

گزارش یک مورد سل جلدی با تظاهر بالینی *Tinea incognito*

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 توبرکولین مثبت و وجود سلولهای ژانت متعدد و سلولهای التهابی در اطراف ضمائم پوست در بررسی آسیب‌شناسی 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 incognito*

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 اریماتوز و حاشیه کاملاً برجسته و فعال و پوسچولهای پراکنده روی ضایعات در نقاط مختلف بدن معرفی می‌شود.

تابلوی بالینی بیمار به *Tinea incognito* شباهت داشت. ابتدا بعلت شباهت مذکور تحت درمان با گریزوفولوین بمدت یکماه و سپس ترینافین 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 شاکلی 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

ضایعات پوستی از نظر باکتری و باسیل اسیدفست منفی بود. رادیوگرافی سینه نرمال، سدیمان ۵۵ و تست توپر کولین ۱۵ میلی متر 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 ضمامم پوستی بود که در برخی نواحی این سلولها، فولیکول مو را مورد تهاجم قرار داده بودند (تصاویر ۲ و ۳). بررسی از نظر وجود میسلیم 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. بعلت عدم پاسخ با وجود دریافت قبلی گریز و فولوین بمدت ۱ ماه، تحت درمان با ترینافین ۲۰۰ میلی گرم روزانه بمدت ۲ هفته قرار گرفت که مجدداً بهبودی در ضایعات پوستی حاصل نشد. بالاخره باتوجه به شرح حال (سابقه فامیلی مثبت سل ریوی در خواهر بیمار)، تست توپر کولین مثبت، سدیمان بالا، و یافته‌های پاتولوژیکی (وجود سلولهای ژانت و ارتشاح شدید سلولهای التهابی اطراف ضمامم پوست) تشخیص سل پوستی نوع لوپوس ولگاریس مطرح گردید. بیمار تحت درمان رژیم چهار دارویی ایزونیازید، ریفامپیسین، اتامبوتول و پیرازینامید بمدت ۷ ماه قرار گرفت، پس از دوهفته 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

را که خود ۱۰ درصد کل موارد سل است 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 توپر کولیدها 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 ولگاریس شایعترین شکل بالینی سل پوستی است (۲). در گزارشی سل زگیلی (۳) و در مطالعه دیگر اسکرو و فولودرما شایعترین فرم (۴) بوده است. لوپوس ولگاریس اکثراً بصورت پلاک، فرم تخریبی، گل کلمی، شبه تومور و اپولندولر 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 بعلت اپیدمی‌های ناشی از ایدز و درمانهای تضعیف کننده 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 تلتزیکناتیک و

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 می باشد و فقط در افراد با ضعف سیستم ایمنی انتظار می رود 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 توپرکولین مثبت، یافته های آسیب شناسی و پاسخ رضایت بخش به درمان ضد سل بود. با وجود اینکه قرار دادن این مورد در یکی از

طبقه بندیهای سل جلدی مشکل بنظر می رسد اما با توجه به یافته های بالینی و آزمایشگاهی به احتمال قوی بیمار ما در گروه لوپوس قرار می گیرد.

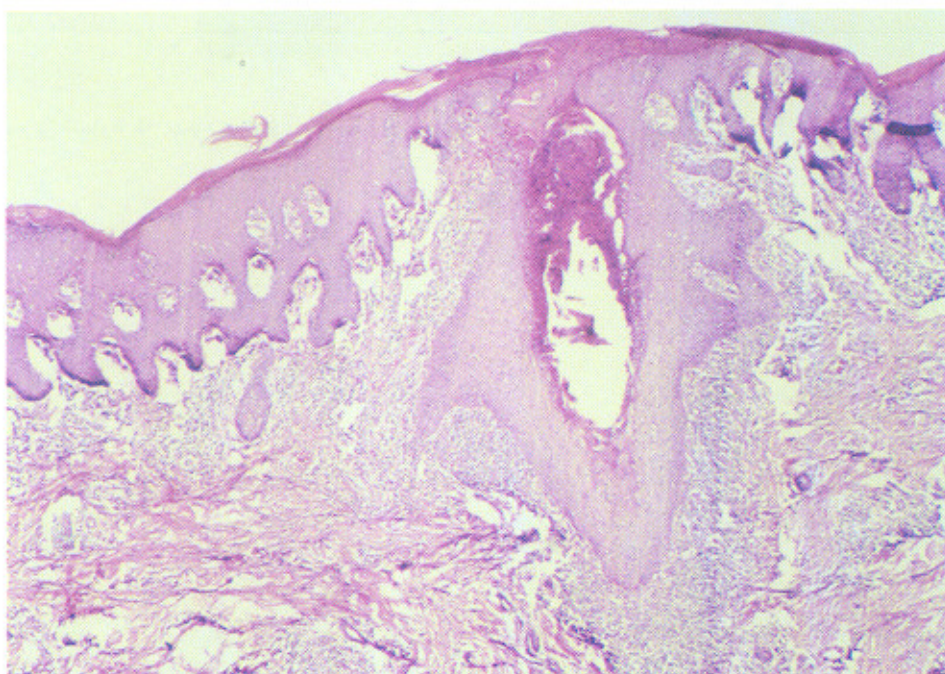
بعنوان نتیجه باید گفت که تشخیص سل جلدی را بایستی در مورد ضایعات مزمن بویژه زمانی که عفونت مزمنی مطرح می گردد در نظر داشت، موارد غیر معمول سل پوستی ناشایع نمی باشد و شک بالینی به سل پوستی، یکی از عوامل مهم برای رسیدن به تشخیص سل جلدی می باشد.

