مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران
شماره سی و نهم

The Iranian Journal of Oto rhinolaryngology

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

بررسی پنج‌ساله عفونتهای سلی در نواحی سر و گردن

Mycobacterial Infection of the Head and Neck Location and Presentation

Mozafar Sarafraz, MD, Faculty Member of Ahwaz University of Medical Scienues.
Emam Khomini Hospital E.N.T. Department.

Abstract

Tuberculosis is a potentially lifelong chronic infection. It is almost always initiated by inhalation of infectious material. There was an increase in the number of cases of tuberculosis after 1985. Cervical lympadenitis is the most common form of head and neck. Tuberculosis. The purpose of the this study is evaluation of type of presentation, sex and age groups, and location of tuberculosis involvment in head and neck region in our patients.

This analysis report of head and neck mycobacterial infection diagnosed at Emam Khomini Hospital (Ahwaz) between 1996-2001. The inclusive criteria for the diagnosis were at least one of the following 1-Positive smear or culture for Acid fast Bacil. 2) Caseating granuloma consistent with tuberculosis.

The study group consisted of 59 patients (35 female and 24 male) with head and neek mycobacterial infection. Their ages ranged from 7 to 73 years (mean age 27.3 yr). The most common decade was the third, 17 patients. The most common presenting complains were the following: Lump in the neck in 55 patients (93%), fistula of neck skin in the 19 cases(39%). Involvment of head and neck elements were the followng:

1) Lymph node (T.B lymphadenitis) in 53 cases; 2) Laryngeal in 2 patients;3) Parotid gland, (2 patients) ;4) Nasal and Lip 2 patients. In 33 patients (66%) neck involvment was in posterior triangle and remenant patients in anteriol triangel. There was simultaneously infection in lung and head and neck in 15(25%) of cases that consist of 2 patients with laryngeal involvment.

Mycobacteial infection of the head and neck occurs in different forms and affects different populations in the different regions of the world In 1990 T.B killed more than 2.5 millons people. This reflects the delay in the diagnosis and ineffectiveness in manangement of the disease. Attention of head and neck surgeons to T.B in this area can lead to early diagnosis and rapid management of disease.

Key words: Mycobacterial Infection, Head and Neck Tuberculosis, Cervical Lymphadenitis.

عنوان مقاله:
بررسی پنج‌ساله عفونتهای سلی در نواحی سر و گردن

مؤلفین
دکتر مظفر سرافراز
عضو هیئت علمی (استادیار) گروه گوش حلق بینی
دانشگاه علوم پزشکی اهواز (جندی‌شاپور)
دکتر شهرام کمان‌زاده

مقدمه

علی‌رغم مبارزه طولانی مدت بر علیه بیماری سل از بعد از کشف عامل این بیماری توسط رابرت کخ در سال ۱۸۸۲ و کسب موفقیتهایی در این راه، همچنان این بیماری مهمترین عامل عفونی در مرگ‌ومیر جامعه بشری محسوب می‌شود (۱). براساس گزارشات موجود تنها در سال ۱۹۹۵ بین ۸/۸ میلیون بیمار سلی جدید در سراسر دنیا وجود داشته که ۹۵٪ آنها در کشورهای درحال توسعه آسیایی سکونت داشته‌اند، و در همین سال بیش از ۹۸٪ مرگ و میرها در اثر بیماری سل در کشورهای فقیر آسیایی اتفاق افتاده است. (۲) علی‌رغم روند رو به کاهش بیماری سل در چند دهه اخیر در تمامی دنیا، از سال ۱۹۸۶ گزارشاتی از روند رو به افزایش موارد بیماری سل و نوع خارج ریوی آن حتی در کشورهای توسعه یافته انتشار یافت، به طوری‌که لزوم توجه بیشتر به این بیماری در تمامی دنیا مورد تأکید قرار گرفت(۳)، تاحدی‌که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ سل مجدداً به‌عنوان یک تهدیدکننده سلامت جامعه بشری اعلام گردید عواملی از جمله مقاومت چند دارویی میکروب سل، افزایش مهاجرت‌ها از مناطق آلوده و کاهش ایمنی در بیماران شیمی درمانی شده و از همه مهمتر بیماران ایدزی را در افزایش این بیماری دخیل می‌دانند(۴).

