بیانیه رسمی FDI

در مورد ویروس عدم کفایت ایمنی انسان HIV و سندروم عدم کفایت ایمنی اکتسابی AIDS در ارتباط با دندانپزشکی

تجدید نظر شده در اگوست ۱۹۹۲*

ترجمه: دکتر مسعود فلاحی‌نژاد**

بخش دوم:

۱. مقدمه

۱.۱ اولین تشخیص در مورد سند روم عدم کفایت ایمنی اکتسابی (ایدز)

اصطلاح «سندروم عدم کفایت ایمنی اکتسابی» برای توصیف یک گروه از علائم و نشانه‌هایی بکار می‌رود که وقتی مجموعاً مورد بررسی قرار می‌گیرند، بیماری‌ای را مشخص می‌کند که اولین بار در سال ۱۹۸۱ شناخته و گزارش شده است. اولین گزارش، در گزارش هفتگی موربیدیتی و موتالیتی (MMWR) مربوط به ۵ مرد جوان هموسکسوئل که به علت پنومونیای پنوموسایتیک کارینی در سه بیمارستان در لوس‌آنجلس و کالیفرنیا (امریکا) بین اکتبر ۱۹۸۰ و مه ۱۹۸۱ درمان شده بودند منتشر شد. بلافاصله بعد از این گزارش اولیه، گزارشات دیگری از مراکز کنترل بیماری ایالات متحده از یک تعداد زیاد از موارد کاپوزیس سارکوما در مردان هموسکسوئل که تعدادی نیز پنومونیای پنوماسایتیک کارینی داشتند دریافت شد.

---

* نقل از نشریهٔ Dental World (FDI) March/April 1993 Vol2.No2

** رزیدنت دندانپزشکی اطفال دانشکدهٔ دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

حروف کلمهٔ AIDS برای سندروم عدم کفایت ایمنی اکتسابی در سال ۱۹۸۲ توسط مرکز کنترل بیماری در آتلانتا (امریکا) برای تسهیل در گزارش و نظارت معرفی گردید.

۱.۲ تعیین هویت ویروس عدم کفایت ایمنی انسان (HIV)

هر چند AIDS شناخته شد و تصور گردید که یک ناقل داشته و در نتیجه یک بیماری عفونی می‌باشد، اما تا سال ۱۹۸۳ که ویروس جدیدی، یک رترو ویروس T لنفوتروفیک (توصیف شده به عنوان ویروس مرتبط با لنفاونوپاتی LAV) از یک بیمار با لنفادنوپاتی توسط محققین فرانسوی جدا شد، وجود خارجی نداشت. چند ماه بعد، محققین آمریکایی، یک ویروس تایپ ۳، T سل لنفوتروفیک (HTLV III) از یک بیمار مبتلا به ایدز جداکردند، در نتیجه دو ویروس پیدا شده بطور اساسی شبیه بودند.

در ماه مه ۱۹۸۶ یک کمیته فرعی بین‌المللی از کمیتهٔ بین‌المللی طبقه‌بندی ویروس‌ها، ویروس را به عنوان ویروس عدم کفایت ایمنی انسان (HIV) معرفی نمود.

۱.۳ آنتی‌بادیهای HIV

بدنبال تعیین هویت HIV تکنیک‌هایی برای آشکار کردن آنتی بادیهای HIV بدست آمد. معمولاً وجود آنتی بادیهای HIV یک عفونت HIV را نشان می‌دهد، و یک شخص با آنتی بادی مثبت HIV (HIV مثبت) می‌تواند ویروس را انتقال دهد. ظهور آنتی‌بادیها (تغییر سرومی) به دنبال در معرض HIV قرار گرفتن معمولاً ظرف ۶ تا ۱۲ هفته بعد از ابتلا به HIV اتفاق می‌افتد. اما ممکن است تا حداکثر ۶ ماه به تاخیر بیفتد.* در خلال این دوره، هر چند هیچ آنتی‌بادی HIV آشکار نمی‌شود، این اشخاص می‌توانند ناقل HIV باشند. از سال ۱۹۸۵ امکان آزمایشات آنتی‌بادی میسر بوده است.

۱.۴ انتقال HIV

در یک شخص مبتلا، HIV می‌تواند از لنفوسیتهای خون محیطی، سلولهای مغز استخوان، پلاسمای بدون سلول، مایع منی، ادرار، شیر مادر، اشک، بزاق، ترشحات واژن، غدد لنفاوی، مایع نخاعی، نسج مغزی و از همه مهمتر برای دندانپزشکان از نسوج پا لپ جدا شود، با این حال تمام این مایعات در انتقال ویروس نقش ندارند.

