

بررسی ضرورت انجام VDRL جهت بیماریابی سیفلیس در ایران

نویسندگان :

دکتر سیده فاطمه تارا*

استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی

دکتر پرینسا انصافی

رئیسدنت زنان و مامایی

The Necessity of performing the VDRL test for syphilis screening in Iran

Abstract:

The Necessity of performing the VDRL test in assessment of syphilis has its own importance for prenatal care in Iran.

VDRL is a routine test for screening of this disease.

With regards to the social position and the financial payments for this assessment, we investigate the necessity of this test in Iran.

Among 98625 pregnant women who have referred to medical health centers of Mashhad city from first of March 2000 till March 2002 those with positive VDRL were investigated.

The incidence of the positive VDRL patient was 0.003 % this percent is much lower than that reported by other countries.

Anyway, more assessment in the other parts of the country is recommended, and we invite our readers to pay attention to the recommendations of the authors.

Key word :

Syphilis- VDRL- Prenatal Care.

* بیمارستان حضرت زینب(س)، انتهای خیابان آخوند خراسانی، مشهد

مقدمه:

در طب زنان سیفلیس از بیماری‌های غیر شایع بوده و در طب مامایی یک علت قابل پیشگیری مرگ جنین و بیماری‌های مادرزادی است (۱). تشخیص آن بر مبنای دیدن تره‌پونما پالیدوم در ضایعات عفونی یا آزمایشات سرولوژیک می‌باشد (۲،۳). متأسفانه اکثر زنان باردار مبتلا، در زمان مراقبت‌های بارداری ضایعات واضح ندارند و در اولین فرصت باید تحت غربالگری قرار گیرند (۲).

(VDRL) Veneral Disease Research Laboratory
 یک آزمایش استاندارد غیر تره‌پونمایی است که در آن سرم حرارت دیده (۵۶ درجه سانتی‌گراد) جهت میزان قدرت آن برای فلوکوله کردن یک محلول حاوی انتی‌ژن کاردیولیپین کلسترول - لستین آزمایش می‌شود (۴).

این آزمایش به‌عنوان یک روش تشخیصی ارزان قیمت و غیر مهاجم از سال ۱۹۳۴ در دسترس می‌باشد (۵) و انجام آن جهت بیماریابی سیفلیس در زنان باردار توصیه می‌شود.

آزمایش (VDRL) به میزان ۷۰-۵۰٪ در بیماران با سیفلیس اولیه و در تمام افراد با سیفلیس ثانویه یا دیررس (latent) مثبت خواهد شد (۵). از آنجا که موارد مثبت کاذب در مورد این آزمایش به مقدار زیادی مشاهده می‌شود، پس از دریافت جواب مثبت باید با آزمایشات ضد تره‌پونمایی اختصاصی تایید شود.

این تست‌ها عبارتند از:

- 1- FTA-abs (flourescent Treponemal Antibody Absorption test)
- 2-MHA-TP (Microhemagglutination Assay for Antibodies to Treponema pallidum) TP-PA-3 و (۷،۸،۹).

(Treponema pallidum passive particle Agglutination test)
 در مناطق پرخطر برای سیفلیس مادرزادی و در افراد مشکوک باید در هفته ۲۸ حاملگی آزمایش VDRL تکرار شود (۸،۹،۱۰).

عوامل بالا برنده خطر ابتلا به سیفلیس اولیه در حاملگی عبارتند از:

- ۱- عفونت همراه با HIV (Human Immuno deficiency virus)

- ۲- حاملگی در سنین بلوغ یا عدم ازدواج رسمی
- ۳- سابقه بیماری‌های STD (sexual Transmitted disease)
- ۴- مصرف مواد مخدر بخصوص کوکائین
- ۵- عدم وجود یا ناکافی بودن مراقبت‌های پری ناتال
- ۶- زنان روسپی
- ۷- گروه‌های خاص یا برخی مناطق جغرافیایی
- ۸- درمان گنوره با سیپروفلوکساسین یا اسپکتینومایسین
- ۹- ارتباط ناکافی میان وضعیت طبسی خاص و وضعیت مادر و جنین (۹).

از آنجا که در کشور ما نیز VDRL جزء آزمایشات روتین در مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشد ولی اطلاعات اندکی در مورد این بیماری طی حاملگی و پیگیری آنها وجود دارد. لذا در این مطالعه میزان شیوع VDRL مثبت و چگونگی پیگیری بیماران را در حاملگی در شهر مشهد ارزیابی نمودیم تا لزوم انجام این آزمایش را با توجه به شرایط اجتماعی و جغرافیایی بررسی نمائیم.

با توجه به مسلمان بودن مردم کشور ما و رعایت مسائل اخلاقی و نیز پایین بودن آمار بارداری‌های نامشروع ما احتمال می‌دهیم میزان شیوع سیفلیس در کشور ما پایین باشد و در صورتیکه نتیجه مطالعه نشان دهنده شیوع ناچیز بیماری باشد پیشنهاد داشته باشیم که هزینه آزمایش صرف بررسی بیماری‌های مهم‌تری چون هپاتیت B و یا ایدز که معضل مهم‌تری هستند شود که متأسفانه غالباً در مراکز بهداشتی ارزیابی نمی‌شود.