در ۸۰٪ موارد، سل به ریه‌ها محدود می‌باشد، سلهای خارج ریوی ۳۰-۲۰٪ موارد سلهای تشخیص داده شده در آمریکا را در سال ۱۹۹۲ به خود اختصاص داده‌اند(۵) درگیری غدد لنفاوی گردنی[1]، شایعترین فرم سل در سر و گردن محسوب می‌شود و تا ۱۰٪ از کل موارد بیماری سل در گزارشات مختلف مربوط به این ضایعات می‌باشد (۱).

این مطالعه به‌صورت یک بررسی گذشته‌نگر از سل‌های سر و گردن در بیمارستان امام خمینی اهوازبین سال‌های ۸۰-۱۳۷۵ می‌باشد. هدف از این بررسی، توجه مجدد به فرمهای بروز این بیماری در نواحی سر و گردن و تشخیص زودهنگام آنها توسط متخصصین مربوطه می‌باشد.

روشها

این مطالعه به‌مدت ۵ سال از سال ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۰ بیماران با عفونتهای سلی در نواحی سروگردن (سل‌های خارج ریوی در سر و گردن) در بیمارستان امام خمینی اهواز را مورد بررسی قرار داده است. این مطالعه به‌صورت یک بررسی گذشته‌نگر صورت گرفته است. معیارهای تشخیص بیماری.

۱-کشت یا اسمیر مثبت برای باسیل سل ۲- وجود یافته‌های مثبت آسیب‌شناسی (گرانولوم پنیری)[2]. براساس این معیارها ۵۹ بیمار تشخیص داده شد، که این تعداد بیماران از نظر توزیع سنی، جنسیت، شکایت و علت مراجعه، عضو و محل گرفتاری، یافته‌های مثبت در معاینات بالینی و همزمانی بیماری ریوی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

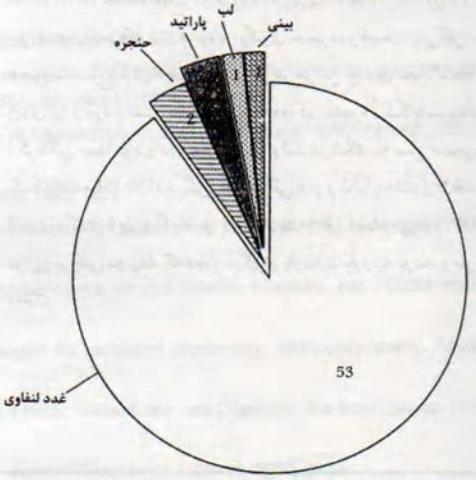
نتایج

در این مطالعه ۵۹ بیمار با عفونت سل در سروگردن مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۲۴ نفر (۴۱٪) مذکر و ۳۵ نفر (۵۹٪) مؤنث بودند. طیف سنی بیماران ۷۳-۷ سال با متوسط سنی ۲۷/۳ سال بوده است، کمترین دهه گرفتار، دهه‌های هفتم و هشتم (هرکدام یک بیمار) و دهه اول (۳ بیمار) و بیشترین گروههای گرفتار دهه‌های سوم (۱۷ بیمار) و دهه چهارم (۱۴ بیمار) بوده است جدول شماره ۱ بیشترین علت مراجعه بیماران در ۵۳ بیمار (۸۹/۸٪) توده گردنی و در درجه بعد شکایت از ترشح و زخم گردنی (فیستول) در ۶ بیمار بوده است. شایعترین عضو درگیر در سروگردن در این بررسی، درگیری غدد لنفاوی (لنفادنیت سلی) در ۵۳ مورد (۸۹/۸٪) و در درجات بعدی درگیری حنجره در ۲ مورد، درگیری پاروتید در ۲ مورد و کمترین درگیری در بینی و لب هرکدام یک بیمار بوده است (نمودار شماره ۱)، از این گروه بیماران ۶

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی سنی بیماران با عفونت سلی ناحیه سروگردن در یک مطالعه پنج‌ساله.

