

بررسی سل پوستی در ۱۲۰ بیمار مبتلا به بیماری در بیمارستان هفتم تیر تبریز

(۱) دکتر عفت خدائیانی - (۲) نیما عباسی

خلاصه:

این بررسی در عرض ۱۲ سال یعنی از سال ۱۳۶۱ لغایت ۱۳۷۲ در بیماران مراجعه کننده به مرکز پوست بیمارستان هفتم تیر تبریز انجام شده است. از میان این بیماران، در ۱۲۰ بیمار مبتلا به سل پوستی که بیماری ایشان با معاینات بالینی و روش های بررسی پاتولوژیکی و آزمایشگاهی تأیید شده است، بررسی روی سن، جنس، محل بروز ضایعات و نوع پاتولوژیکی و فرم های کلینیکی آنها انجام شده است. از نظر جنسی، جنس مونث در ۶۴٪ موارد مبتلا بوده اند، از نظر سنی بیشتر موارد (۲۱٪) در گروه سنی ۲۰-۱۱ سال قرار دارند. لوپوس و لگاریس در بین مراجعین شایعترین فرم ضایعه پوستی بوده و حدود ۷۴/۵٪ گزارش شده است. از نظر محل ضایعات، صورت در درجه اول با شیوع ۴۱/۷٪ قرار گرفته است. در حدود ۹۴/۶٪ بیماران PPD مثبت داشتند، در ضمن اکثر بیماران از مناطق حومه شهرها و روستائیان بوده اند. ۲ نفر از بیماران سابقه بیماری سل داشتند. مورد اول خانمی ۱۸ ساله بود که ۸ ماه قبل از مراجعه با تشخیص مننژیت سلی بستری و تحت درمان بوده است و با تشخیص اسکروفلودرما تحت درمان مجدد قرار گرفت. مورد دوم خانمی ۶۰ ساله بود که از ۲ سال قبل از مراجعه تحت درمان ضد سل ریه بوده است و با تشخیص لوپوس و لگاریس، تحت درمان قرار گرفت.

مقدمه:

عموماً احتیاج به میزبان آسیب دیده دارند، به همین دلیل قدرت بیماریزائی ارگانیزم بستگی به میزان در معرض ارگانیزم بودن و پاسخگوئی سیستم ایمنی میزبان دارد. ریه ها، استخوان ها، مفاصل و به میزان کمتری پوست ارگان های هدف اصلی هستند.

تقسیم بندی سل پوستی:

علت ایجاد فرم های مختلف کلینیکی سل پوستی تفاوت تعداد و وحدت باسیل های مسئول، راه عفونت، سن بیمار، وجود یا عدم وجود یک کانون سل داخلی و ایمنی فرد میزبان می باشد. در آخرین منابع درماتولوژی تقسیم بندی سل پوستی به ترتیب زیر پیشنهاد شده است: (۱۶ و ۱۲)

کلمه میکوباکتریوم از سال ۱۸۹۶ به گروه بزرگی از باکتری ها که در محیط کشت مایع، پوسته هائی شبیه کپک تولید می کنند اطلاق شده است. این موجودات همگی ظریف، بی حرکت، هوازی، بدون اسپور و بایک پوشش واکسی که آنها را نسبت به بیشتر رنگ ها مقاوم می سازد، هستند. بخاطر پوشش لیپو فیلک منحصر به فردی که دارند بسادگی بی رنگ نمی شوند و نسبت به عوامل باکتری کش مقاوم هستند. ساختمان پوششی سلول پیچیده است. مهمترین پاتوژن های مربوط به انسان، میکوباکتریوم توپرکلوز و میکوباکتریوم لپرمیباشند. چون این ارگانیزم ها قدرت بیماریزائی کمی دارند برای پیشرفت بیماری

I- توبرکلوز تلقیحی (بامنشاء خارجی)

- شانکر توبرکلوزی

- توبرکلوز زگیلی شکل

- لوپوس ولگاریس (بعضی موارد)

II- توبرکلوز ثانویه (بامنشاء خارجی)

الف - گسترش منطقه ای و مسری - اسکروفلودرما

ب - تلقیح خود بخود - توبرکلوز پری اریفیسال (دور منافذ)

III- توبرکلوز با انتشار خونی

- سل حاد ارزنی

- لوپوس ولگاریس (بعضی موارد)

- گوم توبرکلوزی

IV- توبرکلوز بثور (توبرکولیدها)

الف - میکرو پاپولر توبرکولید

ب - پاپولر توبرکولید

- پاپولونکروتیک توبرکولید

- لیکن اسکروفلوزوروم

- آکنه اسکروفلوزوروم

- لیکنوئید توبرکولید

ج - ندولار توبرکولید

- اریتم ندوزوم

- اریتم ایندوراتم (Bazin's disease)

- ندولار واسکولین

متد بررسی بیماران :

در این مطالعه از بیماران که در عرض ۱۲ سال یعنی از سال ۱۳۶۱ لغایت ۱۳۷۲ به مرکز پوست بیمارستان هفتم تیر مراجعه کرده اند ، ۱۲۰ فرد (۴۴ مرد و ۷۶ زن) در محدوده سنی ۶ تا ۸۵ سال که با تشخیص سل پوستی تحت درمان قرار گرفته اند ، انتخاب و بررسی شده اند .

