

دکتر سیما رسائی^۱، دکتر حسین کاووسی^۲

۱- استادیار پوست، ۲- دستیار پوست؛ دانشکده علوم پزشکی اهواز

تشخیص فولیکولیت مزمن عمقی) هر یک بمدت ۲ هفته قرار گرفت که بهبودی مشاهده نگردید. با توجه به شرح حال فامیلی مثبت سل ریوی، تست توپر کولین مثبت و وجود سلولهای ژانت متعدد و سلولهای التهابی در اطراف ضمام پوست در بررسی آسیب شناسی پوست، سل پوستی مطرح گردید و تحت درمان با داروهای ضد سل قرار گرفت که علائمی از بهبودی پس از ۲ هفته و بهبودی کامل پس از ۶ ماه ملاحظه گردید.

واژه‌های کلیدی: سل پوستی، لوپوس ولگاریس، *Tinea incognita*

لوپوس ولگاریس یک فرم پیشرونده از سل پوستی است که در فرد با ایمنی بالا و متوسط ایجاد می‌شود و در اکثر گزارشات شایعترین فرم سل جلدی است. در این گزارش مردی ۴۰ ساله با شکایت پلاکهای حلقوی متعدد با قطر تقریبی ۳۰-۵۰ میلی‌متر و با رنگ اریمتاتوز و حاشیه کاملاً برجسته و فعال و پوسچولهای پراکنده روی ضایعات در نقاط مختلف بدن معرفی می‌شود. تابلوی بالینی بیمار به *Tinea incognita* شباهت داشت. ابتدا بعلت شباهت مذکور تحت درمان با گریزوفولوین بمدت یکماه و سپس تربینافین و آنتی‌بیوتیک (بعلت وجود پوسچولهای متعدد و

معرفی بیمار

بیمار مردی ۴۰ ساله، متأهل، ساکن شوشتر، سیگاری با ضایعات متعدد پوستی در قسمتهای مختلف بدن که از ۸ ماه قبل شروع شده بود، به درمانگاه پوست بیمارستان امام خمینی اهواز مراجعه نموده بود. شروع ضایعات از ناحیه قدامی قفسه سینه بوده و بدنبال آن ضایعات مشابهی روی هر دو ساعد، انگشتان دست، قسمت قدامی ران و صورت ایجاد گردیده بود. ضایعات هیچگونه درد یا خارش نداشتند. وی سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی‌کرد اما سابقه ضایعات پوستی مشابهی را ۱۵ سال قبل روی صورت خود ذکر می‌کرد که بدنبال بهبودی الوپسی اسکاری ایجاد نموده

بود. خواهر بیمار مبتلا به سل ریوی در ۴ سال قبل بوده است. وی قبل از مراجعه به درمانگاه تحت درمان با استروئید موضعی و گریزوفولوین بمدت یکماه قرار گرفته بود. بیمار هنگام مراجعه از سرفه همراه با خلط شاکی بود اما خلط خونی، تعریق شبانه و کاهش وزن را ذکر نمی‌کرد. در معاینه پوست بیمار، پلاکهای حلقوی قرمز مایل به قهوه‌ای به ابعاد ۳۰-۵۰ میلی‌متر، متعدد، سفت باحاشیه فعال همراه با پوسچولهای پراکنده در سطح ضایعه و ریزش موی ضایعات مشاهده گردید. ضایعات در قدام قفسه سینه، سطوح فلکسور هر دو ساعد (تصویر شماره ۱) و قدام ران راست، صورت و پشت انگشتان دست وجود داشت. معاینه سایر قسمتها، مخاط و ناخنها طبیعی بود.

