گزارش مورد

تب فامیلی مدیترانه‌ای در بیماری با دو نوبت جراحی شکمی و مننژیت آسپتیک

سید غلامرضا مرتضوی مقدم[1]، سید حسن گلبوئی موسوی[2]

چکیده

تب فامیلی مدیترانه‌ای یک بیماری ارثی است که التهاب شکمی عود کننده یکی از اصلی‌ترین تظاهرات بیماری می‌باشد. التهاب شکمی اغلب از التهاب شکمی جراحی غیر قابل افتراق بوده و ممکن است منجر به اقدام جراحی به صورت غیر ضروری قبل از تشخیص تب فامیلی مدیترانه‌ای شود. درگیری مننژ پدیده‌ای بسیار نادر می‌باشد.

گزارش حاضر از آقای ۲۸ ساله‌ای است که با حملات مکرر التهاب شکمی، دو نوبت تحت عمل جراحی قرار گرفته و یک نوبت نیز تحریک‌پذیری مننژ داشت. بر اساس شرح حال بالینی، تب فامیلی مدیترانه ای تشخیص داده شد و بیمار تحت درمان با کلشی‌سین قرار گرفت. طی ۳ سال پیگیری به جز دو نوبت حملات خفیف درد شکمی، بیمار مشکل دیگری نداشت و مننژیت تکرار نشد. با توجه به پاسخ مناسب به درمان با کلشی‌سین، تشخیص قطعی تب فامیلی مدیترانه‌ای بر اساس معیارهایTel-Hashomer criteria گذاشته شده است.

گزارش حاضر سه موضوع را مطرح می‌نماید. اول این که تعدادی از بیمارانی که با التهاب شکمی مراجعه می‌نمایند، ممکن است در واقع تب فامیلی مدیترانه‌ای داشته باشند و تحت عمل جراحی غیر ضروری لاپاروتومی قرار گیرند. دوم این که با وجود درمان با کلشی‌سین ممکن است باز هم حملاتی از التهاب شکمی بروز نماید؛ گرچه شاید خفیف‌تر از حملات اولیه قبل از درمان باشد. سوم این که مننژیت آسپتیک می‌تواند به ندرت جزء تظاهرات بالینی بیماری باشد و شاید به کلشی‌سین نیز به خوبی جواب دهد.

واژه‌های کلیدی: تب فامیلی مدیترانه‌ای، مننژیت آسپتیک، التهاب شکمی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۱۹(۲): ۲۱۶-۲۲۲

دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۳/۲۳

[1] نویسنده مسؤول، دانشیار، بیمارستان ولی‌عصر (عج)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
آدرس: بیرجند- بیمارستان ولی‌عصر (عج)- بخش داخلی
تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۳۰۰۱ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۳۷۲۹۳ پست الکترونیکی: gmortazavi@yahoo.com
[2] استادیار، بیمارستان ولی‌عصر (عج)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای (FMF یا Familial mediterranean fever) سر دسته گروهی از بیماری‌های ارثی است که با حملات مکرر تب و التهاب خودبه‌خود سروزال و در نهایت آملوئیدوزیز مشخص می‌شود. بیماری به صورت اتوزومال مغلوب بوده، در ۹۰ درصد موارد تا سن ۲۰ سالگی اولین حمله بیماری مشاهده می‌شود (۱).

یکی از اصلی‌ترین تظاهر بیماری پریتونیت است که می‌تواند لوکالیزه، ژنرالیزه، خفیف و یا شدید باشد (۲). تظاهر بیماری به صورت پریتونیت ممکن است منجر به تشخیص بیمارهای حاد جراحی گردد و در نتیجه بیمار به پزشک جراح معرفی شود و تحت انواع اعمال جراحی غیر ضروری قرار گیرد. به عنوان مثال فراوانی آپاندکتومی در افراد مبتلا به تب فامیلی مدیترانه‌ای به ۴۰ درصد می‌رسد که بسیار بیشتر از افراد عادی جامعه است (۳).