دهه درگیری	مرد	درصد	زن	درصد	مجموع	درصد
دهه اول	۳	۵/۰۸	۰	۰	۳	۵/۰۸
دهه دوم	۳	۵/۰۸	۷	۱۱/۸۶	۱۰	۱۶/۹۴
دهه‌سوم	۶	۱۰/۱۶	۱۱	۱۸/۶۴	۱۷	۲۸/۸
دهه چهارم	۷	۱۱/۸۶	۷	۱۱/۸۶	۱۴	۲۳/۷۲
دهه پنجم	۴	۶/۷۷	۶	۱۰/۱۶	۱۰	۱۶/۹۴
دهه ششم	۱	۱/۶۹	۲	۳/۳۸	۳	۵/۰۸
دهه هفتم	۰	۰	۱	۱/۶۹	۱	۱/۶۹
دهه هشتم	۰	۰	۱	۱/۶۹	۱	۱/۶۹
مجموع	۲۴	٪۴۱	۳۵	٪۵۹	۵۹	٪۱۰۰

1. Scrofula 2. Caseating Granuloma



نمودار شماره ۱ توزیع فراوانی درگیری سلی در نواحی سروگردن در ۵۹ بیمار در مطالعه پنج‌ساله.

نفر (۱۰٪) دچار ترشح و فیستول گردنی بودند (بدون سابقه‌ای از جراحی). از ۵۴ بیمار دارای غدد لنفاوی ۳۵ نفر (۶۳/۶٪) منطقه خلفی گردن و ۲۰ نفر (۳۶/۴٪) منطقه قدامی گردن درگیر بوده است. در حدود نیمی از بیماران، غدد لنفاوی دارای چسبندگی به نسوج اطراف بوده‌اند. و در ۶۵٪ موارد (۳۶ بیمار) اندازه توده کمتر از ۳ سانتیمتر بوده است. از ۵۹ بیمار مورد مطالعه ۱۹ بیمار (۳۴/۵٪) قبلاً یا درطی بیماری اخیر مبتلا به عفونت سلی ریه بودند. تمامی ۵۹ بیمار مورد مطالعه دارای تشخیص آسیب‌شناسی عفونت سلی بوده‌اند (گرانولوم پنیری مطابق با عفونت سلی). از ۶ بیمار دارای فیستول و ترشح تنها در دو مورد اسمیر مثبت گزارش شده بود و متأسفانه جوابهای کشت نمونه‌های ارسالی به‌علت تشخیص‌گذاری بیماران ازطریق آسیب‌شناسی پیگیری نگردیده بود و در مجموع دو مورد کشت مثبت از بیماران به‌دست آمده بود که مربوط نمونه‌های ارسالی ضمن عمل جراحی گردن می‌باشند.

بحث و نتیجه گیری

هرچند در گذشته شیوع بالاتر بیماری سل نزد مردان گزارش شده بود(۶) در دهه اخیر گزارشات زیادی عدم تفاوت جنسی را در مورد بیماری سل و به خصوص سل خارج ریوی متذکر شده‌اند(۷) در مطالعه حاضر فراوانی بیشتر بیماری سل نزد زنان (۵۹٪ در برابر ۴۱٪ مردان) قابل توجه می‌باشد.

در بررسی انجام شده بیماران در رنج سنی ۴۰-۲۰ سال، بالاترین درصد بیماران را به خود اختصاص داده‌اند (۵۲/۵٪)، و با افزایش و کاهش سن بیماران از فراوانی بیماری نزد آنها کاسته می‌شود به طوری‌که در دهه‌های هفتم و هشتم به حداقل خود می‌رسد (که باید درصد گروههای جمعیتی را در کشور درنظر داشت) در سایر تحقیقات نیز بالغین جوان به‌عنوان بالاترین گروه بیمار در عفونتهای خارج ریوی سل در نواحی سروگردن معرفی شده‌اند(۸).

از دلایل افزایش سل در دو دهه اخیر علاوه بر مقاومتهای دارویی میکروب سل و تأخیر در تشخیص و درمان، مسائل کاهش ایمنی، به خصوص در زمینه بیماری ایدز عنوان گردیده است، به طوری‌که در بعضی از کشورها مانند زامبیا تا ۶۰٪ و در آمریکا تا ۴۸٪ از بیماران با سل در نواحی سروگردن دچار بیماری ایدز می‌باشند، تاحدی‌که توصیه شده برای هر بیمار با تشخیص جدید سل باید بررسی از نظر وجود ایدز به‌صورت دقیق صورت گیرد(۱). در مطالعه حاضر تمامی بیماران از نظر ایمنی (براساس شرح حال، معاینه فیزیکی و سوابق بیمار) اختلال واضحی نداشته‌اند.