در یافته‌های آزمایشگاهی بیمار اسمیر و کشت خلط و

مؤلف مسئول: دکتر سیما رسائی- اهواز، بیمارستان سینا، بخش پوست

را که خود ۱۰ درصد کل موارد سل آست را شامل می‌شود (۱). در حال حاضر سل پوستی بخوبی دسته‌بندی نشده است. بطور کلی سل پوستی را به دو گروه عمده تقسیم می‌نمایند: گروه اول سل پوستی با تهاجم حقیقی باسیل به پوست و گروه دوم توبرکولیدها یا واکنش افزایش حساسیت همراه با کانون اولیه در جای دیگر می‌باشد.

شایعترین فرم سال جلدی بسته به منطقه جغرافیایی متفاوت است. اکثر محققین معتقدند که لوپوس و لگاریس شایعترین شکل بالینی سل پوستی است (۲). در گزارشی سل زگیلی (۳) و در مطالعه دیگر اسکالروفولودرما شایعترین فرم (۴) بوده است. لوپوس و لگاریس اکثراً بصورت پلاک، فرم تخریبی، گل کلمی، شبه تومور و پاپولودولر دیده می‌شود. زنان ۲ تا ۳ برابر مردان مبتلا می‌شوند (۵). آب و هوای سرد و مرطوب در ایجاد آن موثر است (۱).

تشخیص سل پوستی بر اساس شک بالینی قوی و ارتباط آن با یافته‌های آسیب‌شناسی و کشت مثبت از ضایعات پوستی است. جستجو برای یافتن کانون اولیه احتمالی عفونت سلی نواحی دیگر باید اعمال گردد. در حال حاضر با استفاده از تکنیک PCR می‌توان DNA مایکوباکتریوم را تعیین و سل پوستی را به سرعت تشخیص داد (۶). باید توجه داشت که در کشورهای در حال توسعه با توجه به فراوانی موارد سل پوستی و در کشورهای پیشرفته بعثت ایدمی‌های ناشی از ایدز و درمان‌های تضعیف‌کننده ایمنی، اشکال بالینی غیر معمول سل پوستی گزارش می‌گردند (۷). گاهی به شکل سینوس مزمن روی گره لنفاوی و زخم‌های مزمن است (۸). یک مورد بصورت سلولیت در فرد مبتلا به لوپوس سیستمیک تحت درمان با داروهای سیتوتوکسیک (۹) و موردی به شکل ضایعات پیگمانته متعدد در بیمار مبتلا به سل ریوی (۱۰) گزارش شده است. مواردی نیز بصورت ضایعات حلقوی روی صورت (۱۱) و نیز یک مورد با patch های اریتماتو و تلاترژیکتاتیک و

ضایعات پوستی از نظر باکتری و باسیل اسیدفست منفی بود. رادیوگرافی سینه نرمال، سدیمان ۵۵ و تست توبرکولین ۱۵ میلی‌متر قطر داشت و سایر یافته‌های آزمایشگاهی طبیعی بود. از بیمار به فاصله ۳ ماه، سه بیوپسی بعمل آمد که یافته‌های آسیب‌شناسی شامل افزایش ضخامت لایه شاخی، پاراکراتوز موضعی، ضخیم شدن اپیدرم، ارتشاح شدید سلولهای التهابی مزمن و سلولهای ژانت در اطراف ضمام پوستی بود که در برخی نواحی این سلولها، فولیکول مو را مورد تهاجم قرار داده بودند (تصاویر ۲ و ۳). بررسی از نظر وجود میسلوم و باسیل اسیدفست در نمونه‌های بیوپسی و اسمیر مستقیم منفی بود.