دلیل فراوان‌تر بودن جراحی‌های شکمی در بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای چند دلیل عمده دارد. یکی از این دلایل مربوط به تشخیص اولیه شکم حاد جراحی در بیمارانی است که در واقع التهاب در پریتوئن غیر جراحی می‌باشد. دلیل دیگر، عوارض ناشی از التهاب مزمن ناشی از بیماری اولیه در پریتوئن و چسبندگی‌هایی در پریتوئن است که منجر به ضرورت انجام جراحی می‌شود. از علل دیگر افزایش جراحی‌ها در بیماران مبتلا به تب فامیلی مدیترانه‌ای مربوط به عوارض ناشی از اعمال جراحی قبلی است که با ایجاد چسبندگی و ایجاد علایم انسداد منجر به ضرورت یک عمل جراحی اصلاحی می‌گردد (۴).

درگیری‌های سروزال در سایر ارگان‌های بدن همچون مفاصل بزرگ، پلور و گاهی پریکارد نیز شایع می‌باشد، ولی شیوع آن‌ها کمتر است (۵). درگیری مننژ به ندرت گزارش شده است (۶) و پدیده‌ای معمول در تب فامیلی مدیترانه‌ای نمی‌باشد. بیماری بر مبنای حملات تیپیک بیماری تشخیص داده می‌شود. با توجه به اهمیت جراحی‌های غیر ضروری و نیز نادر بودن درگیری مننژ در تب فامیلی مدیترانه‌ای، سیر بیماری و علایم بالینی که می‌تواند ظن بیماری را در پزشک ایجاد کند، مورد بحث قرار خواهند گرفت.

شرح مورد

بیمار آقای ۲۸ ساله‌ای است که به دلیل درد شکمی به پزشک مراجعه نموده است. سایر علایم شامل تب، بی‌اشتهایی شدید و تهوع می‌باشد. در معاینه، شکم به صورت منتشر حساس و دردناک است و پزشک معاینه‌کننده، بیمار را بستری می‌نماید. در آزمایشات شمارش سلولی ۱۲۰۰۰ با ۸۵ درصد پلی‌مورفونوکلئر، سدیمان خون برابر ۷۰ و اوره، کراتی‌نین و قند طبیعی می‌باشد. به دلیل علایم تحریک پریتوئن، بیمار با تشخیص شکم حاد جراحی به اتاق عمل برده می‌شود. در بررسی حفره شکم مقداری ترشحات وجود داشته است که شستشو داده شده، با تشخیص آپاندیسیت، بیمار آپاندکتومی می‌گردد. یافته مثبت دیگری نیز در معاینه داخل شکم بیمار وجود نداشته است. جراحی بیمار بدون هیچ عارضه خاصی انجام و بیمار بعد از بهبودی کامل علایم مرخص می‌شود.

دو ماه بعد از جراحی اول، بیمار با تابلوی بالینی تقریباً شبیه به تابلوی بالینی قبلی، اما با شدت کمتر مجدد به پزشک مراجعه می‌نماید و در این نوبت با تشخیص عوارض ناشی از جراحی و احتمال چسبندگی و انسداد ناشی از این چسبندگی‌ها بار دیگر مورد عمل جراحی قرار می‌گیرد. لاپاروتومی مجدد انجام می‌شود و در گزارش جراح، چندین نقطه چسبندگی در روده کوچک گزارش می‌گردد که طبق گزارش جراح، چسبندگی‌ها رفع شده است و جراحی بدون عارضه خاصی به پایان می‌رسد و بعد از جراحی، بیمار بهبود می‌یابد و مرخص می‌شود. اما در فاصله کمتر از ۴ ماه مجدد به دلیل عود درد مشابه شکمی، اما با شدت کمتر به پزشک داخلی مراجعه می‌شود و در این نوبت قبل از مشاوره، جراحی بیمار با احتمال عفونت شکمی و یا احتمال تیفوئید تحت درمان با آنتی‌بیوتیک شامل مترونیدازول و سیپرو فلوکساسین قرار می‌گیرد و علایم

به سرعت بعد از ۷۲ ساعت بهبود پیدا می‌کند. آزمایشات شامل سدیمان خون ۹۵، شمارش گلبول‌های سفید ۱۵۰۰۰ با ۹۰ درصد پلی‌مورفونوکلئر، اروه و قند خون طبیعی است و سرولوژی بررسی تیفوئید نیز منفی می‌باشد.

