

تشخیص سل دستگاه تناسلی در خانم ۳۰ ساله با سابقه سل ریوی

چکیده:

سل دستگاه تناسلی یک بیماری نسبتاً نادر می‌باشد. ولی در کشورهای در حال توسعه مکرر دیده می‌شود. این بیماری از علل مکرر بیماری‌های عفونی لگن و ناباروری در این کشورهاست. شایع‌ترین محل درگیری سل بعد از ریه، دستگاه تناسلی است که سبب نازائی اولیه یا ثانویه می‌شود. لذا تشخیص آن اهمیت دارد و هیستروسالپنگوگرافی یکی از روش‌های اصلی در تشخیص می‌باشد. بدلیل طیف وسیع علائم این بیماری در هیستروسالپنگوگرافی، آشنایی و شناخت آنها ضروری است.

پیشگفتار:

نازایی بدلیل درگیری لوله‌ها و کاویته رحم توسط بیماری سل در کشورهای در حال توسعه نسبتاً شایع است. بدلیل علائم بالینی و رادیوگرافیک وسیع سل و تشابه آن با دیگر ضایعات تشخیص سل لگن آسان نمی‌باشد. اما بدلیل ایجاد نماهای نسبتاً اختصاصی در هیستروسالپنگوگرافی، آشنایی با این یافته‌ها در تشخیص کمک کننده می‌باشند. بطور کلی سل دستگاه تناسلی علائم کلینیکی خاصی ندارد و معمولاً بطور تصادفی در بررسی‌های علل ناباروری مورد تشخیص قرار می‌گیرد. سابقه داشتن سل یا قرار داشتن در معرض این بیماری نیز در تشخیص کمک کننده است (۱،۲)

اولین محل درگیری دستگاه تناسلی، لوله‌های فالوپ می‌باشد که تقریباً همیشه درگیری دوطرفه ولی آسمتربیک است. بدنبال درگیری لوله‌ها در ۵۰٪ موارد کاویته رحم درگیر می‌شود و علائم آن از طیف نرمال یا نامنظمی خفیف آندومتر تا اسکار وسیع و دفرمیتی و چسبندگی شدید متفاوت می‌باشد. (۳-۵)

در این گزارش یافته‌های هیستروسالپنگوگرافی سل تناسلی به تصویر کشیده می‌شود تا پزشکان محترم هرچه سریع‌تر به تشخیص دقیق این بیماری دست یابند.

گزارش مورد:



شکل ۱

خانم ۳۰ ساله با ناباروری اولیه و اولیگومنوره به پژوهشگاه رویان مراجعه کردند. پس از بررسی‌های اولیه و اخذ شرح حال از بیمار مشخص شد که ایشان ۱۲ سال قبل سابقه سل ریوی داشتند. در سونوگرافی انجام شده، آندومتر نامنظم با نقاط مختلف کلسیفیه در آندومتر مشخص شد که نشان دهنده چسبندگی نسبی در حفره رحمی می‌باشد. (شکل ۱)

پرتو دانش

فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیرا پزشکی

■ دکتر فیروزه احمدی

متخصص رادیولوژی

■ فرناز اخباری

پژوهشگاه رویان

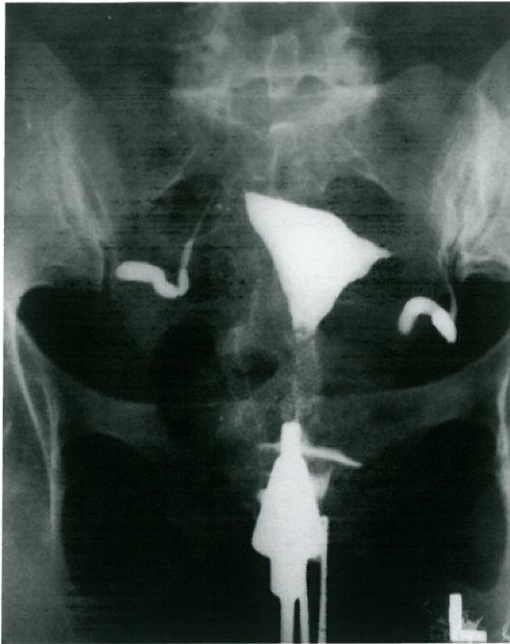
پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم

پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی

مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل

گروه تصویر برداری تولید مثل

TB در HSG می‌باشد و غالباً در محل اتصال ایسم و آمپولا اتفاق می‌افتد. (۶-۹) تنگی‌های متعدد در طول لوله فالوپ بدنبال اسکار سبب ایجاد نمای تپییک beaded در HSG می‌شود (شکل ۳). به بدنبال اسکار شدید و ایجاد بافت فیبروتیک لوله نمای رژید پیدا می‌کند. (Rigid pipe stem) (شکل ۴).



شکل ۴

در HSG علائم مختلفی از درگیری لوله و کاویته رحم دیده می‌شود که برخی اختصاصی و برخی دیگر غیر اختصاصی می‌باشد و این علائم در زیر به اختصار بیان می‌شود.

