

تشخیص شما چیست؟

دکتر جواد گلچای^۱، دکتر امید زرگری^۲، دکتر آرش معبودی^۳
۱- دانشیار، ۲- استادیار، ۳- دستیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

معرفی بیمار

مرد ۵۵ ساله‌ای با سابقه ۵ ماهه توده‌ای زخمی در ناحیه باسن چپ مراجعه نمود. بیمار اظهار می‌داشت که از نوجوانی ضایعه‌ای بدون درد را در ناحیه مزبور داشته است، اما از چند ماه قبل توده کوچکی روی ضایعه قدیمی ایجاد شده که بتدریج بزرگتر و زخمی شده و با درمانهای آنتی بیوتیکی معمول بهتر نشده است. در معاینه بالینی یک پلاک بزرگ، در برخی نواحی با اسکار آتروفیک در ناحیه باسن وجود داشت که توده‌ای به ابعاد حدوداً ۴×۵ سانتیمتر با ترشحات بدبو و سطح زخمی روی آن دیده می‌شد (تصویر شماره ۱).

نتایج آزمونهای معمول آزمایشگاهی شامل شیمی خون، شمارش سلولی و آزمونهای کبدی و همچنین گرافی لگن طبیعی بود. گرافی قفسه سینه نشانگر تغییرات فیروتیک و برونشکتاتیک قدیمی بود. آزمون مانتو پس از ۴۸ ساعت، ۲۱ میلیتر سفتی و قرمزی را نشان می‌داد. نمونه برداری هم از ضایعه قدیمی و هم از ضایعه تومورال انجام شد (تصویر شماره ۲).

تشخیص شما چیست؟

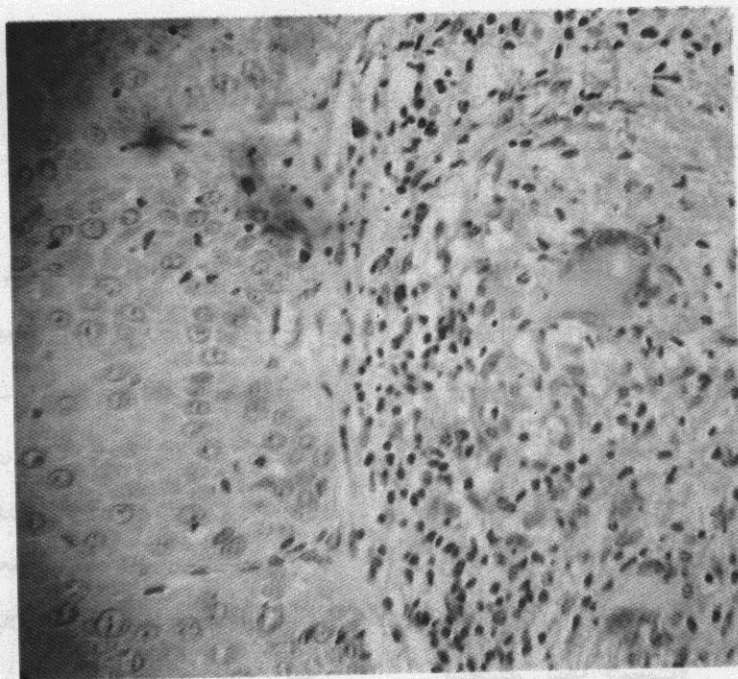
فصلنامه بیماریهای پوست، پائیز ۱۳۸۲؛ ۲۵: ۲۲-۵۹



تصویر شماره ۱

مؤلف مسئول: امید زرگری - رشت، خیابان حافظ، ساختمان پزشکان بوعلی

شماره ۴۱۳۷۸



تصویر شماره ۲- (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین ، بزرگنمایی ۱۶۰ برابر)



تصویر شماره ۳- (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین ، بزرگنمایی ۴۰ برابر)

یافته‌های آسیب شناسی و سیر بالینی

آسیب شناسی پلاک نشاندهنده یک ارتشاح گرانولومایی توبرکولوئیدی متشکل از سلول‌های اپیتلوئیدی همراه با سلول‌های ژیان‌ت نوع لانگهانس در درم سطحی بود. ارتشاح مزبور به اپیدرم اتصال داشته و توسط لنفوسیتها احاطه شده بود. تغییرات ثانویه اپیدرم بصورت آکانتوز و هیپرکراتوز مشهود بود (تصویر شماره ۲). رنگ آمیزی با زیل نیلسون، PAS و گیمسا برای یافتن باسیل اسید فاست، قارچ و اجسام لیشمن و نیز PCR برای یافتن مایکوباکتریوم توبرکولوزیس منفی بود.

در نمونه برداری از ضایعه تومورال، توده‌های نامنظمی از سلول‌های اپیدرمال با تهاجم بداخل درم دیده می‌شد. سلول‌های سنگفرشی مزبور آناپلاستیک بوده، هیپرپلازی هسته، از دست رفتن اتصالات بین سلولی، کراتینیزاسیون انفرادی سلولی و میتوز آتیپیک در آنها مشهود بود (تصویر شماره ۳).

با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی اضافه شده بر یک سل جلدی طولانی مدت، درمان با ۴ داروی ضد سل برای بیمار تجویز و ضایعه تومورال بیمار نیز کاملاً برداشته شد.

