

## سل خارج ریه و پلور در بیمارستان شهید بهشتی بابل طی ۱۴ سال

دکتر انسیه شفیق\*<sup>۱</sup>، دکتر سپیده سیادتی<sup>۲</sup>

### چکیده

مقدمه و هدف: سل هنوز یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در دنیا است. میزان بروز آن در دو دهه اخیر در کشورهای پیشرفته افزایش یافته و در کشورهای در حال توسعه نیز همچنان میزان بروز و شیوع بالایی دارد. این افزایش شامل موارد سل خارج ریه نیز می‌شود. این مطالعه برای بررسی نوع بافت مبتلا به سل خارج ریه در ۱۴ سال گذشته در بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شد.

مواد و روش‌ها: موارد تشخیص داده شده سل خارج ریه و پلور در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان شهید بهشتی بابل طی ۱۴ سال (۸۲-۶۹) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مربوط به سن، جنس و بافت یا عضو مبتلا از بایگانی استخراج گردیده و در جدول مناسب طبقه بندی شد.

یافته‌ها: در طی ۱۴ سال کلاً ۸۲ مورد سل خارج ریه و پلور تشخیص داده شد که ۴۴ نفر مرد و ۳۸ نفر زن بودند. کمترین سن ابتلا ۸ ماه و بیشترین ۷۹ سال بود. بیشترین موارد لنفادنیت سلی (۴۵ مورد) بود. بقیه شامل: نسج نرم ۱۴ و استخوان ۴، روده ۳ و اندومتر و پوست و بیضه و اپیدیدیم هر یک ۲ مورد و تخمدان، پروستات، کلیه، سینوویوم، معده، پاروتید، لوزه و حنجره هر کدام یک مورد بودند. تشخیص با دیدن باسیل اسیدفاست در رنگ آمیزی زیل نلسون در برش بافتی و سپس پاسخ بالینی به درمان ضد سل صورت گرفت.

نتیجه‌گیری: هر چند در این مطالعه بیشترین موارد سل خارج ریه و پلور در عقده لنفاوی بود، اما موارد ابتلای اعضای دیگر که درگیری آنها با سل نادر است، این ضرورت را ایجاد می‌کند که در تشخیص بالینی بیماران با علائم غیرمعمول احتمال وجود این بیماری نیز در نظر گرفته شود و اقدامات تشخیصی مناسب و درمان به موقع انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: سل خارج ریه و پلور، باسیل اسید فاست، لنفادنیت سلی، رنگ آمیزی زیل نلسون

\* ۱ - متخصص آسیب‌شناسی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

نشانی: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش آسیب‌شناسی

تلفن: ۰۵-۲۲۵۲۰۷۱-۱۱۱۱، نمابر: ۲۲۵۲۶۶۴، پست الکترونیک: [eshafigh@yahoo.com](mailto:eshafigh@yahoo.com)

۲ - متخصص آسیب‌شناسی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

## مقدمه

سل قدیمی‌ترین بیماری سیاره ما است و هنوز یک مشکل جدی اجتماعی - پزشکی در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت است (۱). در دو دهه گذشته افزایش چشم‌گیری در سل به وجود آمده که ناشی از طیف وسیع مهاجرت از نواحی اندمیک و افزایش تعداد بیماران با سرکوب سیستم ایمنی و مبتلا به HIV است (۲). همچنین این افزایش به دلیل پیدایش مقاومت دارویی و شرایط نامطلوب اجتماعی می‌باشد (۳). بیماری اصولاً ریه‌ها را مبتلا می‌کند ولی در یک‌سوم موارد نواحی خارج ریه را درگیر می‌کند (۴) و در اعضای مختلف شیوع آن متفاوت است و از ۱ تا ۳ درصد در مفاصل و استخوان (۵) تا ۲۸ درصد در عقده لنفاوی گزارش شده است (۶). حدود ۲ بیلیون نفر در دنیا عفونت مخفی دارند و ۸ میلیون نفر سالیانه دچار بیماری فعال می‌شوند و ۲-۳ میلیون نفر در اثر سل فوت می‌کنند. این تجدید حیات و افزایش بیماری در مورد نوع خارج ریه نیز صدق می‌کند (۵). از آنجا که علایم بالینی سل خارج ریه با بیماری‌های شایع آن عضو شباهت‌های بسیار دارد، این مطالعه به منظور یافتن بعضی خصوصیات اپیدمیولوژیک سل خارج ریه و پلور<sup>۱</sup> که در ۱۴ سال گذشته در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان شهید بهشتی بابل تشخیص داده شدند، انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

