ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11.38.54

سل پوستی: گزارش یک مورد نادر اسکروفولودرما

چکیده

مقدمه: سل پوستی یا اسکروفولودرما نوع نادری از سل خارج ریوی محسوب می‌شود که عمدتا در مناطق اندمیک بیماری گزارش می‌شود. این بیماری در اغلب موارد منجر به زخم های مزمن پوستی می‌شود. اما تشخیص این نوع سل خارج ریوی با توجه به فقدان اطلاعات باکتریولوژیک دشوار است. در این گزارش یک بیمار مبتلا به اسکروفولودرما گزارش می‌شود که با درمان ضد سل بطور کامل بهبود یافت.

کلمات کلیدی: اسکروفولودرما، سل پوستی

اطلاعات مقاله

جلیل رجبی[۱]
سعید سلیمان میگونی[۲]
موسی احمدی[۱]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. گروه عفونی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا
۲.مرکز تحقیقات بیماری های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، نویسنده مسئول.
پست الکترونیک: dr.saeed.meigooni@gmail.com

Abstract

Cutaneous tuberculosis or scrofuloderma is a rare type of extrapulmonary tuberculosis, which is mainly reported in endemic areas of the disease. This disease often leads to chronic skin ulcers. But it is difficult to diagnose this type of skin tuberculosis due to the lack of bacteriological findings. In this report, a patient with sclerophloderma is reported who recovered completely with anti-tuberculosis treatment.

Key words: scrofuloderma, skin tuberculosis

مقدمه:

بیماری سل از نظر بالینی به دو گروه عمده ریوی و خارج ریوی طبقه بندی می شود. سل ریوی رایج ترین شکل بیماری است که حدود ۸۰٪ موارد را شامل می شود (۱). سل خارج ریوی انواع مختلفی دارد و ممکن است بطور بالقوه هر یک از اندام های بدن را درگیر کند. ارگان هایی که به طور شایع در سل خارج ریوی درگیر می شوند عبارتند از چشم(۲)، غدد لنفاوی (۳)، پلور (۴)، استخوان و مفاصل (۵)، سیستم عصبی مرکزی (۶)، دستگاه گوارش و پریتوئن (۷) و دستگاه ادراری تناسلی (۸). بر خلاف سل ریوی که تشخیص آن عمدتا بر پایه باکتریولوژیک است، در سل خارج ریوی تشخیص عمدتا بر پایه اطلاعات بافت شناسی و اپیدمیولوژیک است و در درصد بسیار کمتری در مقایسه با سل ریوی، اطلاعات باکتریولوژیک بدست می‌آید. یکی از اشکال نادر سل خارج ریوی، سل پوستی یا اسکروفولودرما است. هرچند بروز سل پوستی نادر است اما کماکان این بیماری در کشورهای در حال توسعه گزارش می شود (۹). تشخیص این نوع سل بدلیل بروز تظاهرات مختلف در سیر بیماری (۱۰) و نادر بودن بیماری (۱۱) با چالش همراه است. در این گزارش یک بیمار مبتلا به اسکروفولودرما که با زخم‌های مزمن مراجعه کرده بود معرفی می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۱۸ ساله است که در سال ۱۳۹۸ بدلیل یک اولسر مزمن از سه هفته قبل همراه با ترشح سروزی در آرنج دست چپ در بیمارستان خانواده بستری شد. بیمار سابقه مسافرت، تروما، گزش حشره و مصرف مواد مخدر را ذکر نمی‌کرد. ضایعه پوستی در ابتدا بصورت یک ندول دردناک بدون علائم سیستمیک بود که به تدریج تورم پیشرونده ایجاد و تبدیل به زخم توام با ترشح شد. در زمان بستری علائم حیاتی نرمال بود. در معاینه دست چپ، دو اولسر در ناحیه کوبیتال بدون ادم واضح مشهود بود (شکل A-۱). در آزمایشات اولیه بجز آنمی خفیف۵ .۱۱=HB و۶۸= ESR نکته خاصی مشاهده نشد. تست اچ آی وی منفی بود. در کشت ترشحات زخم ارگانیسم خاصی بدست نیامد. همچنین ام آر آی اندام فوقانی راست جهت بررسی عفونت استخوان انجام شد که نرمال بود. گرافی قفسه سینه و سونوگرافی شکم نرمال بود. لذا جهت کسب اطلاعات تشخیصی بیشتر، بیمار تحت بیوپسی زخم جهت بررسی بافت شناسی قرار گرفت. نتایج بیوپسی نشان‌دهنده گرانولوم‌هایی با سلول‌های اپیتلیوئیدی و سلول‌های غول‌پیکر لانگهانس احاطه‌شده توسط سلول‌های التهابی مزمن توام با نکروز مرکزی بود (شکل B-۱).

