



## بررسی پنج ساله عفونتهای سلی در نواحی سر و گردن

### *Mycobacterial Infection of the Head and Neck Location and Presentation*

Mozafar Sarafraz, MD, Faculty Member of Ahwaz University of Medical Sciences,  
Emam Khomini Hospital E.N.T. Department.

#### **Abstract**

Tuberculosis is a potentially lifelong chronic infection. It is almost always initiated by inhalation of infectious material. There was an increase in the number of cases of tuberculosis after 1985. Cervical lymphadenitis is the most common form of head and neck. Tuberculosis. The purpose of the this study is evaluation of type of presentation, sex and age groups, and location of tuberculosis involment in head and neck region in our patients.

This analysis report of head and neck mycobacterial infection diagnosed at Emam Khomini Hospital (Ahwaz) between 1996-2001. The inclusive criteria for the diagnosis were at least one of the following 1-Positive smear or culture for Acid fast Bacil. 2) Caseating granuloma consistent with tuberculosis.

The study group consisted of 59 patients (35 female and 24 male) with head and neek mycobacterial infection. Their ages ranged from 7 to 73 years (mean age 27.3 yr). The most common decade was the third, 17 patients. The most common presenting complains were the following: Lump in the neck in 55 patients (93%), fistula of neck skin in the 19 cases(39%). Involvement of head and neck elements were the followng:

1) Lymph node (T.B lymphadenitis) in 53 cases; 2) Laryngeal in 2 patients;3) Parotid gland, (2 patients) ;4) Nasal and Lip 2 patients. In 33 patients (66%) neck involment was in posterior triangle and remenant patients in arteriol triangel. There was simultaneously infection in lung and head and neck in 15(25%) of cases that consist of 2 patients with laryngeal involment.

Mycobacteial infection of the head and neck occurs in different forms and affects different populations in the different regions of the world In 1990 T.B killed more than 2.5 millons people. This reflects the delay in the diagnosis and ineffectiveness in manangement of the disease. Attention of head and neck surgeons to T.B in this area can lead to early diagnosis and rapid management of disease.

**Key words:** Mycobacterial Infection, Head and Neck Tuberculosis, Cervical Lymphadenitis.

**روشها**

این مطالعه به مدت ۵ سال از سال ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۰ بیماران با عفونتهای سلی در نواحی سر و گردن (سل های خارج ریوی در سر و گردن) در بیمارستان امام خمینی اهواز را مورد بررسی قرار داده است. این مطالعه به صورت یک بررسی گذشته نگر صورت گرفته است. معیارهای تشخیص بیماری.

۱- کشت یا اسمیر مثبت برای باسیل سل ۲- وجود یافته های مثبت آسیب شناسی (گرانولوم پنی) ۳. براساس این معیارها ۵۹ بیمار تشخیص داده شد، که این تعداد بیماران از نظر توزیع سنی، جنسیت، شکایت و علت مراجعه، عضو و محل گرفتاری، یافته های مثبت در معاینات بالینی و همزمانی بیماری ریوی مورد بررسی قرار گرفته اند.

**نتایج**

در این مطالعه ۵۹ بیمار با عفونت سل در سر و گردن مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۲۴ نفر (۴۱٪) مذکر و ۳۵ نفر (۵۹٪) مؤنث بودند. طیف سنی بیماران ۷۳-۷ سال با متوسط سنی ۲۷/۳ سال بوده است، کمترین دهه گرفتار، دهه های هفتم و هشتم (هرکدام یک بیمار) و دهه اول (۳ بیمار) و بیشترین گروه های گرفتار دهه های سوم (۱۷ بیمار) و دهه چهارم (۱۴ بیمار) بوده است جدول شماره ۱ بیشترین علت مراجعه بیماران در ۵۳ بیمار (۸۹/۸٪) توده گردنی و در درجه بعد شکایت از ترشح و زخم گردنی (فیستول) در ۶ بیمار بوده است. شایعترین عضو درگیر در سر و گردن در این بررسی، درگیری غدد لنفاوی (لنفادنیت سلی) در ۵۳ مورد (۸۹/۸٪) و در درجات بعدی درگیری حنجره در ۲ مورد، درگیری پاروتید در ۲ مورد و کمترین درگیری در بینی و لب هرکدام یک بیمار بوده است (نمودار شماره ۱)، از این گروه بیماران ۶

