

توبرکلوز استخوان و مفصل در بیمارستان امام خمینی تهران

(۷۵-۱۳۷۲)

دکتر سنبل طارمیان*

* استادیار گروه عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

بیماری سل یکی از بزرگترین مسائل بهداشتی جهان حاضر بوده و میزان مرگ و میر و از کارافتادگی سالیانه قابل توجهی دارد. با هدف تلاش در جهت کنترل، مهار و کاهش از کارافتادگی ناشی از این بیماری، در یک مطالعه توصیفی و آینده‌نگر، دسته‌ای از این بیماران که در طی مهرماه ۷۲ تا مهرماه ۷۵ به مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران، درمانگاه و بخشهای عفونی و ارتوپدی مراجعه کرده بودند، با تشخیص احتمالی و اولیه توپرکلوز استخوان و مفصل، براساس علائم بالینی و پاراکلینیکی و رادیولوژیک با داشتن PPD مثبت و آزمایش رایب منفی مورد بررسی از لحاظ کلینیکی، میکروبیولوژیک و درمانی قرار گرفتند. از ۲۸۱ بیمار مراجعه کننده که با تشخیص سل تحت درمان قرار گرفتند ۱۳٪ شرایط فوق را داشتند. بیشترین شیوع سنی بین ۲۹-۱۰ سال (حداقل ۱۲ و حداکثر ۸۷ سال داشتند) شکایات اغلب مبهم و ملایم بوده و کمتر توجه بیمار یا پزشک را به خود جلب می‌کند. علاوه بر درد کمر طول کشیده، درد و محدودیت حرکت قابل تحمل در مفاصل بزرگ (ابتدا مفصل زانو و بعد مفصل ران) علائم سیستمیک بظاهر کم اهمیت مثل عرق شبانه و کاهش وزن و تب وجود داشت. ۶۵٪ کلاپس بین دو مهره و ۶ مورد درگیری چندکانونی اسکلت و ۱۱ مورد فیستول در محل ضایعه وجود داشت. طول مدت بیماری (برحسب ذکر نشانه‌ها) اکثراً حدود ۶ ماه یا کمتر بوده است ۶۶٪ سلولهای زانت تپ لانگهانس و مناطق نکروز کازئیفیه در بیوپسی سینوویوم مفاصل وجود داشت. و فقط یک مورد کشت بیوپسی سینوویوم از نظر باسیل سل مثبت گزارش شد. در XR علائم غیر اختصاصی بوده در CXR درگیری پارانشیم ریوی دیده نشد. در هیچ موردی نیاز به انجام عمل جراحی پیش نیامد با توجه اندمیک بودن سل در ایران و انجام درمان طبی (بر اساس دوره ۱۲ ماهه) جهت بیماران فوق‌الذکر، علیرغم عدم مراجعه مرتب و کامل آنها (۵۶٪ بیماران فقط یک بار مراجعه داشته‌اند) نظر به اظهار بهبود بیماران محدود و پی‌گیر و مراجعه کننده و بهتر شدن علائم بالینی و XR می‌توان در شک قوی به وجود سل استخوان و مفصل و رد سایر علل با توجه به محدودیت امکانات تشخیصی، درمان طبی را جهت ایشان شروع کرد.

کلید واژه‌ها: سل / سل استخوانی مفصلی

مقدمه

پزشکی و بهبود وضع بهداشت، پیدایش شیمی درمانی موثر و از همه مهمتر بهبود وضع اقتصادی و اجتماعی، شیوع این بیماری در کشورهای پیشرفته صنعتی بمراتب کمتر از سابق شده ولی در اغلب کشورهای در حال توسعه، این روند بسیار آرام و یاناجیز بوده است. توسعه فقر و

حدود یک سوم مردم جهان امروز با میکوباکتریوم توپرکلوزیس آلودگی یافته‌اند. (۱۱) میزان مرگ و میر سالیانه حدود ده میلیون نفر و برطبق آمار رسمی حدود سه میلیون نفر می‌باشد و بیشترین علت مرگ و میر بعلت «یک عامل پاتورژن» بتهنائی می‌باشد (۶). علیرغم پیشرفت علم

