

شیوع کاندیدیازیس سرویکوواژینال در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان شهرکرد

مسعود صادقی*

چکیده:

در این مطالعه با استفاده از روش غربالگری پاپ اسمیر ۱۴۴۱۳ زن مراجعه کننده به ۲۷ مرکز بهداشتی شهرستان شهرکرد در فاصله فروردین ۱۳۷۴ تا شهریور ۱۳۷۵ از نظر ابتلاء به کاندیدیازیس سرویکوواژینال مورد بررسی قرار گرفته‌اند. معیار تشخیص کاندیدیازیس دیدن سلولهای مخمری و میسلیم کاذب در نمونه‌های پاپ اسمیر زنانی که علائم بالینی کاندیدیازیس یعنی ترشح پنیری شکل و خارش داشته‌اند، بوده است. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که میزان ابتلاء زنان دارای علائم بالینی در مراکز بهداشتی شهری ۲/۰۹٪ و در زنان دارای علائم بالینی در مراکز بهداشتی روستائی ۰/۴۴٪ می‌باشد. بکارگیری آزمون آماری "Z" حاکی از آن است که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0.0001$). همچنین میانگین میزان ابتلاء در زنان دارای علائم بالینی در کل جمعیت مورد بررسی ۱/۷۳٪ به دست آمده است.

واژه‌های کلیدی: پاپ اسمیر، کاندیدیازیس

مقدمه:

طبیعی مهلی ۲۰٪ زنان غیر باردار و ۳۰٪ زنان باردار وجود دارد (۷)، و کاهش مقاومت بدن، بالا بودن دمای ناحیه، استفاده از آنتی‌بیوتیکهای وسیع‌الطیف و عوامل دیگر می‌تواند موجب بیماریزایی آن شود (۶). چند روش آزمایشگاهی برای تشخیص کاندیدیازیس کانال تناسلی زنانه وجود دارد که با توجه به روش مورد استفاده نتایج منتشره به وسیله پژوهشگران متفاوت می‌باشد. در این پژوهش برای تعیین میزان ابتلاء زنان شهرستان شهرکرد به کاندیدیازیس از روش غربالگری پاپ اسمیر و وجود یا عدم علائم بالینی استفاده شده است.

علت مراجعه تعداد زیادی از زنان به درمانگاههای تخصصی زنان، ابتلاء به عفونتهای گردن رحمی - مهلی است. عفونتهای گردن رحم ممکن است به وسیله عوامل بیولوژیک متعدد ایجاد گردد.

دسته‌ای از این عوامل قارچها هستند و از قارچهای بیماریزا مخمرها نقش بیشتری را در ایجاد عفونتهای بخش پایینی کانال تناسلی زنان بازی می‌کنند، به طوری که عامل ۹۰-۸۵٪ عفونتهای قارچی مهلی کاندیدا-آلیکنس است (۸،۶). علائم بالینی کاندیدیازیس ترشح سفید پنیری شکل همراه با خارش شدید می‌باشد (۶). به نظر برخی از مؤلفین کاندیداآلیکنس همراه فلور

* عضو هیأت علمی گروه علوم نشریح - دانشگاه علوم پزشکی شهکرد

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کاندیدیازیس در جمعیت مورد مطالعه برحسب دو منطقه شهری و روستایی شهرستان شهرکرد

مناطق	جمعیت	تعداد موارد اسمیر مثبت	درصد تعداد موارد با علائم بالینی (کاندیدیازیس)	درصد تعداد موارد بدون علائم (فلور طبیعی)	درصد
شهری	۱۱۲۲۸	۲۸۶	۲/۵۵	۲۳۵	۲/۰۹
روستایی	۳۱۸۵	۱۹	۰/۶۰	۱۴	۰/۴۴
کل شهرستان	۱۴۴۱۳	۳۰۵	۲/۱۲	۲۴۹	۱/۷۳