با توجه به زمینه اپیدمیولوژیک و اندمیک بودن سل در کشور و نمای بافت شناسی، تشخیص اسکروفولودرما برای بیمار مطرح و درمان استاندارد چهار دارویی ضد سل شامل ایزونیازید (۵ میلی گرم بر کیلوگرم)، ریفامپین (۱۰ میلی گرم بر کیلوگرم)، پیرازینامید (۲۵ میلی گرم بر کیلوگرم) و اتامبوتول (۱۵ میلی گرم بر کیلوگرم) برای شش ماه تجویز گردید. یک ماه بعد از شروع درمان، ضایعه پوستی بیمار به تدریج ترمیم شد و پس از سه ماه کاملا بهبود یافت.

نشان‌دهنده گرانولوم‌هایی با سلول‌های اپیتلیوئیدی و سلول‌های غول‌پیکر لانگهانس احاطه‌شده توسط سلول‌های التهابی مزمن توام با نکروز مرکزی بود (شکل B-۱).

بحث

اسکروفولودرما یک نوع نادر سل خارج ریوی است که تنها ۳٫۵٪ موارد سل خارج ریوی را شامل می شود (۱۲). این نوع سل خارج ریوی ممکن است در بخش های مختلف پوست بدن ظاهر شود، اما در بسیاری از موارد در مجاورت یک غده لنفاوی آلوده به سل بخصوص در نواحی گردن و اگزیلا ایجاد می شود. میکروارگانیسم عمدتا متعاقب نکروز غده لنفاوی، از طریق مجاورتی منجر به عفونت پوستی می شود. بیماران ممکن است در طیف سنی مختلف باشند. به عنوان مثال در یک گزارش، یک خانم ۸۲ ساله مبتلا به اسکروفولودرما در ناحیه گردن (۱۱) و در گزارش دیگر یک خانم ۲۴ ساله مبتلا به اسکروفولودرما در ناحیه گلوتئال (۱۳) معرفی شدند در مطالعه دیگر، مایکوباکتریوم توبرکلوزیس در ناحیه پیشانی در یک بیمار ۳۵ ساله و اگزیلاری در یک دختر ۱۶ ساله تشخیص داده شد (۱۰). یک مورد هم، سل پوستی در یک کارورز پزشکی ۲۷ ساله در انگشت کوچک چپ وی گزارش شد (۱۴).

مهمترین نکته در تشخیص این بیماری، شک بالینی است. این بیماری در تشخیص افتراقی هر فرد ساکن نواحی اندمیک که با زخم مزمن بدون پاسخ به درمان مراجعه می کند باید مد نظر باشد. مهمترین تست تشخیصی، نمونه برداری از محل زخم است که تغییرات التهابی مزمن و گرانولوم را گزارش می کند. انجام تست RCP بر روی نمونه بافتی، با حساسیت ۲۵٪ و ویژگی ۷۴٪ همراه بوده است (۱۵).

در اینجا برای اولین بار یک مورد اسکروفولودرمی با ضایعه در کوبیتوس چپ وی گزارش شد. پس از اولین تشخیص، درمان چهارگانه ضد سل آغاز شد و ضایعه وی پس از ۶ ماه بهبود یافت.

منابع

1.Lee JY. Diagnosis and treatment of extrapulmonary tuberculosis. Tuberc Respir Dis (Seoul). 2015 Apr;78(2):47-55. doi: 10.4046/trd.2015.78.2.47. Epub 2015 Apr 2. PMID: 25861336; PMCID: PMC4388900.