شایعترین شکایت و علت مراجعه بیماران در این مطالعه، توده گردنی بوده است که در ۸۹/۸٪ (۵۳ نفر) بیماران تنها شکایت عنوان شده است، که مطابق با تمامی گزارشات در مورد گرفتاری سل در سر و گردن می‌باشد(۵). درگزارشات جدید بیشتر گرفتاری غدد لنفاوی در نواحی قدامی گردن به خصوص در لبه قدامی عضله استرنوکلوئید (۱۰) دیده شده درحالی‌که مطالعه حاضر گرفتاری غدد لنفاوی خلفی گردن (۳۵ مورد از ۵۳ بیمار ۶۳/۶٪) به خصوص در نواحی تحتانی گردن در مثلث فوق ترقوه‌ای (۲۴ مورد از ۳۵ بیمار) به چشم می‌خورد (جدول شماره ۲).

درگیری سلی غدد لنفاوی در نواحی سروگردن غالباً دوطرفه می‌باشد(۱۰)، که در مطالعه حاضر در ۴۵ ۸۵٪ گردن به‌صورت یک طرفه درگیر بوده است.

جدول شماره ۲ توضیح فراوانی درگیری مثلث‌های قدامی و خلفی در عفونتهای سلی سروگردن در یک مطالعه پنج‌ساله.

نوع مثلث	راست	چپ	جمع
مثلث تحت فکی	۱۷	۲	۱۹
مثلث عضلانی	۱	۰	۱
مثلث کاروتید	۰	۰	۰
مثلث پشت‌سری	۹	۲	۱۱
مثلث ترقوه‌ای	۲۱	۳	۲۴
جمع	۴۸	۷	۵۳
درجه	۸۵/۴۵	۱۴/۵۵	۱۰۰

در بررسی حاضر ۱۹ بیمار (۳۴/۵٪) همزمان با درگیری خارج ریوی در سروگردن دچار گرفتاری ریوی نیز بوده‌اند، درحالی‌که در گزارشات موجود در ۸۰-۹۰٪ موارد گرفتاری سلی سروگردن در غیاب عفونت ریوی دیده شده است (۱۱) که بیانگر فراوانی بیشتر عفونت همزمانی ریه با درگیری گردن می‌باشد.

گرفتاری حنجره، به‌عنوان شایعترین منطقه درگیر در دستگاه تنفسی فوقانی در سلهای خارج ریوی عنوان شده است. این فرم از مسری‌ترین انواع سلها محسوب می‌گردد که می‌تواند هر قسمت از حنجره را مبتلا نماید(۱۲). در مطالعه حاضر دو مورد درگیری در حنجره و یک مورد در بینی وجود داشت که هر دو مورد درگیری حنجره در قسمت اپی‌گلوت به‌صورت نسوج گرانوله دیده شدند. در هر دو این بیماران عفونت فعال ریوی نیز وجود داشت. عدم تناسب یافته‌ها در حنجره و شکایات بیمار (گرفتگی صدا درد و دیسفاژی) می‌تواند در شک به سل حنجره کمک‌کننده باشد (۱۲). درگیری غدد بزاقی نادر و غالباً به‌علت ابتلا غدد لنفاوی و کمتر ازطریق گرفتاری پارانشیم غده بزاقی ایجاد می‌شود(۱۳). در این بررسی دو بیمار که دچار درگیری پارانشیم پاروتید بودند وجود داشت.

خلاصه

سل یک بیماری با توانایی ایجاد عفونت مزمن در طول زندگی انسان است. این بیماری در غالب موارد ازطریق استنشاق مواد عفونی ابتلا افراد می‌گردد. به دنبال یک کاهش در شیوع عفونتهای مایکوباکتریایی دردهه‌های اخیر، از بعد از سال ۱۹۸۵ حتی در ممالک با بهداشت بالا، افزایش موارد ابتلا به این بیماری چشمگیر بوده است. تنها در سال ۱۹۹۰ بیش از ۲/۵ میلیون انسان به‌علت این بیماری از دنیا رفته‌اند. درگیری غدد لنفاوی شایعترین فرم گرفتاری سل در سروگردن می‌باشد، که تا ۱۰٪ از سلهای خارج ریوی را به خود اختصاص می‌دهد. هدف از این مطالعه، بررس نحوه بروز بیماری سل در سروگردن، بررسی گروههای سنی و جنسی و محلهای ابتلاء در بیماران، این مرکز می‌باشد.

این مطالعه به‌صورت گذشته‌نگر به‌مدت ۵ سال (از ۷۵ لغایت ۸۰) بیماران با عفونت سل (عفونت مایکوباکتریایی) در نواحی سروگردن را در بیمارستان امام خمینی اهواز مورد بررسی قرار داده است.