تمامی گزارش‌های نمونه‌های بافتی با تشخیص گرانولوم نکروزان اعم از عفونت سلی و یا غیر آن از بایگانی بخش آسیب‌شناسی بیمارستان شهید بهشتی بابل طی سالهای ۶۹-۸۲ استخراج گردیدند. سپس موارد بافتی غیر ریه و پلور جدا شده و لام‌های مربوطه مورد مطالعه مجدد قرار گرفتند که شامل لام‌های رنگ آمیزی شده به روش معمول هماتوکسیلین و اتوزین و رنگ اختصاصی زیل نلسون بود. با دیدن باسل اسیدفاست تشخیص عفونت مایکوباکتریایی مسجل گردید. اطلاعات مربوط به سن و جنس و بافت یا عضو مبتلا و تظاهرات بالینی هنگام مراجعه (قبل از بیوپسی) از پرونده آنها استخراج گردید. همچنین وضعیت درمانی و پاسخ به درمان آنها در مواردی که پیگیری میسر بود، مشخص شد. این اطلاعات به دست آمده به صورت یک جدول مناسب (جدول ۱) طبقه‌بندی شدند.

## یافته‌ها

در طی ۱۴ سال گذشته (۶۹-۸۲) از کل ۲۷۰ مورد سل تشخیص داده شده در بخش آسیب‌شناسی، ۸۲ مورد از نوع خارج ریه بود که ۴۴ نفر آنها مرد و ۳۸ نفر زن بودند. حداقل سن ابتلا ۸ ماه و حداکثر ۷۹ سال بود (میانگین سنی ۳۲/۰۷ سال). بیشترین موارد ابتلا در دو دهه اول و دوم با ۳۳ مورد (۴۰/۲۴ درصد) دیده شد. جدول ۱ فراوانی سل خارج ریه را در بافت‌های مختلف بر حسب سن و جنس با تظاهرات بالینی مربوطه و وضعیت پاسخ به درمان به صورت مجزا نشان می‌دهد. لنفادنیت سلی با ۴۵ مورد شایع‌ترین نوع ابتلاء بود.

## بحث

در این مطالعه ۵۳/۶۵ درصد بیماران (۴۴ نفر) مرد و ۴۶/۳۵ درصد (۳۸ نفر) زن بودند که تفاوت چندانی ندارند و میانگین سنی ۳۲/۰۷ سال بود (۸ ماه تا ۷۹ سال). ولی در مطالعه‌ای در هنگ‌کنگ ۶۹ درصد بیماران مرد بودند و بیشترین موارد ابتلا در افراد مسن دیده شد (۷). در مطالعه‌ای که در کشور ترکیه انجام شد، گروه سنی شایع سل خارج ریه، ۲۹-۲۰ سال ذکر شد و نسبت ابتلاء مرد به زن ۱/۶ بود (۸). در نروژ، بین مهاجرین، گروه سنی ۳۹-۱۵ سال بیشترین موارد ابتلاء را نشان دادند (۹). در ژاپن در بین ۸۰ مورد سل خارج ریه، روده ۴۵ نفر مرد و ۳۵ نفر زن با متوسط سن ۷۲/۷ سال بودند (۱۰). در سنگاپور در ۲۰ بیمار مبتلا به سل ناحیه آنال، ۱۸ بیمار مرد و با سن متوسط ۵۳ سال بودند (۱۱). از ۱۶۰ مورد سل پستان در هند ۱۵۴ مورد زن و فقط ۶ نفر مرد بودند و بیشترین دهه ابتلا ۳ و ۴ (۷۰ درصد) بود (۱۲). در سانتیاگو در مرکز بیماری سل در بین ۹۲۱ بیمار ۳۷۰ نفر (۴۰/۲ درصد)، سل خارج ریه داشته که ۱۹۹ نفر مرد و ۱۷۱ نفر زن و سن متوسط ۳۶/۹ بود (۶۸-۱۹ سال). ۱۴۰ مورد سل پلور نیز در این مجموعه به عنوان سل خارج ریه محسوب گردید (۶). در مطالعه ما لنفادنیت سلی بیشترین موارد ابتلاء بافتی را به خود اختصاص داد (۴۵ مورد) و در مرتبه بعدی نسج نرم و سپس استخوان قرار داشت. در ترکیه از آنجایی که سل پلور را نیز جزء سل خارج ریه محسوب کردند، شایع‌ترین جایگاه EX TB، پلور بود و درگیری عقده‌های لنفاوی در مرتبه بعدی قرار داشت (۸). در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که دیالیز می‌شدند، لنفادنیت و پریتونیت سلی از همه شایع‌تر بود (۱۳). در هلند نیز بین ۲۰۰ بیمار سلی

