

تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به سل خارج ریوی بستری

در بیمارستان لقمان حکیم
دکتر زهره امین زاده*، دکتر حمیده اخیانی*

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و طب گرمسیری
تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۷/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۳/۸

چکیده

زمینه و هدف: حدود یک سوم موارد بیماری سل را، سل خارج ریوی تشکیل می‌دهد. بیشترین محل‌های درگیری شامل عقده‌های لنفاوی، پلور، دستگاه ادراری تناسلی، استخوان‌ها و مفاصل، مننژها و صفاق می‌باشند. هدف مطالعه بررسی تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به سل خارج ریوی بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی که به روش مصاحبه و مشاهده اجرا شد، 81 بیماری که با تشخیص آسیب شناختی سل خارج ریوی در بیمارستان لقمان حکیم تهران بین سال‌های 1375 تا 80 بستری شدند مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌ها: از 81 بیمار، 39 نفر (48%) مرد و 42 (52%) زن بودند. میانگین سنی $35 \pm 19/4$ سال بود که میانگین سنی مردان $37/5 \pm 21/2$ سال و میانگین سنی زنان $31/1 \pm 16/83$ سال بود. از این بیماران، 67 نفر (82/8%) ایرانی و 14 نفر (17/2%) افغانی بودند. در این بررسی، 29 مورد (35/8%) سل گره‌های لنفاوی، 14 مورد (17/2%) پریتونیت سلی، 12 نفر (14/8%) سل استخوانی، 6 مورد (7/4%) سل کبدی، 5 بیمار (6/1%) سل پلور، 4 نفر (4/9%) سل پوستی، 4 مورد (4/9%) سل سینوویال، 2 مورد (2/46%) سل امنتوم، یک مورد (1/2%) سل پاروتید، یک مورد (1/2%) سل دیواره قفسه سینه، یک مورد (1/2%) سل سخت شامه، یک مورد (1/2%) سل تخمدان و یک مورد (1/2%) سل رحم داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به طولانی بودن مدت بیماری قبل از بستری شدن بیماران و تشخیص‌های اولیه متنوعی که برای انواع درگیری‌های سل خارج ریوی در زمان بستری بیماران مطرح شده بود، بایستی بیماری سل را به عنوان یک مقلد بزرگ انواع بیماری‌ها در تشخیص افتراقی مد نظر داشت. (مجله طبیب شرق، ۱۳۸۳، ۱۳(۱)، ۱۳-۱۷)

مقدمه

م‌ایکوباکتریوم توبرکلوزیس معمولاً ریه‌ها را درگیر می‌کند، هر چند که در یک سوم موارد، اعضای دیگر نیز درگیر می‌شوند. بیشترین محل‌هایی که در سل خارج ریوی گرفتار می‌شوند، عبارت از عقده‌های لنفاوی، پلور، دستگاه ادراری تناسلی، استخوان‌ها و مفاصل، مننژها و پریتون (1) می‌باشند.

اگر این بیماری، به طور مناسبی درمان شود، تقریباً تمام سل‌هایی که توسط سوش‌های حساس به دارو ایجاد می‌شوند، بهبود

می‌یابند. اگر این بیماری درمان نشود، در عرض 5 سال بیش از نیمی از مبتلایان، جان خود را از دست می‌دهند. (1)
مایکوباکتریوم توبرکلوزیس، یک سوم جمعیت جهان را درگیر کرده و موجب مرگ و میر سالانه حدود 3 میلیون بیمار می‌گردد. بنابراین مهمترین عامل عفونی مرگ می‌باشد. (2) بیشترین شیوع بیماری سل در کشورهای جهان سوم از جمله ایران می‌باشد. با توجه به اهمیت این بیماری در ایران، نیاز به بررسی‌های بیشتر در این مورد،

و 42 نفر (52%) زن بودند. میانگین سنی آنها $19/4 \pm$ 35 سال، میانگین سنی مردان $21/2 \pm$ 37/5 و میانگین سنی زنان $16/83 \pm$ 31/1 سال بود. توزیع سنی بیماران مورد مطالعه، در جدول شماره يك نمایش داده شده است (جدول 1).

