Archive of SID

● مقالات تحقیقی (٤)

# سل خارج ریوی و بررسی ۱۴۶ مورد

سل خارج ریوی ممکن است همزمان با سل ریوی یا سالها بعد از عفونت اولیه سلی ایجاد شود. در سالهای اخیر بدنبال اپیدمی ایدز و افزایش مهاجرت از کشورهایی که سل در انجا آندمیک بوده و بالاخره بهبود روشهای تشخیصی تهاجمی موارد بروز سل خارج ریوی افزایش چشمگیری داشته است. با توجه به تفاوت هایی که در پراکندگی موارد سل خارج ریه در کشورهای پیشرفته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه وجود دارد بر آن شدیم که از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۷ کلیه موارد سل خارج ریوی را در استان چهارمحال و بختیاری بررسی نماییم.

در این بررسی سل خارج ریوی ۲۷درصد کل موارد بیماری سل را تشکیل میداد که در سالهای اخیر افزایش نسبی در موارد آن مشهود بود. در مجموع ۱۴۶ بیمار (۹۶ زن و ۵۰ مرد) مورد بررسی قرار گرفتند زنان دو برابر مردان به سل خارج ریه مبتلا شده بودند و خانمهای ۳۹-۲۰ سال و مردان مسن (۶۹-۶۰ سال) بیشتر در معرض ابتلای این بیماری بودند. شایعترین سل خارج ریه لنفادنیت سلی (۴۲٪) و بدنبال آن سل استخوان و مفصل (۱۸٪) و در وهله سوم سل پریتوان (۱۰٪) قرار داشت و سل پلور بر خلاف آمارهای غربی در بررسی ما شایع نبود.

بیشترین روش تشخیص در سل خارج ریوی استفاده از بیوپسی اندام مبتلا بوده است و آزمون مانتو در اغلب موارد مثبت گزارش گردید(۷۰٪). ما نتیجه‌گیری می‌کنیم که افزایش موارد سل خارج ریه شاید به علت بهبود در روشهای تشخیصی یا عدم تشخیص موارد سل ریوی باشد. افزایش نسبی موارد سل استخوان و مفصل در ایران در قیاس با سایر کشورها باید در مطالعات آینده مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** سل خارج ریه، لنفادنیت، بیوپسی

**دکتر مسعود مردانی**
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، دانشکده پزشکی، گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری



www.SID.ir

Archive of SID

## مقدمه

ریه شایعترین محل بروز بیماری سل است ولی تقریباً تمامی اعضای بدن انسان ممکن است به این بیماری گرفتار شوند[۲] ابتلای خارج ریوی سل ممکن است به صورت پدیده خاموش یا بیماری حاد با انتشار سریع ظاهر شود. این بیماری ممکن است همزمان با سل ریوی و یا سالها بعد از عفونت اولیه سلی ایجاد شود. انتشارسل‌خارج ریوی‌ازیک منشاء اولیه ممکن است به صورت انتشار مستقیم، داخل لومنی و یا لنفوهماتوژن باشد. در طی سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۸ میلادی پنج درصد از تمامی موارد سل در زمان مرگ تشخیص داده می‌شد و ضایعات سل خارج ریوی در اکثر افراد این گروه وجود داشت[۳].

در سال ۱۹۹۱ از ۲۶۲۸۳ مورد سل گزارش شده به مرکز کنترل بیماریهای آمریکا ۱۸درصد سل خارج ریوی داشته‌اند. در همین سال سل خارج ریوی در بیماران آلوده به HIV[1]، ۵ تا ۶درصد کل موارد سل را شامل می‌شده است[۴،۵]. در بیمارانی که قبلاً تشخیص بیماری ایدز داشته‌اند شیوع سل خارج ریوی گاهی تا ۷۰درصد موارد افزایش می‌یابد[۵].

