

تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به سل خارج ریوی بستری

در بیمارستان لقمان حکیم

دکتر زهره امین زاده*، دکتر حمیده اخبانی*

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۷/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۳/۸

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و طب گرمسیری

چکیده

زمینه و هدف: حدود یک سوم موارد بیماری سل را، سل خارج ریوی تشکیل می‌دهد. بیشترین محل‌های درگیری شامل عقده‌های لنفاوی، پلور، دستگاه ادراری تناسلی، استخوان‌ها و مفاصل، مننژها و صفاق می‌باشند. هدف مطالعه بررسی تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به سل خارج ریوی بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی که به روش مصاحبه و مشاهده اجرا شد، ۸۱ بیماری که با تشخیص آسیب شناختی سل خارج ریوی در بیمارستان لقمان حکیم تهران بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۸۰ بستری شدند مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۸۱ بیمار، ۳۹ نفر (۴۸٪) مرد و ۴۲ نفر (۵۲٪) زن بودند. میانگین سنی $35 \pm 19/4$ سال بود که میانگین سنی مردان $37/5 \pm 21/2$ سال و میانگین سنی زنان $31/1 \pm 16/83$ سال بود. از این بیماران، ۶۷ نفر (۸۲/۸٪) ایرانی و ۱۴ نفر (۱۷/۲٪) افغانی بودند. در این بررسی، ۲۹ مورد (۳۵/۸٪) سل گره‌های لنفاوی، ۱۴ مورد (۱۷/۲٪) پریتونیت سلی، ۱۲ نفر (۱۴/۸٪) سل استخوانی، ۶ مورد (۷/۴٪) سل کبدی، ۵ بیمار (۶/۱٪) سل پلور، ۴ نفر (۴/۹٪) سل پوستی، ۴ مورد (۴/۹٪) سل سینوویال، ۲ مورد (۲/۴۶٪) سل امتوم، یک مورد (۱/۲٪) سل پاروتید، یک مورد (۱/۲٪) سل دیواره قفسه سینه، یک مورد (۱/۲٪) سل سخت شامه، یک مورد (۱/۲٪) سل تخمدان و یک مورد (۱/۲٪) سل رحم داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به طولانی بودن مدت بیماری قبل از بستری شدن بیماران و تشخیص‌های اولیه متنوعی که برای انواع درگیری‌های سل خارج ریوی در زمان بستری بیماران مطرح شده بود، بایستی بیماری سل را به عنوان یک مقلد بزرگ انواع بیماری‌ها در تشخیص افتراقی مد نظر داشت. (مجله طبیب شرق، سال هفتم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۴، ص ۲۸۳ تا ۲۸۸)

کلواژه‌ها: سل خارج ریوی، تشخیص، تظاهرات

مقدمه

مایکوباکتریوم توبرکلوزیس، یک سوم جمعیت جهان را درگیر کرده و موجب مرگ و میر سالانه حدود ۳ میلیون بیمار می‌گردد. بنابراین مهمترین عامل عفونی مرگ می‌باشد.^(۱) بیشترین شیوع بیماری سل در کشورهای جهان سوم از جمله ایران می‌باشد. با توجه به اهمیت این بیماری در ایران، نیاز به بررسی‌های بیشتر در این مورد، بیش از پیش روشن می‌گردد که با توجه به تنوع بیماران بستری در بیمارستان لقمان حکیم تهران، مطالعه فوق در این مرکز صورت گرفت. در تشخیص این بیماری، اقدامات تشخیصی مختلفی مانند اسمیر، کشت و... بکار

مایکوباکتریوم توبرکلوزیس معمولاً ریه‌ها را درگیر می‌کند، هر چند که در یک سوم موارد، اعضای دیگر نیز درگیر می‌شوند. بیشترین محل‌هایی که در سل خارج ریوی گرفتار می‌شوند، عبارت از عقده‌های لنفاوی، پلور، دستگاه ادراری تناسلی، استخوان‌ها و مفاصل، مننژها و پریتون می‌باشند.^(۱) اگر این بیماری، به طور مناسبی درمان شود، تقریباً تمام سل‌هایی که توسط سوش‌های حساس به دارو ایجاد می‌شوند، بهبود می‌یابند. اگر این بیماری درمان نشود، در عرض ۵ سال بیش از نیمی از مبتلایان، جان خود را از دست می‌دهند.^(۱)

