با تمهید معمول بهبود نیافت. بیمار در تاریخ ۹۵/۰۹/۱۵ با ارجاع از سوی متخصص زنان با جواب آسیب شناسی که در آن واکنش گرانولوماتوز نکروتایزینگ در تخمدان های راست و چپ، لوله رحمی چپ، بافت دیواره

هتروژن با انفیلتراسیون ارگان‌های مجاور گزارش می‌شود. آسیت و لنفادنوپاتی به طور شایع وجود دارد که بر مشکل تشخیصی می‌افزاید. (۲۱)

هدف این گزارش این است که جراح زنان در برخورد با بیماران با توده لگنی و آسیت و CA125 افزایش یافته و تشخیص بدخیمی تخمدان و لگن شتابزده عمل نکنند و موارد مشابه با توان تقلید سل تخمدان و پری تونیت سلی را قبل از جراحی بویژه در کشورهای در حال توسعه که شیوع بالای نسبی سل ژنیتال در زنان نابارور در آنها وجود دارد را مد نظر داشته باشد. (۳) در اغلب موارد، سل ژنیتال با درمان دارویی ضدسل کاملاً بهبود می‌یابد و از جراحی بزرگ برداشتن تخمدان‌ها و رحم، لنفادنکتومی و عوارض برداشتن تخمدان‌ها و نازایی پس از آن که در مورد بدخیمی تخمدان لازم است پیشگیری می‌نماید. بیوپسی ترانس واژینال زیر گاید سونوگرافی یا ترانس آبدومینال پیش از اقدام به جراحی می‌تواند در برنامه قرار گیرد.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

در مطالعه عطیه منصوری و همکاران در سال ۱۳۸۲، ۴ مورد سل تناسلی در بیمارستان حضرت زینب(ع) گزارش شد که نشان دهنده وجود موارد تشخیص سل ژنیتال است. (۲۰)

بیمار فوق با توجه به توده لگنی، کاهش وزن، آسیت، افزایش CA125 و افزایش HE4 مراجعه کرده و قویاً برای وی بدخیمی تخمدان مطرح بوده است. هر چند که عیار آن به ندرت در موارد سل ژنیتال و درگیری تخمدان‌ها به بالای 500 U/ml می‌رسد که در مورد بیماری ما نیز زیر این حد بود. پیش از اقدام به جراحی لازم بود که بیوپسی لاپاراسکوپی و ارسال به آسیب‌شناسی انجام می‌شد که در مورد وی اقدام لاپاراسکوپی ناموفق بود. بنابراین، با توجه به نبودن شیوع بالای سل ژنیتال و تظاهر آن، گمان جراح زنان به سمت بدخیمی تخمدان و متاستاز سوق داده شده و به دنبال آن اندیکاسیون جراحی غیربایسته برای وی گذاشته شد.

روش‌های تصویربرداری به طور عمده ویژگی پائین داشته و بدخیمی تخمدان و آسسه سلی در نمای سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن و MRI با تظاهر مشابه به صورت توده‌های

منابع

1. Varma, T, Tuberculosis of the Female Genital Tract | GLOWM. ISSN: 17562228 Glob. libr. women's med. (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10034 https://www.glowm.com/section_view/
2. Botha MH, Van der Merwe FH, Female Genital Tuberculosis, SA Fam Pract 2008;50(5):12-16, www.safpj.co.za
3. Chaman-Ara K., Bahrami M A, Bahrami E. et al, Prevalence of Genital Tuberculosis among Infertile Women: A Systematic Review and Meta-analysis, International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2016, 5, 4:208-215 www.ijmrhs.com
4. Qureshi R N, Samad S, Hamid R, et al. Female Genital Tuberculosis Revisited. JPMA 2001;51:16.
5. Goel G, Khatuja R, Radhakrishnan G et al, Role of newer methods of diagnosing genital tuberculosis in infertile women, 2013, 56, 2: 155-157, <http://www.ijpmonline.org/article.asp>
6. Jai B Sharma. Current Diagnosis and Management of Female Genital Tuberculosis. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India 2015;65(6): 362-371.
7. Arpitha VJ, Savitha C, Nagarathnamma R. Diagnosis of genital tuberculosis: correlation between polymerase chain reaction positivity and laparoscopic findings. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2016;5:3425-32.
8. Madhu Nagpal, Davinder Pal. Genital Tuberculosis : Present Scenario. JK Science 2001; 3(4):174-178.
9. Indu G, Shantanu V, Charul V, Chand kishan V. To Study Association of Female Genital Tuberculosis Symptomatology with Endometrial Biopsy Tb Pcr. J Gynecol Women's Health 2016; 1(5): 555574.
10. Sabita S., Sharmila V., Arun Babu T et al. A Rare Case of Cervical Tuberculosis which Simulated Carcinoma of the Cervix, JCDR, June 2013, Vol 7, Issue 6, 1189-1190, www.jcdr.net/article_fulltext, www.ijrcog.org, www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article

