



● مقالات تحقیقی (۴)

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 بدنال اپیدمی ایدز و افزایش مهاجرت از کشورهایی که سل در آنجا 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 ۲۷ درصد 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 بدنال آن سل استخوان و مفصل (۱۸٪) و در وهله سوم سل پیریتوان (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 نتیجه گیری می کنیم 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.

واژه های کلیدی: سل خارج ریه، لنفادنیت، بیوپسی

دکتر مسعود مردانی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، دانشکده

پزشکی، گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری



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. انتشار سل خارج ریوی از یک منشأ اولیه ممکن است به صورت انتشار مستقیم، داخل لومنی و یا لنفوهماتوزن باشد. در طی سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۸ میلادی پنج درصد از تمامی موارد سل در زمان مرگ تشخیص داده می شد 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 ۱۸ درصد سل خارج ریوی داشته اند. در همین سال سل خارج ریوی در بیماران آلوده به HIV^(۱) ۵ تا ۶ درصد کل موارد سل را شامل می شده است [۴، ۵]. در بیمارانی که قبلاً تشخیص بیماری ایدز داشته اند شیوع سل خارج ریوی گاهی تا ۷۰ درصد موارد افزایش می یابد [۵].

متأسفانه 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 با کشورهای 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 جنبه های 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^(۲) می باشد 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 پرونده های 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 گونه ای ناقص بود که به هیچ عنوان اطلاعات مورد نیاز 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 پرونده های 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 سی تی اسکن و MRI^(۳) 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^(۴) 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 می دادند. 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. ۶۵ درصد مبتلایان ساکن شهرها و ۳۵ درصد ساکن روستاها بودند قابل ذکر است که جمعیت روستاها در این استان ۶۰-۵۵ درصد 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

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

سال	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	۲/۰۷	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 پریتون 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 شماره ۲ 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 توپرکولین جلدی در ۷۰ درصد موارد مثبت، ۱۱ درصد منفی و ۱ درصد موارد مشکوک و در بقیه موارد آزمون جلدی انجام نشده بود. اسمیر و کشت خلط از نظر باسیل

سل در ۹۵ درصد 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 مننژ با نظر پزشک متخصص انجام می شد. در ۸۷ درصد موارد درمان کامل انجام گردید، ۴ درصد بیماران درمان خود را زودتر از موعد قطع نمودند، ۷ درصد به استانهایی همجوار انتقال یافتند و از سرنوشت ۲ درصد باقیمانده اطلاعی در دسترس نداریم.

بحث و نتیجه گیری

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 [۳] 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 شبکه های بهداشتی و درمانی و دسترسی اقصی نقاط مملکت به امکانات بیمارستانی و پزشکان

متخصص و بهبودی نسبی روند تشخیص، از جمله روشهای تهاجمی، تشخیص سل خارج ریوی بهتر انجام می شود.

مطابق بررسی انجام شده در افریقا به علت عدم دسترسی به امکانات پیشرفته تشخیصی، فقط در ۱۸ درصد 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 ۱۸ درصد آنها سل خارج ریه داشته اند [۲] متأسفانه از سال ۱۹۹۳ موارد سل بدنبال اپیدمی ایدز افزایش یافته است به طوریکه در سال ۱۹۹۱، ۲۱ درصد موارد سل خارج ریه همراه با بیماری ایدز بوده اند و حدوداً ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران ایدز و سل، مبتلا به سل خارج ریه بوده اند [۵]. در مطالعات انستیتو پاستور ایران در سال ۱۳۶۱ میزان موارد سل خارج ریوی ۲۲/۵ درصد کل موارد سل گزارش شده است [۱]. ۶۶ درصد مبتلایان به سل خارج ریوی در مطالعه ما را زنان (۹۶ بیمار) و ۳۴ درصد (۵۰ بیمار) مبتلایان را مردان تشکیل میدادند. همانطوریکه



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	تعداد زن	تعداد مرد	جمع	درصد
لنفانیک	۴۵	۱۷	۶۲	۴۲
استخوان و مفصل	۱۲	۱۴	۲۶	۱۸
پریتون	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	۳/۲
بیضه و اپیدیم	-	۴	۴	۲/۷
میلری	۲	۱	۳	۲
پریکارد	۱	۱	۲	۱/۴
پارونید	۱	-	۱	۰/۷
جمع	۹۶	۵۰	۱۴۶	۱۰۰

حقیقت است که لنفادنیت سلی با ۳۹ درصد شایعترین و بدنبال آن سل استخوان و مفصل با ۱۸ درصد در مرتبه دوم قرار دارد، سل مننژ با ۱۶ درصد در مکان سوم و متعاقب آن سل دستگاه ادراری (۱۲٪)، آندومتر (۵٪) و سایر اعضا ۱۵ درصد قرار داشته اند (۱). در مورد وفور موارد مننژیت سلی می بایست این نکته را مد نظر داشت که کلیه موارد بررسی شده در انستیتو پاستور به سالهای قبل از ۱۳۶۱ بر میگردد که پوشش واکسیناسیون ب - ث - ژ در سطح بالایی نبوده و موارد ابتلای بیشتر مننژیت سلی احتمالاً ناشی از این موضوع است.