پیدایش همه‌گیری HIV اثرات منفی پیدا شده روی مسئله کنترل سل را همچنان ادامه می‌دهند. آمار دقیقی از ضایعات استخوانی و مفصلی مسلولین ایرانی در دسترس نیست و چند بررسی انجام شده در این زمینه محدود به معرفی چند مورد و در حد گزارش بموارد وده است. (۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) ولی این ضایعات در ایران نادر نیست. آمار مختلف نشان می‌دهد که حدود ۱۵-۱۰٪ از ضایعات سلی، خارج ریوی بوده و از بین ضایعات خارج ریوی، حدود ۱۰٪ مربوط به سل استخوان و مفاصل است. و ۵۰٪ اینها درگیری فقرات دارند و از این عده حدود ۴۷-۱۰٪ ضایعات عصبی دارند و بسته به مرحله بیماری و پیشرفت ضایعه تظاهرات کلینیکی بیماری، متفاوت است (۱۰) متأسفانه، چون اکثر بیماران در جوامع با وضع فرهنگی و اقتصادی نامناسب قرار دارند، زمان آنها به پزشک، خیلی دیر و در مراحل پیشرفته بیماری است. زیرا در مناطق اندمیک امکاناتی تشخیصی و مراکز درمانی کم است و بیماران غالباً علائم اولیه را نادیده گرفته و کمتر مراجعه می‌نمایند و در صورت مراجعه نیز کسی به گفته‌های آنان، چندان اهمیتی نمی‌دهد. در کشورهای پیشرفته هم بعلت شیوع کمتر بیماری و کم بودن تجربه پزشکان، شانس تشخیص زودرس کمتر بوده و در هر دو صورت بیماری در مراحل پیشرفته، تشخیص داده می‌شود. لذا برای کلیه پزشکان که در مناطق اندمیک طبابت می‌کنند (بعلت پتانسیل بهبود) لازم است با علائم اولیه این بیماری کاملاً آشنا باشند. با توجه باین مسئله که این بیماری منشا قابل توجه مرگ و میر و از کارافتادگی بوده و شایعترین علت پاراپلژی غیر تروماتیک است (۸). مطالعه در این زمینه مفید خواهد بود.

مواد و روش‌ها

در مطالعه انجام شده، بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه و بخشهای عفونی و ارتوپدی مجتمع بیمارستانی امام‌خمینی تهران از مهرماه سال ۷۲ تا مهرماه ۷۵ مورد بررسی قرار گرفته‌اند. بیماران یا خود مراجعه مستقیم نموده یا از درمانگاهها و مطب‌های سطح شهر تهران یا حومه یا برخی شهرستانها ارجاع شده بودند. روش مطالعه توصیفی و آینده‌نگر بوده است. نحوه جداسازی اولیه بیماران براساس درد، حساسیت و محدودیت حرکت مونویالیگوارتیکلار یا در محل فقرات (بصورت موضعی) بمدت بیش از ۳ هفته (بر مبنای شکایات بیمار) به‌همراه

علائم جسمی constitutional مانند: کاهش وزن - عرق شبانه) در افراد PPD مثبت و بدون دریافت درمانهای ضدسلی از قبل بوده است. در صورت مشاهده ضایعات لیتیک یا کیستیک استخوانی و استئوپروز موضعی و تورم بافت نرم اطراف مفاصل‌ها و یا در موارد پیشرفته، کاهش فضای مفصلی و کلاپس فقرات و نیز مشاهده آبسه پاراورتبرال احتمالی در کلیشه XR بنفع درگیری سلی اسکلت منظور شد. ضمناً آزمایش رایت در همه منفی بود. در همه مفاصل بیوپسی بعمل آمد. و در آبسه‌های پاراورتبرال آسپیراسیون انجام شد. جنس، سن، شغل، محل سکونت (از لحاظ جغرافیایی) وجود سابقه بیماری فامیلی (تماس با مبتلایان) مورد بررسی قرار گرفت. درمان با ۴ دارو ایزونیاژید (INH)، ریفامپین (RIF)، پیرازینامید (PZA) و اتامبوتول (EMB) در ۲ ماه اول و بعد از ۱۰ ماه، INH، RIF و در صورت لزوم به‌همراه درمان، جراحی بوده است. میزان مصرف و مدت زمان بکار بردن دارو، در همه یکسان تعیین شد. در طی درمان ارزیابی در زمینه بهبود، شامل ارزیابی بالینی برای، درد، حرکت و احساس بهتر شدن حال عمومی توسط خود بیمار و XR (اسکلروز حاشیه مفاصل) و علائم آزمایشگاهی (افت ESR) بوده است.