متاسفانه تشخیص سل خارج ریوی در بعضی موارد با توجه به علایم بالینی نامشخص است و نیاز به اقدامات تهاجمی مشکل ساز میگردد. به طوریکه در مطالعاتی که در تانزانیا شده است تشخیص دقیق سل خارج ریوی فقط در ۱۸٪ موارد تایید شده است[۶] علاوه بر آن تفاوتهایی در میزان پراکندگی موارد سل خارج ریه در کشورهای صنعتی در قیاس باکشورهای در حال توسعه وجود دارد[۱،۳،۵،۶] لذا به منظور بررسی و تعیین میزان شیوع سل خارج ریوی بر حسب ارگانهای گرفتار و جنبه‌های مختلف دموگرافیک و یافته های تشخیصی و درمانی، بر آن شدیم تا طی ۸ سال موارد سل خارج ریوی را در استان چهارمحال و بختیاری بررسی و آنرا با سایر مطالعات انجام شده در ایران و یا سایر نقاط جهان بررسی نماییم.

این مطالعه یک تحقیق توصیفی به صورت مقطعی[2] می‌باشد محل انجام آن استان چهارمحال و بختیاری و زمان آن از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۷ و جمعیت مورد بررسی تمام مبتلایان به سل خارج ریوی در استان بوده است.

روش انجام مطالعه شامل رجوع به کلیه پرونده‌های بیماران مبتلا به سل خارج ریوی در مراکز بهداشتی درمانی استان بوده است. مجموعاً ۵۳۷ مورد سل در این مدت به مراکز مذکور معرفی، که ۱۷۵ مورد آن سل خارج ریوی بود، اطلاعات ۲۹ پرونده به گونه‌ای ناقص بود که به هیچ عنوان اطلاعات موردنیاز ما را تامین نکردند و حذف گردیدند و در مجموع ۱۴۶ مورد ثابت شده سل خارج ریوی شامل ۹۶ زن و ۵۰ مرد مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرهای مورد بررسی بر اساس پرونده‌های موجود شامل: تاریخ ابتلاء به سل خارج ریوی بر حسب سال، سن، جنس، محل سکونت، ارگان درگیر، روش تشخیص سل خارج ریوی، نتیجه آزمون مانتو، نتیجه اسمیر و کشت خلط از نظر باسیل اسید فست، گرفتاری همزمان ریه، درمان و نتیجه آن بودند.

روش شناسایی سل خارج ریه شامل مطالعات پاتولوژیک روی نمونه حاصل از بیوپسی، کشت خلط و ادرار، بررسی و کشت مایع نخاع و بالاخره بررسی رادیولوژیک، استفاده از سی‌تی‌اسکن و MRI[3] بود. در بعضی موارد بیمارانی که شک بالینی قوی طی بر سل داشتند با تشخیص بالینی یک متخصص، تحت درمان قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از آمار توصیفی نظیر درصدگیری، تعیین میانگین و به کمک نرم افزار آماری SPSS[4] انجام گردید.

از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۷ در مجموع ۵۳۷ مورد سل به مراکز بهداشتی و درمانی استان چهارمحال و بختیاری معرفی گردید که ۱۴۶ مورد آن (۲۷٪) را سل خارج ریوی تشکیل میداد. از این تعداد ۹۶ بیمار (۶۶٪) را زن و ۵۰ مورد (۳۴٪) را مردان تشکیل می‌دادند. متوسط سن زنان مبتلا به سل خارج ریوی ۳۷ و در مردان ۴۷ سال بود. کمترین متوسط سنی بر حسب ارگان مبتلا را سل پوست و بالاترین متوسط سنی را سل بیضه و اپی دیدیم به خود اختصاص دادند در تمامی موارد به استثنای سل استخوان و مفصل ابتلای زنان به سل خارج ریوی شایعتر از مردان بود. ۶۵درصد مبتلایان ساکن شهرها و ۳۵درصد ساکن روستاها بودند قابل ذکر است که جمعیت روستاها در این استان ۶۰-۵۵درصد جمعیت کل استان را تشکیل میدهد.