با وجود بهبودی قابل توجه و کامل علایم بالینی پس از دو تا سه روز، درمان آنتی‌بیوتیکی به مدت دو هفته ادامه پیدا می‌کند و یک ماه بعد از بهبودی، آزمایشات کنترلی درخواست می‌شود و نشان می‌دهد که سدیمان خون به ۲۵ رسیده است و شمارش گلبول‌های سفید ۸۰۰۰ می‌باشد و بیمار بدون هیچ مشکل خاص دیگری بوده است و بنابراین دارویی برای ادامه درمان بیمار تجویز نمی‌شود.

بعد از حدود ۶ ماه، بیمار مجدد دچار ناخوشی عمومی به صورت حاد، درد شکمی و همچنین درد ناحیه پس‌سری و علایم تحریک مننژ می‌شود. در این مرحله با توجه به سوابق بیمار احتمال تب فامیلی مدیترانه‌ای بر اساس معیارهای Tel-Hashomer criteria مطرح می‌گردد. ولی در عین حال بیمار بستری و تحت نظر قرار می‌گیرد تا سیر بیماری بیشتر کنترل شود؛ اگرچه مننژیت آسپتیک ناشی از التهاب تب فامیلی مدیترانه‌ای برای بیمار مطرح می‌شود و برای بیمار هیدروکورتیزون ۱۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت شروع می‌شود، ولی برای احتیاط، داروی آنتی‌بیوتیک سفتریاکسون نیز برای بیمار با دوز ۲ گرم هر ۱۲ ساعت شروع می‌گردد؛ اما علایم با سرعت بیشتری از آن چه در مورد مننژیت باکتریال و یا سایر بیماری‌های مننژ انتظار می‌رود، بهبود پیدا می‌کند و بیمار بعد از ۲۴ ساعت بدون علامت می‌شود. از این جهت آنتی‌بیوتیک و هیدروکورتیزون قطع و روز بعد بیمار با تشخیص تب فامیلی مدیترانه‌ای مرخص می‌شود و تحت درمان با کلشی‌سین قرار می‌گیرد و سدیمان افزایش یافته خون که در زمان بستری به ۹۰ رسیده بود، به تدریج افت می‌کند و علایم بیماری کنترل می‌گردد.

از آن زمان به بعد در طی ۳ سال پیگیری بیمار، علایم بیماری تقریباً کنترل شده می‌باشد، به جز این که در سال اول درمان، دو حمله مختصر درد شکمی و ناخوشی عمومی داشته است. اما هیچ حمله‌ای از درگیری مجدد مننژ نداشته است و طی ۲ سال گذشته که بیمار دارو را منظم مصرف می‌کند، هیچ گونه عود از علایم بالینی شامل پریتونیت و مننژیت دیده نشده است. بیمار به صورت مداوم تحت درمان با کلشی‌سین به میزان ۰/۵ میلی گرم در روز قرار دارد و بدون علامت از نظر بالینی می‌باشد و سدیمان خون نیز طبیعی است. پاسخ مناسب حملات بیماری به کلشی‌سین، تشخیص قطعی را بر اساس معیارهای Tel-Hashomer criteria تأیید می‌کند.

بحث

اولین نکته مورد بحث، تشخیص بالینی تب فامیلی مدیترانه‌ای است که بر اساس معیارهای Tel-Hashomer برای بیمار مطرح می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱- شاخص‌های Tel-Hashomer

Major
1. Recurrent episodes of fever accompanied by peritonitis, synovitis or pleuritis
2. AA type amyloidosis without a predisposing disease
3. Improvement with colchicine treatment
Minor
1. Recurrent episodes of fever
2. Erysipelas-like erythema
3. FMF history in 1st degree relatives

†Diagnosis: 2 major or 1 major and 2 minor criteria.