**جدول شماره ۱** توزیع فراوانی سنی بیماران با عفونت سلی ناحیه سر و گردن در یک مطالعه پنج ساله.

دهه درگیری	مرد	درصد	زن	درصد	مجموع	درصد
دهه اول	۳	۵/۰۸	۰	۰	۳	۵/۰۸
دهه دوم	۳	۵/۰۸	۷	۱۱/۸۶	۱۰	۱۶/۹۴
دهه سوم	۶	۱۰/۱۶	۱۱	۱۸/۶۴	۱۷	۲۸/۱۸
دهه چهارم	۷	۱۱/۸۶	۷	۱۱/۸۶	۱۴	۲۳/۷۲
دهه پنجم	۴	۶/۷۷	۶	۱۰/۱۶	۱۰	۱۶/۹۴
دهه ششم	۱	۱/۶۹	۲	۳/۲۸	۳	۵/۰۸
دهه هفتم	۰	۰	۱	۱/۶۹	۱	۱/۶۹
دهه هشتم	۰	۰	۱	۱/۶۹	۱	۱/۶۹
مجموع	۲۴	۴۱٪	۳۵	۵۹٪	۵۹	۱۰۰٪

**عنوان مقاله**

**بررسی پنج ساله عفونتهای سلی در نواحی سر و گردن**

**مؤلفین**

دکتر مظفر سرافراز

عضو هیئت علمی (استادیار) گروه گوش حلق بینی

دانشگاه علوم پزشکی اهواز (چندی شاپور)

دکتر شهرام کمان زاده

**مقدمه**

علی رغم مبارزه طولانی مدت بر علیه بیماری سل از بعد از کشف عامل این بیماری توسط رابرت کخ در سال ۱۸۸۲ و کسب موفقیتهایی در این راه، همچنان این بیماری مهمترین عامل عفونی در مرگ و میر جامعه بشری محسوب می شود (۱). براساس گزارشات موجود تنها در سال ۱۹۹۵ بین ۸/۸ میلیون بیمار سلی جدید در سراسر دنیا وجود داشته که ۹۵٪ آنها در کشورهای در حال توسعه آسیایی سکونت داشته اند، و در همین سال بیش از ۹۸٪ مرگ و میرها در اثر بیماری سل در کشورهای فقیر آسیایی اتفاق افتاده است. (۲) علی رغم روند رو به کاهش بیماری سل در چند دهه اخیر در تمامی دنیا، از سال ۱۹۸۶ گزارشاتی از روند رو به افزایش موارد بیماری سل و نوع خارج ریوی آن حتی در کشورهای توسعه یافته انتشار یافت، به طوری که لزوم توجه بیشتر به این بیماری در تمامی دنیا مورد تأکید قرار گرفت (۳)، تاحدی که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ سل مجدداً به عنوان یک تهدیدکننده سلامت جامعه بشری اعلام گردید عواملی از جمله مقاومت چند دارویی میکروب سل، افزایش مهاجرت ها از مناطق آلوده و کاهش ایمنی در بیماران شیمی درمانی شده و از همه مهمتر بیماران ایدزی را در افزایش این بیماری دخیل می دانند (۴).

در ۸۰٪ موارد، سل به ریه ها محدود می باشد، سلهای خارج ریوی ۳۰-۲۰٪ موارد سلهای تشخیص داده شده در آمریکا را در سال ۱۹۹۲ به خود اختصاص داده اند (۵) درگیری غدد لنفاوی گردنی<sup>۱</sup>، شایعترین فرم سل در سر و گردن محسوب می شود و تا ۱۰٪ از کل موارد بیماری سل در گزارشات مختلف مربوط به این ضایعات می باشد (۱).

این مطالعه به صورت یک بررسی گذشته نگر از سل های سر و گردن در بیمارستان امام خمینی اهواز بین سال های ۸۰-۱۳۷۵ می باشد. هدف از این بررسی، توجه مجدد به فرمهای بروز این بیماری در نواحی سر و گردن و تشخیص زودهنگام آنها توسط متخصصین مربوطه می باشد.