نتایج

از ۴۸۱ بیمار که با تشخیص سل (براساس کریتریای موجود WHO) تحت درمان قرار گرفته بودند. ۶۶ بیمار (۱۳٪) با عنوان سل استخوان و مفصل بررسی و درمان شدند. ۳۴ مورد (۵۱٪) زن و ۳۲ مورد (۴۸٪) مرد بودند. میانگین سنی در درگیری مفاصل ۳۷/۲ سال و در فقرات ۳۸/۶ سال بوده است: (۸۷-۱۲ ساله) بیشترین موارد ابتلا در درگیری سیستم استخوانی رده‌های سنی ۱۹-۱۰ و ۲۹-۲۰ سال و بالای ۶۰ سال بود. ۱۲ مورد درگیری مفاصل و ۱۵ مورد فقرات، در زنان وجود داشت. از لحاظ شغلی ۲۷ مورد (۴۰٪) خانه‌دار، ۱۵ مورد (۲۲٪) کارگر و ۲ مورد (۳٪) دانشجو و بقیه مشاغل مختلف داشته‌اند. از عوامل خطر بنفع همراهی با ایدز وجود نداشت سه مورد سابقه فامیلی ابتلا به سل در فامیل را ذکر می‌کردند. بیشترین محل درگیری فقرات و کلاپس L3-L4 و از مفاصل، زانو و سپس بترتیب انگشتان دست، ران و مچ دست بوده است. ۳ مورد (۴٪) بعلت شکستگی که بعداً معلوم شد پاتولوژیک بوده، مراجعه کرده بودند که ضمن درمان و عدم بهبود و

جدول ۱- توزیع فراوانی مربوط به درگیری سلی در قسمتهای مختلف اسکلت

منطقه درگیر	شرح	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
فقرات		۲۳	۳۴
زانو		۱۰	۱۵
مفصل ران		۵	۷
مفاصل انگشت دست		۶	۹
مچ دست		۳	۴
مفصل آرنج		۱	۱
فیستول مزمن		۱۱	۱۶
سایر قسمت‌ها		۸	۱۲
جمع		۶۷	

جدول ۲- توزیع فراوانی مربوط به علائم بالینی

علائم بالینی	شرح	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
تعریق شبانه		۳۴	۵۱
کاهش وزن		۳۴	۵۱
درد و حساسیت موضعی مفاصل		۲۵	۳۷
درد و حساسیت موضعی فقرات		۲۳	۳۴
تب		۲۰	۳۰
سرفه‌های مزمن خلط دار		۸	۱۲

(بدلیل اشتراک علائم بالینی درصدها بیشتر است)

جدول ۳- توزیع فراوانی مربوط به علائم رادیولوژی

علائم رادیولوژیک	شرح	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
کلاپس فقرات		۲۲	۶۸
ضایعات لیتهیک		۷	۲۱
وکیستیک درمفاصل			
استئوپروز موضعی		۴	۱۲
آبسه سرد پاراورتبرال		۲۲	۶۸
ضایعات پارانشیم‌ریه		-	-

جدول ۴- مربوط به توزیع فراوانی محل ضایعه ستون فقرات

محل درگیری	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
L3-L4	۷	۳۱
L1-L2	۵	۲۲
سایر موارد	۱۱	۴۸

انجام بیوپسی متوجه وجود سل شدند. یک مورد با تشخیص ارتريت روماتوئید تحت کورتیکوتراپی داخل مفصلی زانو قرار گرفته بود که بعلت عدم بهبود و انجام بیوپسی، تشخیص سل مفصل داده شد (۵).

