

گزارش یک مورد تظاهر غیرمعمول سل جلدی

چکیده

مقدمه: با توجه به ظهور مجدد سل در جهان، سل جلدی نیز از مشکلات تشخیصی و بالینی باقیمانده است. لوپوس ولگاریس، شایع‌ترین نوع سل جلدی می‌باشد.

معرفی بیمار: بیمار، آقای ۲۵ ساله‌ای بود که با ضایعات متعدد پوستی در صورت و گردن از سالها پیش مراجعه نموده بود. قبل از مراجعه به این مرکز، در نتیجه درمان‌های غیرعلمی، نمای بالینی ضایعه تغییر کرده بود. از این رو با تشخیص بالینی پسوریازیس یا همانژیوما، تحت درمان با لیزر قرار گرفته بود ولی به علت عدم پاسخ بالینی مناسب، از ضایعه بیوپسی بعمل آمد که در برشهای بافتی، گرانولوم‌های خوب تشکیل شده همراه با سلولهای غول‌آسای چندهسته‌ای نوع لانگهانس مشهود بود که در اطراف، ارتشاگ قابل توجه لنفوسيتی وجود داشت. با توجه به مکان

ضایعه، نمای بافت‌شناسی و نتیجه مثبت تست توبرکولین، تشخیص لوپوس ولگاریس برای بیمار مطرح شد.

نتیجه‌گیری: شرح حال این بیمار آشکار می‌سازد که گاهی نمای بالینی بیماری پوستی به تنهایی برای تشخیص و درمان کافی نیست و انجام بیوپسی و تشخیص آسیب شناختی برای موارد غیرمعمول توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: ۱- سل جلدی ۲- لوپوس ولگاریس ۳- ضایعه گرانولوماتوز

*دکتر ماه‌جیین تکلیف I

دکتر اکرم السادات حسینی II

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۱/۱، تاریخ پذیرش: ۸۵/۵/۱۱

مقدمه

۱- به وسیله القاح مستقیم پوست با توبرکلوزس وروکوزاکوتیس (Tuberculosis Verrucosa Cutis)، که یک ضایعه منفرد به صورت پلاک زگیلی شکل با لبه‌های التهابی و توسعه تدریجی محیطی در فردی که قبلاً با سل برخورد داشته است، می‌باشد.

مکان‌های شایع آن، دست‌ها و در کودکان، زانوها، باسن و ران می‌باشد. نمای آسیب‌شناسی شامل گرانولوم با مقادیر متوسطی از نکروز می‌باشد. باسیل در این ضایعه فراوان‌تر از لوپوس ولگاریس می‌باشد.^(۱)

بیماری سل به علت مجموعه‌ای از عوامل، شامل مهاجرت به کشورهای انديك، همه‌گيری جهانی HIV (Human immunodeficiency virus) و فقر، مجددًا شیوع يافته است. در نتیجه سل جلدی به عنوان یک مشکل تشخیصی و بالینی باقی مانده است.^(۱) در کشورهای در حال توسعه، على رغم اقدامات پیشگیری، هنوز سل، انديك می‌باشد و سل خارج ریوی ۱۰٪ از موارد را تشکیل می‌دهد.^(۲) عفونت پوست و زیر جلد به وسیله مايكوباكتريوم توبرکلوزيس از سه منشأ ايجاد می‌شود:

I استادیار و متخصص آسیب‌شناسی، بیمارستان حضرت قاطمه زهراء(س)، خیابان یوسف‌آباد، خیابان بیست و یکم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (مؤلف مسؤول).

II دستیار آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

معمولًا سارکوپیدوز، واکنش لتفوسيتى کمی در اطراف گرانولوم دارد.^(۶) در صورت وجود نکروز در سارکوپیدوز، از نوع فیبرینوپید است تاکازئوز. جستجو برای باسیل اسیدفاست با رنگآمیزی زیل - نلسون کمک کننده است.^(۱)

معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای بود که از سال‌ها قبل دچار ضایعات پلاک مانند قرمز رنگ به هم چسبیده در صورت و گردن شده بود. این ضایعات پوسته‌ریزی داشتند که پس از دستکاری‌های متعدد غیرپزشکی، به پزشک متخصص پوست مراجعه کرده بود.