ابتدا بیمار با تشخیص *Tinea incognito* و فولیکولیت عمقی مزمن تحت درمان با سفالکسین ۴ گرم روزانه بمدت ۲ هفته قرار گرفت. بعثت عدم پاسخ با وجود دریافت قبلی گریز و فولولین بمدت ۱ ماه، تحت درمان با ترینافین ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه بمدت ۲ هفته قرار گرفت که مجدداً بهبودی در ضایعات پوستی حاصل نشد. بالاخره با توجه به شرح حال (سابقه فامیلی مثبت سل ریوی در خواهر بیمار)، تست توبرکولین مثبت، سدیمان بالا، و یافته‌های پاتولوژیکی (وجود سلولهای ژانت و ارتشاح شدید سلولهای التهابی اطراف ضمام پوست) تشخیص سل پوستی نوع لوپوس و لگاریس مطرح گردید. بیمار تحت درمان رژیم چهار دارویی ایزونیازید، ریفامپیسین، اتامبوتول و پیرازینامید بمدت ۷ ماه قرار گرفت، پس از دو هفته التهاب و تشکیل پوسچولهای جدید رو به بهبودی رفت. با ادامه درمان بهبودی قابل توجه در ضایعات پوستی مشاهده گردید بطوریکه با پایان دوره آن بهبودی کامل با بجاماندن مختصر پیگمانتاسیون و رشد مجدد موها حاصل گردید (تصویر شماره ۴).

بحث

سل پوستی درصد کمی از تمام موارد سل خارج ریوی

طبقه‌بندی‌های سل جلدی مشکل بنظر می‌رسید اما با توجه به یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی به احتمال قوی بیمار ما در گروه لوپوس قرار می‌گیرد.

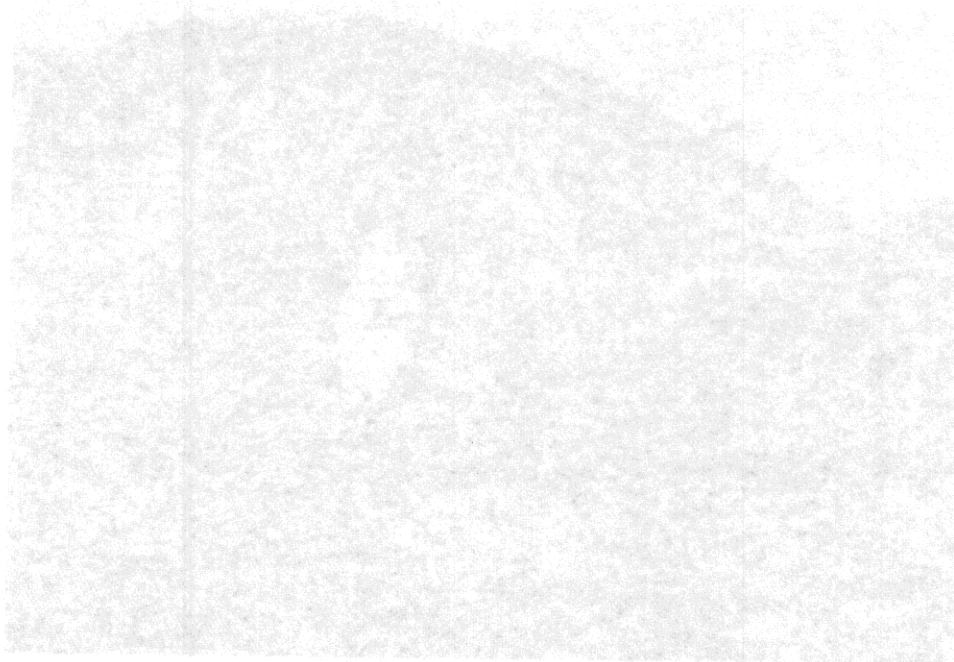
بعنوان نتیجه باید گفت که تشخیص سل جلدی را بایستی در مورد ضایعات مزمن بویژه زمانی که عفونت مزمنی مطرح می‌گردد در نظر داشت، موارد غیر معمول سل پوستی ناشایع نمی‌باشد و شک بالینی به سل پوستی، یکی از عوامل مهم برای رسیدن به تشخیص سل جلدی می‌باشد.