سل استخوانی، ۶ مورد (۷/۴٪) سل کبدی، ۵ بیمار (۶/۱٪) سل پلور داشتند. مشخصات اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی و میانگین زمان شروع بیماری قبل از بستری در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۱. توزیع سنی بیماران مبتلا به سل خارج ریوی در

بیمارستان لقمان مکیه

سن (سال)	فراوانی
۰-۱۰	۴
۱۱-۲۰	۱۸
۲۱-۳۰	۲۲
۳۱-۴۰	۶
۴۱-۵۰	۱۳
۵۱-۶۰	۹
۶۱-۷۰	۴
۷۱-۸۰	۳
۸۱-۹۰	۲
جمع	۸۱

در ۲۹ مورد بیمار با تشخیص سل غده لنفاوی، ۹ مورد (۳٪) گره های لنفاوی شکمی، ۳ مورد (۱۰٪) زیر بغلی، ۲۲ مورد (۷۶٪) گردنی، ۲ مورد (۷٪) گره های کشاله رانی و ۹ مورد (۳٪) گره های ناف ریه درگیر بود. یک مورد (۳/۵٪) فیستول و ترشح داشت که اسمیر و کشت ترشحات آن منفی بود. در ۱۲ بیمار با تشخیص سل استخوانی، میانگین ESR در این بیماران، ۴۷/۶ میلی متر بود.

۱۰ درصد بیماران با تشخیص اولیه تومور متاستاتیک، ۱۰ درصد استئومیلیت، ۱۰ درصد تومور استخوان و ۶۰ درصد بیماران با تشخیص اولیه سل بستری شدند. یک مورد (۱/۲٪) سل پاروتید، یک مورد (۱/۲٪) سل دیواره قفسه سینه، یک مورد (۱/۲٪) سل سخت شامه، یک مورد (۱/۲٪) سل تخمدان و یک مورد (۱/۲٪) سل رحم داشتند.

می رود اما یکی از بهترین و قطعی ترین روش های بررسی، انجام بیوپسی و آزمایش بافتی می باشد.^(۱) در سیر بیماری سل، علائم متنوعی بروز می کند که تشخیص این بیماری و حتی شک به آن را از روی علائم، مشکل می سازد که از این رو "بیماری هزار چهره" نیز به آن گفته می شود.^(۳)

ولی از آنجا که مرحله اول تشخیص هر بیماری، بررسی نشانه های آن می باشد، این مطالعه، بروز علائم و نشانه های بالینی را در بیماران مبتلا به سل خارج ریوی با تشخیص پاتولوژی سل، مورد بررسی قرار داد.

روش کار

روش مطالعه توصیفی و به صورت گذشته نگر و بر اساس مطالعه سوابق بیمارستانی بود. با مراجعه به دفتر ثبت نتایج آسیب شناسی، کلیه بیمارانی که با تشخیص سل خارج ریوی بر اساس آسیب شناسی بافتی در سال های ۱۳۷۵ تا ۸۰ در بیمارستان لقمان حکیم تهران بستری بودند وارد مطالعه شدند.

برای کلیه بیماران فوق فرم اطلاعاتی شامل سن، جنس، تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، ملیت، مدت زمان شروع بیماری قبل از بستری، سابقه سل، علائم بالینی تکمیل گردید. سپس تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمارهای توصیفی و نرم افزار Excel انجام گرفت.