<sup>1</sup> Extra pleuro-pulmonary tuberculosis (EX TB)

جدول ۱: فراوانی سل خارج ریه بر حسب نوع بافتی و سن و جنس

نوع بافت	تعداد		سن		پاسخ درمانی
	مؤنث	مذکر	مؤنث	مذکر	
عقده لنفاوی گردن زیربغل کشاله ران تحت فکی آرنج پاراآنورت مدیاستن	۷	۱۶	دهه ۱: ۵	در کل عقده‌ها	*
	۷	۴	دهه ۲: ۴		
	۲	۱	دهه ۳: ۳		
	۰	۴	دهه ۴: ۲		
	۱	۰	دهه ۵: ۰		
	۱	۰	دهه ۶: ۲		
	۰	۱	دهه ۷: ۳		
نسخ نرم امتوم مزاتروپریئون اندام تحتانی	۲	۱	۲۴،۵۵ سال	علایم انسدادی	بهبود کامل
	۲	۱	۳۲،۲۸	شکم، تورم	
	۶	۱	۶،۷،۸،۹،۱۱	موضعی و درد	
استخوان انگشت دست اولنا مچ پا (تالوس)	۱	۱	۸ ماهه	درد ناحیه و ضایعه	بهبود کامل
	۰	۱	۰	لینیک در	
	۱	۰	۱۳	رادیوگرافی	
معه	۰	۱	۰	گاستریت	بهبود کامل
روده	۲	۱	۷۰،۵۵	انسداد روده	بهبود کامل
پوست	۲	۰	۴۰،۶۶	ندول جلدی	بهبود کامل
حنجره	۱	۰	۴۲	خشونت صدا، درد	بهبود نسبی
لوزه	۱	۰	۷۹	گلو	
پاروتید	۱	۰	۲۸	توده تومورال	بهبود کامل
بیضه	۲	۰	۷۱،۱۴	توده تومورال، آبسه	بهبود کامل
اییدیدیم	۲	۰	۴۰،۳۵	عقیمی	**
پروستات	۱	۰	۶۵	عفونت ادراری	**
اندومتر	۰	۱	۰	خونریزی منظم،	**
تخمدان	۰	۲	۰	نازایی	
کلیه	۰	۱	۰	سنگ ادراری	بهبود کامل
سینوویوم	۰	۱	۰	درد مفصل	بهبود نسبی
جمع کل	۴۴	۳۸			

\* هرچند در این موارد پیگیری همه بیماران میسر نبود ولی در دوسوم آنها پاسخ مناسب و بهبودی دیده شد و در دو مورد عقده مدیاستن و گردن در زنان به علت قطع زود هنگام دارو عود گزارش شد. \*\* در این موارد دسترسی به بیماران میسر نبود.