کمترین میزان شیوع سل خارج ریوی در سال ۱۳۷۲ به نسبت ۱/۲۴ درصد هزار نفر

---

۱- HIV: Human Immunodeficiency Virus
۲-Cross sectional
۳- MRI: Magnetic Resonance Imaging
۴- SPSS: Statistical Package for Social Science



www.SID.ir

Archive of SID

جدول شماره(۱): تعداد مبتلایان به سل ریوی و خارج ریوی و بروز آن به تفکیک سال در سالهای ۱۳۷۷-۱۳۷۰

| سال / جمعیت | ۱۳۷۰ | ۱۳۷۱ | ۱۳۷۲ | ۱۳۷۳ | ۱۳۷۴ | ۱۳۷۵ | ۱۳۷۶ | ۱۳۷۷ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جمعیت میانه سال | ۷۰۴۲۶۱ | ۷۳۱۸۵۴ | ۷۴۸۵۹۰ | ۷۷۰۴۸۲ | ۷۸۱۶۱۰ | ۷۹۵۳۸۵ | ۸۱۱۳۲۶ | ۸۲۱۶۳۳ |
| تعداد مبتلایان سل ریوی | ۲۴ | ۸۱ | ۴۸ | ۴۵ | ۵۲ | ۵۶ | ۷۱ | ۶۲ |
| تعداد مبتلایان سل خارج ریوی | ۱۳ | ۱۳ | ۹ | ۱۱ | ۲۴ | ۱۹ | ۲۶ | ۳۱ |
| بروز سل ریه درصد از هزار نفر | ۳/۴ | ۱۱/۰۷ | ۶/۴۱ | ۵/۸۴ | ۶/۶۵ | ۷/۰۴ | ۸/۷۵ | ۷/۵۲ |
| بروز سل خارج ریه درصد از هزار نفر | ۱/۸۵ | ۱/۷۸ | ۱/۲۰ | ۱/۴۳ | ۳/۰۷ | ۲/۳۹ | ۳/۲ | ۳/۱۱ |

جمعیت و بیشترین شیوع آن مربوط به سال ۱۳۷۷ معادل ۳/۷۷ درصد هزار نفر جمعیت بود این یافته در جدول شماره(۱) به تفکیک آورده شده است.

بررسی موارد سل خارج ریوی بر اساس اعضای گرفتار انجام شد و مشخص گردید که شایعترین شکل سل خارج ریوی در مطالعه ما لنفادنیت سلی با ۶۲ مورد(۴۲٪) و پس از آن به ترتیب شیوع، سل استخوان و مفصل ۲۶ مورد (۱۸٪)، سل پریتوان ۱۵ مورد(۱۰٪)، سل دستگاه ادراری ۱۰ مورد(۷٪) و بدنبال آن سل پلور، پوست، دستگاه اعصاب مرکزی، ادراری تناسلی، بیضه و اپیدیدیم و میلیری قرار داشتند. اعضای درگیر در سل خارج ریوی به ترتیب شیوع در جدول شماره۲ خلاصه شده است.

بیشترین روش تشخیص سل خارج ریوی استفاده از بیوپسی اندام مبتلا بوده است. کشت تنها در مورد سل دستگاه ادراری تناسلی کمک کننده بود و استفاده از رادیوگرافی و MRI در تشخیص ۱۱ مورد سل استخوان و مفصل (۴۲٪) بکار گرفته شده بود. ۱۷ بیمار (۱۳٪) با شواهد بالینی قوی توسط پزشک متخصص و متعاقب آن پاسخ به درمان ضد سل تشخیص داده شده بودند. آزمون توبرکولین جلدی در ۷۰درصد موارد مثبت، ۱۱درصد منفی و ۱درصد موارد مشکوک و در بقیه موارد آزمون جلدی انجام نشده بود. اسمیر و کشت خلط از نظر باسیل سل در ۹۵درصد موارد سل خارج ریوی منفی بوده است و گرفتاری همزمان ریه فقط در ۸ مورد (۵٪) از بیماران ما وجود داشت.

کلیه بیماران با درمان استاندارد ضد سل تحت درمان قرار گرفتند. ادامه درمان بیش از ۶ ماه در مواردی خاص از سل خارج ریه مثل سل استخوانی و منتژ با نظر پزشک متخصص انجام می‌شد. در ۸۷درصد موارد درمان کامل انجام گردید، ۴درصد بیماران درمان خود را زودتر از موعد قطع نمودند، ۷درصد به استانهای همجوار انتقال یافتند و از سرنوشت ۲درصد باقیمانده اطلاعی در دسترس نداریم.