با توجه به درمان‌های غیر علمی، فرم بالینی ضایعه تغییر کرده و با تشخیص پسوریازیس یا همانژیوما به مرکز لیزر برای درمان معرفی شده بود(شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- ضایعات اریتماتو، با حدود مشخص و پوسته‌ریزی دهنده در صورت و گردن بیمار

۲- به وسیله ارتشاچ هماتوژن از یک ضایعه داخلی مانند لوپوس ولگاریس و سل میلیاری.

۳- از طریق انتشار مستقیم از یک غده لنفاوی درگیر به نام اسکلروفلورما(Scrofuloderma)، این ضایعه ناشی از گسترش مستقیم یک عفونت سلی به پوست مجاور می‌باشد (بیشتر از عده لنفاوی یا استخوان درگیر مجاور).

ضایعه به صورت یک تورم بدون درد آبی - قرمز بروز می‌کند که سرباز می‌کند و یک زخم با لبه‌های نامنظم و آبی ایجاد می‌شود. تعداد باسیل برای تشخیص در مقطع آسیب‌شناسی کافی است.^(۱)

هر چند این ضایعات تعریف شده‌اند ولی در طب بالینی، بسیاری از موارد را نمی‌توان کاملاً با هر کدام از گروه‌های آسیب‌شناسی فوق تطابق داد.^(۱)

لوپوس ولگاریس، شایع‌ترین نوع سل جلدی و ناشی از فعالیت مجدد سل ثانویه است.^(۲) این ضایعه که معمولًا در صورت و گردن مشاهده می‌شود، شامل یک یا چند لکه قوهای - قرمز با حدود واضح و شامل ندول‌های عمقی با قطر یک میلیمتر می‌باشد. با دیاسکوپی دستی که با فشار دادن لبه لام روی ضایعه انجام می‌شود. ندول‌ها به صورت ماکولهای زردرنگ دیده می‌شوند.^(۴)

گاهًا زخم سطحی یا ضخیم شدن زگیلی شکل پوست وجود دارد. در موارد نادر کارسینوم سلول سنگفرشی در لبه‌های زخم ایجاد می‌شود. نمای آسیب‌شناسی آن گرانولوم توپرکلوبید می‌باشد. نکروز در توپرکل‌ها، خفیف است یا وجود ندارد.^{(۱) (۵)}

تعداد باسیل اسید فاست در این ضایعه آنقدر کم است که بندرت با رنگآمیزی زیل - نلسون دیده می‌شود.^(۱) با روش واکنش زنجیره پلی‌مراز(Polymerase chain reaction=PCR) ممکن است باسیل سل قابل تشخیص باشد.^(۴)

تشخیص‌های افتراقی شامل سارکوپیدوز، عفونت قارچی، لیشمانيازیس، لپر، سیفالیس، واکنش جسم خارجی، گرانولوماتوزوگنر و رزاسه می‌باشد. برای افتراق این موارد، اطلاعات بالینی و نتیجه تست توپرکولین مهم است.^(۱)

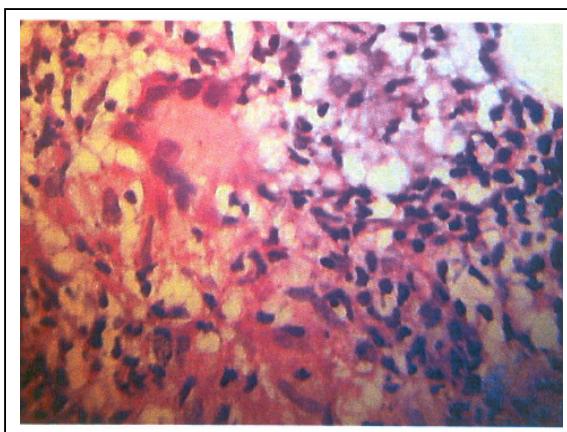
تست PCR در آزمایشگاه مربوطه ۷۲-۷۳٪ می‌باشد؛ اعلام نتیجه منفی ممکن است کاذب بوده و ناشی از تعداد کم باسیل و یا وجود عوامل مداخله‌گر باشد.(حساسیت تست: ۹۶-۷۶٪؛ ویژگی تست: ۹۶-۸۹٪)

با توجه به نتیجه مثبت تست توبرکولین، بیمار تحت درمان داروهای ضد سل قرار گرفت و ضایعات پوستی بیمار بهبود یافتند.

