

# بررسی یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی در ۴۵ بیمار مبتلا به سل جلدی در اهواز

دکتر سیما رسایی

استادیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

**مقدمه:** بیماری‌های گرانولوماتوز پوستی معمولاً معضلی تشخیصی بوده‌اند که در رأس آنها سل قرار دارد. سل مسئله‌ای بهداشتی جهانی است که از نظر سازمان WHO در رأس شش بیماری شایع عفونی خطرناک قرار دارد.

**هدف:** تعیین یافته‌های بالینی، آزمایشگاهی و آسیب‌شناسی در ۴۵ بیمار که در طی ده سال با تشخیص سل پوستی در اهواز درمان شدند.

**روش اجرا:** این مطالعه به روش متکی بر داده‌های موجود (existing data study) روی ۴۵ بیمار صورت گرفت که با تشخیص سل پوستی در بخش پوست بیمارستان سینای اهواز از سال ۶۹ لغایت اسفند ۷۸ بستری شده بودند. اطلاعات مورد نیاز نظیر سن، جنس، محل درگیری، شکل بالینی ضایعات جلدی از پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان استخراج و در یک فرم اطلاعاتی درج شد.

**یافته‌ها:** طیف سنی بیماران بین ۱-۷۶ سال بود. ۲۸ نفر زن و ۱۷ نفر مرد بودند. از نظر شکل بالینی ضایعات در ۲۳ نفر به صورت اسکروفولودرما، ۱۷ نفر لوپوس و لگاریس، ۱ نفر ایتیم ایندوراتوم، ۱ نفر گوم

سلی، ۱ نفر سل official و ۱ نفر توبرکولید پاپولونکروتیک بود. از نظر محل گرفتاری، شایع‌ترین محل، صورت و کمترین شیوع باسن و ساعد بود. سابقه فامیلی در ۶ مورد مثبت بود. اسکروفولودرما در ۱۲ زن و ۱۱ مرد، لوپوس و لگاریس در ۱۶ زن و ۲ مرد دیده شد. نتیجه تست توبرکولین در ۱۵ مورد مثبت و در ۱۷ مورد منفی بود. در ۱۳ مورد باقی‌مانده اطلاعاتی در پرونده‌ها وجود نداشت. از نظر نمای آسیب‌شناسی در ۲۳ نفر، نمای گرانولوماتوز مزمن بدون نکروز کازئوز، در ۱۸ نفر التهاب غیراختصاصی و تشکیل آبسه و در ۳ بیمار توبرکول تیبیک با نکروز کازئوز گزارش شده بود. در ۳۲ بیماری که برای پی‌گیری مراجعه کرده بودند در مجموع پاسخ به درمان خوب بود و شکست درمانی دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان می‌دهد که شایع‌ترین شکل بالینی سل جلدی در اهواز اسکروفولودرما و شایع‌ترین محل گرفتاری صورت است.

**واژه‌های کلیدی:** سل جلدی، اسکروفولودرما، لوپوس و لگاریس

فصلنامه بیماری‌های پوست، زمستان ۱۳۸۳؛ ۳۰: ۱۲۷-۱۳۱

مؤلف مسوول: دکتر سیما رسایی - اهواز، خیابان آزادگان، بیمارستان امام خمینی، بخش پوست

این مطالعه به روش متکی بر داده های موجود (existing data study) روی ۴۵ بیماری صورت گرفت که طی سال های ۱۳۶۹ لغایت ۱۳۷۸ با تشخیص سل جلدی در بخش پوست بیمارستان سینای اهواز بستری شده بودند. اطلاعات مورد نیاز شامل سن، جنس، محل درگیری، شکل بالینی سل جلدی، نتیجه تست توبرکولین، گزارش آسیب شناسی پوست، یافتن باسیل اسیدفست، کانون سلی، سابقه فامیلی و پاسخ به درمان از پرونده های موجود در بایگانی بیمارستان استخراج و در فرمی اطلاعاتی درج شد. در خاتمه مجموعه داده ها در فرم اطلاعاتی طبقه بندی و مورد بررسی قرار گرفت.

### یافته ها

پرونده ۴۵ بیمار که در طی ده سال با تشخیص سل پوستی بستری شده بودند، جمع آوری شد که از میان آنان ۲۸ نفر زن و ۱۷ نفر مرد بوده اند. سن اکثر بیماران زیر ۴۰ سال بود. جوان ترین بیمار ۱ سال و مسن ترین ۷۶ سال سن داشت. حداکثر شیوع سنی بین ۱۰ تا ۱۹ سال گزارش شد (جدول شماره ۱).