طول مدت بیماری برحسب ذکر علائم در ۱۹ مورد (۳۸٪) حدود ۶ ماه یا کمتر و حداقل ۳ هفته بوده است. از لحاظ پاراکلینیکی، ۴۸ مورد (۷۲٪) جواب ESR را آوردند که ۳۵ مورد (۷۲٪) بالا (ESR > ۲۰ نرمال) ۱۰ مورد نرمال (۲۰٪) و ۳ مورد (۶٪) بالای ۱۰۰ گزارش شد. فرمول شمارش (c.b.c) در اکثریت قریب باتفاق موارد طبیعی بوده است و فقط ۴ مورد (۶٪) آنمی خفیف تا متوسط داشتند. در بررسی‌های تصویربرداری، بجز یافته‌های XR، CT scan، مهره‌ها و استخوانها در ۶ مورد و MRI در ۲ مورد بعمل آمد که اطلاعات بیشتری بدست نداد و بدلیل درخواست از طرف خود بیماران انجام شده بود. از ۳۳ مورد درگیری مفصل از ۳۰ بیمار که بیوپسی سینوویوم محل ضایعه بعمل آمده بود جواب پاتولوژی ۲۰ مورد (۶۶٪) سلولهای زانت تیپ لانگهانس سلولهای اپی تلیوئید با مناطق نکروز کازئیفیه گزارش شد. ۳ مورد (۱۰٪) نرمال، ۱ مورد علائم ارتشاح حاد و بقیه علائم ارتشاح مزمن غیر اختصاصی گلبولهای سفید رداشتند. فقط یک مورد از کشت ماده بیوپسی (سینوویوم) در مفصل زانو از لحاظ BK مثبت بود و یک مورد اسمیر تهیه شده از ترشحات فیستول زانو از نظر AFB مثبت و کشت همان مورد از نظر باسیل سل مثبت شد. ۳ مورد (۴٪) درگیری فقرات و مفصل با هم و ۳ مورد درگیری همزمان چند مفصل داشتند. علیرغم وجود سرفه‌های مزمن خلط‌دار، در هیچ مورد در CXR انفیلتراسیون ریفت ریه و از جمله در قله‌های ریه گزارش نگردید. درمان ۱۲ ماهه در مورد همه اعمال شد (۲ ماه ۴ دارو و ۱۰ ماه ۲ دارو) فقط ۲ مورد بعلت ایکتر دارویی مراجعه نمودند که باقطع کوتاه مدت دارو و شروع مجدد، دیگر مشکلی بوجود نیامد (۳) در هیچ مورد نیازی بانجام عمل جراحی پیش نیامد.

جدول ۵: توزیع فراوانی مربوط به تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به عفونت سلی استخوان و مفصل

تعداد دفعات مراجعه	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
۱	۳۷	۵۶
۲	۱۰	۱۵
۴-۸	۳	۴
۱۲	۳	۴
سایر موارد	۱۳	۱۹

بحث و نتیجه گیری

برخلاف آمار گزارش شده در منابع خارجی (۹،۸) که مبتلای مردان را درگیری مفاصل حدود ۲ برابر ذکر می‌کنند، ۱۲ مورد درگیری مفاصل در مردان و ۱۹ مورد در زنان در بیماران ما بوده که شاید به دلیل ارجاع ناهماهنگ آنها بوده باشد. البته با توجه باینکه مرکز مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران یکی از مراکز ارجاعی می‌باشد شاید بتوان گفت که از نظر توزیع جغرافیایی و پراکندگی جمعیت این نتیجه‌گیری چندان قابل قضاوت نیست. درگیری فقرات کم‌وبیش در بین زنان و مردان یکسان بوده است. که این مورد با نتیجه بررسی‌های منابع خارجی منطبق است. تفاوت چندان از لحاظ شیوع سنی بین مردان و زنان وجود نداشت. ولی در بالای ۶۰ سال تعداد زنان بیش از مردان است. (۲ مرد و ۱۱ زن) برغم تمرکز زیاد از لحاظ سکونت در شهر تهران و اطراف آن، نمی‌توان این آمار را به تمام کشور بسط داد (که احتمالاً مراجعه بدلیل فاصله کمتر با مرکز درمانی و تمرکز کلی و بیشتر جمعیت در این شهر یا اسکان مهاجرین افغانی در حومه شهر می‌باشد) و دلیلی بر شیوع بالاتر در این منطقه نیست. شکایات اغلب مبهم و ملایم بوده، بطوریکه توجه بیمار را جلب نمی‌کند و در بیمارانی که سابقه طولانی بیماری را ذکر می‌کنند (برحسب ذکر نشانه‌های جزئی)، بدلیل عدم مراجعه به پزشک یا مراجعه بدفعات و با فواصل زیاد و تصور بی‌اهمیت بودن موضوع چه از طرف بیمار و چه از طرف پزشک متوجه بیماری جدی وی نشده‌اند. علاوه بر درد و محدودیت حرکت قابل تحمل نسبی در مفاصل بزرگ (مثل مفصل ران یا زانو)، درد کم‌طول کشیده و در سایر موارد تمرکز بر محل ضایعه، علائم سیستمیک بظاهر کم‌اهمیت در بیماران ما، وجود داشت که بیش از همه بر وجود تعریق شبانه و کاهش وزن و بعد تب بترتیب می‌توان تاکید کرد که مشابه