مواد و روشها:

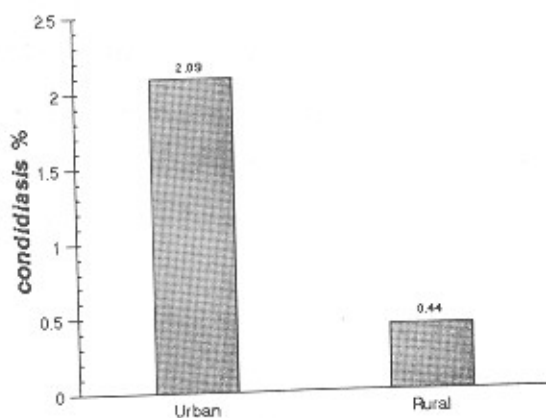
در این مطالعه تعداد ۱۴۴۱۳ زن که از فروردین ۱۳۷۴ تا پایان شهریور ۱۳۷۵ برای انجام آزمایش پاپ اسمیر به ۲۷ مرکز بهداشتی (۱۶ مرکز شهری و ۱۱ مرکز روستایی) وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهرکرد مراجعه کرده‌اند، از نظر ابتلاء به کاندیدیازیس سرویکوواژینال مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از این زنان در مراکز بهداشتی مربوطه با روش یک لامی نمونه پاپ اسمیر تهیه و همراه برگه درخواست حاوی اطلاعات لازم (از جمله علائم بالینی) به آزمایشگاه سلول شناسی ارسال می‌شد. در آزمایشگاه لامها پس از شماره‌گذاری با روش رنگ آمیزی پاپانیکولاو رنگ آمیزی و پس از لامل گذاری و خشک شدن به طریق غربالگری سلولی (Cellular screening) از نظر وجود تغییرات سرطانی، پیش سرطانی، التهاب، عفونت و تشخیص ارگانیزم عامل عفونت به وسیله میکروسکوپ مورد مطالعه قرار می‌گرفت. وجود سلولهای مخمری شکل همراه با میسلیم کاذب از نظر کاندیدا مثبت و در صورت داشتن علائم بالینی یعنی ترشح پنیری شکل و خارش به عنوان کاندیدا آلبیکنس منظور می‌شد.

اطلاعات لازم از قبیل تعداد مراجعین و تعداد موارد ابتلای به کاندیدیازیس گزارش شده همراه یا بدون علائم بالینی برای هر یک از مراکز بهداشتی جمع‌آوری گردید. مراکز بهداشتی شهری و روستایی به طور

جداگانه مورد ارزیابی آماری قرار گرفتند و از آزمون "Z" و جدول توزیع طبیعی برای مقایسه میزان ابتلاء زنان در مناطق شهری و روستایی استفاده شد و مقدار $P < 0.05$ به عنوان تفاوت معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج:

نتایج حاصل از این تحقیق در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که ۲/۰۹٪ زنان در مناطق شهری و ۰/۴۴٪ زنان در مناطق روستایی هم دارای علائم بالینی کاندیدیازیس بوده‌اند و هم در اسمیر آنها سلولهای مخمری شکل با میسلیم کاذب دیده شده است، که این تعداد به عنوان کاندیدیازیس منظور شده‌اند.



نمودار شماره ۱: میزان ابتلاء به کاندیدیازیس سرویکوواژینال در مناطق شهری و روستایی شهرستان شهرکرد

(بلاستوپور) و رشته دار (میسلیوم) وجود دارد که شکل میسلیوم دار آن از شکل بلاستوپور به وجود می آید و توانایی تهاجم به بافت را دارد، و اگر چه این قارچ آنزیمهای هیدرولیتیک تولید می کند ولی تولید میسلیوم نقش و اهمیت بیشتری در بیماریزایی و قدرت تهاجمی آن دارد (۲).