بحث

تظاهرات بالینی سل جلدی بر حسب راه انتقال عفونت و میزان ایمنی میزبان متغیر است. لوپوس ولگاریس که اغلب آنرا شایعترین فرم سل جلدی محسوب می‌کنند، شکل پیشرونده‌ای از سل جلدی است که در افراد داری ایمنی متوسط تا بالا ایجاد می‌شود. ممکن است لوپوس ولگاریس در محل تلقیح اولیه، در اسکار خنازیر و یا در محل واکسیناسیون BCG دیده شود، اما در اغلب موارد روی پوست سالم پدیدار می‌گردد (۱).

بطور مشخص، لوپوس ولگاریس بصورت یک پلاک

اغلب منفرد حاوی ندول هایی به رنگ زله سیب است. این

پلاک از سویی به کندی گسترش یافته و از طرف دیگر ایجاد اسکار می‌کند. از نظر بالینی ممکن است در پنج الگوی متفاوت دیده شود که عبارتند از شکل پلاک، شکل زخمی شونده و مخرب، شکل وژتال، شکل تومورال و اشکال پاپولونندولار (۱).

در ۱۰-۴۰ درصد موارد، شواهدی از سل در سایر نواحی همچون غدد لنفاوی، ریه یا سایر اعضا دیده می‌شود (۱،۲).

محل شایع درگیری در لوپوس ولگاریس، سر و گردن است. هر چند در هندوستان درگیری صورت کمتر اتفاق افتاده و بیشتر تنه و باسن‌ها درگیر هستند (۳).

از نظر بافت شناسی، لوپوس ولگاریس از یک ارتشاح گرانولومایی توبرکولوئیدی همراه با سلولهای ژیان‌ت تشکیل شده است که غالباً در درم فوقانی متمرکزند، هر چند در برخی نواحی ممکن است به لایه زیر جلدی هم کشانده شوند. گرانولومای توبرکولوئیدی مزبور باعث تخریب ضمامم جلدی شده و در نواحی ترمیم یافته ممکن است فیروز شدید دیده شود. تغییرات ثانوی اپیدرم نیز شایع بوده و ممکن است بصورت آتروفی و زخمی شدن و نیز بصورت هیپرپلازی، هیپرکراتوز و پایلوماتوز دیده شود (۴). نکروز کازئوز تنها در موارد اندکی دیده شده و باسیل اسید فاست نیز اغلب دیده نمی‌شود (۲-۴). روش PCR نیز همیشه قادر به یافتن مایکوباکتریوم نیست، چنانچه در مورد بیمار ما نیز منفی گزارش شد (۵).

لوپوس ولگاریس اغلب بی علامت است اما علیرغم سیر طبیعی آن، ضایعه درمان نشده بطور وقفه ناپذیری پیشرونده بوده و ضایعات جدید ممکن است در نواحی آتروفیک قدیمی ایجاد شوند. زخمی شدن و ضخیم شدگی بشکل زگیلی از دیگر تغییراتی است که ممکن است در سیر بیماری رخ دهد. جدی ترین عارضه لوپوس ولگاریس طول

ولگاریس، جذام و نیز زخم‌های مزمن، سینوس‌های استئومیلیت و زخم‌های قدیمی سوختگی مشاهده می‌گردد (۱،۶).

SCC ایجاد شده روی لوپوس ولگاریس اغلب در حاشیه زخم رخ می‌دهد. میزان متاستاز در آن بالاست و می‌تواند در همان مراحل اولیه اتفاق بیفتد. پیش‌آگهی بطور قابل توجه در ارتباط با میزان تمایز کارسینوما و درجه پاسخ میزان است (۲،۶).

بیمار معرفی شده یکی از موارد SCC ایجاد شده روی یک لوپوس ولگاریس قدیمی می‌باشد که امروزه کمتر دیده می‌شود.

منابع

- 1-Gawkrodger DJ. Mycobacterial Infections. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Rook / Wilkinson /Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998: 1181-214.
- 2-Yerushalmi J, Grunwald MH, Halevy DH, et al. Lupus vulgaris complicated by metastatic squamous cell carcinoma. Int J Dermatol 1998; 37: 934-35.
- 3-Sehgal VN, Srivastava G, Khurana VK, et al. An appraisal of epidemiologic, clinical, bacteriologic, histologic, and immunologic

کشنده، کارسینوما می‌باشد که در اوایل قرن گذشته در حدود ۱۰ درصد موارد ذکر شده است (۶).

کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) و به میزان کمتری کارسینوم سلول بازال (BCC) یا سارکوم‌ها ممکن است روی ضایعات لوپوس ولگاریس ایجاد شوند که این امر معمولاً پس از ۵۰-۱۰ سال اتفاق می‌افتد (۱).

در کل، شیوع SCC در جوامع مختلف متفاوت بوده و به میزان کارسینوژن‌های محیطی و استعداد افراد آن جامعه بستگی دارد. در جوامع رنگین پوست، SCC اغلب در زمینه جراحتهای مختلف ایجاد می‌شود. همچنین گاه به عنوان عارضه‌ای اتفاقی در بیماریهای گرانولوماتوی طول کشنده‌ای چون گرانولوم‌های آمیزشی، سیفلیس، لوپوس

parameters in cutaneous tuberculosis. Int J Dermatol 1987; 26: 521-26.

- 4-Lucas S. Bacterial disease. In: Lever's histopathology of the skin. Philadelphia: JB Lippincott, 1997; 457-502.
- 5-Degitz K. Detection of mycobacterial DNA in the skin. Arch Dermatol 1996; 132: 71-75.
- 6-Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other mycobacterial infections. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1999: 2274-92.