مشخص شده که HIV توسط تماس جنسی یا خون آلوده یا فراورده‌های خونی منتقل می‌شود. ویروس باید وارد بدن یک میزبان جدید شده و مستقر شود. جایی که HIV با تماس جنسی منتقل می‌شود، احتمال دیگر بیماریهای مقاربتی وجود دارد.

بعد از ابتلا به HIV ظهور آنتی بادیهای HIV (تغییر سرومی HIV) ممکن است ۶ ماه و

---

* ـ مواردی گزارش شده‌اند که تغییر سرومی تا حدود ۳ سال به تأخیر افتاده است.

ظهور AIDS ممکن است برای حدود ۱۵ سال به تأخیر افتد. در خلال دورهٔ بین استقرار یک عفونت HIV و ظهور AIDS احتمالاً شخص مبتلا بدون علامت باقی می‌ماند.

۱.۵ عفونت HIV و AIDS

هر چند دورهٔ کمون طولانی است، ولی مسجل شده است که تمام افراد در معرض HIV با تغییرسرومی HIV به طرف AIDS پیشرفت می‌کنند. دورهٔ پیشرفت از یک عفونت HIV به سمت AIDS ممکن است بیش از ۱۰ سال باشد و در مواردی بیش از ۱۵ سال گزارش شده‌اند. میانگین دوره کمون ۱۱ ـ ۱۰ سال است. درمان دارویی برای ایجاد تأخیر در پیشرفت یک عفونت HIV به سمت ایدز هر چند به کار گرفته شده است، به علت هزینهٔ فراوان، این درمان محدود شده است.

در خلال دورهٔ تغییر سرومی بیماران معمولاً بدون علامت هستند و به نظر می‌رسد که سازگاری غیر عادی در سیستم‌های ایمنی این بیماران بوجود می‌آید. تا زمانی که سیستم ایمنی سازگار نشود، ایدز پیشرفت نمی‌کند. سند روم توسط عدم کفایت ایمنی و عفونتهای فرصت طلب که به صورت غیر اختصاصی وجود دارند، توصیف می‌شود.

مراحل پیشرفت ضایعه در جدول شمارهٔ ۱ فهرست شده‌اند.

۲. طبقه بندی عفونت HIV

در سال ۱۹۸۶، مراکز کنترل بیماری ایالات متحده (CDC) یک طبقه بندی برای عفونت HIV را برای گزارشات بهداشت عمومی پیشنهاد کرد. بروز عفونت HIV در چهار گروه I - IV طبقه بندی می‌شود.

گروه I: شامل بیماران با نشانه‌ها و علائم زودگذر می‌شود که به نظر می‌رسد همزمان یا زمانی کوتاه بعد از ابتلای اولیه با HIV باشد که توسط بررسی‌های آزمایشگاهی مشخص می‌شوند. ظاهر کلینیکی مانند یک سندرم مشابه منونوکلئوزیس است.

گروه II: شامل بیمارانی می‌شود که هیچ نشانه و علائم عفونت HIV را ندارند. بیماران این گروه ممکن است بطور فرعی بر اساس اینکه آیا مطالعات خونی یا لابراتواری ایمونولوژیک انجام شده باشد و اینکه آیا نتایج تا اندازه‌ای موافق با اثرات عفونت HIV غیر طبیعی باشند، تقسیم بندی می‌شوند.

گروه III: بیماران با لنفادنوپاتی مستمر و منتشر اما بدون یافته‌هایی که منجر به تقسیم بندی در گروه IV می‌شود را شامل می‌گردد. بیماران در این گروه ممکن است بر اساس مطالعات آزمایشگاهی شبیه بیماران گروه I تقسیم بندی شوند.

گروه IV: بیماران با علائم کلینیکی و نشانه‌های عفونت HIV علاوه بر لنفادنوپاتی را

شامل می‌شود. بیماران در این گروه به یک یا بیشتر گروههای فرعی بر اساس یافته‌های کلینیکی (جدول ۱) اختصاص داده می‌شوند. در گروه فرعی C بیماران اکثراً به دو طبقه تقسیم می‌شوند:

طبقه‌بندی C-1 : شامل بیمارانی با بیماری علامت‌دار یا تهاجمی به علت ۱۲ بیماری عفونی ثانویه اختصاصی فهرست شده در تعریف نظارت بر AIDS (جدول ۲) می‌شود.

طبقه‌بندی C-2 : شامل بیمارانی با بیماری سیستمیک یا تهاجمی به علت یکی از ۶ بیماری عفونی ثانویه اختصاص دیگر می‌شود: لوکوپلاکیای مویی دهانی، هرپس زوستر مولتی در ماتول، باکتریمی سالمونلای راجعه، نوکاردیوزیس، توبرکلوزیس یا کاندیدیازیس دهانی (جدول ۳).