از نظر شکل بالینی ضایعات ۲۳ نفر به صورت اسکروفولودرما، ۱۸ نفر لوپوس ولنگاریس، ۱ نفر اریتم ایندوراتوم، ۱ نفر گوم سلی، ۱ نفر سل official و ۱ نفر توبرکولیدپولرنکروتیک بود.

شایع ترین محل گرفتاری، صورت و در درجه دوم گردن و کمترین شیوع باسن و ساعد بود (جدول شماره ۲). در ۶ مورد سابقه مثبت فامیلی وجود داشت که سه مورد آن در برادر بیمار، دو مورد در همسر بیمار و یک مورد در مادر بیمار بود.

از نظر کانون سلی غیرپوستی در بیماران، ریه در ۲ نفر، مفاصل مچ دست در ۱ نفر، کلیه در ۱ نفر و استخوان های

سل یک مسئله بهداشتی جهانی است که فقط به کشورهای جهان سوم محدود نمی شود و از نظر WHO در رأس شش بیماری شایع عفونی خطرناک قرار دارد (۱)، میزان شیوع آن در کشورهای توسعه یافته رو به افزایش است. از شروع قرن بیستم تا ۱۵ سال گذشته کاهش مستمری در شیوع سل جلدی دیده می شد (آمریکا ۶ درصد و اروپا ۱۰ درصد) (۲)، اما بروز گسترده بیماری AIDS و افزایش مصرف داروهای مهارکننده سیستم ایمنی باعث شد که بیماری سل در کشورهای در حال توسعه یافته نیز آشکار شد (۳). در حال حاضر یک سوم جمعیت دنیا یعنی ۲ میلیارد نفر آلوده به باسیل سل هستند (۴). گزارش های متعددی از آسیا نشان می دهد که سل جلدی تقریباً ۲٪ کل بیماران مراجعه کننده سرپایی به درمانگاه های پوست را تشکیل می دهد (۵، ۱).

بیماری های گرانولوماتوز پوستی (عفونی و غیر عفونی) در اغلب مواقع یک معضل تشخیصی بوده اند. از میان عفونت ها به ویژه سل پوستی به علت محدودیت روش های تشخیصی مسئله ساز است. دیدن باسیل اسیدفست زیر میکروسکوپ روش سریعی است اما حساسیت کمی دارد و اختصاصی نیست، زیرا که به وجود حداقل ۱۰ باکتری در هر میلی متر مکعب بافت یا میلی لیتر نمونه مایع نیاز دارد. کشت نیز برای تشخیص قطعی روشی اساسی است اما به هفته ها زمان نیازمند است و نیز حساسیت آن در سل جلدی به علت تعداد کم باسیل بالا نیست (۶). روش جدید PCR که قادر به مشخص کردن سریع باسیل سل است در اکثر کشورهای در حال توسعه به علت گرانی در دسترس نیست. هدف از این مطالعه تعیین یافته های بالینی، آزمایشگاهی و آسیب شناسی در ۴۵ بیمار بود که در طی ده سال با تشخیص سل پوستی در اهواز درمان شدند.

گرانولوماتوز مزمن بدون نکروز کازنوز، در ۱۸ نفر التهاب غیراختصاصی و تشکیل آبسه، در ۳ نفر توبرکول و نکروز کازنوز و در یک نفر گرانولوم توبرکولوئید در چربی زیر جلد همراه با تغییرات عروقی گزارش شده بود.

۳۷ بیمار تحت درمان با ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپین، اتامبوتول و پیرازینامید و بقیه تحت درمان با ۳ دارو ایزونیازید، ریفامپین و اتامبوتول قرار داده شده بودند. در ۳۲ بیماری که برای پی گیری مراجعه کرده بودند در مجموع، پاسخ به درمان خوب و شکست درمانی گزارش نشده بود.

بین دنده‌ای در ۲ نفر گرفتار بود.

از نظر شیوع شکل بالینی در زن و مرد، اسکروفولودرما در ۱۲ زن و ۱۱ مرد، لوپوس ولگاریس در ۱۶ زن و ۲ مرد، اریتم ایندوراتوم، توبرکولید پاپولونکروتیک، سل orificial و گوم سلی یک مورد از هر کدام در مردان گزارش شده بود.