یافته ها

از ۸۱ مورد بیمار با تشخیص سل خارج ریوی، ۳۹ نفر (۴۸٪) مرد و ۴۲ نفر (۵۲٪) زن بودند. میانگین سنی آنها $35 \pm 19/4$ سال، میانگین سنی مردان $21/2 \pm 37/5$ و میانگین سنی زنان $16/83 \pm 31/1$ سال بود. توزیع سنی بیماران مورد مطالعه، در جدول شماره یک نمایش داده شده است (جدول ۱). ۶۷ نفر (۸۲/۸٪) ایرانی و ۱۴ نفر (۱۷/۲٪) افغانی بودند. در این مطالعه ۲۹ مورد لنفادنیت سلی شایع ترین تظاهر سل خارج ریوی بود. ۱۴ مورد (۱۷/۲٪) پرتونیت سلی، ۱۲ نفر (۱۴/۸٪)

جدول ۲. مشخصات اپیدمیولوژیک و تظاهرات بالینی و میانگین زمان شروع بیماری قبل از بستری بیماران مبتلا به سل خارج ریوی

بیمارستان لقمان مکیم- تهران

میانگین سنی (سال)	سل امتوم	سل سینوویال	سل پوستی	سل پلور	سل کبدی	سل استخوانی	پرتونیت سلی	لنفادنیت سلی
۲۰±۰/۱۷	۳۲/۵±۱۷	۳۰±۱۲/۳	۵۳±۲۹	۲۲/۲۱±۲۰/۴۷	۲۳/۵۷±۴۲/۱۷	۳۰/۸۳±۱۷/۵۹	۴۳/۵۹±۴۳/۷	
جنس مذکر	۰	۲	۳	۵	۲	۱۰	۴	۱۳
جنس مونث	۲	۲	۱	۰	۴	۲	۱۰	۱۶
ملیت	افغانی	۰	۲	۱	۱	۲	۵	۳
	ایرانی	۲	۴	۲	۴	۵	۹	۲۷
تب	۱	۰	۱	۴	۶	۴	۸	۹
تعریق	۲	۰	۱	۳	۴	۵	۷	۹
کاهش وزن	۱	۰	۲	۴	۵	۲	۹	۱۲
میانگین مدت بیماری قبل بستری (ماه)	۹±۴/۲۴	۳۷/۳±۲۸/۲۵	۱۷±۱۰/۶۳	۰/۹±۰/۶۵	۱/۱۷±۰/۵۲	۹±۸/۸	۹±۵/۱۴	۵۰/۳۲±۳۲/۷
سابقه سل	۰	۰	۱	۰	۱	۳	۰	۰
تشخیص اولیه	سل، ۵۰٪ پارا اوارین کیست، ۵۰٪	سل، ۳۳/۳٪ سینوویال کیست، ۶۶/۶٪ توده، ۳۳/۳٪	سل، ۲۰٪ فیبرو کیستیک، ۲۰٪ لوپوس، ۲۰٪ کله سیستیت، ۲۰٪ F.U.O، ۲۰٪	-	سل، ۲۰٪ کله سیستیت، ۲۰٪ فیبرو کیستیک، ۲۰٪ لوپوس، ۲۰٪ F.U.O، ۲۰٪	تومور، ۱۰٪ متاستاتیک، ۲۰٪ تومور، ۱۰٪ استخوانی، ۶۰٪	کم خونی، ۳۳/۳٪ بدخیمی، ۳۳/۳٪ بیماری کبدی، ۳۳/۸٪ توده، ۳۳/۸٪ شکمی، ۳۳/۸٪ عفونت ادراری، ۶۷/۱۶٪ پرتونیت، ۳۳/۸٪	۴٪ آسبه، ۴٪ آدنویت، ۴٪ آپاندیسیت، ۸٪ لنف آدنویاتی، ۴٪ عفونت ریوی، ۶۴٪ توده، ۴٪ تورویاتی، ۸٪ سل

بحث

در مطالعه حاضر نسبت جنس در بیماران مبتلا به سل خارج ریوی یکسان بوده ولی این نسبت در مبتلایان به سل کبدی و سل پوستی در مردان بیش از زنان و در مبتلایان به پرتونیت سلی در زنان بیش از مردان بود.