67 نفر (82/8%) ایرانی و 14 نفر (17/2%) افغانی بودند. در این مطالعه 29 مورد لنفادنیت سلی شایع ترین تظاهر سل خارج ریوی بود. 14 مورد (17/2%) پريتونیت سلی، 12 نفر (14/8%) سل استخوانی، 6 مورد (7/4%) سل کبدی، 5 بیمار (6/1%) سل پلور داشتند. مشخصات اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی و میانگین زمان شروع بیماری قبل از بستری در جدول 2 نمایش داده شده است. جدول 1. توزیع سنی بیماران مبتلا به سل خارج ریوی در بیمارستان لقمان حکیم

سن (سال)	فراوانی
0-10	4
11-20	18
21-30	22
31-40	6
41-50	13
51-60	9
61-70	4
71-80	3
81-90	2
جمع	81

در 29 مورد بیمار با تشخیص سل غده لنفاوی، 9 مورد (3%) گره های لنفاوی شکمی، 3 مورد (10%) زیر بغلی، 22 مورد (76%) گردنی، 2 مورد (7%) گره های کشاله رانی و 9 مورد (3%) گره های ناف ریه درگیر بود. يك مورد (3/5%) فیستول و ترشح داشت که اسمیر و کشت ترشحات آن منفي بود. در 12 بیمار با تشخیص سل استخوانی، میانگین ESR در این بیماران، 47/6 میلی متر بود.

بیش از پیش روشن می گردد که با توجه به تنوع بیماران بستری در بیمارستان لقمان حکیم تهران، مطالعه فوق در این مرکز صورت گرفت. در تشخیص این بیماری، اقدامات تشخیصی مختلفی مانند اسمیر، کشت و... بکار می رود اما یکی از بهترین و قطعی ترین روش های بررسی، انجام بیوپسی و آزمایش بافتی می باشد. (1) در سیر بیماری سل، علایم متنوعی بروز می کند که تشخیص این بیماری و حتی شک به آن را از روی علائم، مشکل می سازد که از این رو "بیماری هزار چهره" نیز به آن گفته می شود. (3)

ولی از آنجا که مرحله اول تشخیص هر بیماری، بررسی نشانه های آن می باشد، این مطالعه، بروز علائم و نشانه های بالینی را در بیماران مبتلا به سل خارج ریوی با تشخیص پاتولوژی سل، مورد بررسی قرار داد.

روش کار
روش مطالعه توصیفی و به صورت گذشته نگر و بر اساس مطالعه سوابق بیمارستانی بود. با مراجعه به دفتر ثبت نتایج آسیب شناسی، کلیه بیمارانی که با تشخیص سل خارج ریوی بر اساس آسیب شناسی بافتی در سال های 1375 تا 80 در بیمارستان لقمان حکیم تهران بستری بودند وارد مطالعه شدند.

برای کلیه بیماران فوق فرم اطلاعاتی شامل سن، جنس، تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، ملیت، مدت زمان شروع بیماری قبل از بستری، سابقه سل، علایم بالینی تکمیل گردید. سپس تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمارهای توصیفی و نرم افزار Excel انجام گرفت.

یافته ها
از 81 مورد بیمار با تشخیص سل خارج ریوی، 39 نفر (48%) مرد

10 درصد بیماران با تشخیص اولیه تومور متاستاتیک، 10 درصد استئومیلیت، 10 درصد تومور استخوان و 60 درصد بیماران با تشخیص اولیه سل بستری شدند. یک مورد (1/2%) سل پاروتید، یک

مورد (1/2%) سل دیواره قفسه سینه، یک مورد (1/2%) سل سخت شامه، یک مورد (1/2%) سل تخمدان و یک مورد (1/2%) سل رحم داشتند.

جدول 2. مشخصات اپیدمیولوژیک و تظاهرات بالینی و میانگین زمان شروع بیماری قبل از بستری بیماران مبتلا به سل خارج ریوی بیمارستان لقمان حکیم - تهران

سن (سال)	جنس مذکر	جنس مونث	ملی	ت	تب	تعریق	کاهش وزن	میانگین مدت بیماری قبل بستری (ماه)	سابقه سل	تشخیص اولیه
59±43/7 43/	83±17/59 30/	57±42/17 23/	21±20/47 22/	53±29	30±12/3	32/5±17	±0/17 20			
13	4	10	2	5	3	2	0			
16	10	2	4	0	1	2	2			
3	5	2	1	1	2	0	0			
27	9	10	5	4	2	4	2			
9	8	4	6	4	1	0	1			
9	7	5	4	3	1	0	2			
12	9	2	5	4	1	0	1			
32±32/7 50/	9±5/14	9±8/8	/17±0/52 1	±0/65 0/9	±10/63 17	3±28/25 37/	9±4/24			
0	0	3	1	0	1	0	0			
%4 آبسه، %4 آدنوئید ' %4 آپاند یسیت، %8 لنف آدنوپات ی، %4 عفونت ریوی، %64 توده، %4 نوروپ اتی، %8 سل	%8/33 کم‌خونی، %33/33 بدخیمی، %8/33 بیماری کبدی، %8/33 توده شکمی، %8/33 عفونت ادراری، %16/67 سل، %8/33 پریتونیت	%10 تومور متاستاتی ک، %20 استئومیل یت، %10 تومور استخوانی ' %60 سل	%20 F.U.O، %20 سل، %20 کله‌سیستی ت، %20 فیبروکیس تیک، %20 لوپوس،	-	%66/67 زخم، %33/33 آبسه	%33/3 توده، %66/6 کیست سینوویا ل	%50 سل، %50 کیست پارا اوارین			