11. Pantelis M., Perikles P., Dimitrios Z. et al, Extrapulmonary genital tuberculosis of the endometrium: A case report, hjog.org/.../292-extrapulmonary-genital-tuberculosis-of-the-endometrium-a-case-rep
12. B. Namavar Jahromi ME, Parsanezhad R, Ghane-Shirazi. Female genital tuberculosis and infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75(2): 69-72.
13. Venkanna Bhanothu, Jane Theophilus, Roya Rozati. Detection of Mycobacterium Tuberculosis among Infertile Patients Suspected with Female Genital Tuberculosis. *American Journal of Infectious Diseases and Microbiology* 2014; 2(2): 22-33.
14. Abdulhakim Ali Al Eryani, Ahmed Saleh Abdelrub, Abdelrahman H Al Harazi. Genital tuberculosis is common among females with tubal factor infertility: Observational study. *Alexandria Journal of Medicine* 2015; 51(4): 321-324.
15. Santosh Kumar Mondal. Histopathologic Analysis of Female Genital Tuberculosis: A Fifteen-Year Retrospective Study of 110 Cases in Eastern India. *Turkish Journal of Pathology* 2013; 29(1): 041-045.
16. Manidakis LG, Angelakis E, Sifakis S. Genital tuberculosis can present as disseminated ovarian carcinoma with ascites and raised Ca-125: a case report. *Gynecol Obstet Invest* 2001; 51(4): 277-9.
17. Piura B, Rabinovich A, Leron E, Yanai-Inbar I. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian carcinoma with ascites and elevated serum CA-125: case report and review of literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002; 23(2): 120-2.
18. Flores-Alvarez E, Tello-Brand SE, López-López F. Peritoneal tuberculosis. Report of seven cases. *Cir Cir* 2010; 78(1): 67-71.
19. Mohit-Mitra, Izadi-Narges, Khaniki-Mahmoud. A case report Pelvic mass with ascites and elevated serum CA-125 level in miliart tubercular peritonitis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2003; 13(38): 76-80. [Text in Persian]
20. Aaf Mansouri, F Tara, M Pourjavad, T Farazmand. Four cases of Genital Tuberculosis in zeinab hospital. *IRANIAN JOURNAL OF OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND INFERTILITY* 2002; 5(2): 54-57.
21. SSEN Rabesalama, KL Mandeville, RA Raheison, et al. Isolated Ovarian Tuberculosis Mimicking Ovarian Carcinoma: Case Report and Literature Review. *Afr J Infect Dis* 2011; 5(1): PMC3497843.

Report of A Genital Tuberculosis Case With the Primary Diagnosis of Malignancy

Yaghubi T(MD)¹- *Taramian S(MD)¹- Mahfoozi L (MD)¹- Pourkazemi A(MD)¹

*Corresponding Address: Department of Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email: taramian@gums.ac.ir

Received: 13/Jun/2017 Revised: 10/Dec/2017 Accepted: 27/Jan/2018

Abstract

Introduction: Genital and peritoneal tuberculosis presentation can mimic that of an ovarian tumor by its vague symptoms and non-specific clinical, laboratory and radiological findings leading to misdiagnosis .

Case Report: A woman of 43 years with a history of two previous successful pregnancies and cesarean section presented with pelvic pain, weight loss, mild ascites, and elevated CA-125 and HE4 level .

A diagnosis of highly probable ovarian carcinoma was made, and laparotomy performed with resection of both ovaries and pelvic total lymphadenectomy. Postoperative histopathological examination showed necrotizing granulomatous inflammation, highly suggestive of tuberculosis with no sign of malignancy.

Conclusion: Antituberculosis treatment was commenced, with full resolution of symptoms.

It may not be possible to rule out ovarian malignancy or confirm abdominal tuberculosis and it often does not give a definitive diagnosis without exploratory laparotomy . CA-125 can rise in both conditions, and imaging is rarely conclusive.

Early diagnosis of peritoneal/ovarian tuberculosis is vital as it can lead to infertility. As they often present with advanced pathology beyond recovery because of delayed diagnosis, antitubercular therapy may not be effective in restoration of women's fertility function.

Conflict of interest: non declared

Key words: Tuberculosis\ Female Genital

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 105, Pages: 61-65

Please cite this article as: Yaghubi T, Taramian S, Mahfoozi L, Pourkazemi A. Report of A Genital Tuberculosis Case With the Primary Diagnosis of Malignancy. J of Guilan Univ of Med Sci 2018; 27(105):61-65. [Text in Persian]