یافته‌های غیر اختصاصی توپر کلوزیس لوله‌ها عبارتند از: (شکل ۵)

Hydrosalpinx.

Hyperconvoluted Tube.

Peritubal halo.

Tubal fixity.

یافته‌های اختصاصی توپر کلوزیس لوله‌ها عبارتند از:

The beaded tube.

The golf club tube.

The cobblestone tube.

The tobacco pouch tube.

The leopard skin tube.

در بررسی بعدی با عکس رنگی از رحم (هیستروسالپینگوگرافی)، اندومتر نامنظم با نمای برگشبدری رویت شد. انسداد هر دو طرف لوله‌ها و همچنین اینتراوازیشن ماده حاجب (نشت ماده حاجب) به داخل عروق وریدی یا لنفاوی نیز رویت شد. (شکل ۲)



شکل ۲

بامد نظر قرار دادن علائم فوق، برای بیمار هیستروسکوپی درخواست شد. با توجه به نتایج سونوگرافی، عکس رنگی (HSG)، هیستروسکوپی و سابقه سل ریوی در ۱۲ سال قبل و آزمایشات خون (مایکوپلازموما مثبت) تشخیص سل دستگاه تناسلی مورد تایید قرار گرفت.

بحث:

سل دستگاه تناسلی تقریباً در بیشتر موارد (۹۰٪) از طریق خون از دیگر ارگان‌های بدن بخصوص ریه منتشر می‌شود. انسداد لوله شایع‌ترین علامت



شکل ۳

Collar-stud abscess.

در پروسه پیشرفت بیماری، با توجه به تخریب و اولسر اندومتر، ماده حاجب ممکن است به داخل وریدها یا لنف وارد شود. اینترآوازیشن وریدی و لنفاوی مشخصه خوبی برای تشخیص سل تناسلی می باشد. عفونت لوله ها به لایه سطحی اندومتر می رسد. لوله ها در ۱۰۰٪ موارد، اندومتر در ۵۰٪، تخمدان ها در ۲۰٪، سرویکس ۵٪ و واژن ۲٪ درگیر می شوند. (۶)

مشخصه های تشخیصی سل تناسلی توسط Klein و همکاران (۸) بیان شده است که در ذیل به آن می پردازیم: (شکل ۷)

- ۱- گره لنفاوی کلسیفیه یا کلسیفیکاسیون نامنظم کوچک در لوله ها
- ۲- انسداد لوله در ناحیه بین ایسم و آمپول
- ۳- چسبندگی و انسدادهای متعدد در طول لوله
- ۴- چسبندگی آندومتر یا دفرمیتی حفره رحمی با این حال که هیچ گونه کورتاژی برای ختم بارداری انجام نداده است.



شکل ۷

با وجود پیشرفت های اخیر تصویربرداری، هیستروسالپینگوگرافی همچنان به عنوان گلد استاندارد در تشخیص سل دستگاه تناسلی خانم های نابارور به کار می رود. تظاهرات هیستروسالپینگوگرافی گوناگونی در بیماری سل تناسلی دیده می شود. آگاهی از این تظاهرات، بسیار کمک کننده در ارزیابی ناباروری بیماران می باشد.



شکل ۵

یافته های غیر اختصاصی درگیری کاویتی (شکل ۶) عبارتند از:

Endometritis.

Intrauterine adhesion.

Asymmetric uterine cavity.



شکل ۶

یافته های اختصاصی درگیری کاویتی عبارتند از:

The "T-shaped" uterus.

The "pseudounicornuate" uterus.

REFERENCES:

1. Giannacopoulos KCh, Hatzidaki GE, Papanicolau NC, Relakis KJ, Kokori HG, Giannacopoulou CC. Genital tuberculosis in a HIV infected woman: a case report. Eur J ObstetGynaecolReprod Biol. 1998;80(2):227-229.
2. Ghosh K, Ghosh K, Chowdhury JR. Tuberculosis and female reproductive health. J Postgrad Med. 2011;57(4):307-31
3. Merchant SA, Bharati AH, Badhe PB. Female genital tract tuberculosis: a review of hysterosalpingographic appearances Part 2-the uterus. Journal of Women's Imaging. 2004;6(4):153-159.
4. Schwimmer M. Gynecological inflammatory diseases. In: Pollack HM, editor. Clinical urography. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990. pp. 985-986.
5. Haas DW. Mycobacterial Diseases. In: Mandel GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. pp. 2576-2607.
6. Yoder IC. Hysterosalpingography and pelvic ultrasound: imaging in infertility and gynaecology. 1st ed. Boston: Little, Brown and Company; 1988. pp. 66-69.
7. Richards MJ, Angus D. Possible sexual transmission of genitourinary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 1998;2(5):439-439
8. Klein TA, Richmond JA, Mishell DR. Pelvic tuberculosis. Obstet Gynecol. 1976; 48(1): 99-104.
9. F. Ahmadi, F. Zafarani, G.H. Shahrzad, Hysterosalpingographic Appearances of Female Genital Tract Tuberculosis: Part II: Uterus. Int J Fertil Steril. 2014; 8(1): 13-20.