بر اساس این معیار، وجود دو علامت ماژور شامل حملات مکرر تب و درد شکم و یا التهاب سروز مثل آرتریت و یا پلوریت و پاسخ مناسب آن به کلشی‌سین برای تأیید بالینی بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای کافی است. وجود دو معیار ماژور و یک معیار مینور تشخیص قطعی و وجود یک معیار ماژور و یک معیار مینور تشخیص احتمالی را مطرح می‌کند. در بیمار معرفی شده با توجه به دو معیار ماژور تشخیص قطعی این بیماری داده می‌شود (۷).

نکته دوم در گزارش فعلی بروز حمله شکم حاد و حداقل دو نوبت جراحی می‌باشد که در نوبت اول جراح پس از باز کردن شکم، بیمار را آپاندکتومی کرده است. جراحی دوم به فاصله کوتاهی از جراحی اول صورت گرفته و با تشخیص باندهای ایجاد کننده چسبندگی و ایجاد انسداد عمل جراحی انجام شده است. آن چه که در گزارش‌ها ارائه شده است، نشان می‌دهد که ۹۰ درصد بیماران مبتلا به تب فامیلی مدیترانه‌ای دچار حملات مکرر تب و درد حاد شکمی می‌شوند که حدود ۵۰ درصد این افراد تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۸).

در مطالعه‌ای در ترکیه، گزارش شده است که حدود ۲ درصد افرادی که با درد حاد شکمی در اورژانس پذیرفته می‌شوند، می‌تواند ناشی از تب فامیلی مدیترانه‌ای باشد (۸). همچنین در ترکیه تأخیر بین اولین حمله حاد شکمی و تشخیص FMF ۶/۹ سال بوده است (۹). در مطالعه‌ای هم که در اردبیل انجام شده است، در ۹۵ درصد افراد تب و درد حاد شکمی تابلوی بالینی اصلی در بیمار مبتلا به FMF بوده است (۷).

با توجه به این گزارش‌ها تأکید بر این نکته ضرورت دارد که افتراق بین شکم حاد جراحی و شکم حاد غیر جراحی از یکدیگر حداقل در بخشی از بیماران که با تشخیص شکم حاد پذیرش می‌شوند، اهمیت زیادی دارد؛ هر چند در بیماران مبتلا به FMF هم ممکن است شکم حاد جراحی بروز کند و حتی به دلیل حملات مکرر پریتونیت های التهابی، چسبندگی‌های خودبه‌خود در پریتوئن و انسداد روده به وجود آید و منجر به بروز یک شکم حاد جراحی با انسداد روده شود.

فراوانی انسداد ناشی از التهاب مزمن و چسبنگی در پریتوئن برای بیماران مبتلا به FMF، به صورت خودبه‌خود و بدون سابقه جراحی در گزارش‌ها به۲/۱ درصد می‌رسد. به علاوه، چنین عارضه‌ای در بیماران مبتلا به FMF که تحت عمل جراحی قبلی قرار گرفته باشند، بیش از افرادی است که بدون سابقه FMF تحت عمل جراحی قرار گرفته باشند (۴). بنابراین افتراق بین یک شکم حاد جراحی با یک پریتونیت غیر جراحی در بیماران مبتلا به تب فامیلی مدیترانه‌ای مشکل می‌باشد و ممکن است به دلیل شباهت یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی گاهی غیر ممکن باشد (۱۰).

آپاندیسیت بیشترین تشخیص احتمالی در شکم‌های حاد بیماران FMF می‌باشد و حدود ۷۰ درصد افرادی مبتلا به FMF در مرحله‌ای از زندگی با تشخیص اولیه آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۱۱)؛ هر چند حملات پریتونیت ناشی از FMF بعد از ۴۸ ساعت فروکش می‌نمایند، ولی گاهی علایم به حدی ممکن است شدید و گمراه کننده باشد که جای صبر کردن نباشد. از این‌رو، بعضی از صاحب‌نظران اعتقاد دارند که قبل از تصمیم برای آپاندکتومی از سی‌تی اسکن با کنتراست قبل از عمل جراحی برای بیماران مشکوک به آپاندیسیت استفاده شود (۱۲). Kisacik و همکاران پیشنهاد می‌کنند که اندازه‌گیری سطح کلسی‌تونین در تشخیص یک شکم حاد جراحی از پریتونیت ناشی از FMF کمک کننده خواهد بود (۱۳).