## بحث و نتیجه‌گیری

از سال ۱۹۸۵ میلادی بدنبال افزایش روند مهاجرت از کشورهایی که سل در آنجا آندمیک بوده، بالا رفتن میزان فقر و بی خانمانی در شهرهای بزرگ و بالاخره افزایش موارد ابتلای به HIV موارد سل خارج ریوی همانند سل ریوی افزایش چشم گیری داشته است[۲] به طوریکه در سال ۱۹۹۱ سل خارج ریوی در افراد آلوده به HIV بین ۵ تا ۶ درصد کل موارد سل را شامل می شده است[۵]. بنظر میرسد در کشور ایران در سالهای اخیر با گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی ودسترسی اقصی نقاط مملکت به امکانات بیمارستانی و پزشکان متخصص و بهبودی نسبی روند تشخیص، از جمله روشهای تهاجمی، تشخیص سل خارج ریوی بهتر انجام می‌شود.

مطابق بررسی انجام شده در افریقا به علت عدم دسترسی به امکانات پیشرفته تشخیصی، فقط در ۱۸درصد موارد سل خارج ریوی به صورت دقیق تشخیص داده شده است و تفاوتی بین موارد HIV مثبت و HIV منفی مشاهده نشده است[۶].

از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۷ مجموعاً ۵۳۷ مورد سل از مراکز بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری گزارش شده است که ۱۴۶ مورد آن (۲۷٪) را سل خارج ریوی تشکیل می دادند در صورتیکه در سال ۱۹۹۱ از ۲۶۲۸۳ مورد سل که به مرکز کنترل بیماریهای آمریکا گزارش شده است ۱۸درصد آنها سل خارج ریه داشته‌اند[۲] متاسفانه از سال ۱۹۹۳ موارد سل بدنبال اپیدمی ایدز افزایش یافته است به طوریکه در سال ۱۹۹۱، ۲۱درصد موارد سل خارج ریه همراه با بیماری ایدز بوده‌اند و حدوداً ۳۰ تا ۶۰درصد بیماران ایدز و سل ،مبتلا به سل خارج ریه بوده‌اند[۵]. در مطالعات انستیتو پاستور ایران در سال ۱۳۶۱ میزان موارد سل خارج ریوی ۲۲/۵درصد کل موارد سل گزارش شده است[۱]. ۶۶درصد مبتلایان به سل خارج ریوی در مطالعه ما را زنان (۹۶ بیمار) و ۳۴درصد (۵۰ بیمار) مبتلایان را مردان تشکیل میدادند. همانطوریکه



www.SID.ir

Archive of SID

**جدول شماره (۲): فراوانی و درصد مبتلایان به سل خارج ریوی به تفکیک جنس و اندام گرفتار در استان چهارمحال و بختیاری در سالهای ۱۳۷۷-۱۳۷۰**

| انواع سل خارج ریوی | تعدادزن | تعدادمرد | جمع | درصد |
|---|---|---|---|---|
| لنفاتیک | ۴۵ | ۱۷ | ۶۲ | ۴۲ |
| استخوان و مفصل | ۱۲ | ۱۴ | ۲۶ | ۱۸ |
| پریتوئن | ۱۲ | ۳ | ۱۵ | ۱۰ |
| دستگاه ادراری | ۶ | ۴ | ۱۰ | ۷ |
| پلور | ۲ | ۵ | ۷ | ۵ |
| پوست | ۶ | - | ۶ | ۴ |
| دستگاه اعصاب مرکزی | ۴ | ۱ | ۵ | ۳/۴ |
| سل دستگاه تناسلی | ۵ | - | ۵ | ۳/۴ |
| بیضه و اپیدیدیم | - | ۴ | ۴ | ۲/۷ |
| میلیری | ۲ | ۱ | ۳ | ۲ |
| پریکارد | ۱ | ۱ | ۲ | ۱/۴ |
| پاروتید | ۱ | - | ۱ | ۰/۷ |
| جمع | ۹۶ | ۵۰ | ۱۴۶ | ۱۰۰ |