2.Benech N, Jouanneau E, Chidiac C, Ferry T. Orbital granuloma: a rare manifestation of extrapulmonary tuberculosis. BMJ Case Rep. 2016 Mar 1;2016:bcr2016214542. doi: 10.1136/bcr-2016-214542. PMID: 26933187; PMCID: PMC4785446.

3.Sevgi DY, Derin O, Alpay AS, Gündüz A, Konuklar AS, Bayraktar B, Bulut E, Uzun N, Sonmez E. Extrapulmonary tuberculosis: 7 year-experience of a tertiary center in Istanbul. Eur J Intern Med. 2013 Dec;24(8):864-7. doi: 10.1016/j.ejim.2013.08.704. Epub 2013 Sep 10. PMID: 24028930.

4.Gothi D, Joshi JM. Clinical and laboratory observations of tuberculosis at a Mumbai (India) clinic. Postgrad Med J. 2004 Feb;80(940):97-100. doi: 10.1136/pmj.2003.008185. PMID: 14970298; PMCID: PMC1742914.

5.Peto HM, Pratt RH, Harrington TA, LoBue PA, Armstrong LR. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006. Clin Infect Dis. 2009 Nov 1;49(9):1350-7. doi: 10.1086/605559. PMID: 19793000.

6.Gunal S, Yang Z, Agarwal M, Koroglu M, Arıcı ZK, Durmaz R. Demographic and microbial characteristics of extrapulmonary tuberculosis cases diagnosed in Malatya, Turkey, 2001-2007. BMC Public Health. 2011 Mar 8;11:154. doi: 10.1186/1471-2458-11-154. PMID: 21385458; PMCID: PMC3060117.

7.Sreeramareddy CT, Panduru KV, Verma SC, Joshi HS, Bates MN. Comparison of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in Nepal- a hospital-based retrospective study. BMC Infect

Dis. 2008 Jan 24;8:8. doi: 10.1186/1471-2334-8-8. PMID: 18218115; PMCID: PMC2245948.
8. Abbara A, Davidson RN; Medscape. Etiology and management of genitourinary tuberculosis. Nat Rev Urol. 2011 Dec 9;8(12):678-88. doi: 10.1038/nrurol.2011.172. PMID: 22157940.
9. O.S. Içmeli, H. Türker, M. Çiftçi, B. Gündogus, M. Kavala (Istanbul, Turkey). Cutaneous tuberculosis: Two cases report. Eur Respir J 2012; 40: Suppl. 56, 2610
10. Chopra D, Chopra V, Sharma A, Chopra S, Aggarwal S, Goyal D. Unusual Sites of Cutaneous Tuberculosis: A Report of Two Cases. Case Rep Dermatol Med. 2017;2017:7285169. doi: 10.1155/2017/7285169. Epub 2017 Feb 27. PMID: 28348900; PMCID: PMC5350300.
11. Kim GW, Park HJ, Kim HS, Kim SH, Ko HC, Kim BS, Kim MB, Sim EK. Delayed diagnosis of scrofuloderma misdiagnosed as a bacterial abscess. Ann Dermatol. 2012 Feb;24(1):70-3. doi: 10.5021/ad.2012.24.1.70. Epub 2012 Feb 2. PMID: 22363159; PMCID: PMC3283855.
12. Kivanç-Altunay I, Baysal Z, Ekmekçi TR, Köslü A. Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. Int J Dermatol. 2003 Mar;42(3):197-200. doi: 10.1046/j.1365-4362.2003.01762.x. PMID: 12653914.
13. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis: a practical case report and review for the dermatologist. J Clin Aesthet Dermatol. 2009 Oct;2(10):19-27. PMID: 20725570; PMCID: PMC2923933.
14. Karoney MJ, Kaumbuki EK, Koech MK, Lelei LK. Primary cutaneous tuberculosis in a 27-year-old medical intern from needle-stick injury: a case report. Clin Case Rep. 2015 Jan;3(1):39-42. doi: 10.1002/ccr3.143. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25678972; PMCID: PMC4317210.
15. Suthar C, Rana T, Singh UB, Singh M, Ramesh V, Sharma VK, Ramam M. mRNA and DNA PCR tests in cutaneous tuberculosis. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2013 Jan-Feb;79(1):65-9. doi: 10.4103/0378-6323.104671. PMID: 23254731.