

گزارش 10 مورد توبرکولوز در بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان 82-1373

محمد یزدانی⁺(Ph.D.) * مجید شیرانی^{**}(Ph.D.) شهرزاد برادران^{***}(Ph.D.)

چکیده

سابقه و هدف: عفونت با مایکوباکتریوم توبرکولوزیس یکی از علل مهم بیمارگنی و مرگ و میر در دریافت‌کنندگان پیوند کلیه می‌باشد. شیوع توبرکولوزیس در این افراد به مراتب بیش‌تر از افراد عادی می‌باشد و در کشورهای در حال توسعه و مناطق آندمیک از نظر T.B، باز هم شیوع آن بیش‌تر است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که از نوع مرور پرونده بود، 700 بیمار دریافت‌کننده پیوند کلیه بررسی شدند و 10 مورد ابتلای قطعی به توبرکولوزیس، از نظر اطلاعات دموگرافیک، فاصله بین پیوند کلیه تا تشخیص سل، محل درگیری، پی‌آمد (Outcome)، بقا (Survival) گرافت مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌ها: شیوع توبرکولوزیس پس از پیوند کلیه در این مطالعه 1/4 درصد بود. میانگین سن بیماران 37/9 سال و متوسط فاصله بین پیوند کلیه تا تشخیص T.B 15/7 ماه بود. شایع‌ترین نوع درگیری، T.B برونکوپولمونری (60 درصد) و پس از آن T.B منتشر (20 درصد) و T.B مفصل هیپ (20 درصد) بود.

استنتاج: شیوع T.B در بیماران پیوند کلیه بیشتر از افراد عادی است. تظاهرات آن غیر معمول است و اثر زیادی روی سلامت فرد و عضو پیوندی دارد، در نظر داشتن بیماری و دقت و توجه کافی در پی‌گیری درازمدت این بیماران باعث تشخیص و درمان صحیح و به موقع و کاهش عوارض بیماری خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: توبرکولوزیس - پیوند کلیه

مقدمه

توبرکولوزیس یکی از ارگانیزم‌های فرصت‌طلبی است که دریافت‌کنندگان پیوند کلیه به علت تضعیف مزمن سیستم ایمنی در معرض خطر بالایی برای ابتلاء به آن هستند. چون تضعیف سیستم ایمنی در ماه‌های اول پس از پیوند کلیه به اوج می‌رسد، خطر ابتلا به بیماری در این دوره اولیه بیش‌تر است.

عفونت‌ها یکی از علل مهم بیمارگنی و مرگ و میر در دریافت‌کنندگان پیوند اندام‌های جامد (Solid) هستند و این افراد نه تنها در معرض ابتلاء به عفونت‌های اولیه می‌باشند، بلکه خطر فعال شدن عفونت‌های نهفته و یا عفونت با عواملی که از طریق بافت پیوندی منتقل می‌شوند نیز در آن‌ها بالا می‌باشد (1). مایکوباکتریوم

* + اصفهان: هشت بهشت - خ استانداری - بیمارستان خورشید

* متخصص ارولوژی، (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**دستیار ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

***متخصص پاتولوژی، استاد یار جهاد دانشگاهی

E تاریخ دریافت: 83/12/23

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 84/2/25

تاریخ تصویب: 84/8/11

ولی در هر زمانی پس از پیوند، عفونت ممکن است بروز کند (3و2).

عفونت با مایکوباکتریوم توبرکولوزیس در بیماران پیوندی ممکن است به علت استنشاق ذرات آلوده، فعال شدن مجدد یک ضایعه نهفته (شایع ترین علت)، یا انتقال همراه با بافت پیوندی باشد (4).

شیوع TB در بیماران دریافت کننده پیوند کلیه 30-50 برابر افراد عادی می باشد (5،2) و ارتباط مستقیمی با خصوصیات همه گیری شناسی منطقه ای بیماری دارد؛ به طوری که میزان شیوع آن از 1-0/5 درصد در آمریکا 4-1 درصد در اروپا و تا 11 درصد در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است (6 تا 8).