ملاحظه می فرمایید در این استان زنان حدوداً ۲ برابر مردان به سل خارج ریوی مبتلا شده‌اند و گروه سنی زنان در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۹ سال حدوداً ۴۷درصد کل مبتلایان زن را شامل می‌شده است ولی در گروه مردان محدوده سنی ۶۹-۶۰ سال بیشترین تعداد مبتلایان به سل خارج ریوی را تشکیل می‌دادند. در تمامی موارد سل خارج ریوی به تفکیک عضو گرفتار، ابتلای زنان شایعتر از مردان بوده است و تنها مورد استثناء سل مفصل و استخوان بود که مردان بیشتر از زنان مبتلا شده بودند این احتمالاً ناشی از تاثیرات تروما در این گروه از بیماران در تسهیل ابتلاء به سل استخوان و مفصل می‌باشد. در خصوص اعضای مبتلا به سل خارج ریه در مطالعه‌ای که روی ۳۹۴۲ مورد سل خارج ریه در آمریکا در سال ۱۹۸۶ انجام گردید لنفادنیت سلی با ۳۰/۹درصد شایعترین و سل پلور با ۲۳درصد موارد ابتلا در مرتبه دوم قرار داشت، بدنبال آن سل ادراری و تناسلی (۱۱/۹٪)، سل استخوان و مفصل (۹/۸٪)، سل میلیری (۷/۳٪)، سل منتژ (۴/۳٪)، سل پریتوان (۳/۳٪) و بقیه جاها ۹/۸درصد قرار داشتند[۴].

مطالعات انجام شده در افریقا شایعترین سل خارج ریوی را به ترتیب پلور (۶۰٪)، لنفادنیت سلی (۱۴٪)، سل پریکارد (۱۱٪) و سل میلیری را (۱۰٪) موارد گزارش نموده‌اند. نکته قابل توجه این است که در این مطالعه غیبت نسبی موارد سل منتژ، ادراری، تناسلی و استخوان و مفصل نسبت به کشورهای پیشرفته صنعتی گزارش شده است[۶]. این یافته‌ها با یافته‌های ما در تضاد کامل قرار دارد. البته نویسنده مقاله اذعان نموده است که در آنجا تشخیص دقیق سل خارج ریوی در موارد اندکی تایید شده است که می‌تواند ناشی از اشکالات دسترسی به وسایل تشخیصی در افریقا باشد. در مطالعات انستیتو پاستور ایران پراکندگی موارد سل خارج ریوی بر حسب عضو گرفتار مؤید این حقیقت است که لنفادنیت سلی با ۳۹درصد شایعترین و بدنبال آن سل استخوان و مفصل با ۱۸درصد در مرتبه دوم قرار دارد، سل منتژ با ۱۶درصد در مکان سوم و متعاقب آن سل دستگاه‌ادراری (۱۲٪)، آندومتر (۵٪) و سایر اعضاء ۱۵درصد قرار داشته‌اند[۱]. در مورد وفور موارد منتژیت سلی می بایست این نکته را مد نظر داشت که کلیه موارد بررسی شده در انستیتو پاستور به سالهای قبل از ۱۳۶۱ برمیگردد که پوشش واکسیناسیون ب - ث - ژ در سطح بالایی نبوده و موارد ابتلای بیشتر منتژیت سلی احتمالاً ناشی از این موضوع است.

در مطالعات ما لنفادنیت سلی با ۴۲درصد شایعترین سل خارج ریوی و پس از آن سل استخوان و مفصل(۱۸٪) سل پریتوان(۱۰٪)، سل دستگاه ادراری(۷٪)، سل پلور(۵٪)، سل پوست(۴٪)، سل دستگاه اعصاب مرکزی و دستگاه ادراری تناسلی هر کدام ۳/۴درصد، سل بیضه و اپی‌دیدیم(۲/۷٪)، سل میلیری(۲٪)، سل پریکارد(۱/۴٪) و سل پاروتید(۰/۷٪) قرار داشتند.

لنفادنیت سلی در اغلب بررسی ها بجز بررسی انجام شده در افریقا جزو شایعترین فرم های سل خارج ریوی معرفی شده است ولی افزایش نسبی موارد این فرم سل خارج ریوی در مطالعات ما و انستیتو پاستور احتمالاً به علت عدم تشخیص بقیه موارد سل خارج ریه ناشی از عدم دسترسی به امکانات پیشرفته تشخیصی می‌باشد. توجیه دیگر این موضوع احتمالاً منظور نمودن موارد لنفادنیت با مایکوباکتریوم‌های آتیپیک در مطالعات انجام شده بجای لنفادنیت مایکوباکتریوم توبرکولوزیس است زیرا کلیه موارد بررسی شده از نظر مایکوباکتریوم های آتیپیک امتحان نشده بودند.



www.SID.ir

Archive of SID

سامرز[1] در سال ۱۹۸۰ ابتلای غدد لنفاوی گردن را در یک بررسی حجیم و مفصل ۸۰درصد گزارش نمود[۷]. در مطالعه ما شایعترین غده لنفاوی گرفتار را غدد لنفاوی گردنی (۷۹٪) و بعد از آن غدد لنفاوی اینگوینال تشکیل میداد که با مطالعات مذکور مطابقت دارد.