در این مطالعه 58/33 درصد بیماران مبتلا به سل استخوانی مرد بودند که با مطالعه Alothman مشابه است. (4) 83/33 درصد بیماران مبتلا به سل استخوانی، ESR بالا داشتند که با برخی مطالعات همخوانی دارد. (4 و 5) سابقه سل در 22 درصد وجود داشت که به

بحث در مطالعه حاضر نسبت جنس در بیماران مبتلا به سل خارج ریوی یکسان بوده ولی این نسبت در مبتلایان به سل کبدی و سل پوستی در مردان بیش از زنان و در مبتلایان به پریتونیت سلی در زنان بیش از مردان بود.

تشخيص كمك مي كرد . در 20 درصد

بیماران مبتلا به سل استخواني، ابتدا تشخيص تومور (اوليه يا متاستاتيك) مطرح شد كه با پاتولوژي ، تشخيص سل استخواني تا ئيد گرديد . هيچ يك از بیماران مبتلا به سل استخواني در اين مطالعه، سل ارزني نداشتند كه نشان دهنده فعاليت كانون هـاي قبل يـ استخواني در بیماران فوق مي باشد. در اين مطالعه، پريتونيت سلي در زنان بيش از مردان مشاهده گرديد ، همچنين تب و تعريق در نيمي از بیماران مشاهده شده كه با مطالعه Manohar مشابه است. (6) 90 درصد بیماران مبتلا به پريتونيت سلي در مطالعه حاضر، آسيت داشتند كه با برخي مطالعات مغايرت دارد (7) و جستجوي مايكوباكتريوم در مایع آسيت ، همانند اين مطالعه كمك كننده نبوده است . متوسط زمان شروع بيماري مبتلايان به پريتونيت سلي 9/05 ± 5/14 سال بوده كه طولاني تر از مطالعه Manohar (1/5 ماه) مي باشد. (6) با توجه به اينكه 33 درصد بیماران مبتلا به پريتونيت سلي مطالعه حاضر، با تشخيص بدخيمي و حدود 35 درصد بیماران با تشخيص هاي متنوعي نظير آنمي، بيماري كبدي، عفونت ادراري و توده شكمي بستري شده بودند، تاخير در تشخيص نهايي پريتونيت سلي، قابل توجهه مي باشد. در بیماران مبتلا به لنفادنيت سلي، نسبت جنس زن به مرد 1/5 به يك بوده كه در مقايسه با نسبت شيوع جنس در برخي مطالعات كمتر است. (8-10) 89/66 درصد بیماران فوق، ايراني و 10/34 درصد افغاني بودند كه تقريباً با مطالعه انجام شده در تهران

مشابه مي باشد. (8) بيشترين مح ل درگيري غدد لنفاوي، در 75/9 درصد موارد ناحيه گردن، 10/35 درصد بیماران در ناحيه زير بغل و در 6/7 درصد در ناحيه كشاله ران بود كه با نتايج مطالعه تهران مشابه است ولي تعداد موارد فيستول و ترشح در بیماران اين مطالعه كمتر است. (8) توجه به اين نكته مهم است كه متوسط مدت زمان ابتلاء به بيماري قبل از بستري در بیمارستان ، در مطالعه حاضر 5/23 ± 32/7 ماه بوده ولي در مطالعه تهران (8)، اين زمان از يك ماه تا 30 سال متغير بوده است.

يكي از مشكلات ي كه مي تواند بر اين مطالعه وارد گردد اين است كه در اين بررسي تنها موارد ي كه داراي مدرك پاتولوژيك براي تشخيص بودند، وارد مطالعه شده اند، لذا اين مطالعه نمي تواند در برگيرنده موارد ي كه به هر دليل تنها بر اساس شواهد ي غير از بررسي پاتولوژيك (مثل شواهد باليني و راد يولوژيك و غيره) تشخيص داده شده و تحت مداوا قرار گرفته اند باشد.