قدردانی

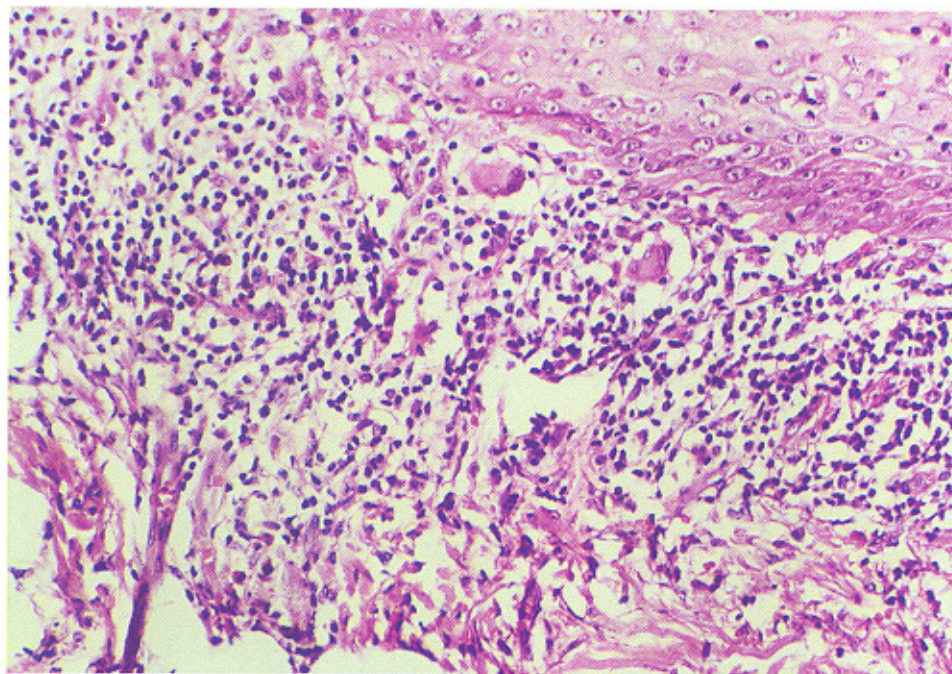
از آقایان دکتر سید محمد رادمنش و سید رضا یعقوبی به سبب همکاری در تهیه اسلایدهای بالینی بیمار قدردانی و تشکر می شود.



تصویر شماره ۱- پلاک‌های اریتماتو همراه ضایعات پوستی بویژه در حاشیه فعال ضایعه در سطوح
فلکسور در ساعد
رجوع‌شده صفحه ۴۴



تصویر شماره ۲- هپرکراتوز، پاراکراتوز موضعی، آکانتوز، ارتشاح شدید سلول‌های التهابی
مزمن و ژانت در اطراف فولیکول مو (رنگ آمیزی H&E، بزرگمایی ۴۰ برابر)
رجوع‌شده صفحه ۴۴



تصویر شماره ۳- ارتشاح شدید سلولهای التهابی مزمن و ژانت تیپ لانگهانس در درم

(رنگ آمیزی H&E، بزرگنمایی ۱۰۰ برابر)

رجوع شود به صفحه ۴۵



تصویر شماره ۴- بهبودی کامل ضایعات با برجای گذاشتن
هیپریگمانتاسیون پس از ۷ ماه درمان ضدسل
رجوع شود به صفحه ۴۶

- 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 immune-deficiency 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-WerschlerWP, 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.