قدردانی

از آقایان دکتر سیدمحمد رادمنش و سید رضا یعقوبی به سبب همکاری در تهیه اسلایدهای بالینی بیمار قدردانی و تشکر می‌شود.

پاپولهای گروهی پس از واکسن BCG گزارش گردیده است (۱۲). بیمار مورد مطالعه ما با پلاکهای وسیع و متعدد با شباهت به Tinea incognito مراجعه نموده بود که تا بحال سل جلدی با این تابلوی بالینی گزارش نگردیده است. بعلاوه وی ضایعات متعددی داشت در حالی که در لوپوس ولگاریس اغلب ضایعات منفرد می‌باشد و فقط در افراد با ضعف سیستم ایمنی انتظار می‌رود که ضایعات متعدد باشند، اما بیمار ما هیچگونه علائمی از ضعف ایمنی نداشت. بیمار ما مذکر بود در حالی که لوپوس ولگاریس در زنان شایعتر است.

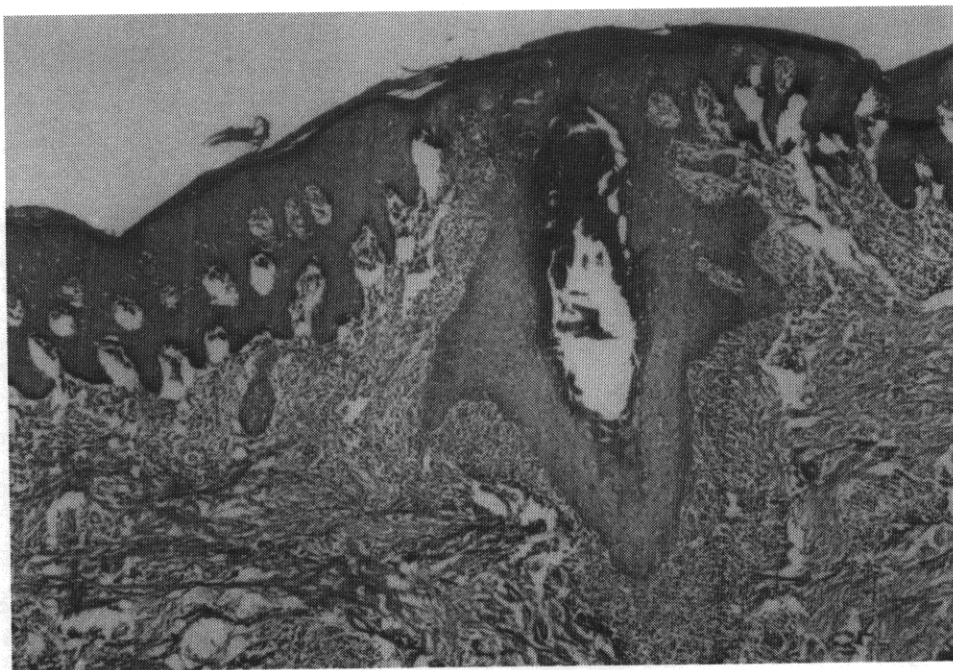
البته با توجه به عدم امکان انجام PCR تشخیص ما بیشتر بر اساس شرح حال فامیلی، تست توبرکولین مثبت، یافته‌های آسیب‌شناسی و پاسخ رضایت بخش به درمان ضدسل بود. با وجود اینکه قرار دادن این مورد در یکی از