با توجه به متداول بودن نسبی پیوند کلیه در ایران، آندمیک بودن کشورمان از نظر ابتلا به TB، شیوع بیش تر TB در بیماران پیوندی و نیز تظاهرات غیر معمول و بیمارگنی و مرگ و میر بالای آن و اهمیت تشخیص و درمان به موقع بیماری و عدم انجام مطالعات کافی در این زمینه، پژوهش و تحقیق در این مورد ارزشمند به نظر می رسد.

مواد و روش ها

در این مطالعه 700 بیمار دریافت کننده پیوند کلیه، شامل 501 مرد و 199 زن که در مراکز دانشگاهی خورشید و الزهراء وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بین سال های 73 تا 82 به مدت 10 سال مورد پیوند کلیه قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد 10 بیمار با تشخیص قطعی T.B تحت درمان قرار گرفته بودند که، موضوع این مطالعه می باشند. تشخیص T.B در این موارد براساس تظاهرات بالینی و یافته های پرتونگاری مورد شک قرار گرفته بود و به وسیله مثبت شدن یک یا بیش تر از سه آزمایش؛

اسمیر اسید فاست (Acidfast)، کشت از نظر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس و یا یافته های بافت شناسی در نمونه های بافتی حاصل از بیوپسی یا نمونه جراحی، قطعی شده بود. اطلاعات دموگرافیک، فاصله بین پیوند کلیه تا تشخیص سل، محل درگیری، سابقه قبلی (chemoprophylaxia) پی آمد (Out come) و بقا (surviva) گرفت مورد مطالعه قرار گرفتند.

برای گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای تهیه شد و اطلاعات پرونده های بیماران توسط دو نفر پرسشگر استخراج گردید و در پرسشنامه ثبت شد.

یافته ها

از بین 700 بیمار دریافت کننده پیوند کلیه بین سال های 73 تا 82 به مدت 10 سال، 10 مورد قطعی مبتلا به توبرکولوزیس پیدا شد (شیوع 1/4 درصد) از این تعداد 8 نفر (80 درصد) مرد و 2 نفر (20 درصد) زن بودند. میانگین سن مبتلایان 37/9 سال (71-24 سال) و میانگین فاصله بین پیوند کلیه تا تشخیص T.B 15/7 ماه (از یک تا 48 ماه) بود. از نظر محل درگیری، شایع ترین محل، ریه ها بود که در 6 بیمار (60 درصد) درگیر شده بود. 2 مورد (20 درصد) سل مفصل هیپ داشتند و 2 بیمار (20 درصد) سل منتشر داشتند (که یک بیمار سل منتشر با درگیری منژ و یک مورد سل منتشر با درگیری کلیه پیوندی بود).

یکی از بیماران مبتلا به علت مثبت شدن آزمون PPD¹، از 3 ماه قبل از پیوند تحت درمان پیش گیری با ایزونیاژید بوده است ولی با این حال یک ماه پس از پیوند، مبتلا به سل فعال ریوی شده است. شایع ترین