در این مطالعه معیار تشخیص عفونت

۱- کشت یا اسمیر مثبت برای باسیل سل ۲- وجود گرانولوم پنیری همراه با سل در بررسی آسیب‌شناسی بوده است.

در این مطالعه، ۵۹ بیمار شامل ۳۵ زن و ۲۴ مرد با عفونت سل درنواحی سروگردن تشخیص داده شده‌اند. رنج سنی بیماران از ۷ تا ۷۳ سال با متوسط سنی ۲۷/۳ سال بوده است. بیشترین دهه گرفتار دهه سوم و چهارم بوده است. در ۵۳ بیمار تنها شکایت و علت مراجعه توده گردنی بوده است و بیشترین عضو گرفتار در سروگردن در این مطالعه در ۹۳٪ غدد لنفاوی بوده است. بیشترین قسمت درگیر در دستگاه تنفسی فوقانی در این مطالعه گرفتاری حنجره در دو بیمار بوده است. شایعترین منطقه گرفتار در گردن قسمت خلفی (۳۳ مورد) به خصوص مثلث فوق ترقوه‌ای[1] بوده است. در ۱۵ بیمار (۲۵٪) به‌طور همزمان گرفتاری ریه با عفونت مایکوباکتریایی وجود داشته است که از جمله این بیماران دو بیمار با درگیری حنجره بوده است.

عفونت مایکوباکتریایی سروگردن می‌تواند در فرمها، اشخاص و مکانهای مختلف موجب بیماری گردد. به خصوص در دو دهه اخیر به‌دلیل افزایش تعداد افراد با ایمنی پایین، افزایش موارد ابتلاء به سل رو به فزونی گذاشته است. تنها در سال ۱۹۹۰ بیشتر از ۲/۵ میلیون انسان به‌علت این بیماری از دنیا رفته‌اند که می‌تواند بیانگر تأخیر در تشخیص و نحوه درمان این بیماران باشد. توجه به احتمال وجود سل در نواحی مختلف سروگردن برای جراحان این مناطق به خصوص سروگردن، می‌تواند موجب کشف زودهنگام و درمان به موقع این بیماری گردد.

کلمات کلیدی: سل، سروگردن، عفونت مایکوباکتریایی

1. Supra Clavicular

Reference

1. Williams R, Douglas Jones T. Mycobacterium marches back J Laryngol Otol 1995; 109; -13.
2. Mario C. Raviglionce, Richard J. Obrien; chapter 169; Tuberculosis; Anthony S. Fauci, MD: Harrisons principles of internal medicine; 15^{+h} edition; vol 2; 2001MC Graw Hill; USA; pp 1024 to 1027.
3. Cantwell M, Snider D, Cauther G, Onorato I. Epidemiology of tuberculosis in the United States, 1958 through 1992. JAMA 1994; 272: 532-539.
4. Nakajuma H. Tuberculosis: a global emergency. World Health 1993; 46:3.
5. Cleary K, Batsakis J. Mycobacterial disease of the head and neck: current perspective. Ann Otol Rhinol Laryngol 1995; 104; 830-833.
6. Ibekwi O, Al Shareef Z, Al Kindy S. Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). Am J Otolaryngol 1997: 18: 202-205.
7. Al Hadrani A, Aulagi S, Al Salami, et al. Management strategies for peripheral tuberculous lymphadenopathy. Saudi Med J 2000; 21: 266-269.
8. Awad M. Al Serhani, MD. mycobacterial Infection of Head and Neck: presentation and Diagnosis. the lavyngoscop 111: N 2001: 2012-2015.
9. David W. Haas; chapter 240 ; Mycobactrium tuberculosis; churchill livingstone; USA; pp 2603; 2604.
10. Penfold C, Revington P. A review of 23 patients with tuberculosis of the head and neck Br J Oral Maxillofac Surg 1996; 34; 508-510.
11. Sudre p, Dam G, Kochi A. Tuberculosis: a global overview of the situation today bull World Healt Organ 1992; 70: 149-159.
12. Marvin p. Fried, MD; chapter 28; Acute and chronic laryngeal infectious; chronic laryngitis; paparella; otolaryngology; third edition; vol3; 1998; saunders; USA; pp 247; 2248.
13. Scott M. Gayner; chapter 67; Infections of the salivary glands; Charles W. Cummings; Otolaryngology head and neck surgery; third edition; vo 12; 1998; Mosby; USA; P1242.