(۳) و در مطالعه دیگری در بیماران کلیوی End stage، سل خارج ریه شایع بوده و بیش از همه در عقده لنفاوی دیده شد و به علت نقص ایمنی سلولی آزمون پوستی توبرکولین برای تشخیص کمک کننده نیست (۱۸) و گزارش دیگری ۱۵ درصد موارد سل خارج ریه را ابتلا استخوان و مفاصل ذکر کرد که ستون فقرات و مفاصل متحمل وزن از همه بیشتر مبتلا بودند (۱۹). در بیماران دیالیز صفافی، پریتونیت سلی شایع ترین نوع درگیری خارج ریه بود (۱۴ مورد) و ۵ مورد عقده لنفاوی و ۱ مورد سینوویوم گزارش شد (۲۰). در آمریکا EX TB دستگاه گوارش، جایگاه ششم را دارد و پریتونیت و

طی یک سال، لنفادنیت گردنی شایع ترین نوع ابتلا بود (۱۴). در سانفرانسیسکو لنفادنیت گردنی بیشتر از بقیه بود و پیشنهاد کردند که کشت برای افتراق نوع تیپیک مایکوباکتریوم از آتی پیک ضروری است. زیرا نوع درمان آنها متفاوت می باشد (۱۵). در دانمارک در بین ۴۸ بیمار درگیری عقده ای ۱۵ مورد و داخل شکم ۱۹ مورد بود (۱۶). در بین ۳۷۰ بیمار سلی در ترکیه، ۱۳ مورد گرفتاری پوست و ۲۳ مورد در سایر اعضا بود که ۹ مورد آنها لنفادنیت و ۶ مورد پریتونیت و ۳ مورد استخوان و ۵ مورد سل مننژ بود (۱۷). در آلمان شایع ترین جایگاه سل خارج ریه در یک مطالعه لنفادنیت گزارش شد

اغلب مطالعات فوق که براساس یافتن گرانولوم و نکروز کازنوز و دیدن باسیل اسیدفاست بوده است، نیز تفاوتی وجود ندارد و موارد اندکی را ذکر کرده‌اند که نیاز به کشت بافتی داشتند و در بیشتر این مطالعات پاسخ مناسب به درمان را نیز در اثبات قطعی تشخیص عنوان کرده‌اند.

با توجه به وفور کلی بیماری سل در منطقه و عدم اطلاع دقیق از فراوانی نوع خارج ریه و تشابه تظاهرات بالینی بیماری‌های غیرسلی در اعضاء مختلف با سل، پیشنهاد می‌گردد که در تشخیص بالینی بیماران غیرریوی دارای علائم غیرمعمول، احتمال وجود سل خارج ریه نیز در نظر گرفته شود تا اقدامات تشخیصی مناسب و درمان به موقع صورت گیرد.

ایلنوسکال بیشترین محل درگیری است (۲۱). در شرق لندن در بین ۴۷ مورد سل طی ۲ سال، ۲۷ مورد خارج ریه بود که استئومیلیت ۵ مورد و منژیت ۴ مورد بودند (۲۲). در ترکیه با مطالعه‌ای بر روی سل اسکلتی، ستون فقرات در درجه اول ابتلا و سپس فمور و تیبیا و استخوان‌های کوچک دست و پا در درجات بعدی بودند ولی در بچه‌ها سل لنفاتیک و عقده‌های گردنی شایع‌تر از همه بود و به طور کلی سل دستگاه ادراری تناسلی را شایع‌ترین نوع درگیری گزارش کردند (۲۳). با توجه به نتایج مطالعات فوق و یافته‌های مطالعه ما تفاوت قابل توجهی از نظر جایگاه ابتلاء دیده نمی‌شود. بیشترین موارد ابتلا نسج نرم در مطالعه ما نیز مربوط به پریتون و امنتوم بوده است که مشابه مطالعات دیگران است. از نظر نحوه تشخیص در