در این مطالعه ۵۸/۳۳ درصد بیماران مبتلا به سل استخوانی مرد بودند که با مطالعه Alothman مشابه است.^(۴) ۸۳/۳۳ درصد بیماران مبتلا به سل استخوانی، ESR بالا داشتند که با برخی مطالعات همخوانی دارد.^(۵،۴) سابقه سل در ۲۲ درصد وجود داشت که به تشخیص کمک می کرد. در ۲۰ درصد

بیماران مبتلا به سل استخوانی، ابتدا تشخیص تومور (اولیه یا متاستاتیک) مطرح شد که با پاتولوژی، تشخیص سل استخوانی تأیید گردید. هیچ یک از بیماران مبتلا به سل استخوانی در این مطالعه، سل ارزنی نداشتند که نشان دهنده فعالیت کانون‌های قبلی استخوانی در بیماران فوق می‌باشد. در این مطالعه، پرتونیت سلی در زنان بیش از مردان مشاهده گردید، همچنین تب و تعریق در نیمی از بیماران مشاهده شده که با مطالعه Manohar مشابه است.^(۶) ۹۰ درصد بیماران مبتلا به پرتونیت سلی در مطالعه حاضر، آسیت داشتند که با برخی مطالعات

یکی از مشکلاتی که می‌تواند بر این مطالعه وارد گردد این است که در این بررسی تنها مواردی که دارای مدرک پاتولوژیک برای تشخیص بودند، وارد مطالعه شده اند، لذا این مطالعه نمی‌تواند در برگیرنده مواردی که به هر دلیل تنها بر اساس شواهدی غیر از بررسی پاتولوژیک (مثل شواهد بالینی و رادیولوژیک و غیره) تشخیص داده شده و تحت مداوا قرار گرفته‌اند باشد.

با توجه به طولانی بودن مدت زمان شروع بیماری قبل از بستری شدن بیماران در بیمارستان و تشخیص‌های اولیه متنوعی که برای انواع درگیری‌های سل خارج ریوی در زمان بستری بیماران، مطرح شده و این مشکل که اکثر اقدامات تشخیصی جهت تأیید تشخیص نهایی، به تنهایی کافی نبوده و تشخیص قطعی سل خارج ریوی، نیازمند بررسی پاتولوژی ارگان‌های درگیر می‌باشد، بایستی حتماً بیماری سل را به عنوان یک بیماری با تظاهرات بالینی متنوع در تشخیص‌های افتراقی، مدنظر داشت.

سپاسگزاری

از بخش پاتولوژی و بایگانی بیمارستان لقمان حکیم به خاطر کمک‌های صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

مغایرت دارد^(۷) و جستجوی میکوباکتریوم در مایع آسیت، همانند این مطالعه کمک‌کننده نبوده است. متوسط زمان شروع بیماری مبتلایان به پریتونیت سلی ۹/۰۵ ± ۵/۱۴ سال بوده که طولانی‌تر از مطالعه Manohar (۱/۵ ماه) می‌باشد.^(۶) با توجه به اینکه ۳۳ درصد بیماران مبتلا به پریتونیت سلی مطالعه حاضر، با تشخیص بدخیمی و حدود ۳۵ درصد بیماران با تشخیص‌های متنوعی نظیر آنمی، بیماری کبدی، عفونت ادراری و توده شکمی بستری شده بودند، تاخیر در تشخیص نهایی پریتونیت سلی، قابل توجیه می‌باشد.

در بیماران مبتلا به لنفادنیت سلی، نسبت جنس زن به مرد ۱/۵ به یک بوده که در مقایسه با نسبت شیوع جنس در برخی مطالعات کمتر است.^(۸-۱۰) ۸۹/۶۶ درصد بیماران فوق، ایرانی و ۱۰/۳۴ درصد افغانی بودند که تقریباً با مطالعه انجام شده در تهران مشابه می‌باشد.^(۸) بیشترین محل درگیری غدد لنفاوی، در ۷۵/۹ درصد موارد ناحیه گردن، ۱۰/۳۵ درصد بیماران در ناحیه زیر بغل و در ۶/۷ درصد در ناحیه کشاله ران بود که با نتایج مطالعه تهران مشابه است ولی تعداد موارد فیستول و ترشح در بیماران این مطالعه کمتر است.^(۸) توجه به این نکته مهم است که متوسط مدت زمان ابتلاء به بیماری قبل از بستری در بیمارستان، در مطالعه حاضر ۳۲/۷ ± ۵/۲۳ ماه بوده ولی در مطالعه تهران^(۸)، این زمان از یک ماه تا ۳۰ سال متغیر بوده است.

