فصلنامه بیماریهای عفونی و گرمسیری وابسته به انجمن متخصصین بیماریهای عفونی و گرمسیری سال یازدهم، شماره ۳۲، صفحات ۴۵ تا ۴۷، بهار ۱۳۸۵

غربالگری سیفیلیس در خانمهای حامله شهر یزد

دكتر جمشيد آيت اللهي ^{۱*}، عليرضا زارع ^۲

۱. متخصص بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی یزد.

۲. کارشناس مبارزه با بیماریها

*آدرس برای مکاتبه: یزد، صفائیه، بیمارستان شهید صدوقی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، نمابر: ۸۲۲۴۱۰۰ jamshidayatollahi@yahoo.com

دریافت مقاله: بهمن هشتاد و چهار پذیرش برای چاپ: فروردین هشتاد و پنج

چکیده

سابقه و هدف: سیفیلیس بیماری عفونی است که عمدتاً از طریق تماس جنسی منتقل می شود. انتقال بیماری از مادر به فرزند در داخل رحم و همینطور از طریق خون نیز گزارش شده است. در ایران به طور معمول خانمهای حامله از نظر سیفیلیس بررسی می شوند. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی آزمایش RPR مثبت در خانمهای حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۶ انجام گرفت تا لزوم بکارگیری این آزمایش در افراد فوق مورد بررسی قرار گیرد.

مــواد و روش ها: در این مطالعه متکی بر داده های موجود پرونده کلیه خانم های حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۶ از نظر جواب آزمایش RPR مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت

یافته ها: میانگین سنی خانم های حامله ۲۲ سال و میانگین تعداد زایمان انجام شده به ازای هر خانم ۱/۵ فرزند بود. از ۱٤٨٤ خانم حامله مراجعه کننده که برای آنها آزمایش RPRانجام شده بود هیچ موردی مثبت گزارش نشده بود.

نتیجه گیری: طبق نتایج به دست آمده در خانمهای حامله مورد بررسی در یزد، سیفیلیس وجود ندارد به همین علت در سطح کشور مطالعات مشابه باید انجام گیرد تا در صورت مشاهده نتایج مشابه هزینههای مربوط به انجام این تست صرف بیماریابی عفونتهای شایع تر گردد.

واژگان کلیدی: سیفیلیس، خانمهای حامله، RPR، یزد

مقدمه

سیفیلیس بیماری عفونی است که معمولا از طریق تماس جنسی منتقل می شود. ولی می تواند از طریق خون یا در زمان حاملگی از مادر به فرزند نیز منتقل شود(۱). شیوع این بیماری در کشورهای مختلف متفاوت بوده و در ایران، به خصوص در خانمهای جوان و حامله، بسیار کم گزارش شده است(۲). در صورت ابتلا به بیماری و پس از یک دوره کمون ۲ تا ۲

هفتهای ضایعات در محل تلقیح میکروب آشکار میشوند که معمولا همراه با بزرگ شدن غدد لنفاوی همان موضع است. این ضایعات حتی اگر درمان نشوند معمولاً پس از ۲-۶ هفته خوب میشوند (۳). پس از یک دوره کمون مجدد، یک مرحله باکتریمیک ثانویه ایجاد میشود که همراه با ضایعات جلدی مخاطی منتشر و لنف آدنوپاتی سیستمیک است که پس از

بهبودی این ضایعات، بیماری وارد دوره کمون دیگری می شود که معمولاً چند سال طول می کشد. در صورتی که این بیماران درمان نشوند سرانجام یک سوم آنها وارد فاز سوم بیماری می شوند که از خصوصیات آن ضایعات جلدی مخاطی، عضلانی و اسکلتی و ضایعات پارانشیمال تخریبی، آئورتیت و یا گرفتاری سیستم عصبی مرکزی است(٤).

انتقال ترپونما پالیدوم از مادر به جنین در هر مرحلهای از حاملگی ممکن است اتفاق بیفتد و بلافاصله پس از تولد و یا چند سال بعد ممکن است علائم بیماری آشکار شود. معمولاً اولین علامت بیماری در کودک رینیت و سپس ضایعات جلدی مخاطی است. ولی ممکن است ضایعات استخوانی، مخاطی است فرندی، خونی، زردی، ترومبوسیتوپنی و لکوسیتوز نیز مشاهده شود (۵).

برای تشخیص بیماری از آزمایشات مختلفی می توان کمک گرفت. معمولاً در شروع بررسی، از آزمایشات غیر تره پونمایی مانند PPR و Venereal Disease Research) VDRL و Laboratory استفاده شده و در صورت مثبت شدن این آزمایشات برای تائید آن آزمایشاتی مانند FTA-ABS ویا (Treponema Pallidum Hemagglutination test) TPHA

با توجه به گزارشات قبلی که میزان آلودگی خانمهای حامله را در ایران بسیار کم گزارش کردهاند، این بررسی در یزد انجام گرفت تا میزان آلودگی خانمهای حامله مراجعه کننده به درمانگاههای بهداشتی درمانی را مشخص کند.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی مقطعی پرونده ۱٤۸۶ خانم حامله که در ضمن حاملگی برای آنها آزمایش RPR انجام شده بود و طی سالهای ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۵ به درمانگاههای بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت.

يافتهها

از ۱٤٨٤ خانم حامله مورد بررسی با آزمایش RPR، هیچ مورد مثبتی گزارش نشده بود. میانگین سنی خانمهای مورد

مطالعـه ۲۲ سـال و حداقل و حداکثر سن آن ها ۱۵ و 20 سال بـود. میانگین تعداد فرزندان خانمهای مورد مطالعه ۱/۵ کودک بود.