۳. پیشگیری از انتقال HIV در کار کلینیکی

جلوگیری از انتقال HIV در کار کلینیکی دندانپزشکی نیاز به اتخاذ اصول صحیح کنترل عفونت و انجام کار مطابق با استاندارد بالای بهداشت فردی و کلینیکی دارد.

اساساً این اعمال از انتقال HIV از بیماران مبتلا به دیگر بیماران یا کارکنان کلینیک با استریلیزاسیون صحیح و روش‌های ضد عفونی و نیز ممانعت از کارکنان کلینیک و بیماران در تماس با مواد آلوده جلوگیری به عمل می‌آورد.

دندانپزشکان باید آگاه باشند که تمام مایعات بدن، از جمله خون افراد مبتلا استعداد انتقال HIV را دارند.

دستورالعمل برای پیشگیری از انتقال بیماری در جراحی دندانپزشکی و برای کار بی‌خطر کلینیکی ارائه شده است.*

---

* ـ توصیه‌های بهداشتی در کار دندانپزشکی از جمله درمان بیماران عفونی بند ۱۰ گزارش مجمع عمومی هفتاد و سومین کنگرهٔ جهانی دندانپزشکی FDI سال ۱۹۸۶ مانیل (مترجم).

جدول ۱

طبقه‌بندی عفونت HIV*

گروه I عفونت حاد		علائم شبیه مونونوکلئوزیس
گروه II عفونت بدون علائم		ثابت شده توسط مطالعات آزمایشگاهی، نشان‌دهندهٔ شرایط همراه با یک عفونت HIV
گروه III لنفادنوپاتی منتشر پایدار		ثابت شده توسط همان مطالعات لنفادنوپاتی که در گروه II بدان اشاره شد.**
گروه IV سایر بیماریها		
گروه فرعی A		بیماری عضوی
گروه فرعی B		بیماری نورولوژیک
گروه فرعی C		بیماری عفونی ثانویه
طبقه‌بندی C-1	بیماریهای عفونی ثانویه اختصاصی فهرست شده در تعریف نظارتی CDC برای AIDS	بیماران در طبقه‌بندی C-1 ، بیماریهای علامتدار یا تهاجمی به علت یکی از ۱۲ بیماری عفونی اختصاصی دارند (به جدول ۲ نگاه کنید)
طبقه‌بندی C-2	دیگر بیماریهای عفونی ثانویه اختصاصی	بیماران در طبقه بندی C-2 ، بیماریهای علامتدار یا تهاجمی به علت یکی از ۶ بیماری عفونی اختصاصی دارند (به جدول ۳ نگاه کنید)
گروه فرعی D	سرطانهای ثانویه	شامل بیمارانی می‌شود که تظاهر کلینیکی‌شان تعریف AIDS را کامل می‌کند(به جدول ۲ نگاه کنید)
گروه فرعی E	موارد دیگر	

* ـ در این طبقه‌بندی ممکن است تجدید نظر شود.

** ـ مطالعات هماتولوژیکی و لابراتواری ممکن است وجود عفونت HIV را قبل از آنکه توسط وجود آنتی‌بادیهای HIV نشان داده شود، آشکار کنند. ظهور آنتی‌بادیها و تغییر سرومی ممکن است حدوداً ۳ ماه بعد از ابتلای به HIV اتفاق افتد.

جدول ۲

تعریف WHO/CDC از سندروم عدم کفایت ایمنی اکتسابی AIDS
بیماریهای بطور متوسط نشان‌دهندهٔ عدم کفایت ایمنی سلولی

الف ـ عفونتهای پروتوزوئایی و کرم روده‌ای

۱ـ کریپتوسپوریدیوزیس، روده‌ای، عامل اسهال بیش از یک ماه

۲ـ پنومونیای پنوموسیستیس کارینی

۳ـ استرونجی لوئیدوزیس، عامل پنومونیا، عفونت عصب مرکزی یا عفونت منتشر.