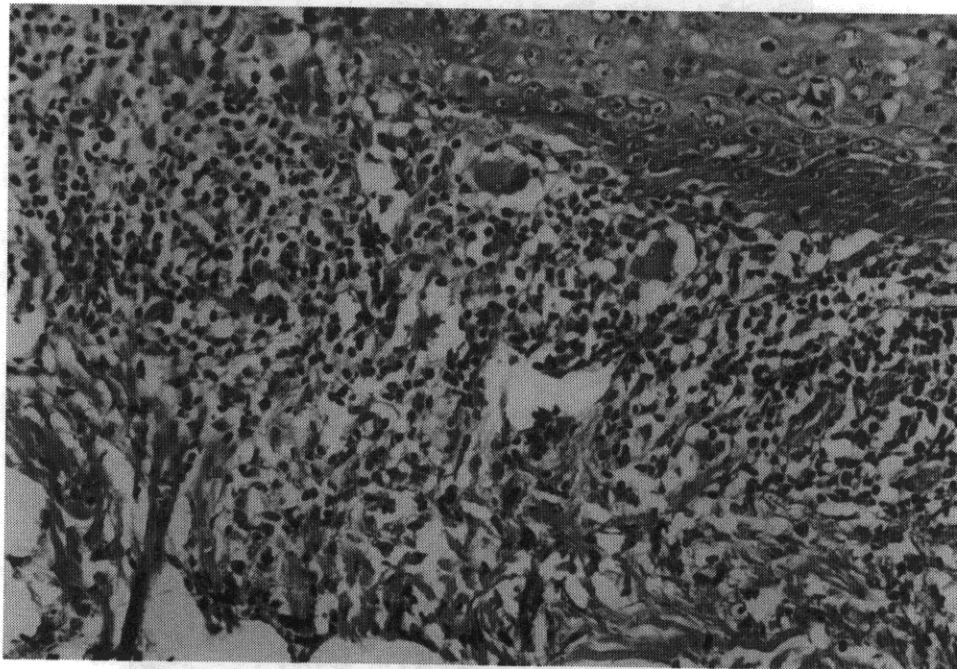
رابطه بین سل جلدی و لوپوس ولگاریس در بیماران مبتلا به HIV/AIDS
 در این مطالعه، از ۱۲ بیمار مبتلا به سل جلدی، ۸ نفر مبتلا به لوپوس ولگاریس بودند.



تصویر شماره ۱- پلاک‌های اریتماتو همراه ضایعات پوسچولر بویژه در حاشیه فعال ضایعه در سطوح
فلکسور در ساعد