1- Purified protein. Derivation

در این مطالعه هم شیوع T.B در دریافت کنندگان پیوند کلیه، 1/4 درصد بود که این مقدار بسیار بیش تر از مقدار ابتلا در افراد عادی می باشد (براساس آمار مرکز بهداشت استان اصفهان میزان بروز T.B در این استان 10/56 درصد هزار نفر جمعیت می باشد). شایع ترین تظاهر بیماری در اکثر مطالعات گرفتاری پرده جنب ریه می باشد که حدود 75 درصد موارد را در بر می گیرد (9,8,3). در یک مطالعه درصد شیوع T.B خارج ریوی در بیماران پیوند کلیه و بیماران با سرکوب سیستم ایمنی در مقایسه با افراد عادی بیش تر است (14). اثبات تشخیص اولیه و شروع سریع درمان نقش مهمی در پیش آگهی بیماری دارد. بنابراین همه تلاش ها باید در جهت اثبات تشخیص به کار رود و وجود باسیل سل در ترشحات ریوی، ادرار یا هر جای مشکوک دیگری به وسیله اسمیر مستقیم یا کشت جست و جو شود (9,15). در بیماران پیوند کلیه و بیماران با سرکوب سیستم ایمنی به علت کاهش پاسخ ایمنی، واکسن میزبان و تخریب بافتی کم شده و ایجاد حفره (Cavitation) در ریه ها کم تر اتفاق می افتد و علاوه بر آن، نمای تپیک پرتونگاری ممکن است کم تر دیده شود. اسمیر خلط نیز در بیماران کم تر مثبت می شود (16,17,18). با توجه به این که تظاهرات بیماری نیز در این ها غیر معمول تر است، مشکلات و محدودیت های تشخیصی را به وجود می آورد و نیاز به روش های تشخیصی تهاجمی تر را مطرح می کند. استفاده از روش های تشخیصی کمکی مانند P.C.R و اندازه گیری سطح ADA (Adenosine de aminase) در این بیماران باید مدنظر باشد و مطالعات بیش تری روی آن صورت گیرد. در درصد زیادی از بیماران مبتلا به T.B عفونت های همراه دیگر نیز یافت می شوند و این مسأله نیاز به جست و جوی دقیق برای یافتن بیش از یک پاتوژن را در این بیماران دچار ضعف شدید سیستم ایمنی نشان می دهد. درمان استاندارد در این بیماران باید

تظاهر بیماری، تب، ضعف و تعریق (70 درصد) و پس از آن سرفه بیش از 3 هفته و کاهش وزن (50 درصد) بوده است. از نظر پی آمد بیماری، 2 مورد (20 درصد) مرگ به علت توبرکولوزیس، 3 مورد (30 درصد) پس زدن پیوند و برگشت به دیالیز، و 5 مورد (50 درصد) بهبودی و بازگشت عملکرد عضو پیوندی داشتند.

بحث

T.B یکی از عفونت های فرصت طلب مهم در بیماران پیوند کلیه می باشد و شیوع آن به مراتب در این بیماران بیش تر از افراد عادی است، علایم اختصاصی و حتی غیر اختصاصی T.B در بسیاری از این بیماران دیده نمی شود و بیماری در افراد دچار ضعف سیستم ایمنی اغلب با علایم و نشانه های مبهم مثل ضعف، تب طولانی، کاهش وزن و یا اختلال عملکرد عضو پیوندی مثل افزایش کراتینین و علایم رد پیوند تظاهر می کند و این تظاهر غیر معمول بیماری، در موارد زیادی باعث تشخیص دیررس و بیمارگنی و مرگ و میر قابل ملاحظه در این بیماران می شود. بنابراین دقت و توجه کافی و در نظر داشتن این بیماری در پی گیری طولانی مدت این بیماران به تشخیص زودس و درمان صحیح و به موقع بیماری و در نتیجه بقای بیمار و حفظ ارگان پیوندی کمک زیادی خواهد کرد.

شیوع بیماری در کشورهای در حال توسعه و مناطقی که برای T.B آندمیک هستند بالاتر است؛ به طوری که شیوع زیر 1 درصد در آمریکا؛ تا 3/5 درصد در عربستان سعودی؛ تا 11 درصد در آفریقای جنوبی و 11/8 درصد در هند و 14/5 درصد در پاکستان گزارش شده است (3,6,9 تا 11). در یک مطالعه در کشور ما توسط دکتر اصلاتی و همکاران (1380) شیوع T.B در بیماران پیوند کلیه 1/4 درصد گزارش شده است (12).

روده‌ای سطح خونی سیکلوسپورین را پایین می‌آورد (19-20) و هم‌چنین ریفامپین به علت تاثیر در کاتابولیس کورتیکواستروئیدها ممکن است باعث شود نیاز به کورتیکواستروئیدها افزایش یابد (4، 19، 21).