نتیجه تست توبرکولین در ۱۵ مورد مثبت و در ۱۷ مورد منفی بود. در ۱۳ مورد باقی مانده جواب تست در پرونده موجود نبود.

نتیجه آسیب شناسی در ۲۳ نفر به صورت واکنش

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به سل جلدی مراجعه کننده به بیمارستان سینای اهواز طی سال‌های ۷۸-۱۳۶۹ بر اساس گروه سنی

سن (سال)	تعداد بیمار
۱-۹	۶
۱۰-۱۹	۹
۲۰-۲۹	۸
۳۰-۳۹	۶
۴۰-۴۹	۳
۵۰-۵۹	۳
۶۰-۶۹	۴
۷۰-۷۹	۶
جمع	۴۵

## طی سال‌های ۷۸-۱۳۶۹ بر اساس محل گرفتاری و تعداد ضایعات

محل درگیری	تعداد ضایعات	درصد
صورت	۱۵	۲۱/۷
گردن	۱۰	۱۴/۵
ساق پا	۷	۱۰
سینه	۷	۱۰
زیر بغل	۵	۷/۲
دست	۴	۵/۸
گوش	۴	۵/۸
لب فوقانی و دهان	۳	۴/۳
بازو	۳	۴/۳
کشاله ران و ران فوقانی	۳	۴/۳
بینی	۲	۳
پشت	۲	۳
پا	۲	۳
ساعد	۱	۱/۴
باسن	۱	۱/۴
جمع	۶۹	۱۰۰

## بحث

سل بیماری مسری و مزمنی است که اغلب ریه را درگیر می‌کند اما ممکن است اعضای دیگری مثل دستگاه گوارش، تناسلی ادراری، سیستم عصبی مرکزی و پوست و زیر جلد را نیز درگیر کند. سل جلدی بیماری نادر با انتشار جهانی است که در اثر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس و گونه‌هایی نظیر مایکوباکتریوم بوویس و تحت شرایط خاص با واکسن BCG ایجاد می‌شود. شکل ظاهری سل پوستی تا حدودی با سن و سلامت فرد مبتلا، ایمنی فردی، راه ورود عفونت، همراهی هم‌زمان با سل اعضای دیگر، شدت بیماری‌زایی باسیل آلوده کننده ارتباط دارد (۷).

عفونت باعث ایجاد انواعی از تغییرات پوستی مثل پاپول، ندول، پلاک‌های زگیلی، تومور، زخم و اسکار می‌شود (۸). سل جلدی اغلب به عنوان معضلی در درماتولوژی مطرح است که ناشی از فقدان روش‌های تشخیصی سریع و گرانی داروهای درمانی است (۱). در این مطالعه‌ی متکی بر داده‌های موجود در طی ده سال (۷۸-۶۹) ۴۵ بیمار با تشخیص سل پوستی در این مرکز بستری شده‌اند. از نظر شیوع جنسی آمار موجود تناقض دارد، اما در اکثر مطالعات، بیماری در مردان شایع‌تر گزارش شده است (۷). در مطالعه‌ای از ۴۰۲ کودک مبتلا به سل جلدی در هند، شیوع بیماری در دخترها بیشتر از پسرها

در مطالعه فعلی ۶ مورد، سابقه فامیلی مثبت داشتند که سه مورد در برادر بیمار، دو مورد در همسر بیمار و یک مورد در مادر بیمار بوده است.

از نظر وجود کانون سلی در مطالعه‌ای از هند در ۴۰۲ کودک مبتلا به سل جلدی درگیری سیستمیک در ۱۷ مورد دیده شد که شایع‌ترین محل، ریه و سپس استخوان‌ها و بیشترین موارد در اسکروفولودرما بود (۹). در مطالعه دیگری از ترکیه در ۳۷۰ بیمار با سل اعضا، ۱۳ مورد سل جلدی مشاهده شد که اکثراً از نوع اسکروفولودرما بوده است (۳). در این بررسی درگیری ریه در ۲ نفر، مفاصل میج دست ۱ نفر و کلیه ۱ نفر، استخوان‌های بین دنده‌ای ۲ نفر دیده شد که می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درگیری اعضای دیگر در سل جلدی نادر است.