در ایران و استان چهارمحال و بختیاری بروز سل استخوان و مفاصل حدوداً دو برابر آمار مطالعات انجام شده در آمریکا است (۱۸٪ در مقابل ۹/۸٪)[۱،۴]. گرفتاری مهره‌ها در سل استخوان و مفاصل بر اساس منابع معتبر بیماریهای عفونی بین $\frac{1}{4}$ تا نصف گزارش شده است[۲،۳]. در صورتیکه در مطالعات انستیتو پاستور ایران این میزان ۳۷درصد و در این مطالعه ۶۱/۵درصد موارد سل استخوان و مفصل را گرفتاری مهره‌ها تشکیل میداد. دومین و سومین محل گرفتار در سل استخوان و مفصل، مفاصل هیپ و سپس زانو بود. سل ستون فقرات در ممالکی که سل شیوع بالایی دارد بیشتر در بالغین جوان دیده میشود در صورتیکه سل ستون فقرات در ممالک پیشرفته بیماری افراد مسن یا مهاجران از مناطق اندمیک است[۸]. در مطالعه حاضر ۱۸ بیمار (۷۰٪) از ۲۶ مورد سل استخوان و مفصل در محدوده ۳۰ تا ۶۰ سال بودند احتمالاً تعداد کم کل موارد سل استخوان و مفصل (۲۶ مورد) قضاوت را برای ما مشکل می‌سازد و ضمناً می‌بایست این نکته را مد نظر داشت که وضعیت کشور ما از نظر وفور بیماری سل در حد متوسط است و به این علت محدوده سنی ابتلای به سل استخوان و مفصل نیز در این بررسی محدوده بینابینی بدست آمده است. سل پلور در بررسی انجام شده در آفریقا شایعترین نوع سل خارج ریوی گزارش شده است (۶۰٪)[۶]. در صورتیکه مطابق مطالعات ریدر[2] در سال ۱۹۸۶ از بین ۳۹۴۲ مورد سل خارج ریه، ۹۰۵ مورد سل پلور (۲۳٪) گزارش شده است[۳]. اکثر منابع غربی سل پلور را دومین علت شایع سل خارج ریوی بعد از لنفادنیت سلی معرفی میکنند حال اینکه در مطالعه ما از بین ۱۴۶ مورد سل خارج ریه فقط ۷ مورد(۵٪) را سل پلور تشکیل میداد لازم به ذکر است که مطالعات نقاط دیگر ایران نیز ابتلای سل پلور را ناچیز گزارش نموده‌اند شاید علت این باشد که تشخیص سل پلور نیاز به اقدامات تهاجمی نظیر بیوپسی پلور دارد و از طرفی همزمانی سل پلور و سل ریه و اینکه درمان سل ریه ، سل پلور را هم شامل می‌شود (بجز مواردی که پلور بطور اولیه گرفتار می‌شود) باعث شده است در بسیاری موارد سل پلور ناشناخته ولی درمان شده باقی بماند.

سل پریتوان سومین علت شایع سل خارج ریه در استان چهارمحال و بختیاری بوده است(۱۰٪) در صورتیکه در آمار کشور آمریکا در رتبهٔ آخر بر حسب شیوع قرار گرفته است(۳/۳٪)[۲].

درکشورهای آفریقایی این نوع سل از موارد بسیار نادر ذکر می‌شود[۶] و بنظر می‌رسد دسترسی به امکانات تشخیصی و احتمالاً ملاحظات اپیدمیولوژیک نقش عمده‌ای در این اختلافات بازی می‌کند.

در خصوص گرفتاری دستگاه‌ادراری و تناسلی باید ذکر نمود که گرفتاری کلیه و مجاری ادراری در ۵۳درصد، بیضه و اپی‌دیدیم در ۲۱درصد و سل رحم، لوله و تخمدان در ۲۶درصد موارد وجود داشت.

