

شیوع نازایی به دنبال سل ژنیتال در زنان

دکتر بتول شریفی مود^۱ - دکتر مسعود صالحی^۲

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سل هنوز یکی از معضلات مهم بهداشتی در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. با توجه به این که پراکندگی موارد سل ژنیتال و شیوع نازایی متعاقب آن در کشورهای در حال توسعه، در مقایسه با کشورهای پیشرفته، متفاوت است، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع نازایی در زنان مبتلا به سل ژنیتال در زاهدان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی - توصیفی تمام پرونده‌های بیماران مبتلا به سل خارج ریوی موجود در مرکز سل شهرستان زاهدان از سال ۱۳۷۳-۱۳۸۳ (مدت ده سال) بررسی شدند؛ سپس پرونده بیماران مبتلا به سل ژنیتال جدا شد و در نهایت زنان مبتلا به سل ژنیتال مورد بررسی قرار گرفتند. نکات موجود در پرونده از قبیل علائم بالینی، تست جلدی سل، نتایج هیستروسالپینگوگرافی، بیوپسی آندومتر، سن، جنس، ملیت و کشت خون قاعدگی در پرسشنامه ثبت شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از روش آمار توصیفی - تحلیلی ارزیابی شد.

یافته‌ها: از بین ۹۷۳ بیمار مبتلا به سل خارج ریوی، ۷۶ نفر سل ژنیتال (۶۱ مورد زن و ۱۵ مورد مرد) داشتند. سل ژنیتال ۷/۷٪ کل موارد سل خارج ریوی را تشکیل می‌داد. از ۶۱ زن مبتلا به سل ژنیتال، ۵۱ بیمار (۸۵/۲٪) نازایی داشتند. ۴۲ نفر (۶۹٪) از مبتلایان به سل ژنیتال، ایرانی و بقیه افغانی بودند. ۳۸ نفر (۹۲٪) از زنان ایرانی مبتلا به سل ژنیتال، نازایی داشتند؛ در حالی که ۱۳ نفر (۶۸٪) از زنان افغانی مبتلا به سل ژنیتال، نازا بودند. نسبت بروز نازایی در زنان ایرانی به طور معنی‌داری بیشتر از بروز نازایی در زنان افغانی بود ($P=0/03$). بیشترین موارد نازایی در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از بررسی فوق و مشاهده ۷/۷٪ موارد سل ژنیتال در زنان و آمار بالای نازایی در این گروه، به نظر می‌رسد هنوز سل یکی از علل مهم بیماری و نازایی در زنان جامعه ما به شمار می‌رود.

واژه‌های کلیدی: سل ژنیتال زنان؛ نازایی؛ شیوع؛ زاهدان

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۲؛ شماره ۳ و ۴؛ سال ۱۳۸۴)

^۱ نویسنده مسؤل؛ متخصص بیماریهای عفونی؛ استادیار گروه آموزشی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

آدرس: زاهدان - بیمارستان بوعلی - مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری

تلفن: ۰۵۴۱-۳۲۲۹۸۱۱ - نمابر: ۰۵۴۱-۳۲۲۹۸۱۱ - پست الکترونیکی: batoolsharifi@yahoo.com

^۲ متخصص بیماریهای عفونی؛ استادیار گروه آموزشی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مقدمه

زنان نیز متفاوت و از ۰/۵-۲۹٪ گزارش شده است (۵،۴). با توجه به بالا بودن آمار سل و بخصوص سل دستگاه تناسلی و بالا بودن آمار نازایی در زاهدان، مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی این بیماری می‌تواند جهت راهیابی در امر پیشگیری و درمان بسیار حائز اهمیت باشد؛ به همین دلیل مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع نازایی در زنان مبتلا به سل ژنیتال در زاهدان انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی - توصیفی تمام پرونده‌های بیماران مبتلا به سل خارج ریوی موجود در مرکز سل زاهدان از سال ۱۳۷۳-۱۳۸۳ (مدت ده سال) بررسی شدند؛ سپس پرونده بیماران مبتلا به سل ژنیتال جدا شد و در نهایت زنان مبتلا به سل ژنیتال مورد بررسی قرار گرفتند. نکات موجود در پرونده از قبیل علائم بالینی، تست جلدی سل، نتایج هیستروسالپینگوگرافی، بیوپسی آندومتر، سن، جنس، ملیت و کشت خون قاعدگی در پرسشنامه ثبت شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از روش آمار توصیفی - تحلیلی ارزیابی شد.