افزایش میزان کاندیدیازیس در زنان حامله و زنانی که از قرصهای ضد بارداری استفاده می کنند و نادر بودن عفونت در دختران نابالغ و زنان یائسه احتمال وجود عفونتهای وابسته به هورمون را مطرح می سازد (۶، ۷، ۹). شایع ترین علائم بیماری ترشح سفید رنگ، بریده بریده و پنیری شکل همراه با خارش شدید می باشد (۶). روشهای آزمایشگاهی برای تشخیص کاندیداآلیکنس عبارت اند از: تهیه اسمیر مرطوب از ترشحات و دیدن مخمر جوانه دار یا میسلیوم کاذب، رنگ آمیزی گرم و کشت در محیطهای اختصاصی. همچنین در نمونه های تهیه شده برای آزمایش پاپ اسمیر نیز می توان شکل مخمری جوانه دار یا وجود میسلیوم کاذب را تشخیص داد (۴، ۸). با توجه به روش مطالعه و جمعیت مورد بررسی نتایج حاصله متفاوت بوده است. به طوری که در یک درمانگاه بیماریهای مقاربتی ۱۷/۶٪ زنان مورد مطالعه التهاب مهبل با عامل کاندیداآلیکنس داشته اند (۳).

Ferris و همکارانش میزان ابتلاء ۲۰٪ را برای زنان با التهاب مهبل گزارش کرده اند (۱)، Levett در یک بررسی بر روی زنان باردار و غیر باردار میزان ابتلاء را در زنان باردار ۴۹٪ و در زنان غیر باردار ۳۹٪ گزارش کرده است (۵). نتایج منتشره به وسیله Lin و Wang در تایوان با استفاده از روش پاپ اسمیر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و نیز بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای مقاربتی میزان ابتلاء در هر دو گروه را ۳/۴۰٪ نشان می دهد (۱۰)، در نیجریه نیز میزان ابتلاء زنان مراجعه کننده به یک درمانگاه سلول شناسی با

همچنین ۴۵٪ زنان شهری و ۱۶٪ زنان روستائی بدون این که علائم بالینی داشته باشند حامل سلولهای مخمری شکل در اسمیر خود بوده اند که این تعداد به عنوان فلور طبیعی منظور شده است. نمودار شماره ۱ نیز نتایج حاصل را نشان می دهد.

نتیجه حاصل از کاربرد آزمون "Z" نشان می دهد که بین میزان ابتلاء زنان به کاندیدیازیس (علائم بالینی + وجود سلولهای مخمری کل) در مناطق شهری و روستائی شهرستان شهرکرد اختلاف معنی دار ($P < 0.0001$) وجود دارد.

بحث:

در قسمت پایینی کانال تناسلی زنانه چندین گونه قارچ همراه فلور طبیعی ناحیه وجود دارد که دفاع سلولی سیستم ایمنی با نقش حفاظتی خود از ایجاد عفونت پیشگیری می نماید (۶). یکی از این گونه های قارچی، کاندیداآلیکنس است که به نظر می رسد در مهبل ۲۰٪ زنان غیر حامله و ۳۰٪ زنان حامله مستقر است بدون اینکه علائم بالینی بیماری وجود داشته باشد (۷)، ولی شرایطی مانند کاهش مقاومت بدن، استفاده از آنتی بیوتیکها، بیماری قند و مصرف داروهای کاهش دهنده سیستم ایمنی بدن، باعث تسهیل رشد قارچ گردیده و توانایی بیماریزایی باکتری را افزایش می دهد (۶). به طوری که گفته می شود مسئول ۹۰-۸۵٪ عفونتهای قارچی در دستگاه تناسلی مؤنث این قارچ است (۶، ۷، ۸)، و ۷۵٪ زنان در طول زندگی خود حداقل برای یکبار به کاندیدیازیس ولوواژینال گرفتار می شوند (۸).