روش کار:

در این بررسی گذشته‌نگر توصیفی با بررسی پرونده ۹۸۶۲۵ زن باردار تحت کنترل مراکز بهداشتی شهری مشهد از اول فروردین سال ۱۳۷۹ تا پایان اسفندماه ۱۳۸۰ تعداد بیماران VDRL مثبت مشخص شد.

(اطلاعات با مراجعه به مراکز بهداشت شهری شماره ۱ و ۲ مشهد و مرکز بهداشت استان خراسان تهیه شده است.)

سال چهارم
 شماره هفتم و هشتم
 بهار و تابستان ۱۳۸۰

مجله
زنان
 و نازایی
 مامایی ایران

نتایج:

از میان ۹۸۶۲۵ زن باردار تحت کنترل طی سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ در مشهد که آزمایش VDRL برای آنها انجام شده بود فقط ۳ نفر آزمایش VDRL مثبت داشته‌اند (جدول ۱ و ۲). که یک مورد از بیماران در مرکز بهداشت شماره ۲ شهری با انجام آزمایش TP-pA پیگیری و با پنی‌سیلین درمان شده است. اما هیچ اطلاعی در مورد نوزاد و سلامت وی در دسترس نیست. در دو مورد بیمار دیگر نیز هیچ پیگیری انجام نشده است. در نتیجه با توجه به بررسی فوق میزان شیوع افراد با VDRL مثبت در زنان باردار در شهر مشهد در سال ۱۳۷۹، ۴ در صد هزار نفر (95% CI = 2-10) و در سال ۱۳۸۰، ۲ در صد هزار نفر (95% CI = 2-6) می‌باشد و در کل به طور متوسط انسیدانس VDRL در زنان باردار طی سال ۷۹-۸۰ در شهر مشهد ۳ درصد هزار نفر (95% CI = 1-7) بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

در بررسی ما در مورد میزان شیوع سیفلیس در خانمهای باردار در کشور مطالعه‌ای انجام نشده بود. در مطالعه ما میزان شیوع افراد با VDRL مثبت سه در صد هزار نفر می‌باشد. در مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نتایج متفاوتی گزارش شده است. که برخی از آنها عبارتند از:

نیجریه (سال ۱۹۹۹) ۱/۱٪ (۱۰)، آرژانتین (۲۰۰۰) ۶۹/۳٪ (۱۱)، در فرانسه (۲۰۰۰) ۰/۰۲٪ (۱۲)، برزیل (۱۹۹۶) ۱/۱۶٪ (۱۳)، در موزامبیک (۱۹۹۳) ۴/۵٪ در بررسی آنته‌ناتال و ۷٪ در افراد دارای سقط سه ماهه دوم (۱۴)، زئیر (۱۹۸۹) ۱/۶٪ (۱۵) گزارش شده است. که با توجه به نتایج ذکر شده کشور ما کمترین میزان شیوع VDRL مثبت را داشته است. گرچه موارد مثبت کاذب نیز به دلیل عدم پیگیری دقیق بیماران در مراکز بهداشتی قابل ارزیابی نبود. در بررسی در آرژانتین میزان مثبت کاذب ۶۵/۹۵٪ (۱۱) و در مطالعه‌ای در شیلی ۷/۲۷٪ (۱۶) گزارش شده است.

برخی علل مثبت کاذب عبارتند از:

۱- عفونت‌های دیگر

۲- بیماری‌های اتوایمیون

۳- اعتیاد دارویی

۴- بیماری‌های بافت همبند

۵- تب روماتیسمی

۶- ترانسفوزیون‌های متعدد

۷- حاملگی

۸- سن بالا

۹- عفونت کبدی مزمن (۴)

که با توجه به موارد ذکر شده لزوم پیگیری دقیق و رد بیماری‌هایی که بطور کاذب مثبت گزارش می‌شود، ارزشمند است. بهر حال توصیه‌ها و پیشنهادات ما عبارتند از:

۱- بررسی ضرورت انجام روتین ارزیابی VDRL در خانمهای ایرانی باردار با انجام بررسی‌های جامع‌تر در سایر نقاط کشور و ارائه آمار دقیق انجام شود.

۲- با توجه به درصد بسیار پائین بیماری (سیفلیس مادری و مادرزادی) در کشور ما، بهتر است اعتبارات انجام آزمایش، صرف بیماری‌هایی در موارد شایع‌تری چون هپاتیت B و ایدز (خصوصاً در مراکز بهداشتی) شود که تهدید کننده جامعه به شمار می‌روند.

۳- انجام انتخابی آزمایش در بیماران خاص مانند موارد مشکوک به ابتلای بیماری‌های مقاربتی مثل HIV و ... و زخمهای مشکوک پرینه.

۴- آموزش و توجیه پرسنل مراکز بهداشتی در مورد نحوه دقیق بیماری‌یابی، تشخیص و درمان انتخابی در هر مرحله بیماری و پیگیری دقیق بیماران.