یافته‌ها

از بین ۲۹۸۰ بیمار مبتلا به سل ۹۷۳ مورد (۳۲/۶٪) سل خارج ریوی داشتند که در بین آنها ۷۶ مورد (۷/۷٪) سل ژنیتال مشخص شد که ۶۱ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بودند. سل دستگاه تناسلی در زنان ۸۰٪ کل موارد سل دستگاه تناسلی بود. از ۶۱ زن مبتلا به سل ژنیتال ۴۲ نفر (۶۹٪) ایرانی و بقیه افغانی بودند. متوسط سن مبتلایان به سل ژنیتال ۲۵ سال بود و بیشترین موارد نازایی در گروه سنی بین ۲۰-۳۹ سال مشاهده شد. در بین ۴۲ زن ایرانی مبتلا به سل ژنیتال، ۳۸ مورد (۹۲٪) نازایی داشتند که ۲۷ مورد نازایی اولیه و ۱۱ نفر مبتلا به نازایی ثانوی بودند؛ در حالی که موارد نازایی در زنان افغانی مبتلا به سل ژنیتال ۱۳ نفر (۶۸/۴٪) بود و تمام

طبق آخرین آمار، قریب به یک‌سوم جمعیت دنیا به عفونت سل آلوده می‌باشند (۱). سل دستگاه تناسلی زنان معمولاً ثانوی به انتشار هماتوژنیک از کانون ریه یا سایر نقاط بدن ایجاد می‌شود و گاهی از طریق انتشار مستقیم از کانونهای مجاور بروز می‌نماید. سل بندرت از راه شریک جنسی مرد مبتلا به اپیدیدیمیت سلی به دستگاه تناسلی زن منتقل می‌شود (۱-۳). اغلب زنان مبتلا با خونریزیهای غیرمعمول یا با درد مبهم و مزمن پایین شکم مراجعه می‌کنند. گاه در بیماران مبتلا به سل آندومتر، دیسمنوره یا دیسپارونی مشاهده می‌شود. وقوع حاملگی در حضور سل ژنیتال شایع نیست و وقتی هم اتفاق می‌افتد سقط خودبه‌خود یا حاملگی اکتوپیک ایجاد می‌شود (۴،۵). تشخیص معمولاً با شرح حال سابقه زندگی در مناطق آندمیک و سابقه بیماری سل در فامیل مطرح می‌شود. شکم و لگن در ۶۰٪ موارد در معاینه طبیعی است. گاه بیمار با علائم عفونت لگن یا توده لگنی مراجعه می‌کند. رادیوگرافی ریه می‌تواند طبیعی باشد یا ضایعات بهبودیافته قدیمی را نشان دهد. اگرچه تعداد زیادی نیز عکس ریه طبیعی دارند و سابقه عفونت سل را در گذشته نشان نمی‌دهند. تست توبرکولین اغلب بیماران مثبت است. جهت تشخیص معمولاً کشت خون قاعدگی - هیسترو سالپینگوگرافی و بیوپسی آندومتر صورت می‌گیرد (۱،۲،۴،۵). شیوع واقعی سل ژنیتال و بروز نازایی به دنبال آن نامشخص است؛ اما در مناطقی که سل شایع است، علت مهم نازایی در زنان محسوب می‌شود. سل ژنیتال معمولاً عارضه سل اولیه بعد از شروع منارک می‌باشد؛ یعنی زمانی که لوله‌های فالوپ واسکولار می‌شوند. در بین سل دستگاه ژنیتال زنان سل لوله‌ها علت مهم ناباروری در زنان می‌باشد؛ چون چسبندگی جدار لوله علت اساسی بارور نشدن تخمک می‌باشد (۶-۸). درصد شیوع سل ژنیتال متفاوت است و از ۱٪ در کشورهای توسعه‌یافته تا ۱۴٪ در کشورهای در حال توسعه گزارش می‌شود (۹-۱۱). شیوع نازایی به دنبال سل دستگاه تناسلی

شده است (۱۱). مطالعه انجام شده در بیمارستان قائم مشهد، سرویسیت، اختلالات هورمونی و انسداد لوله به دنبال سل به ترتیب سه علت مهم نازایی در این بررسی بوده است (۱۳). از طرفی در یک مطالعه تحلیلی- کاربردی در سال ۱۳۷۶ در زاهدان، از ۵۵۰ خانوار، شیوع نازایی ۲۹/۴۵٪ گزارش شده است (۱۱). در مطالعه حاضر در بین کل زنان مبتلا به سل دستگاه تناسلی، فقط در ۳ مورد شواهد دال بر بیماری قبلی سل ریه مشاهده شد و تست مانتو در ۹۲٪ از آنان مثبت بود و ۹۲٪ از زنان مبتلا به سل، نازایی داشتند؛ ولی در مطالعه دکتر متانت و همکاران، رادیوگرافی ریه همه بیماران طبیعی بود و تست مانتو در ۹۲٪ از بیماران مثبت بود و در ۸۹٪ موارد علت مراجعه بیماران به متخصص زنان، نازایی بود.