با توجه به این که پریتونیت پدیده‌ای به نسبت شایع در مراجعات به اورژانس می‌باشد و شکم حاد جراحی نیز به دلیل حیاتی بودن در درجه اول تشخیص مطرح می‌گردد، ولی باید تشخیص التهاب‌های غیر باکتریال در سروز و شکم حاد غیر جراحی همیشه در تشخیص افتراقی یک بیمار با سروزیت و شکم حاد مد نظر باشد.

FMF از بیماری‌هایی است که می‌تواند تظاهراتی گول

زننده از این جهت داشته باشد. در مواردی که به خصوص بیمار دچار حملات مکرر تب و التهاب سروزال و یا شکم حاد می‌شود، باید بیماری FMF را در تشخیص افتراقی مطرح کرد. استفاده از روش‌های تصویربرداری (سونوگرافی و یا سی‌تی اسکن) (۱۲) و استفاده از پروتئین‌های فاز حاد می‌تواند تا حدودی به افتراق بیماری‌های جراحی و غیر جراحی کمک نموده، از جراحی‌های غیر ضروری بکاهد (۱۳).

حملات پریتونیت در بیمار معرفی شده بعد از درمان با کلشی‌سین به خوبی کنترل گردید و به جز دو مورد حمله خفیف از درد شکمی در سال اول درمان، حمله مجدد پریتونیت بروز نکرده است. بعضی از نویسندگان عقیده دارند که کلشی‌سین نمی‌تواند به طور کامل جلوی حملات درد شکمی را بگیرد. بنابراین حتی بیمارانی که تحت درمان با کلشی‌سین هستند، نیز ممکن است در معرض خطر عمل‌های جراحی غیر ضروری قرار گیرند (۱۴).

نکته سوم بروز علایم تحریک مننژ در آخرین مراجعه بیمار معرفی شده قبل از تشخیص قطعی بیماری بود. علایم تحریک مننژ در بیمار مورد نظر به حساب مننژیت آسپتیک در جریان بیماری FMF گذاشته شد. مننژیت آسپتیک در جریان FMF پدیده‌ای بسیار نادر است (۶). تأیید تشخیص مننژیت آسپتیک احتیاج به انجام آزمایش روی مایع نخاع دارد، ولی در بیمار حاضر این کار انجام نشد.

دلیل عدم انجام این کار به خاطر تشخیص احتمالی FMF بود که بیمار تحت نظر گرفته شد و بعد از ۲۴ ساعت علایم به سرعت کاهش یافت و از شدت تحریک مننژ کاسته شد. از این‌رو، به انجام آزمایش روی مایع نخاع احتیاج نبود و بیمار بعد از ۴۸ ساعت ترخیص شد و تحت درمان با کلشی‌سین قرار گرفت. از آن زمان به بعد علایم مجدد عود نداشته است که نشان می‌دهد، التهاب مننژ در جریان FMF به کلشی‌سین جواب می‌دهد؛ گرچه بیماری FMF یک بیماری مولتی‌سیستمیک بوده است و درگیری سروزال در ارگان‌های مختلف شامل شکم، پلور، مفاصل و گاهی پریکارد مشاهده می‌شود، ولی درگیری Central nervous system (CNS) در جریان FMF نادر است و پدیده‌ای معمول نمی‌باشد. درگیری‌های CNS که در جریان FMF گزارش می‌شود شامل مننژیت آسپتیک، پسودوتومور سربری و یافته‌های غیر اختصاصی الکتروانسفالوگرافی در جریان حملات بیماری می‌باشد و مواردی از هم‌زمان بودن مولتیپل اسکلروز و FMF نیز گزارش شده است (۱۵).