یافته‌ها در برخی مطالعات در منابع خارجی (۷،۹) و ۱۱) بوده است طول مدت بیماری حدود ۶ ماه (۱۹ مورد یا ۲۸٪) یا کمتر و حداقل ۳ هفته بوده و ۱۵ مورد یا ۲۲٪، طول مدت بیماری را بخاطر نداشتند و احتمالاً بدلیل ازمان بیش از حد یا ملایم بودن (۲) علائم بیماری یا عدم دسترسی به مراکز درمانی بوده است موارد کوتا‌هتر طول مدت شاید بدلیل تظاهر متعاقب استرس بوده است. تشخیص نیاز به ظن قوی و جستجو برای یافتن ماده جهت یافت شناسی و کشت دارد و تست‌هایی نظیر ESR تشخیص قطعی نمی‌دهد. با توجه به عدم مراجعه مرتب و کامل بیماران فوق‌الذکر هرچند که نتیجه‌گیری نهایی از لحاظ بررسی میزان بهبود یا تأثیر مدت زمان مصرف دارو و پاسخ به درمان بطور کامل و دقیق امکانپذیر نبود. ولی نظر به اظهار بهبود بیماران معدود پی‌گیر و مراجعه‌کننده و بهتر شدن علائم بالینی XR بصورت اسکروز سطوح مجاور مهره‌ها و مفاصل که بازهم در منابع خارجی قابل قبول تشخیص داده شده است (۱). می‌توان این روشها را در شرایط خاص مملکت ما که نه امکان بیوپسی برای همگان فراهم است و نه با تأیید محققین سایر ممالک نیاز قطعی برای همه (حتی در فراهم بودن کامل امکانات) دارد، در شک قوی و رد سایر علل و ارجاع به متخصصین عفونی، درمان طبی را میتوان جهت ایشان شروع کرد (۶) مطابق آمار گزارشات منابع خارجی (۹) اکثر بیماران که بدون علائم عصبی یا تغییر شکل قابل ملاحظه فقرات یا مفاصل بوده‌اند، فقط با درمان طبی پاسخ مطلوب در جهت بهبود نسبی را دادند. علائم XR بدست آمده و میزان شیوع و محل ابتلا بیشتر در فقرات و عمدتاً بصورت کلاپس L3-L4 و بعد از مفاصل، زانو و هانش بوده که در مورد فقرات همراهی قابل توجه با آبنه پاراورتبرال داشته است، درگیری فقرات بالاتر (از لحاظ موضع) و ابتلای مفصل ران بیش از زانو، در منابع خارجی (۸) ذکر شده است. طول مدت علائم بیماری در حد ماهها و سالهاست که مشابه ذکر بیماران در منابع خارجی است (۸ و ۹) در هیچ مورد به انجام عمل جراحی نیازی پیدا نشد. با توجه به تعداد دفعات مراجعه محدود بیماران که می‌توان به عدم توجیه شدن آنها توسط پزشک معالج یا سهل‌انگاری خودشان نسبت دارد (۴). چون گزارشاتی در زمینه بهبود بیماران حتی با یکماه درمان طبی ضد سل وجود دارد (۹). و اینکه حدود ۵۶٪ بیماران فقط یک مراجعه برای دریافت دارو داشته‌اند، شاید بتوان آنرا به

شرح حال و علائم بالینی بیماران در مناطق اندمیک برای سل و توصیف علائم هشدار دهنده در رسانه‌های گروهی و بیماریابی، کمک به تشخیص زودرس، عدم بوجود آمدن عوارض، صرف هزینه کمتر درمانی و طبعاً جراحی، تعیین کریتریای بالینی و XR جهت توان اقدام به درمان طبی بدون انجام سایر اقدامات تشخیصی بعلت هزینه‌بر بودن، قابل اعتماد بودن نسبی نتایج با درصد تقریباً بالا (حدود ۹۷٪) در یک منبع (۹) و مدنظر بودن سل اسکلت در مواجهه با هر ضایعه اسکلتی اعم از حاد یا مزمن پیامد این بررسی می‌تواند باشد.

بهبود نسبی و بهمین دلیل عدم مراجعه مجدد آنها به طبیب نسبت داد.