از نظر شیوع شکل بالینی در زن و مرد در یک مطالعه از ترکیه شیوع اسکروفولودرما و لوپوس و لگاریس در زن و مرد مساوی بود (۳). Strazycki در مطالعه‌ای روی ۲۶۸ بیمار بستری شده با سل جلدی (۳، ۱۰) گزارش داد که زنان لوپوس و لگاریس را ۱/۴ برابر و اسکروفولودرما را ۱/۵ برابر مردان نشان دادند. در مطالعه ما اسکروفولودرما در ۱۲ زن و ۱۱ مرد یعنی تقریباً به طور مساوی، لوپوس و لگاریس در ۱۶ زن و ۲ مرد دیده شد که با آمارهای موجود مطابقت دارد. سل official، اریتم ایندوراتوم، توبرکولید پاپولر نکروتیک و نیز گوم سلی هر کدام یک مورد در مردان گزارش شد.

نتیجه تست توبرکولین در مطالعه‌ای از هند در ۵۶ کودک بیمار مبتلا به بیماری لوکالیزه مثبت و در ۵ مورد منفی بود. همچنین در ۵ مورد با بیماری منتشر، نتیجه این تست منفی و در ۵ مورد مثبت بود (۹). در مطالعه دیگری از پاکستان در ۱۵۳ مورد نتیجه تست توبرکولین در ۱۴۱ بیمار مثبت (۴۰-۱۳ میلی‌متر ایندوراسیون) و در ۱۲ مورد منفی (کمتر از ۱۰ میلی‌متر) گزارش شد (۱). در بیماران مورد

بود (۹). در بیماران ما نیز درگیری زنان (۶۲/۳٪) تقریباً دو برابر مردان (۳۷/۷٪) است که با نتیجه مطالعه‌ای از ترکیه و مطالعه آقای Baykal مطابقت دارد (۱۱، ۱۰).

سل پوستی در دهه ۲-۱ و نیز ۳-۲ زنده‌گی شایع است (۷)، در مطالعه حاضر سن اکثر بیماران زیر ۴۰ سال بوده‌است که جوان‌ترین بیمار ۱ سال و مسن‌ترین آنها ۷۶ سال سن داشته‌اند. حداکثر شیوع سنی بین ۱۹-۱۰ سال بود که با آمارهای موجود مطابقت دارد. فراوانی شیوع سنی در (جدول شماره ۱) آمده است. از نظر شکل بالینی بیماری، در مطالعه‌ای مروری، لوپوس و لگاریس نوع شایع در نیم کره غربی، اسکروفولودرما، لوپوس و لگاریس و سل زگیلی به ترتیب شیوع در هند و هنگ کنگ گزارش شده است (۷). در مطالعه‌ای در پاکستان از ۱۵۳ مورد در افراد بالغ لوپوس و لگاریس و در کودکان اسکروفولودرما شایع‌تر بود (۱). در بررسی دیگری از هند نیز لوپوس و لگاریس در افراد بالغ و اسکروفولودرما در کودکان شایع‌تر بود (۸). در این مطالعه ما ۲۳ نفر اسکروفولودرما، ۱۸ نفر لوپوس و لگاریس، ۱ نفر اریتم ایندوراتوم، ۱ نفر گوم سلی، ۱ نفر سل official و ۱ نفر توبرکولید پاپولونکروتیک داشته‌اند.

به نظر می‌رسد که نتایج مطالعه حاضر بیشتر به آمار کشور هند و هنگ کنگ نزدیک است. از نظر محل گرفتاری در کشورهای غربی صورت شایع‌ترین محل درگیر به ویژه بینی و گونه‌ها است، اما در هند اندام تحتانی به ویژه باسن شایع‌ترین محل درگیری است (۲). در این مطالعه شایع‌ترین محل درگیری، صورت، در درجه دوم گردن و کمترین محل شیوع باسن و ساعد بوده است (جدول شماره ۲).

سابقه فامیلی در مطالعه‌ای از ترکیه در اکثر بیماران با اسکروفولودرما مثبت گزارش شد اما در بیماران با لوپوس و لگاریس به رغم وجود یک کانون ریسوی منفی بود (۳).