مننژیت آسپتیک در جریان FMF شبیه مننژیت آسپتیک نوع Mollaret's meningitis می‌باشد و بیمار دچار حملات مکرر مننژیت می‌شود، با این تفاوت که طول دوره حملات در مننژیت آسپتیک نوع Mollaret's meningitis طولانی‌تر بوده است؛ در حالی که در FMF در مدت زمانی کمتر از ۲۴ ساعت ممکن است فروکش نماید.

تفاوت دیگر این است که Mollaret's meningitis با کلشی‌سین پیش‌گیری نمی‌شود (۱۶)، در حالی که کلشی‌سین در پیش‌گیری از حملات مکرر مننژیت آسپتیک ناشی از FMF مؤثر است.

Mollaret's meningitis نوعی مننژیت آسپتیک می‌باشد که به تازگی علت آن را ناشی از هرپس سیمپلکس نوع ۲ می‌دانند که باعث حملات مکرر مننژیت آسپتیک می‌شود (۱۷). درمان Mollaret's meningitis با آسیکلوویر است.

نکته‌ای که در این جا تأکید بر آن ضرورت دارد، بروز مننژیت آسپتیک در زمانی است که بیمار چندین نوبت سابقه حملات پریتونیت را داشته و در زمان بروز مننژیت نیز درگیری پریتوئن هم‌زمان وجود داشته است. این موضوع می‌تواند به تشخیص به موقع مننژیت آسپتیک ناشی از FMF وافتراق آن از Mollaret's meningitis کمک کند (۱۸).

نتیجه‌گیری

التهاب سروزال در هر قسمتی از بدن به خصوص اگر با تب و به صورت حاد شروع شود، گرچه مسایل عفونی و جراحی اهمیت خاصی را دارا می‌باشند، باید ظن به بیماری‌های غیر

عفونی و غیر جراحی از جمله FMF نیز مد نظر قرار گیرد. به علاوه، هر چند مواردی همچون مننژیت آسپتیک مربوط به FMF بسیار نادر است، ولی توجه به این تشخیص می‌تواند از اقدامات غیر ضروری پیش‌گیری نماید؛ در حالی که مننژیت آسپتیک ناشی از FMF به کلشی‌سین به خوبی جواب می‌دهد و پاسخ حملات پریتونیت قطعیت کمتری دارد.

منابع:

1- Kastner DL. Familial Mediterranean fever and other hereditary recurrent fever. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison´s Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: Mac Graw Hill; 2012. pp: 2814-7.

2- Ben-Chetrit E, Levy M. Familial Mediterranean fever. Lancet. 1998; 351(9103): 659-64.

3- Lidar M, Doron A, Kedem R, Yosepovich A, Langevitz P, Livneh A. Appendectomy in familial Mediterranean fever: clinical, genetic and pathological findings. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26(4): 568-73.

4- Berkun Y, Ben-Chetrit E, Klar A, Ben-Chetrit E. Peritoneal adhesions and intestinal obstructions in patients with familial Mediterranean fever--are they more frequent? Semin Arth Rheum. 2007; 36(5): 316-21.

5- Shohat M, Halpern GJ. Familial Mediterranean fever-a review. Genet Med. 2011; 13(6): 487-98.

6- Karachaliou I, Karachalios G, Charalabopoulos A, Charalabopoulos K. Meningitis associated with familial Mediterranean fever. Int J Clin Pract Suppl. 2005; 147: 60-1.

7- Salehzadeh F, Emami D, Zolfegari AA, Yazdanbod A, Habibzadeh S, Bashardost B, et al. Familial Mediterranean fever in northwest of Iran (Ardabil): the first global report from Iran. Turk J Pediatr. 2008; 50(1): 40-4.

8- Masatlioglu S, Dulundu E, Gogus F, Hatemi G, Ozdogan H. The frequency of familial Mediterranean fever in an emergency unit. Clin Exp Rheumatol. 2011; 29(4 Suppl 67): S44-6.