1. Scrofula 2. Caseating Granuloma

در بررسی انجام شده بیماران در رنج سنی ۲۰-۴۰ سال، بالاترین درصد بیماران را به خود اختصاص داده‌اند (۵۲/۵٪)، و با افزایش و کاهش سن بیماران از فراوانی بیماری نزد آنها کاسته می‌شود به طوری که در دهه‌های هفتم و هشتم به حداقل خود می‌رسد (که باید درصد گروه‌های جمعیتی را در کشور در نظر داشت) در سایر تحقیقات نیز بالغین جوان به‌عنوان بالاترین گروه بیمار در عفونتهای خارج ریوی سل در نواحی سر و گردن معرفی شده‌اند (۸).

از دلایل افزایش سل در دو دهه اخیر علاوه بر مقاومت‌های دارویی میکرووب سل و تأخیر در تشخیص و درمان، مسائل کاهش ایمنی، به خصوص در زمینه بیماری ایدز عنوان گردیده است، به طوری که در بعضی از کشورها مانند زامبیا تا ۶۰٪ و در آمریکا تا ۴۸٪ از بیماران با سل در نواحی سر و گردن دچار بیماری ایدز می‌باشند، تاحدی که توصیه شده برای هر بیمار با تشخیص جدید سل باید بررسی از نظر وجود ایدز به‌صورت دقیق صورت گیرد (۱). در مطالعه حاضر تمامی بیماران از نظر ایمنی (براساس شرح حال، معاینه فیزیکی و سوابق بیمار) اختلال واضحی نداشته‌اند.

شایعترین شکایت و علت مراجعه بیماران در این مطالعه، توده گردنی بوده است که در ۸۹/۸٪ (۵۳ نفر) بیماران تنها شکایت عنوان شده است، که مطابق با تمامی گزارشات در مورد گرفتاری سل در سر و گردن می‌باشد (۵). در گزارشات جدید بیشتر گرفتاری غدد لنفاوی در نواحی قدامی گردن به خصوص در لبه قدامی عضله استرنوکلوئید (۱۰) دیده شده درحالی که مطالعه حاضر گرفتاری غدد لنفاوی خلفی گردن (۳۵ مورد از ۵۳ بیمار ۶۳/۶٪) به خصوص در نواحی تحتانی گردن در مثلث فوق ترقوه‌ای (۲۴ مورد از ۳۵ بیمار) به چشم می‌خورد (جدول شماره ۲).

درگیری سلی غدد لنفاوی در نواحی سر و گردن غالباً دو طرفه می‌باشد (۱۰)، که در مطالعه حاضر در ۸۵/۴۵٪ گردن به‌صورت یک طرفه درگیر بوده است.

جدول شماره ۲ توضیح فراوانی درگیری مثلث‌های قدامی و خلفی در عفونتهای سلی سر و گردن در یک مطالعه پنج‌ساله.

نوع مثلث	راست	چپ	جمع
مثلث تحت فکی	۱۷	۲	۱۹
مثلث عضلانی	۱	۰	۱
مثلث کاروتید	۰	۰	۰
مثلث پشت‌سری	۹	۲	۱۱
مثلث ترقوه‌ای	۲۱	۳	۲۴
جمع	۴۸	۷	۵۵
درجه	۸۵/۴۵	۱۴/۵۵	۱۰۰



نمودار شماره ۱ توزیع فراوانی درگیری سلی در نواحی سر و گردن در ۵۹ بیمار در مطالعه پنج‌ساله.