با مقایسه نتایج بررسی فوق با سایر مطالعات مشابه در کشور به نظر می‌رسد بیشترین آمار زنان مبتلا به سل دستگاه تناسلی و در نهایت نازایی متعاقب آن مربوط به جنوب شرق کشور و استان سیستان و بلوچستان است. با توجه به آمار گزارش شده در کل شیوع سل ژنیتال در آمریکا، کمتر از ۱٪ کل موارد سل و در کشورهای توسعه نیافته، تا ۱۳٪ گزارش شده است (۴، ۱). در مطالعه انجام شده، در رواندا، ۳۴٪ زنان نازا مبتلا به نازایی اولیه بودند که آندومتریته سلی علت ۶/۵٪ موارد نازایی اولیه را تشکیل داده بود (۱۵). مطالعه دیگری در مالاوی، شیوع نازایی به دنبال سل ژنیتال را ۳۶/۷٪ گزارش کرد. در این مطالعه اختلال در قاعدگی شایعترین تظاهر سل ژنیتال بود (۱۶). در بررسی انجام شده در هند، از کل ۹۷ زن مبتلا به سل دستگاه تناسلی ۵۸٪ مبتلا به نازایی بودند (۱۷). به نظر می‌رسد سل یکی از علل مهم نازایی در کشورهای است که بیماری در آنجا شایع می‌باشد (۱۸، ۱۹).

بالا بودن آمار نازایی در این استان و از طرفی شیوع بالای سل ژنیتال نسبت به سایر مطالعات انجام شده در کشور حکایت از این می‌کند که در جامعه ما هنوز سل یکی از علل مهم نازایی در زنان می‌باشد؛ بنابراین با توجه به تفاوت‌هایی که در پراکندگی موارد سل در کشورهای مختلف دنیا و نیز مناطق

موارد به دلیل نازایی اولیه مراجعه کرده بودند.

نسبت بروز نازایی در ایرانیان به طور معنی‌داری بالاتر از بروز نازایی در زنان افغانی بود ($P=0/03$). در رادیوگرافی ریه، تنها ۳ زن مبتلا به سل ژنیتال شواهدی از درگیری ریه مشاهده شد. تست مانتو در ۹۲٪ از زنان مبتلا به سل دستگاه تناسلی مثبت بود و ۹۲٪ از زنان مبتلا به سل، نازایی داشتند. در تمام زنان نازا، هیسترو سالپنگوگرافی انجام شده، بسته‌بودن لوله‌ها را نشان داده و در ۴۹٪ از این بیماران بیوپسی آندومتر انجام شده بود که در همه موارد بیوپسی شده، گرانولوم تیبیک توپرکولوزی مشاهده شده بود. کشت خون قاعدگی در ۱۱٪ زنان نازا صورت گرفته بود که همه موارد کشت منفی بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی فوق نشان داد که شیوع سل ژنیتال زنان نسبت به کل سل خارج ریوی در مجموع ده سال (۶۱ مورد) برابر ۶/۲٪ کل موارد سل خارج ریوی بوده است؛ در حالی که سل ژنیتال در مردان ۱/۵٪ کل موارد سل خارج ریوی را تشکیل می‌داد. می‌توان گفت شیوع سل ژنیتال در زنان چهار برابر سل ژنیتال در مردان است. در کل سل ژنیتال ۷/۷٪ موارد سل خارج ریوی را تشکیل می‌داد. در مطالعات انجام شده در کشور آمار متفاوتی گزارش شده است (۱۱-۱۴)؛ به عنوان مثال، در مطالعه انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری، سل ژنیتال ۳/۴٪ کل موارد سل خارج ریوی را تشکیل داده است (۱۴)؛ همچنین در مطالعه دکتر متانت و همکاران که طی پنج سال (۱۳۷۹-۱۳۸۳) در زاهدان صورت گرفت، شیوع سل ژنیتال ۶/۴۷٪ گزارش شد. در این بررسی نازایی نیز شایعترین عارضه سل ژنیتال گزارش گردید (۴). در مطالعه انجام شده در استان خراسان رضوی (مشهد) طی سالهای ۱۳۷۶-۱۳۸۰، سل ژنیتال زنان ۱/۶۲٪ کل موارد سل خارج ریوی را شامل شده است (۱۲). در یک مطالعه در یزد، آمار نازایی به دنبال سل دستگاه تناسلی زنان ۴٪ گزارش

تقدیر و تشکر

از همکاری صمیمانه کارکنان محترم مرکز سل زاهدان، بخصوص جناب آقای دکتر جهانتیغ (پزشک هم‌هنگ‌کننده سل استان) تشکر و قدردانی می‌شود.

