

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

دکتر جمشید آیت‌اللهی^{۱*}، علیرضا 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: ۸۲۴۴۱۰۰
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 می‌شود. 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 می‌شوند. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی آزمایش RPR مثبت در خانم‌های حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۴ انجام گرفت تا لزوم بکارگیری این آزمایش در افراد فوق مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه متکی بر داده‌های موجود پرونده کلیه خانم‌های حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۴ از نظر جواب آزمایش RPR مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت

یافته‌ها: میانگین سنی خانم‌های حامله ۲۲ سال و میانگین تعداد زایمان انجام شده به ازای هر خانم ۱/۵ فرزند بود. از ۱۴۸۴ خانم حامله مراجعه کننده که برای آنها آزمایش RPR انجام 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 بیماری‌یابی عفونتهای شایع‌تر گردد.

واژگان کلیدی: سیفیلیس، خانم‌های حامله، RPR، یزد

مقدمه

هفته‌ای ضایعات در محل تلقیح میکروب آشکار می‌شوند که معمولاً همراه با بزرگ شدن غدد لنفاوی همان موضع است. این ضایعات حتی اگر درمان نشوند معمولاً پس از ۶-۴ 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

سیفیلیس بیماری عفونی است که معمولاً از طریق تماس جنسی منتقل می‌شود. ولی می‌تواند 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 ۶

مطالعه ۲۲ سال و حداقل و حداکثر سن آن‌ها ۱۵ و ۴۵ سال بود. میانگین تعداد فرزندان خانم‌های مورد مطالعه ۱/۵ کودک بود.

بحث

در مطالعه ما در بین ۱۴۸۴ 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 ۹۸۶۲۵ 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 ۱۹۴۵۰ 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 تأیید 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 ۲۰۰۳-۲۰۰۲ 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 کشور ایران و عربستان، که شیوع سیفیلیس خیلی کم گزارش شده است شیوع این بیماری در خانم‌های حامله در چند کشور دیگر به شرح زیر می‌باشد: اتیوپی ۱۳/۷٪ و ۱۰/۷٪، جنوب افریقا ۱۵٪، موزامبیک ۱۸/۳٪ (۱۰-۱۳). نتایج فوق نشان می‌دهد 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 یافته‌های این مطالعه و مطالعات دیگر به نظر می‌رسد لازم است مطالعات مشابهی در استان‌های دیگر ایران انجام شود تا در صورت مشاهده نتایج مشابه، این آزمایش از

بهبودی این ضایعات، بیماری وارد دوره کمون دیگری می‌شود که معمولاً چند سال طول می‌کشد. در صورتی که این بیماران درمان نشوند سرانجام یک سوم آنها وارد فاز سوم بیماری می‌شوند که از خصوصیات آن ضایعات جلدی مخاطی، عضلانی و اسکلتی و ضایعات پارانیشیمال تخریبی، آئورتیت و یا گرفتاری سیستم عصبی مرکزی است (۴).

انتقال تریپونما 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، هپاتواسپلنومگالی، لنف آدنوپاتی، کم خونی، زردی، ترومبوسیتوپنی و لکوسیتوز نیز مشاهده شود (۵).

برای تشخیص بیماری از آزمایشات مختلفی می‌توان کمک گرفت. معمولاً در شروع بررسی، از آزمایشات غیر تره پونمایی مانند RPR و VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) استفاده شده و در صورت مثبت شدن این آزمایشات برای تأیید آن آزمایشاتی مانند FTA-ABS و یا TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination test) بکار گرفته می‌شوند (۶،۷).

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 ۱۴۸۴ خانم حامله که در ضمن حاملگی برای آنها آزمایش RPR انجام شده بود و طی سال‌های ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۴ به درمانگاه‌های بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۴۸۴ خانم حامله مورد بررسی با آزمایش RPR، هیچ مورد مثبتی گزارش نشده بود. میانگین سنی خانم‌های مورد

بررسی‌های معمول خانم‌های بار دار حذف و هزینه آن صرف
 بیماری‌های عفونت‌های شایع‌تر مانند هپاتیت B شود. آزمایش
 VDRL را می‌توان برای خانم‌هایی که خود یا شوهرانشان
 دارای رفتار 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.
2. تارا سیده فاطمه، انصافی پریسا. بررسی ضرورت انجام VDRL جهت بیماری‌های سیفیلیس در ایران. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، سال چهارم، شماره هفتم و هشتم، بهار و تابستان ۱۳۸۰. صفحات ۵۷ تا ۶۰.
3. Lukehart SA. Syphilis. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al. *Harrisons principles of internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005; 977-984.
4. 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.
5. Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infect Dis*. 2002; 2(7): 432-436.
6. 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.
7. Young H. Guidelines for serological testing for syphilis. *Sexually Transmitted Infections* 2000; 76(5): 403-5.
8. شریفی موربتول، متانت ملیحه. بررسی ضرورت انجام تست VDRL در خانم‌های بار دار در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۸۱. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، سال پنجم، شماره دهم و یازدهم، بهار و تابستان ۸۱، صفحات ۴۴ تا ۴۷.
9. Shakoor Z. Antenatal screening for syphilis at a tertiary care hospital in Riyadh. *Ann Saudi Med* 2004; 24(4): 262-264.
10. 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.
11. 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.
12. Bam RH, Cronje HS, Muir A, et al. Syphilis in pregnant patients and their offspring. *Int J Gynaecol obstet* 1994; 44(2): 113-118.
13. 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.