محدودیت‌ها و مشکلات این بررسی، عدم وجود امکانات آزمایشگاهی و تشخیصی مورد نیاز تحقیق در مراکز درمانی بخصوص در زمینه همکاری در مورد انجام بیوپسی که بهترین راه تشخیص است، عدم تشخیص قطعی اتیولوژیک بیماری و به این ترتیب اشکال در نمونه‌گیری و مشکلات متعدد در زمینه تشخیص بالینی و عدم مراجعه مرتب بیماران جهت کنترل با توجه به طول مدت درمان دارویی می‌باشد. در مجموع توجه بیشتر همکاران پزشک به

منابع

- Hugosson C, et al. Imaging of Tuberculosis. V. Prepheral Osteoarticular and Soft Tissue Tuberculosis. Acta Radiol 1996: 37(4): 512-6.
- Jellis JE. Bacterial Infection: Bone and Joint Tuberculosis Baillieres. Clin Rheumatol 1995: 9(1): 151-9.
- Ormerod LP, Horsfield N. Ferquency and Type of Reaction to Anti-Tuberculosis Drugs: Observations in Routine Treatment. Tubercle and Lung Dis 1996: 77: 34-42.
- Patel S, Collins DA, Bourke BE. Don't Forget Tuberculosis. Ann Rheum DIS 1995: 54(3): 174-5.
- Stecher DR, Gusic SE, Malodonado JA. Tuberculous Arthritis in the Course of Connective Tissue Disease: Report of 4 Cases. J Rheumatol 1992:9(9):1418-20.
- Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of Bones and Joints. J Bone Joint Surgery AM 1996: 78(2): 288-18.
- Crofton J, et al. Clinical Tuberculosis. New york: Mac Millan, 1992.
- Herkowitz HN. Rothman and Simeone the Spine. New york: WB Saunders, 1992.
- Tuil SM. Tuberculosis of the Skeletal System (Bones, Joints, Spine and Bursal Sheaths). 2nd ed. Dehli: Taypee, 1997.
- Weatherall DJ, et al. Oxford Textbook of Medicin. 3rd ed. London: Oxford University, 1996.
- Mandell GF, Behnett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000: 2578.
- صمیمی سده، رامبد: سل اندام فوقانی (گزارش دو مورد). پایان نامه چاپ نشده دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۱.
- فائزی پور، حسین: اسپوندیلیت سلی (گزارش ۴ مورد). پایان‌نامه چاپ شده دکترای تخصصی ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۶.
- معصومی، فریدون: سل دست و گزارش موارد بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی تهران (گزارش ۵ مورد). پایان‌نامه چاپ نشده دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۵.
- رضوان، هادی؛ [و دیگران]: بررسی ده ساله بیماری پوست در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد: مجموعه مقالات دربارہ سل از کنگره سراسری سل کشور. رشت: معاونت بهداشتی علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۴، صص: ۲۱۴-۲۰۴.

Bone and Joint Tuberculosis in Imam Khomeini Hospital Tehran, 1372-1375

Taramian S.

ABSTRACT

Tuberculosis is a major health problem in the world, which causes considerable mortality and morbidity. In a prospective - descriptive study, a group of patients with diagnosis of bone and joint tuberculosis on the basis of the clinical symptoms, signs and paraclinical data with positive PPD and negative Wright tests, were examined in Imam Khomeini Hospital (Infectious Disease and Orthopedic Departments) from the clinical, microbiologic and therapeutical points of view. From 481 patients who was treating for tuberculosis, 13% had the above conditions. The age of the most was between 10 -27 (min. 12 and max. 87 years). Complains, were often vague and mild and less attracts attention of the patient or physician. Besides prolonged Low Back Pain, there were tolerable pain and joint's movement limitation (first knee, then thigh). There were systemic signs as night sweats, fever and weight loss, which seemed unimportant. There were 65% collapse between two vertebrae, %6 of cases had multiple involvement of the skeleton and %11 of them had local fistulas. The duration of the illness (as mentioned by the symptoms) was mostly about 6 months or less. 66% had granuloma, showing a central area of caseation, epithelioid cells, lymphocytes and multinucleate giant cells in synovial biopsies of the joints and only one case had positive biopsy culture of the synovium for Mycobacterium Tuberculosis. X-Rays revealed nonspecific findings with no paranchymal involvement in Chest X-Rays. None needed surgery. As tuberculosis is endemic in Iran and regarding 12 months prescribed chemotherapy for our patients, despite their irregular and uncomplete consult (56% of patients had only one cosult) and as a few patients who consult regulary feel better and their signs and X-Rays improved. We may consider bone and joint tuberculosis, when there is a strong evidenace, as regards other possibilities and start the medical management.

key words: Tuberculosis/ Tuberculosis, Osteoarticular