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

لنفادنیت سلی در اغلب بررسی ها بجز بررسی انجام شده در آفریقا 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 می باشد. توجه دیگر این موضوع احتمالاً منظور نمودن موارد لنفادنیت با مایکوباکتریوم های آتیبیک در مطالعات انجام شده بجای لنفادنیت مایکوباکتریوم تورکولوزیس است زیرا کلیه موارد بررسی شده از نظر مایکوباکتریوم های آتیبیک امتحان نشده بودند.

ادراری و تناسلی (۱۱/۹٪)، سل استخوان و مفصل (۹/۸٪)، سل میلری (۷/۳٪)، سل مننژ (۴/۳٪)، سل پریتون (۳/۳٪) و بقیه جاها ۹/۸ درصد قرار داشتند (۴).

مطالعات انجام شده در آفریقا شایعترین سل خارج ریوی را به ترتیب پلور (۶۰٪)، لنفادنیت سلی (۱۴٪)، سل پریکارد (۱۱٪) و سل میلری را (۱۰٪) موارد گزارش نموده اند. نکته قابل توجه این است که در این مطالعه غیبت نسبی موارد سل مننژ، ادراری، تناسلی و استخوان و مفصل نسبت به کشورهای پیشرفته صنعتی گزارش شده است (۱۶). این یافته ها با یافته های 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 می تواند ناشی از اشکالات دسترسی به وسایل تشخیصی در آفریقا باشد. در مطالعات انستیتو پاستور ایران پراکندگی موارد سل خارج ریوی بر حسب عضو گرفتار مؤید این

ملاحظه می فرمایید در این استان زنان حدوداً ۲ برابر مردان به سل خارج ریوی مبتلا شده اند و گروه سنی زنان در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۹ سال حدوداً ۴۷ درصد کل مبتلایان زن را شامل می شده است ولی در گروه مردان محدوده سنی ۶۰-۶۹ سال بیشترین تعداد مبتلایان به سل خارج ریوی را تشکیل می دادند. 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 تأثیرات تروما در این گروه از بیماران در تسهیل ابتلاء به سل استخوان و مفصل می باشد. در خصوص اعضای مبتلا به سل خارج ریه در مطالعه ای که روی ۳۹۴۲ مورد سل خارج ریه در آمریکا در سال ۱۹۸۶ انجام گردید لنفادنیت سلی با ۳۰/۹ درصد شایعترین و سل پلور با ۲۳ درصد موارد ابتلا در مرتبه دوم قرار داشت، بدنبال آن سل

بیشترین روش تشخیص سل خارج ریوی در بررسی ما استفاده از بیوپسی اندام مبتلا بوده است. کشت تنها در مورد سل دستگاه ادراری تناسلی کمک کننده بود و استفاده از پرتونگار و MRI در تشخیص ۴۲ درصد 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 پریتون در این مطالعه (۷۵٪) با بیوپسی پریتون گرفتار پرده صفاق تشخیص داده شده است.

از بررسی انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری می توان 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 می دهند. این عامل می تواند 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 (۶۰-۶۹ 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

ریدر^(۲) 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 نموده اند 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 می شود (بجز مواردی که پلور بطور اولیه گرفتار می شود) باعث شده است در بسیاری موارد سل پلور ناشناخته ولی درمان شده باقی بماند.

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

در کشورهای آفریقایی این نوع سل از موارد بسیار نادر ذکر می شود [۶] و بنظر می رسد دسترسی به امکانات تشخیصی و احتمالاً ملاحظات اپیدمیولوژیک نقش عمده ای در این اختلافات بازی می کند.

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

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

سامرز^(۱) در سال ۱۹۸۰ ابتلای غدد لنفاوی گردن را در یک بررسی حجیم و مفصل ۸۰ درصد 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 مهره ها در سل استخوان و مفاصل بر اساس منابع معتبر بیماریهای عفونی بین ۱ تا نصف گزارش شده است [۲، ۳]. در صورتیکه در مطالعات انستیتو پاستور ایران این میزان ۳۷ درصد و در این مطالعه ۶۱/۵ درصد موارد سل استخوان و مفصل را گرفتاری مهره ها 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 می سازد و ضمناً می بایست 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

بتوان از عوامل مستعد کننده برشمرد. بررسی‌های انجام شده نیز مؤید عدم وفور 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 ریوی در کشورهایی که شیوع HIV در سطح پایینی است می‌بایست بررسی و مورد ارزیابی قرار گیرد. ■

مراجع

- ۱- 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 superficial 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. ■