نفر (۱۰٪) دچار ترشح و فیستول گردنی بودند (بدون سابقه‌ای از جراحی). از ۵۴ بیمار دارای غدد لنفاوی ۳۵ نفر (۶۳/۶٪) منطقه خلفی گردن و ۲۰ نفر (۳۶/۴٪) منطقه قدامی گردن درگیر بوده است. در حدود نیمی از بیماران، غدد لنفاوی دارای چسبندگی به نسوج اطراف بوده‌اند. و در ۶۵٪ موارد (۳۶ بیمار) اندازه توده کمتر از ۳ سانتیمتر بوده است. از ۵۹ بیمار مورد مطالعه ۱۹ بیمار (۳۲/۵٪) قبلاً یا در طی بیماری اخیر مبتلا به عفونت سلی ریه بودند. تمامی ۵۹ بیمار مورد مطالعه دارای تشخیص آسیب‌شناسی عفونت سلی بوده‌اند (گرانولوم پیری مطابق با عفونت سلی). از ۶ بیمار دارای فیستول و ترشح تنها در دو مورد اسمیر مثبت گزارش شده بود و متأسفانه جوابهای کشت نمونه‌های ارسالی به‌علت تشخیص‌گذاری بیماران از طریق آسیب‌شناسی پیگیری نگردیده بود و در مجموع دو مورد کشت مثبت از بیماران به‌دست آمده بود که مربوط نمونه‌های ارسالی ضمن عمل جراحی گردن می‌باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هرچند در گذشته شیوع بالاتر بیماری سل نزد مردان گزارش شده بود (۶) در دهه اخیر گزارشات زیادی عدم تفاوت جنسی را در مورد بیماری سل و به خصوص سل خارج ریوی متذکر شده‌اند (۷) در مطالعه حاضر فراوانی بیشتر بیماری سل نزد زنان (۵۹٪ در برابر ۴۱٪ مردان) قابل توجه می‌باشد.

نمایند (۱۲). در مطالعه حاضر دو مورد درگیری در حنجره و یک مورد در بینی وجود داشت که هر دو مورد درگیری حنجره در قسمت اپی‌گلوٹ به صورت نسوج گرانوله دیده شدند. در هر دو این بیماران عفونت فعال ریوی نیز وجود داشت. عدم تناسب یافته‌ها در حنجره و شکایات بیمار (گرفتگی صدا درد و دیسفاژی) می‌تواند در شک به سل حنجره کمک‌کننده باشد (۱۲). درگیری غدد بزاقی نادر و غالباً به علت ابتلا غدد لنفاوی و کمتر از طریق گرفتاری پارانشیم غده بزاقی ایجاد می‌شود (۱۳). در این بررسی دو بیمار که دچار درگیری پارانشیم پاروتید بودند وجود داشت.

در بررسی حاضر ۱۹ بیمار (۳۴/۵٪) همزمان با درگیری خارج ریوی در سرگردن دچار گرفتاری ریوی نیز بوده‌اند، درحالی‌که در گزارشات موجود در ۸۰-۹۰٪ موارد گرفتاری سلی سرگردن در غیاب عفونت ریوی دیده شده است (۱۱) که بیانگر فراوانی بیشتر عفونت همزمانی ریه با درگیری گردن می‌باشد.

گرفتاری حنجره، به عنوان شایعترین منطقه درگیر در دستگاه تنفسی فوقانی در سلهای خارج ریوی عنوان شده است. این فرم از مسری‌ترین انواع سلها محسوب می‌گردد که می‌تواند هر قسمت از حنجره را مبتلا

## خلاصه

سل یک بیماری با توانایی ایجاد عفونت مزمن در طول زندگی انسان است. این بیماری در غالب موارد از طریق استنشاق مواد عفونی ابتلا افراد می‌گردد. به دنبال یک کاهش در شیوع عفونتهای مایکوباکتریایی در دهه‌های اخیر، از بعد از سال ۱۹۸۵ حتی در ممالک با بهداشت بالا، افزایش موارد ابتلا به این بیماری چشمگیر بوده است. تنها در سال ۱۹۹۰ بیش از ۲/۵ میلیون انسان به علت این بیماری از دنیا رفته‌اند. درگیری غدد لنفاوی شایعترین فرم گرفتاری سل در سرگردن می‌باشد، که تا ۱۰٪ از سلهای خارج ریوی را به خود اختصاص می‌دهد. هدف از این مطالعه، بررسی نحوه بروز بیماری سل در سرگردن، بررسی گروههای سنی و جنسی و محللهای ابتلاء در بیماران، این مرکز می‌باشد.

این مطالعه به صورت گذشته‌نگر به مدت ۵ سال (از ۷۵ لغایت ۸۰) بیماران با عفونت سل (عفونت مایکوباکتریایی) در نواحی سرگردن را در بیمارستان امام خمینی اهواز مورد بررسی قرار داده است.

در این مطالعه معیار تشخیص عفونت

۱- کشت یا اسمیر مثبت برای باسیل سل ۲- وجود گرانولوم پنیری همراه با سل در بررسی آسیب‌شناسی بوده است.