#### منابع

- 1) Senol M, Ozcan A, Mizrak B, Turgut AC, Karaca S, Kocer H. A case of lupus vulgaris with unusual location. *J Dermatol.* 2003; 30(7): 566-9.
- 2) Galois L, Chary-Valckenaere I, Mainard D, Pourel J, Delagoutte JP. Tuberculosis of the patella. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2003; 123(4): 192-4.
- 3) Buchi M, Grossenbacher R. Cervical tuberculous lymphadenitis, an up to date guideline for management. *Schweiz-Med-Wochenschr.* 2000; Suppl 125: 44S-47S.
- 4) Adsuar N, Blanchette H, Kilchevsky E. Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20-year old woman. A case report. *J Reprod Med.* 2004; 49(1): 52-4.
- 5) Malaviya AN, Kotwal PP. Arthritis associated with tuberculosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003; 17(2): 319-43.
- 6) Lado-Lado FL, Tunez-Bastida V, Golpe-Gomez AL, Ferreiro-Regueiro MJ, Cabarcos-Ortiz-de-Barron A. Extrapulmonary tuberculosis in our area. Forms of presentation. *An-Med-Interna.* 2000; 17(12): 637-41.
- 7) Tam CM, Leung CC, Noertjojo K, Chan SL, Chan-Yeung M. Tuberculosis in Hong Kong-patient characteristics and treatment outcome. *Hong Kong Med J.* 2003; 9(2): 83-90.
- 8) Demiralay R. Some epidemiological features of extrapulmonary tuberculosis registered in the tuberculous struggle dispensaries in isparta. *Tuberk Toraks.* 2003; 51(1): 33-9.
- 9) Farah MG, Tverdal A, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Tuberculosis in Norway by country of birth, 1986-1999. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7(3) 232-5.
- 10) Suzuki-Hirofumi, Nagao-Keiichi, Miyazaki-Masaru. The current status and problems of the intestinal tuberculosis through a review of the Annual of the Pathological Autopsy Cases in Japan. *Kekkaku.* 2002; 77(4): 355-60.
- 11) Kraemer M, Gill SS, Seow-Choen F. Tuberculous anal sepsis: report of clinical features in 20 cases. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(11): 1589-91.
- 12) Kakkar S, Kapila K, Singh MK, Verma K. Tuberculosis of the breast. A cytomorphologic study. *Acta Cytol* 2000; 44(3): 292-6.
- 13) Hussein MM, Mooij JM, Roujouleh H. Tuberculosis and chronic renal disease. *Semin Dial.* 2003; 16(1): 38-44.
- 14) Van Loenhout-Rooyackers JH, Richter C. Diagnosis and treatment of tuberculous lymphadenitis of the neck. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(47): 2243-7.
- 15) Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003; 36(4): 569-76.
- 16) Ebdrup L, Storgaard M, Jensen-Fangel S, Obel N. Ten years of extrapulmonary tuberculosis in a Danish university clinic. *Scand J Infect Dis.* 2003; 35(4): 244-6.
- 17) Kivanc-Altunay I, Baysal Z, Ekmekci TR, Koslu A. Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol.* 2003; 42(3): 197-200.
- 18) Lund RJ, Koch MJ, Oldemeyer JB, Meares AJ, Dunlay RW. Extrapulmonary tuberculosis in patients with end stage renal disease- two case reports and a brief review. *Int-Urol-Nephrol.* 2000; 32(2): 181-3.
- 19) Rachid K, Chkoura M, Moudene A. Rare localizations of bone tuberculosis. Three case reports. *Rev-Chir-Orthop-Reparatrice-Appar-Mot.* 2001;

87(2): 176-9.

20) Lui SL, Tang S, Li FK, Choy BY, Chan TM, Lo WK, Lai KN. Tuberculosis infection in Chinese patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am-J-Kidney-Dis.* 2001; 38(5): 1055-60.

21) Sheer TA, Coyle WJ. Gastrointestinal tuberculosis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2003; 5(4): 273-8.

22) Melzer M, Storing RA, Bagg LR. Tuberculosis in an area bordering east London: significant local variations when compared to national data. *Infection* 2000; 28(2): 103-5.

23) Engin G, Acunas B, Acunas G, Tunaci M. Imaging of extrapulmonary tuberculosis. *Radiographics* 2000; 20(2): 471-88.

Archive of SID