امید است با این گونه ارزیابی‌ها بتوان علاوه بر کمک به سطح آموزشی کشور در ارتقاء کیفی مراقبت‌های مادران باردار گامی موثر برداشت.

با تشکر فراوان از:

آقای دکتر (و غن‌کران و فائمه‌ها صفائی‌ان، علیزاده، قراشادی بخاطر همکاری در جمع‌آوری اطلاعات و آقای مظلوم که زمت بررسی آماری آن را بعهده گرفتند.

در مراقبت‌های بارداری بررسی سیفلیس از جایگاه خاصی برخوردار است VDRL. آزمایش شایع جهت غربالگری این بیماری می باشد. با توجه به وضعیت اجتماعی و صرف هزینه‌ها جهت این بررسی، بر آن شدیم تا لزوم ضرورت انجام این آزمایش در ایران را بررسی کنیم. از میان ۹۸۶۲۵ زن باردار تحت کنترل مراکز بهداشتی شهری مشهد از اول فروردین ۷۹ تا پایان اسفند ۸۰ تعداد بیماران VDRL مثبت و پیگیری آنها بررسی شد. شیوع افراد VDRL مثبت به طور متوسط در سالهای ۷۹-۸۰، ۰/۰۰۳٪ بود که در مقایسه با سایر کشورها در پایین‌ترین رده می باشد. بهر حال هر چند انجام بررسی‌های بیشتر در سایر نقاط کشور توصیه می شود، ولی توجه خوانندگان مقاله را به توصیه‌های نویسندگان جلب می کنیم. امید است مورد توجه قرار گیرد.

جدول ۱- تعداد زنان باردار تحت پوشش در مراکز بهداشتی شهری در مشهد از فروردین ۷۹ لغایت اسفند ۸۰

مجموع	سال ۷۹	سال ۸۰
مرکز بهداشت ۱	۲۷۰۳۲	۲۵۶۴۹
مرکز بهداشت ۲	۲۲۵۵۱	۲۲۳۹۳
مجموع	۴۹۵۸۳	۴۸۰۴۲

جدول ۲- تعداد زنان باردار با VDRL مثبت تحت پوشش مراکز بهداشتی شهری در مشهد از فروردین ۷۹ لغایت اسفند ۸۰

مجموع	سال ۷۹	سال ۸۰
مرکز بهداشت ۱	۱	۱
مرکز بهداشت ۲	۱	-
مجموع	۲	۱

REFERENCES:

- 1-Mathai E, Mathai M, et al. Audit of management of pregnant women with positive VDRL tests. Natl med J India 2001. Jul-Aug; 14(4):202-4.
- 2-James DK, Steer PJ, et al. High risk pregnancy. 2nd ed. WB Saunders, 1999: 566-567.
- 3-Creasy RK, Resnik R. Maternal-fetal Medicine. 4th edition. WB saunders, 1999:599
- 4-Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Churchill livingstone, 2000:2484-5.
- 5-Reece E.A, Hobbins JC. Medicine of the fetus and mother. 2nd ed. Lippincott Raven, 1999:1312.
- 6-Cunningham FG, Gant NF, et al. Williams Obstetrics. 21st ed. MC Graw-Hill, 2001: 1486-90.
- 7-Genç M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. Sex Transm Infect 2000. Apr; 76(2): 73-9.
- 8-Larkin JA, Lit L, et al. Recognizing and Treating syphilis in pregnancy. Medscape womens Health. 1998 Jan; 3(1): 5.
- 9-Feigin RD, Cherry JD. Textbook of pediatric infectious diseases. 4th ed. WB saunders, 1998:1549-50.
- 10-Obisesan KA, Ahmed Y. Rutine antenatal syphilis screening - case against. Afr J Med Med Sci. 1999 Sep-Dec; 28(3-4):185-7.
- 11-Griemberg G, Ravelli MR, et al. Syphilis and pregnancy. Prenatal control, seroprevalence and false biological positives. Medicina (B Aires) 2000; 60(3): 343-7.
- 12-Narducci F, Switala I, et al. Maternal and congenital syphilis. J Gynecol: obstet Biol Reprod (paris). 1998 Mar; 27(2): 150-60.
- 13-Amaral E, Faundes A, et al. Prevalence of HIV and Treponema Pallidum infections in pregnant women in campinas and their association with socio-demographic factors. Rev poul med 1996 Mar- Apr; 114(2):1108-16.
- 14-Lindstrand A, Bergstrom S, Bugalho A, et al. Prevalence of syphilis in Mozambican women with second trimester miscarriage and women attending care in second trimester. Genitourin med 1993 Dec; 96(6): 431-3.
- 15-Omanga U, Fendler F, et al. Sero - epidemiology of congenital syphilis in kinshasa, zair. Ann Soc Belg med trop. 1989 Dec; 96(4): 313 -8 .
- 16-Lobos P, Ortega R, et al. Prevalence of false seropositivity for syphilis in a population of pregnant women. Rev Med Chil. 1992 oct; 120(10):1121-6.