در این مطالعه، ۵۹ بیمار شامل ۳۵ زن و ۲۴ مرد با عفونت سل در نواحی سرگردن تشخیص داده شده‌اند. رنج سنی بیماران از ۷ تا ۷۳ سال با متوسط سنی ۲۷/۳ سال بوده است. بیشترین دهه گرفتار دهه سوم و چهارم بوده است. در ۵۳ بیمار تنها شکایت و علت مراجعه توده گردنی بوده است و بیشترین عضو گرفتار در سرگردن در این مطالعه در ۹۳٪ غدد لنفاوی بوده است. بیشترین قسمت درگیر در دستگاه تنفسی فوقانی در این مطالعه گرفتاری حنجره در دو بیمار بوده است. شایعترین منطقه گرفتار در گردن قسمت خلفی (۳۳ مورد) به خصوص مثلث فوق ترقوه‌ای<sup>۱</sup> بوده است. در ۱۵ بیمار (۲۵٪) به طور همزمان گرفتاری ریه با عفونت مایکوباکتریایی وجود داشته است که از جمله این بیماران دو بیمار با درگیری حنجره بوده است.

عفونت مایکوباکتریایی سرگردن می‌تواند در فرمها، اشخاص و مکانهای مختلف موجب بیماری گردد. به خصوص در دو دهه اخیر به دلیل افزایش تعداد افراد با ایمنی پایین، افزایش موارد ابتلاء به سل رو به فزونی گذاشته است. تنها در سال ۱۹۹۰ بیشتر از ۲/۵ میلیون انسان به علت این بیماری از دنیا رفته‌اند که می‌تواند بیانگر تأخیر در تشخیص و نحوه درمان این بیماران باشد. توجه به احتمال وجود سل در نواحی مختلف سرگردن برای جراحان این مناطق به خصوص سرگردن، می‌تواند موجب کشف زودهنگام و درمان به موقع این بیماری گردد.

**کلمات کلیدی:** سل، سرگردن، عفونت مایکوباکتریایی

**Reference**

1. Williams R, Douglas Jones T. Mycobacterium marches back J Laryngol Otol 1995; 109; -13.
2. Mario C. Raviglionce, Richard J. Obrien; chapter 169; Tuberculosis; Anthony S. Fauci, MD: Harrisons principles of internal medicine; 15<sup>th</sup> edition; vol 2; 2001MC Graw Hill; USA; pp 1024 to 1027.
3. Cantwell M, Snider D, Cauther G, Onorato I. Epidemiology of tuberculosis in the United States, 1958 through 1992. JAMA 1994; 272: 532-539.
4. Nakajuma H. Tuberculosis: a global emergency. World Health 1993; 46:3.
5. Cleary K, Batsakis J. Mycobacterial disease of the head and neck: current perspective. Ann Otol Rhinol Laryngol 1995; 104; 830-833.
6. Ibekwi O, Al Shareef Z, Al Kindy S. Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). Am J Otolaryngol 1997; 18: 202-205.
7. Al Hadrani A, Aulagi S, Al Salami, et al. Management strategies for peripheral tuberculous lymphadenopathy. Saudi Med J 2000; 21: 266-269.
8. Awad M. Al Serhani, MD. mycobacterial Infection of Head and Neck: presentation and Diagnosis. the laryngoscop 111: N 2001: 2012-2015.
9. David W. Haas; chapter 240 ; Mycobactrium tuberculosis; churchill livingstone; USA; pp 2603; 2604.
10. Penfold C, Revington P. A review of 23 patients with tuberculosis of the head and neck Br J Oral Maxillofac Surg 1996; 34; 508-510.
11. Sudre p, Dam G, Kochi A. Tuberculosis: a global overview of the situation today bull World Healt Organ 1992; 70: 149-159.
12. Marvin p. Fried, MD; chapter 28; Acute and chronic laryngeal infectious; chronic laryngitis; paparella; otolaryngology; third edition; vol3; 1998; saunders; USA; pp 247; 2248.
13. Scott M. Gayner; chapter 67; Infections of the salivary glands; Charles W. Cummings; Otolaryngology head and neck surgery; third edition; vo 12; 1998; Mosby; USA; P1242.