از نظر پاسخ به درمان، همه‌ی بیماران به طور دقیق برای پی‌گیری مراجعه نکردند اما در ۳۲ موردی که مراجعه داشتند در مجموع پاسخ به درمان خوب بوده و شکست درمانی دیده نشد. درمان بیماری در ۳۷ مورد با رژیم چهار دارویی ایزونیاژید، ریفامپین، اتامبوتول و پیرازین آمید بود و در باقی مانده، رژیم سه دارویی (بدون پیرازین آمید) داده شده بود.

### نتیجه گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که شایع‌ترین شکل بالینی سل جلدی در اهواز، اسکروفولودرما و شایع‌ترین محل گرفتاری صورت است.

### تقدیرنامه

از خانم‌ها دکتر نیلوفر سینا و دکتر فاطمه سعادت‌ی در جمع‌آوری بخشی از اطلاعات مورد نیاز و سرکار خانم دکتر زهرا موسوی و آقای دکتر سید محمد رادمنش به جهت بازبینی مقاله سپاسگزاری می‌کنیم.

### منابع

- 1-Bhutto AM, Solangi A, Kaskhely NM, et al. Clinical and epidemiological observation of cutaneous tuberculosis in Larkana, Pakistan. *Int J Dermatol* 2002; 41: 159-64.
- 2-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; 1993: 2274-94.
- 3-Kivanc I, Baysal AZ, Ekmekci TR, et al.

مطالعه ما، ۱۵ مورد نتیجه تست توبرکولین مثبت (۴۰-۱۵ میلی‌متر) و ۱۷ مورد منفی (کمتر از ۱۰ میلی‌متر) بود و در ۱۳ مورد باقی مانده نتیجه تست در پرونده ثبت نشده بود. علت منفی بودن را نیز می‌توان به بدی تکنیک یا خرابی محلول تست نسبت داد.

نتیجه آسیب شناسی در بیماران این بررسی به طور عمده تنها راهنمای تشخیص احتمالی بیماری سل بوده که فقط در یک مورد باسیل سل مشاهده شد. در مطالعه‌ای در شمال هند در ۳۰ کودک مبتلا به لوپوس و لگاریس ۲۴ مورد آسیب شناسی کلاسیک سل دیده شد اما در ۶۰ مورد مبتلا به اسکروفولودرما فقط ۱۹ مورد آسیب شناسی تپیک را نشان دادند (۹). در مطالعه دیگری از ۱۵۳ مورد در پاکستان همه‌ی بیماران، آسیب شناسی گرانولوماتوز مزمن همراه با نکروز کازئوز در ۵۰ درصد موارد را نشان دادند اما رنگ آمیزی زیل نلسون در همگی منفی گزارش شد (۱). در بررسی حاضر در ۲۳ نفر، جواب آسیب شناسی بیماری گرانولوماتوز مزمن بدون نکروز کارئوز، در ۱۸ نفر التهاب غیراختصاصی و تشکیل آبه، در ۳ مورد آسیب شناسی تپیک یعنی توبرکول و نکروز کازئوز بوده و گرانولوم توبرکولوئید در چربی زیر جلد همراه با تغییرات عروقی در

- Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol* 2003; 42: 197-200.
- 4-Chew Chan Y, Yosiporitch G. Suggested guidelines for screening and management of tuberculosis in patients taking oral glucocorticoids. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 91-95.
- 5-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.
- 6-Hsiao PF, Tzen CY, Chin Chem HC, et al. Polymerase chain reaction based detection of Mycobacterium tuberculosis in tissues showing granulomatous inflammation without demonstrable acid-fast bacilli. Int J Dermatol 2003; 42: 281-85.
- 7-Schgal VN, Wagh SA. Cutaneous tuberculosis current concepts. Int J Dermatol 1990; 29: 237-48.
- 8-Kennethy J, Hall TG. Tuberculosis of the skin. In: Demis J (ed). Clinical dermatology. Philadelphia: Lippincott, 1991; 16-26: 1-9.
- 9-Kumman B, Ranju K, Kaun I, et al. Childhood cutaneous tuberculosis: a study over 25 years from northern India. Int J Dermatol 2001; 40: 26-32.
- 10-Starzycki Z. Cutaneous tuberculosis treated at the Dermatological Clinic, Medical Academy, in Cracow. 1963-87. Epidemiological analysis. Przegł Dermatol 1990; 77: 34-39.
- 11-Baykal C. Cutaneous tuberculosis. Retrospective analysis of 64 cases. Turkderm 2001; 35: 103-07.