ىحث

در مطالعـه ما در بین ۱٤٨٤ خانم حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد، کلیه آزمایشات RPR منفی بود. در مطالعه انجام شده در مشهد بر روی خانمهای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در سالهای ۸۰-۷۹ از میان ۹۸۹۲۵ آزمایش انجام شده فقط ۳ مورد آزمایش مثبت VDRL گزارش شده، که فقط یک مورد آنها تحت درمان قرار گرفته و دو مورد آنها پیگیری نشده اند و بروز VDRL مثبت در زنان باردار مشهد طی زمان فوق ۳ درصد هزار گزارش شده است(۲). در مطالعه دیگری که در استان سیستان و بلوچستان بر روی ۱۹٤٥٠ خانم حامله در سال ۱۳۸۱ انجام شده است فقط شش نفر از خانمهای فوق دارای تست VDRL مثبت بودند که با پیگیریهای بعدی در هیچکدام بیماری سیفیلیس با تستهای اختصاصی تائید نشده بود که با توجه به عدم وجود بیماری دیگر و عدم اعتیاد در شش خانم فوق، VDRLهای مثبت به حساب مثبت کاذب گذاشته شده بود (۸). در مطالعهای نیز که در عربستان سعودی طی سالهای ۲۰۰۳-۲۰۰۳ بر روی ۳۲۷۰ خانم حامله انجام شد فقط یک مورد سیفیلیس اثبات شده و شیوع بیماری ۰/۰۳ درصد گزارش گردیده است(۹). در مقابل کشـور ایـران و عربستان، که شیوع سیفیلیس خیلی کم گزارش شده است شیوع این بیماری در خانمهای حامله در چند کشور دیگر به شرح زیر می باشد: اتیوپی ۱۳/۷٪ و ۱۰/۷٪، جنوب افريقا ١٥٪، موزامبيك ١٨/٣٪ (١٠-١٠). نتايج فوق نشان می دهد شیوع بیماری سیفیلیس در نقاط مختلف دنیا متفاوت و طی سالها ممکن است تغییر کند و در مجموع این بیماری در کشورهای اسلامی نسبت به کشورهای غیر اسلامی کم (۹) و در کشورهایی مانند ایران و عربستان بسیار کم است.

با توجه به یافته های این مطالعه و مطالعات دیگر به نظر می رسد لازم است مطالعات مشابهی در استان های دیگر ایران انجام شود تا در صورت مشاهده نتایج مشابه، این آزمایش از

VDRL را می توان برای خانمهایی که خود یا شوهرانشان

بررسیهای معمول خانمهای بار دار حذف و هزینه آن صرف بیماریابی عفونتهای شایعتر مانند هپاتیتB شود. آزمایش دارای رفتتار پرخطر هستند انجام داد.

REFERENCES

1. Jones H, Taylor D. Montgomery CA. Prenatal and congenital syphilis in British. J obstet Gynaecol Can 2005; 27(5): 467-472.

۲. تارا سیده فاطمه، انصافی پریسا. بررسی ضرورت انجام VDRL جهت بیماریابی سیفیلیس در ایران. مجله زنان مامایی و نازایی ایران ، سال چهارم ، شماره هفتم و هشتم، بهار و تابستان ۱۳۸۰. صفحات ۵۷ تا ٦٠.

- 2. Lukehart SA. Syphilis. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al. Harrisons principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGrow-Hill; 2005; 977-984.
- 3. Tramont EC. Treponema pallidum (syphilis) In: Mandel GL, Douglas RG, Bennet JE, and editors. Principles and practice of Infectious Diseases. Edinburg: Churchill Livingstone, 2005; 2768-2783.
- 4. Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. Lancet Infect Dis. 2002; 2(7): 432-436.
- Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United kingdom: a cost effectiveness analysis. Journal of Medical Screening 2000; 7(1): 7-13.
- 6. Young H. Guidelines for serological testing for syphilis. Sexually Transmitted Infections 2000; 76(5): 403-5.

۷. شریفی مور بتول، متانت ملیحه. بررسی ضرورت انجام تست VDRL در خانم های بار دار در استان سیستان و بلوچستان در سال ١٣٨١. مجله زنان مامايي و نازايي ايران ، سال پنجم، شماره دهم و يازدهم ، بهار وتابستان ٨١، صفحات ٤٤ تا ٤٧.

- 8. Shakoor Z. Antenatal screening for syphilis at a tertiary care hospital in Riyadh. Ann Saudi Med 2004;24(4):262-264.
- 9. Azeze B, Fantahun M, Kidan KG. Seroprevalence of syphilis amongst pregnant women attending antenatal clinics in a rural hospital in northwest Ethiopia. Genitourin Med. 1995; 71(6): 347-350.
- 10. Kidan KG, Fantahun M, Azeze B. Seroprevalence of human immunodeficiency virus infection and its association with syphilis seropositivity among antenatal clinic attenders at Debretabor Rural Hospital, Ethiopia. East Afr Med J. 1995; 72(9): 579-583.
- 11. Bam RH, Cronje HS, Muir A, et al. Syphilis in pregnant patients and their offspring. Int J Gynaecol obstet 1994; 44(2): 113-118.
- 12. Lindstrand A, Bergstorm S, Bugalho A, et al. Prevalence of syphilis infection in Mozambican women with second trimester miscarriage and women attending antenatal care in second trimester. Genitourin Med. 1993; 69(6): 431-433.