با توجه به طولاني بودن مدت زمان شروع بيماري قبل از بستري شدن بیماران در بیمارستان و تشخيص هاي اوليه متنوعي كه براي انواع درگيري هاي سل خارج ريوي در زمان بستري بیماران، مطرح شده و اين مشكل كه اكثر اقدامات تشخيصي جهت تا ئيد تشخيص نهايي، به نهايي كافي نبوده و تشخيص قطعي سل خارج ريوي، نيازمند بررسي پاتولوژي ارگان هاي درگير مي باشد، بايستي حتما بيماري سل را به عنوان يك بيماري با تظاهرات باليني متنوع در تشخيص هاي افتراقي ، مدنظر داشت. سپاسگزاري

کمک های صمیمانه ت شکر و قدردانی
می‌گردد.

از بخش پاتولوژی و بایگانی
بیمارستان لقمان حکیم به خاطر

References

منابع

1. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principle of Internal Medicine. USA: Mc Grow-Hill; 2001.PP.1027-35.
2. Ramzi S, Cotran, Vinay K, Collins T. Robbins Pathologic Basis of Disease. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999 .PP. 349- 52.
3. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease. USA: Ghurchill Livingstone; 2000. PP. 2601- 4.
4. Alothman A, Memish ZA, Wada A, et al. Tuberculosis spondylitis: analysis of 69 cases from Saudi Arabia. Spine 2001; 26: 565-70.
5. Tsai MS, Liu JW, Chen WS, de Villa VH. Tuberculous wrist in the era of effective chemotherapy: an eleven – year experience. Int J Tuberc Lung Dis 2003; 7: 690-4.
6. Manohar A, Simjee AE, Haffejee AA, Pettengell KE. Symptoms and investigative finding in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. Gut 1990; 31:1130- 2.
7. Chavalittamrong B, Talalak P. Tuberculous peritonitis in children. Prog Pediatr Surg 1982; 15: 161-7.
8. طهماسبی مریم . بررسی موارد لنفادنوپاتی سلی در بیمارستان لقمان حکیم تهران طی سال‌های 1370 تا 75 . پایان نامه شماره 6816.
9. Lee KC, Tami TA, et al. Contemporary management of cervical tuberculosis. Laryngoscope 1992; 73: 362-7.
10. Jones PG, Campbell PE. Tuberculous Lymphadenitis in childhood, the significance of anonymous mycobacteria. Br J Surg 1962; 50: 302-14.

Clinical manifestations of extra pulmonary tuberculosis in Loghman-Hakim hospital

Aminzadeh Z., MD*; Akhyani H., MD*

Background: About one- third of patients of tuberculosis have extra pulmonary involvement. In previous studies the most frequent sites of involvement have been reported lymph nodes, pleura, urogenital tract, skeletal system, meninges and peritoneum, respectively.

Methods and Materials: A descriptive study was performed on 81 patients with pathology report of extra pulmonary tuberculosis, admitted to Loghman- Hakim hospital, from 1375 to 1380. 48 % (30) were male.

Results: The mean age was 35 ± 19.4 years. The mean age of male patients was 37.5 ± 21.2 years and that of female patients was 31.1 ± 16.83 years. 82.8% (67) were Iranian and 17.2 % (14) were Afghan. In this study; 29 cases (35.8%) had tuberculosis lymphadenitis, 14 cases (17.2%) had tuberculous peritonitis, 12 cases (14.8%) had Skeletal tuberculosis, 6 cases (7.4%) had hepatic tuberculosis, 5 cases (6.1%) had Pleural tuberculosis, 4 cases (4.9%) had cutaneous tuberculosis, 4 cases (4.9%) had tuberculosis synovitis, 2 cases (2.46%) Omentum tuberculosis, one case (1.2%) had tuberculosis parotitis, one case (1.2%) had chest wall tuberculosis, one case (1.2%) tuberculosis meningitis, one case (1.2%) had ovary tuberculosis, and one case (1.2%) had uterus tuberculosis.

Conclusions: Considering the long course of the illness before admission and because of different primary diagnoses made on patients with extra pulmonary tuberculosis, this disease must be considered in differential diagnosis of every patient.

KEY WORDS: Extra-pulmonary tuberculosis, Diagnosis

* Research Center of Tropical and Infectious Disease, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and health services, Tehran, Iran.