۴ـ توکسو پلاسموزیس

ب ـ عفونتهای قارچی

۱ـ کاندیدیازیس عامل اوسئوفاچیتیس (بر اساس یافته‌های هیستولوژی یا میکروسکوپی از یک آماده‌سازی مرطوب از اسئوفاکوس یا اندوسکوپ یا اتوپسی از پلاکهای سفید در یک زمینهٔ مخاطی اریتماتوس، نه فقط بوسیله کشت تنها)*

۲ـ کریپتوکوکوزیس، عامل گرفتاریهای سیستم عصب مرکزی یا دیگر عفونتهای منتشر در انتهای ششها و غدد لنفاوی

پ ـ عفونتهای باکتریایی

۱ـ مایکوباکتریوم آویوم داخل سلولی (مایکو باکتریوم آویوکمپلکس) یا مایکو باکتریوم کاناسایی عامل پخش عفونت انتهای ششها و غدد لنفاوی

ت ـ عفونتهای ویروسی

۱ـ سیتومگالو ویروس عامل عفونت ارگانهای داخلی غیر از کبد، طحال یا غدد لنفاوی

۲ـ ویروس تبخال ساده، عامل عفونت مزمن مخاطی پوستی با زخمهای پایدار بیشتر از یک ماه، یا پولمونری، مسیر معده‌ای روده‌ای (ته دهان، گلویارکتوم) یا عفونت منتشره.

۳ـ لوکوانسفالوپاتی پیشرفتهٔ مالتی فوکال

ث ـ سرطان

۱ـ سارکوم کاپوسی

---

* ـ کاندیدیازیس دهانی مشخص شده که یک علامت شایع زودرس از پیشرفت HIV به سمت AIDS می‌باشد.

ج ـ دیگر عفونتهای فرصت‌طلب با تست مثبت برای HIV در غیاب هر یک از بیماریهای فرصت‌طلب فهرست شده در قسمتهای A , B , C یا D هر یک از بیماریهای ذیل به عنوان معرف ایدز مورد بررسی قرار می‌گیرند در صورتیکه بیمار یک تست مثبت برای HIV داشته باشد.

۱ـ هیستوپلاسموزیس منتشره (در کشت، هیستولوژی یا ساتیولوژی).

۲ـ کاندیدیازیس برونشی یا پولمونری.

۳ـ ایزوسپوریازیس، عامل اسهال مزمن.

چ ـ پنوموناتیس لنفوئید داخل نسوجی مزمن

ح ـ لنفومای غیرهوچکینی با تست مثبت HIV

جدول ۳
بیماریهای عفونی ثانویه اختصاصی مرتبط با عفونت HIV
طبقه‌بندی C-2

ضایعات دهانی

الف ـ لکوپلاکیای مویی دهانی

در مردان همجنس‌باز دیده شده و در دیگر گروههای در خطر ایدز گزارش نشده، اکثر بیماران (۹۸٪) با لکوپلاکیای مویی دهانی، آنتی بادی مثبت HIV دارند.

ب ـ کاندیدیازیس دهانی

کاندیدیازیس دهانی ممکن است پیش‌بینی پیشرفت یک عفونت HIV به سمت AIDS باشد و ممکن است نشان‌دهندهٔ ظهور کاندیدیازیس اسئوفاژی باشد. کاندیدیازیس یک نشانهٔ دهانی زودرس عدم کفایت ایمنی است که ممکن است از عوامل دیگر غیر از پیشرفت HIV ناشی شود. کاندیدیازیس دهانی پایدار در یک بیمار HIV سرو مثبت، مدرک قوی از پیشرفت بیماری است.

شرایط عمومی

الف ـ هرپس زوستر مالتی در ماتومال

هرپس‌زوستر (Shingles) معمولاً بصورت یک در ماتوم تنها و یک طرفه ظاهر می‌شود.

هرپس زوستر توسط ویروس واریسلا بوجود می‌آید که سبب آبله مرغان هم می‌شود. ضایعات چندگانه یا در ماتومها در یک بیمار HIV سرومثبت نشان‌دهندهٔ پیشرفت عفونت HIV به سمت AIDS هستند.

ب ـ باکتریمی سالمونلای راجعه

سالمونلوزیس باکتریمیک یا سپتی سمیک نادر است. وقتی که اتفاق می‌افتد، اغلب مرتبط با عدم کفایت ایمنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. و در یک بیمار HIV سرو مثبت نشان پیشرفت بیماری به سمت AIDS است.

پ ـ نوکاردیوزیس

نوکاردیاها، باکتریهای فیلامانتوس هوازی در خاک با ظرفیت ایجاد نوکاردیوزیس پولمونری و سیستمیک هستند. عفونت نوکاردیال بدون عدم کفایت ایمنی نادر است. وقتی که در یک بیمار HIV سرو مثبت اتفاق می‌افتد یک دلیل قوی از پیشرفت عفونت HIV به سمت AIDS است.

ت ـ توبرکلوزیس

بیماریهای مایکوباکتریال نامشخص منتشره، شامل توبرکلوزیس توسط مایکوباکتریوم آویوم داخل سلولی یا مایکوباکتریوم کانسایی اغلب مرتبط با یک بیمار HIV سرو مثبت هستند و نشان پیشرفت عفونت HIV به سوی AIDS هستند.