سل پوست با ۴درصد شیوع و سل دستگاه‌اعصاب مرکزی و ادراری تناسلی از شیوع کمتری برخوردار بودند(۳/۴٪). سل میلیری مجموعاً در ۳ بیمار و سل پریکارد در ۲ بیمار و سل پاروتید در یک بیمار یافت شد.

بیشترین روش تشخیص سل خارج ریوی در بررسی ما استفاده از بیوپسی اندام مبتلا بوده است. کشت تنها در مورد سل دستگاه‌ادراری تناسلی کمک کننده بود و استفاده از پرتونگار و MRI در تشخیص ۴۲درصد موارد سل استخوان و مفصل کمک کننده بوده است. دسترسی به اقدامات تهاجمی در تشخیص موارد خاص سل خارج ریه در میزان وفور موارد مزبور نقش اساسی دارد به عنوان مثال ۱۰ بیمار از مجموع ۱۵ مورد سل پریتوان در این مطالعه(۷۵٪) با بیوپسی پریتوان گرفتار پرده صفاق تشخیص داده شده است.

از بررسی انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری می‌توان نتیجه گرفت علیرغم رشد نسبی جمعیت استان ،بروز سل در سالهای اخیر تغییر قابل توجهی نیافته است ولی موارد سل خارج ریوی به صورت نسبی افزایش نشان می‌دهند. این عامل می‌تواند به علت بهبود روشهای تشخیصی در سل خارج ریه یا فراموش شدن و عدم تشخیص موارد سل ریوی باشد که لزوم توجه بیشتر دست اندرکاران را به تشخیص بیشتر موارد سل ریوی معطوف میسازد. زنان دو برابر مردان مبتلا به سل خارج ریه میشوند و خانمهای ۲۰ تا ۳۹ ساله و مردان مسن (۶۹-۶۰ ساله) بیشتر در معرض سل خارج ریه هستند.

شایعترین موارد سل خارج ریه همانند کشورهای غربی لنفادنیت سلی است ولی افزایش موارد ابتلاء سل استخوان و مفصل در این بررسی موجب شده است که دومین علت سل خارج ریه بر خلاف کشورهای غربی که پلور گزارش شده است به این عضو اختصاص یابد. شاید مسایل اپیدمیولوژیک، بافت روستایی عشایری استان و تروما را

۱- Summers ۲- Reider



www.SID.ir

Archive of SID

بتوان از عوامل مستعد کننده برشمرد.

سل پلور که در کشورهای غربی دومین علت سل خارج ریوی محسوب می‌شود در این بررسی بعد از سل استخوان و مفصل، پریتوان و سل دستگاه‌ادراری قرار دارد و بررسی‌های انجام شده نیز مؤید عدم وفور موارد سل پلور در بقیه نقاط ایران است. در پایان لزوم توجه و شناخت روشهای تشخیصی سل خارج ریوی مورد تاکید است و جایگاه سل خارج ریه در مقایسه با سل ریوی در کشورهایی که شیوع HIV در سطح پایینی است می‌بایست بررسی و مورد ارزیابی قرار گیرد. ■

## مراجع


۱ـ خطیب سعید. بررسی سل خارج ریوی در استان چهارمحال و بختیاری. شهرکرد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهرکرد، ۱۳۷۷؛ صفحات ۴۰-۳۵.

2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed. New york: Churchill livingston, 1995; P. 2213.

3. Reider HL, Snider DE, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am Rev Resp Dis 1990; 141:347-351.

4. Hoeprich PD, Ronald AR. Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: JB Lipincott, 1994; P. 465-472.

5. Shafer RW,kim DS, Weiss JP, et al. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. Medicine 1991; 70:384-397.

6. Harres AD. Tuberculosis in HIV - infected Persons with special emphasis on sub-saharan Africa. J of Infect 1998; (37):3 205.

7. Summers GD, MC Nicol MW. Tuberculosis of superfacial lymph node. Br J Dis Chest 1980; 74: 369-373.

8. Janssen JP,De Haller R.Spinal tuberculosis in a developed country .Clin Orthop 1990; 257:67-75. ■




www.SID.ir