پس از درمان با لیزر طی ۴ جلسه و عدم پاسخ بالینی، بیوپسی از بیمار بعمل آمد که در برشهای بافتی، ضایعات گرانولوماتوز خوب تشکیل شده(WellFormed) با واکنش لنفوسيتی قابل ملاحظه در اطراف و سلولهای غولآسای چندهسته‌ای نوع لانگهانس مشهود بود.(طبق تعريف در این نوع سلول غولآسای چند هسته‌ای، هسته‌ها در حاشیه سیتوپلاسم مرتب شده‌اند ولی کاملاً محیط آن را پر نمی‌کنند) (شکل شماره ۲).

بحث

سل جلدی، ۱/۵٪ از تمام موارد سل خارج ریوی را تشکیل می‌دهد.^(۲) لوپوس ولگاریس یک فرم پیشرونده سل جلدی است که در افراد با سطح ایمنی متوسط یا بالا رخ می‌دهد.^(۳) این ضایعه که بیشتر در سر و گردن متتمرکز است شامل یک یا چند لکه قهوه‌ای - قرمز با حدود واضح می‌باشد.^(۴) موارد نادری از این ضایعه با نمای پوسته‌ریزی دهنده قابل اشتباہ با پسوریازیس گزارش شده است.^(۵) نمای هیستولوژیک ضایعه، گرانولوم توبرکلویید می‌باشد که نکروز در آنها خفیف است یا وجود ندارد.^(۶) نمای میکروسکوپی لوپوس ولگاریس در تشخیص افتراقی با سایر ضایعات گرانولوماتوز از جمله سارکوییدوز، عفونتهای قارچی، لیشمانيوز، لپر و واکنش جسم خارجی قرار می‌گیرد که برای افتراق این موارد، اطلاعات بالینی و نتیجه تست توبرکولین کمک کننده است.^(۶) به علت تعداد کم باسیل اسیدفاست در این ضایعه، رنگ‌آمیزی زیل - نلسون بذرت مثبت می‌شود.^(۱) با توجه به اینکه علی‌رغم اقدامات پیشگیری، هنوز هم سل در کشورهای در حال توسعه اندemic است، با مشاهده ضایعه گرانولوماتوز پوست باید سل جلدی مدنظر باشد.^(۲) در بیمار مورد بحث، به علت ماهیت پوسته‌ریزی دهنده ضایعه، تشخیص بالینی پسوریازیس برای بیمار مطرح شد و درمان بر اساس آن صورت گرفت. نمای هیستولوژیک ضایعه با وجود گرانولوم و سلولهای غولآسای چند هسته‌ای نوع لانگهانس، ظن قوی برای سل جلدی را برانگیخت. در رنگ‌آمیزی زیل نلسون بر روی برشهای بافتی، باسیل اسیدفاست مشاهده نشد ولی به علت تست



شکل شماره ۲- وجود ارتشاج هیستوسیت‌های اپی‌تلیوئید، لنفوسيت و سلول غولآسای نوع لانگهانس در برشهای بافتی از ضایعه پوستی بیمار

در بعضی از برشها، نکروز مرکزی در گرانولوم دیده می‌شود. در رنگ‌آمیزی زیل - نلسون، باسیل اسیدفاست مشاهده نشد.

تست توبرکولین برای بیمار انجام شد که به قطر ۲۰ میلیمتر و مثبت بود. ۹۰٪ افراد با اندوراسیون ۱۰ میلیمتر و تقریباً همه افراد با اندوراسیون بیش از ۱۵ میلیمتر به مایکوباکتریوم توبرکلوزیس آلوده می‌باشند (INFECTED)^(۷).

گرافی قفسه سینه، شمارش سلولهای خونی و سدیمان خون، طبیعی بودند.

بلوک پارافینه از نمونه ضایعه پوستی بیمار جهت انجام PCR فرستاده شد که نتیجه از نظر وجود مایکوباکتریوم توبرکلوز، منفی بود. از آنجایی که ارزش پیش‌بینی کنندگی منفی(Negative predictive value) در

توبرکولین مثبت و فقدان درگیری ریوی در گرافی قفسه سینه و نیز مکان ضایعه در سر و گردن، تشخیص سل جلدی و لوپوس ولگاریس برای بیمار تأیید شد.