سریعاً شروع شود و توجه ویژه‌ای به تداخل‌های دارویی بین داروهای مهارکننده سیستم ایمنی و داروهای آنتی T.B شود، به خصوص درمورد ریفامپین با سیکلوسپورین و ریفامپین با کورتیکواستروئیدها. به خاطر این که ریفامپین با تحریک آنزیم‌های میکروزمال کبدی و آنزیم‌های سیتوکروم P-450

فهرست منابع

- Lichtenstein IH, MAC Gregor RR, Mycoacterial infection in renal transplant recipients: report of five and rebiew of the literature. *Rev infect Dis* 1983, 5; 216-226.
- Rubin RH, wolfson JS, cosimi AB, Infection in the renal transplant recipient. *Amy Med* 1981; 70: 405- 411.
- Qunibi WY, Al siba MB, Taher S. mycobacterial infection after renal transplantation report of 14 case and review of the literature. *QJ med* 1990; 77: 1039- 1060.
- Aguado JM, Herrero JA, Gavalda J. clinical presentation and outcome of tuberculosisin kidney. Lever and heart transplant recipient in spain: *transplantation* 1997; 63: 124- 1286.
- De paula FJ Azevedo LS, saldaniia LB, Laniez LE, Sabbaga E: Tuberculosis in renal transplant patients. *Rev Inst med trop suopaulo* 1987; 298- 275.
- Lioveras J. Peterson PK, simmons RL, Najarian js: mycobacterial infections in renal transplant patients. *Arch intern med* 1982; 142: 888- 892.
- Higgins RM, Cahn AP, Porter D. Myeobacterial infections after renal transplantation: *Q med* 1991; 286: 142- 153.
- Sakhuja V, Jha V, varma PP, Joshik, Chugh KS. The high incidence of tuberculosis among renal transplant recipients in India. *Transplantation* 1996; 61: 211- 215.
- Hall CM, willcox PA, swanepole CR, Kahn D, Van- zy1- smit R. Nycobacterial infection in renal transplant recipients *chest* 1994: 106: 435- 439.
- Malhotla KK, dashsc and renal transplantation Dhawan IK, dashsc, and renal transplantation dhawan IK, Bhuyan Un. Guptaa A. Tuberculosis observation from an endemic area of tuberculosis *post grad med J* 1986: 62: 359- 362.
- Naqvi SA, Hussain m, Askari H, et al. Is there a place for prophylaxis against tuberculosis following renal transplantation. *Transplant proc* 1992: 24: 1912.

12. Aslan J, Einollahi B. Prevalence of tuberculosis after renal transplantation in Iran. *Transplant proc* 2001; 33: 2804-2805.
13. Amgad E, EL-Agroudy, Ayman tuberculosis in Egyptian Kidney transplant recipients. *J Nephrol* 2003; 16: 404- 411.
14. Rubin RH. Infections diseases complications of renal transplantation *kidney int* 1994; 44: 221- 236.
15. Naqvi A, Akhtar F, Naqvi R, problems of diagnosis and treatment of tuberculosis following transplantation. *Transplant proc* 1997; 29: 3051- 3052.
16. Barnes PF, Verdegem TD, Vachon LA, Leedom imo chest roentgenogram in pulmonary tuberculosis new on an old test. *Chest*. 1998; 94: 316- 320.
17. Dannenbely Am JR. Immune mechanisms in the pathogenesis of pulmonary tuberculosis. *Rev Infect Dis* 1989; 11: 5369- 378.
18. Skoghergk, Ruutu P, Tukianep, Valtonen V. Effect of immunosuppressive therapy on the clinical presentation and outcome of tuberculosis. *Clin infect Dis* 1993; 17: 1012- 1017.
19. Langhoff E, madsen S. Rapid metabolism of cyclosporine and prednisone in kidney transplant patient receiving tuberculostatic treatment. *Lancet* 1983; 2: 1031.
20. Offerman G, Kellerf Molzhn M. low cyclosporine A blood levels and acute graft rejection in a renal transplant recipient during rifampin treatment. *Am J nephrol* 1985- 5: 385.
21. Buffington GA, Dominguez Jh, Interaction of rifampin and glucocorticoids. Adverse effect on renal allograft function. *J Am Med assoc* 1976; 236: 1958- 1980.