مختلف یک کشور وجود دارد، مطالعات اپیدمیولوژیک سل بخصوص سل ژنیتال در مناطق مختلف کشور پیشنهاد می‌شود تا با پرداختن به امر بیماریابی و درمان بموقع، بتوان در جلوگیری از عوارض سل و نازایی و پیدایش اشکال تأخیری سل مؤثر واقع شد.

منابع:

- 1-Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Douglas M, Bennette S. Principle and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Chrchill Livingstone; 2000.
- 2- Ozbay B, Uzunk K. Extrapulmonary tuberculosis in high prevalence of tuberculosis and low prevalence of HIV. Clin.Chest Med. 2002; 23 (2): 503-508.
- 3- Genital Tuberculosis. Available from: <http://www.merk.com/mrkshared/mmanual/section13/chapter157/157g/Jsp>.
- ۴- متانت م، شریفی مود ب، علوی نایینی ر. سل ژنیتال در زنان. مجله زنان و مامایی و نازایی ایران. ۱۳۸۲؛ دوره ۶ (شماره ۱): ۴۶-۵۱.
- 5- Starke JR. Tuberculosis in childhood and pregnancy. In: Tuberculosis Current Concept and Treatment. 2nd ed. Philadelphia: Chrchill Livingstone; 2001.
- 6- Metanat M, Sharifi-Mood B. Epidemiological study of tuberculosis disease in Zahedan, Southeast of Iran. Abstract Book of 4th Congress of Internal Medicine. Tehran. Iran. P: 35
- 7- Winn RE, Meier PA. Extrapulmonary tuberculosis. In: Hoeprich PD, Jordan MC, Ronald AR. Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1994. pp: 468-72.
- 8- Anonymous. Infectious diseases practice for clinician. October 1998, pp: 81-88.
- 9- Metanat M, Sharifi-Mood B. Extrapulmonary tuberculosis in Zahedan, Abstract Book of 13th Congress of Tropical Medicine and Infectious Diseases. Iran, Tehran .P: 42.
- 10- Das KM, Indudhara R, Vaidyanathan S. Sonographic features of genitourinary tuberculosis. AJR Am J Roentgenol. 1992; 158 (2): 327-29.
- ۱۱- نجار ف. تعیین شیوع ناباروری در زاهدان. کتاب خلاصه مقالات دومین کنگره سراسری و بازآموزی زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران- تهران (آبان ماه ۱۳۷۶). ص: ۸۲
- ۱۲- رکنی ف. اعتمادی ج. بررسی اپیدمیولوژیک سل خارج ریه در شهرستان مشهد در سالهای ۱۳۸۰-۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۸۱؛ شماره ۷۸- سال ۸۱ صص ۲۹-۲۲
- ۱۳- واحد ج، مرندی خ. شیوع نازایی در مرکز پزشکی قائم مشهد. کتاب خلاصه مقالات سمینار سراسری باروری و ناباروری یزد (اردیبهشت ۱۳۷۰). ص: ۱۰۱
- ۱۴- مردانی م. بررسی سل خارج ریوی و بررسی ۱۴۶ مورد. مجله نظام پزشکی. ۱۳۴۹. دوره ۱۸ (شماره ۴): ۳۵-۴۰.
- 15- Mukantabana S. Infertility in Rwanda. Imbonezamuryango. 1985; (2): 242 7.
- 16- Liomba NG, Chipangwi JD. Female Genital Tuberculosis in Malawi--a report of 90 cases. J Obstet Gynaecol East Cent Africa. 1982; 1 (2): 69 72.
- 17- Tripathy SN, Tripathy SN. Infertility and pregnancy outcome in female genital tuberculosis. Int J Gynaecol Obstet. 2002; 76 (2): 159-63.
- 18- Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. Int J Fertil Womens Med. 2004; 49 (3): 123-36.
- 19- John M, Kukkady ZA. Genital tuberculosis and infertility. Int J Gynaecol Obstet. 1999; 64 (2): 193-94.