بیمار تحت درمان با داروهای ضد سل قرار گرفت و پاسخ بالینی مناسب مشاهده گردید. ارزش پیش‌بینی کنندگی منفی (Negative predictive value) در تست PCR در آزمایشگاه مربوطه، ۷۲-۷۳٪ می‌باشد. از این رو نتیجه منفی ممکن است کاذب بوده و ناشی از تعداد کم باسیل و یا وجود عامل مداخله‌گر باشد.

با توجه به تنوع اشکال بالینی بیماری‌های پوست و نیز تغییر نمای بالینی با دستکاری غیرعلمی، تشخیص ضایعه پوستی تنها بر مبنای یافته‌های بالینی، می‌تواند گمراه کننده باشد و بررسی آسیب‌شناختی ضایعات بخصوص انواع غیرمعمول، توصیه می‌گردد.

فهرست منابع

- 1- Sebastian lucas. Bacterial disease. In: David Elder, Rosalie Elenitsas, Bennett Johnson Jr, George F Morphy. LEVERS Histopathology of the skin. 9th ed. Philadelphia: lippincott-Raven; 2005.p. 562-3.
- 2- Mlika RB, Tounsi J Fenniches, Hajlaoui K, Marrak H, Mokhtar I. Childhood cutaneous tuberculosis: A 20 years retrospective study in Tunis. Dermatol online j 2006; 12(3): 11.
- 3- Reich A, Kobierzaycka M, Cislo M, Schwartz RA, Szepietowski JC. Psoriasisiform lupus vulgaris with 30 years duration. Scand J Infect dis 2006; 38(6): 556-8.
- 4- Juan Rosai. Rosai and Ackerman's surgical pathology. 9th ed. Philadelphia: mosby; 2004. p. 98-9.
- 5- Serra-Guillen C, Requena C, Alfaro A, Hueso L, Nagore E, Botella Estrada, et al. 50 years case of lupus vulgaris. Actas Dermo Sifiliogr 2005, 96(6): 376-8.
- 6- STACEY Emills, Darryl carter, Joel k Greenson, Harold A Oberman, Victor Reuter, Mark H stoler. Sternbergs diagnostic surgical pathology. 4th ed. Philadelphia: lippincott williams & wilkins; 2004. p. 32.
- 7- David W HAAS. Mycobacterium tuberculosis. In: Gerald L mandell, John E Bennett, Raphael Dalin. Mandell, Douglas and Bennett' principles and practice of infectious disease. 5th ed. Newyork: Living stone; 2000. p. 2583-884.

A Case Report of Atypical Manifestation of Cutaneous Tuberculosis

/
*M. Taklif, MD //
A. Hosseini, MD

Abstract

Introduction: Because of the resurgence of tuberculosis in the world, cutaneous tuberculosis remains a clinical and diagnostic problem. Lupus vulgaris is the most common type of cutaneous tuberculosis.

Case Report: Herein we present a 35-year-old male with multiple skin lesions in the face and neck since several years ago. Unfortunately due to unscientific manipulation, clinical appearance of the lesions had changed. Thus, the patient underwent laser therapy with the clinical diagnosis of psoriasis or hemangioma. However, because of unsatisfactory response to treatment, the lesions underwent biopsy. Histologic sections, revealed well-formed granuloma accompanied by Langhans' type giant cells and significant lymphocytic infiltration at periphery. Considering the site of lesions, histologic appearance and positive tuberculin test, the diagnosis of lupus vulgaris was confirmed.

Conclusion: The above-mentioned patient's history reemphasizes that clinical appearance of a skin disease by itself does not suffice for diagnosis and therapy. Therefore, biopsy and histopathologic investigation are recommended for atypical lesions.

Key Words: 1) Cutaneous Tuberculosis 2) Lupus Vulgaris 3) Granulomatous Lesion

I) Assistant Professor of Pathology. Hazrat Fatemeh Hospital. 21st St., Seyed Jamaleddin Asad Abadi Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Resident of Pathology. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.