9- Tunca M, Akar S, Onen F, Ozdogan H, Kasapcopur O, Yalcinkaya F, et al. Turkish FMF Study Group. Familial Mediterranean fever (FMF) in Turkey: Results of a nationwide multicenter study. Medicine (Baltimore). 2005; 84(1): 1-11.

10- Radisic M, Santamarina J, Froment R. Sustained, progressive, nonresolving abdominal pain: a previously undescribed clinical presentation of familial Mediterranean fever. Clin Rheumatol. 2006; 25(6): 914-6.

11- Reissman P, Durst AL, Rivkind A, Szold A, Ben-Chetrit E. Elective laparoscopic appendectomy in patients with familial Mediterranean fever. World J Surg. 1994; 18(1): 139-41.

12- Atabek C, Temiz A, Çaliskan B, Battal B, Deliaga H, Surer I, et al. How to distinguish: appendicitis or acute abdominal attack of FMF? Gulhane Med J. 2007; 49(1): 58-60.

13- Kisacik B, Kalyoncu U, Erol MF, Karadag O, Yildiz M, Akdogan A, et al. Accurate diagnosis of acute abdomen in FMF and acute appendicitis patients: how can we use procalcitonin? Clin Rheumatol. 2007; 26(12): 2059-62.

14- Kaşifoğlu T, Cansu DU, Korkmaz C. Frequency of abdominal surgery in patients with familial Mediterranean fever. Intern Med. 2009; 48(7): 523-6.

15- Sayin R, Alpayci M, Soyoral YU. A case with multiple sclerosis and familial Mediterranean fever. Genet Couns. 2011; 22(3): 309-12.

16- Stamm AM, Livingston WK, Cobbs CG, Dismukes WE. Failure of Colchicine in the treatment of Mollaret's Meningitis. Arch Intern Med. 1984; 144(11): 2265-6.

17- Farazmand P, Woolley PD, Kinghorn GR. Mollaret's meningitis and herpes simplex virus type 2 infections. Int J STD AIDS. 2011; 22(6): 306-7.

18- Collard M, Sellal F, Hirsch E, Mutschler V, Marescaux C. Recurrent aseptic meningitis in periodic disease or Mollaret's meningitis. Rev Neurol (Paris). 1991; 147(5): 403-5.

Abstract *Case Report*

Familial Mediterranean fever in a patient with two surgical procedures of abdomen and aseptic meningitis

Seyyed Gholam Reza Mortazavimoghaddam[1], Seyyed Hassan Golbuee Mosavi[2]

Familial Mediterranean Fever (FMF) is a hereditary disease. Recurrent peritonitis is one of the chief manifestations of FMF. Peritonitis attacks are often indistinguishable from those of abdominal surgery and may lead to one or more surgical procedures before diagnosis of FMF. Meningitis in patients with FMF is rare.

The present report is on a 28-year-old man with recurrent attacks of peritonitis who had 2 abdominal surgeries and one attack of meningitis. Clinical diagnosis of FMF based on clinical history was made. After colchicine therapy, during 3 years follow up, just two mild attacks of abdominal pain but no further recurrence of meningitis was observed. Therefore, definite diagnosis of FMF was made according to Tel-Hashomer criteria.

Based on the present case study, we propose threepoints.The first is that each abdominal attack of FMF patients may lead to an unnecessary laparotomy prior to diagnosis of FMF. The second is that FMF patients can present with mild abdominal pain while they are receiving colchicine, and the third is that meningitis should be considered as an unusual manifestation of FMF with excellent response to colchicine therapy.

Key Words: FMF, Aseptic meningitis, Peritonitis

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 19(2): 216-222

Received: March 13, 2012 ***Accepted: June 12, 2012***

[1] *Corresponding Author, associate professor, Vali-e-Asre Hospital, Medicine College, Birjan University of Medical sciences, Birjan, Iran gmortazavi@yahoo.com*
[2] *Assistant professor, Vali-e-Asr Hospital, Medicine College, Birjand University of Medical sciences, Birjand, Iran*