برخی از مؤلفین شانس ابتلاء به کاندیدیازیس را در دوران بارداری تا دو برابر می دانند (۶)، و بعضی دیگر مصرف قرصهای ضد بارداری را در افزایش رشد مخمر کاندیداآلیکنس و تهاجم آن به بافت مؤثر می دانند (۷، ۹). کاندیداآلیکنس به دو شکل مخمری جوانه دار

است که بین میزان ابتلاء زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری با زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی روستایی دیده می شود با توجه به نتایج حاصل سؤالی که مطرح می گردد این است که چه عامل یا عواملی موجب این تفاوت شده است؟ آیا مصرف آنتی بیوتیکهای بیشتر در زنان شهری می تواند علت این اختلاف باشد؟ یا تمایل بیشتری که در زنان شهری برای استفاده از قرصهای ضد بارداری وجود دارد؟ و یا دلیل دیگری برای این اختلاف می توان یافت؟

این پژوهش می تواند زمینه ای برای انجام تحقیقات دیگر در این رابطه با استفاده از روشهای اختصاصی تر جهت پاسخگویی به این سؤالات باشد.

استفاده از روش پاپ اسمیر ۲۰/۲٪ گزارش شده است (۴).

نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان می دهد که میزان ابتلاء به کاندیدیازیس در زنان مناطق شهری شهرستان شهرکرد ۲/۹۰٪ و در زنان مناطق روستائی ۴۴٪ می باشد. میزان ابتلاء در کل جمعیت مورد بررسی اعم از شهری و روستائی این شهرستان ۱/۷۳٪ به دست آمد که از تمام نتایج منتشره کمتر است. همچنین مشخص شد که فقط ۰/۴۵٪ زنان در مناطق شهری و ۰/۱۶٪ زنان در مناطق روستائی کاندیدا را به صورت فلور طبیعی و بدون علائم بالینی همراه دارند.

نکته قابل توجه اختلاف معنی داری ($P < 0.0001$)

References:

- 1- Ferris DG.; Hendrich J. Office laboratory diagnosis of vaginitis: clinician performed tests compared with a rapid hibridization test. J Fam Pract, 4(66): 575-81, 1995.
- 2- Jones JM. Candidiasis. In: Warren KS, Mahmoud AAF. Tropical and geographical medicine: From McGraw-Hill Company. New York: USA, 945-54, 1990.
- 3- Hart G. Factors associated with trichomoniasis, candidiasis and bacterial vaginosis. Int J STD AIDS, 4(1): 21-5, 1993.
- 4- Konje JC.; Otolorin EO.; Ogunniyi JO.; Obisesan KA. The prevalence of gardnerella vaginalis trichomonas vaginalis and candida albicans in the cytology clinic at ibadan Nigeria. Afr J Med Sci, 20(1): 29-34, 1991.
- 5- Levett PN. Aetiology of vaginal infections in pregnant and nonpregnant women in Barbados. West Indian Med J, 44(3): 96-8, 1995.
- 6- Sillman FH.; Muto MG. The vulva. In: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RI. Kistner's Gynecology: From Mosby Company. New York: USA, 56-7, 1994.
- 7- Sobel JD. Vulvovaginitis. In: Hoeprich PD, Jordan MC, Ronald AR. Infectious Diseases: From JB Lippincott Company. Philadelphia: USA, 575-82, 1994.
- 8- Soper DE. Genitourinary infections. In: Berek JS, Dashi EY, Hillard PA. Novak's Gynecology: From Williams & Wilkins Company. Philadelphia: USA, 429-45, 1996.
- 9- Spinillo A.; Capuzzo E.; Nicola S.; Baltaro F. The impact of oral contraception on vulvovaginal candidiasis. Contraception, 51(5): 293-7, 1995.
- 10-Wang PD.; Lin RS. Epidemiologic differences between candidiasis and trichomonal infections as detected in cytologic smears. J Public Health, 109(6): 443-50, 1995.