References

1. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principle of Internal Medicine. USA: Mc Grow-Hill; 2001. PP.1027-35.
2. Ramzi S, Cotran, Vinay K, Collins T. Robbins Pathologic Basis of Disease. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999. PP. 349- 52.
3. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease. USA: Ghurchill Livingstone; 2000. PP. 2601- 4.
4. Alothman A, Memish ZA, Wada A, et al. Tuberculosis spondylitis: analysis of 69 cases from Saudi Arabia. Spine 2001; 26: 565-70.
5. Tsai MS, Liu JW, Chen WS, de Villa VH. Tuberculous wrist in the era of effective chemotherapy: an eleven – year experience. Int J Tuberc Lung Dis 2003; 7: 690-4.

منابع

6. Manohar A, Simjee AE, Haffejee AA, Pettengell KE. Symptoms and investigative finding in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. *Gut* 1990; 31:1130-2.
7. Chavalittamrong B, Talalak P. Tuberculous peritonitis in children. *Prog Pediatr Surg* 1982; 15: 161-7.
8. طهماسبی مریم. بررسی موارد لنفادنوپاتی سلی در بیمارستان لقمان حکیم تهران طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۷۵. پایان نامه شماره ۶۸۱۶.
9. Lee KC, Tami TA, et al. Contemporary management of cervical tuberculosis. *Laryngoscope* 1992; 73: 362-7.
10. Jones PG, Campbell PE. Tuberculous Lymphadenitis in childhood, the significance of anonymous mycobacteria. *Br J Surg* 1962; 50: 302-14.

Archive of SID

Clinical manifestations of extra pulmonary tuberculosis in Loghman-Hakim hospital

Aminzadeh Z., MD*; Akhyani H., MD*

Background: About one- third of patients of tuberculosis have extra pulmonary involvement. In previous studies the most frequent sites of involvement have been reported lymph nodes, pleura, urogenital tract, skeletal system, meningitis and peritoneum, respectively.

Methods and Materials: A descriptive study was performed on 81 patients with pathology report of extra pulmonary tuberculosis, admitted to Loghman- Hakim hospital, from 1375 to 1380. 48 % (39) were male.

Results: The mean age was 35 ± 19.4 years. The mean age of male patients was 37.5 ± 21.2 years and that of female patients was 31.1 ± 16.83 years. 82.8% (67) were Iranian and 17.2 % (14) were Afghan. In this study; 29 cases (35.8%) had tuberculosis lymphadenitis, 14 cases (17.2%) had tuberculous peritonitis, 12 cases (14.8%) had Skeletal tuberculosis, 6 cases (7.4%) had hepatic tuberculosis, 5 cases (6.1%) had Pleural tuberculosis, 4 cases (4.9%) had cutaneous tuberculosis, 4 cases (4.9%) had tuberculosis synovitis, 2 cases (2.46%) Omentum tuberculosis, one case (1.2%) had tuberculosis parotitis, one case (1.2%) had chest wall tuberculosis, one case (1.2%) tuberculosis meningitis, one case (1.2%) had ovary tuberculosis, and one case (1.2%) had uterus tuberculosis.

Conclusions: Considering the long course of the illness before admission and because of different primary diagnoses made on patients with extra pulmonary tuberculosis, this disease must be considered in differential diagnosis of every patient.

KEY WORDS: Extra-pulmonary tuberculosis, Diagnosis

* Research Center of Tropical and Infectious Disease, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and health services, Tehran, Iran.