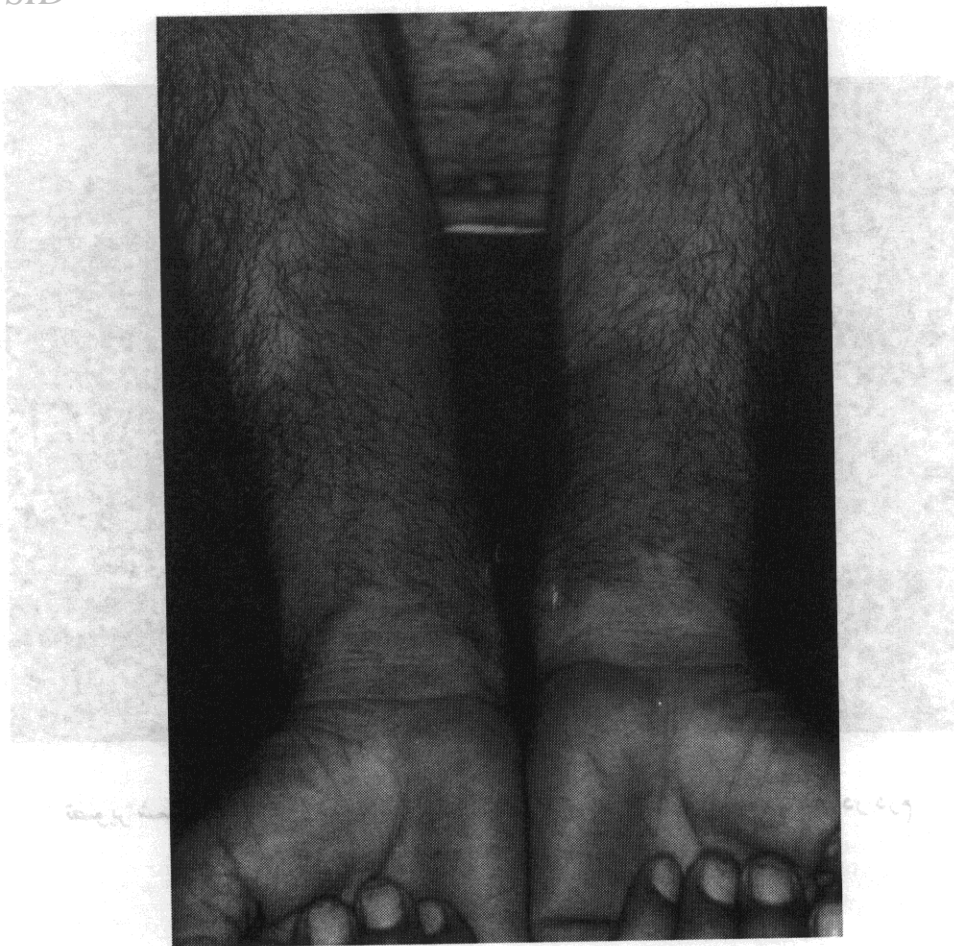


تصویر شماره ۲- هپرکراتوز، پاراکراتوز موضعی، آکانتوز، ارتشاح شدید سلول‌های التهابی
مزمّن و ژانت در اطراف فولیکول مو (رنگ آمیزی H&E، بزرگنمایی ۴۰ برابر)



تصویر شماره ۳- ارتشاح شدید سلولهای التهابی مزمن و ژانت تیپ لانگهانس در درم
(رنگ آمیزی H&E، بزرگنمایی ۱۰۰ برابر)

نشانگر ردیابی در بافت‌های مختلف در بیماری‌های مزمن و حاد
رابطه بین ردیابی و تغییرات مورفولوژیکی در بافت‌های مختلف



تصویر شماره ۴- بهبودی کامل ضایعات با برجای گذاشتن
هیپرپیگمانتاسیون پس از ۷ ماه درمان ضدسل

- 1-Savin J A. Mycobacterial infection. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG (eds). Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell, 1992: 1038-41.
- 2-Higgins C, Cerio R. Tuberculous mycobacterial infections of the skin. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, Wintroub BU (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996:983-92.
- 3-Wong K, Lee KP, Chir SF. Tuberculosis of the skin in Hong Kong. Br J Dermatol 1968; 80:424-29.
- 4-Yates VM, Ormerod LP. Cutaneous tuberculosis in Blackburn district (U.K.). Br J Dermatol 1997; 136:483-89.
- 5-Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other mycobacterial infections. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1993: 2370-94.
- 6-Margall N, baselga E, Coll P, et al. Detection of Mycobacterium tuberculosis complex DNA by the PCR for rapid diagnosis of cutaneous tuberculosis. Br J Dermatol 1996; 135: 231-36.
- 7-Sunderman G, MC Donald RG, Maniatis T et al. Tuberculosis presenting as a manifestation of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). JAMA 1986; 16: 485-506.
- 8-Penneys NS, Hicks B. Unusual cutaneous lesion associated with acquired immunodeficiency syndrome. J Am Acad Dermatol 1985;13:843-52.
- 9-Chin K. Cutaneous tuberculosis mimicking cellulitis in an immune suppressed patient. Singapore Med J 1999; 40: 1-2.
- 10-Weiss RM. Pigmented lesions in a patient with pulmonary TB. Pityriasis Rotunda. Arch Dermatol 1992; 127: 1221-1224.
- 11-Werschler WP, Elgurt MC, Williams CM. Progressive asymptomatic annular facial skin lesion. Cutaneous Tuberculosis: Arch Dermatol 1990; 126: 1227-30.
- 12-Lee SM, Hann SK, Chun Si, et al. Unusual form of skin tuberculosis following BCG vaccination. J Dermatol 1994; 21: 106-10.