معیارهای تشخیص این بیماران عبارت بود از :

۱ - بیوپسی پوست و یافته پاتولوژیک

۲ - تست PPD

۳ - رادیوگرافی ریه

۴ - بررسی ضایعات پوستی جهت مشاهده باسیل در نمونه

های تهیه شده از آن

۵ - حضور سل فعال در جای دیگری از بدن

۶ - پاسخ به درمان

نکات مهم از نظر بررسی بیماران عبارت بودند از :

جنس ، سن ، شغل ، محل سکونت ، زمان شروع ضایعه ،

علائم و نشانه ها ، محل ظهور ضایعه ، سابقه TB در بیمار ،

سابقه بیماری سیستمیک دیگر به غیر از TB ، سابقه

واکسیناسیون BCG ، سابقه ترومای محل ضایعه ، اسکار

ضایعات قبلی مشابه ، apple - jelly test ، نتیجه عکس ریه ،

دید مستقیم خلط از نظر AFB ، کشت خلط ، CBC از نظر لکوسیتوز

، ESR ، نتیجه رادیوگرافی ضایعات ، PPD ، تشخیص

کلینیکی ، یافته پاتولوژیک ، تشخیص پاتولوژیک و نتایج

بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل و بحث قرار گرفته است .

نتایج :

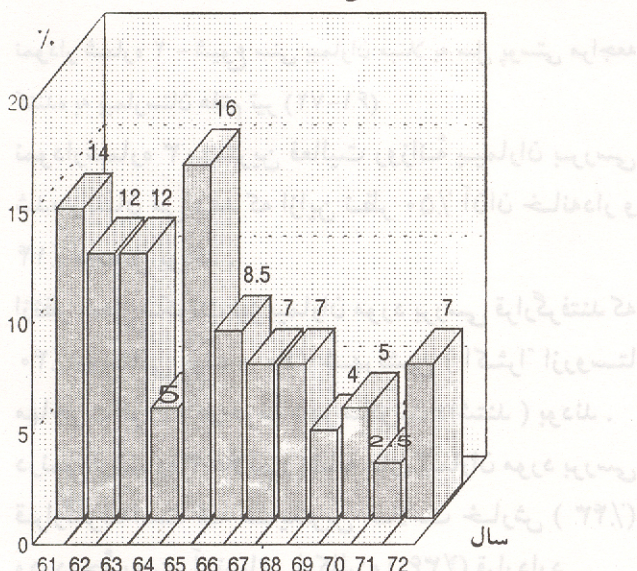
در نمودار شماره ۱ تاریخ مراجعه بیماران مورد

بررسی قرار گرفته و بیشترین مراجعه کننده در سال ۱۳۶۵

بوده که ۱۶٪ کل موارد را شامل شده است ، اما در مجموع

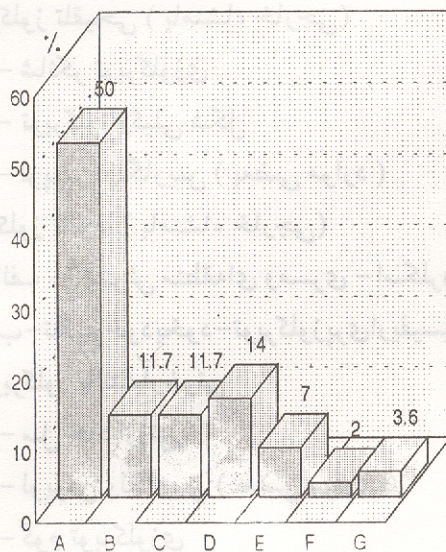
بنظر می رسد که تعداد بیماران مبتلا به سل پوستی از سال

۶۱ لغایت ۷۲ روند ، نزولی داشته است .



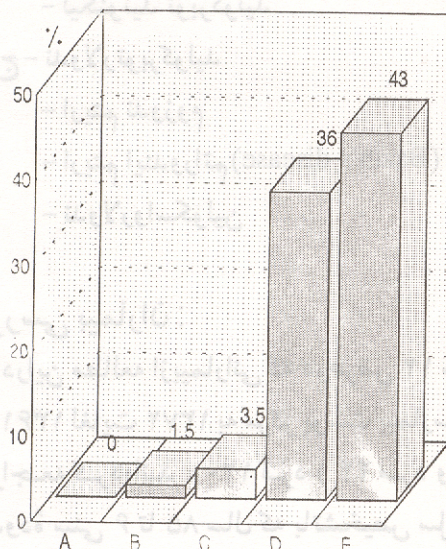
نمودار شماره ۱ - تاریخ مراجعه بیماران مبتلا به سل پوستی

مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)



A-خانه دار
B-کشاورز
C-کارگر
D-محصل
E-قالیاف
F-نظامی
G-فاقد قدرت کار

نمودار شماره ۳ - شیوع بیماران مبتلا به سل پوستی به تفکیک شغل در مراجعه کنندگان به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

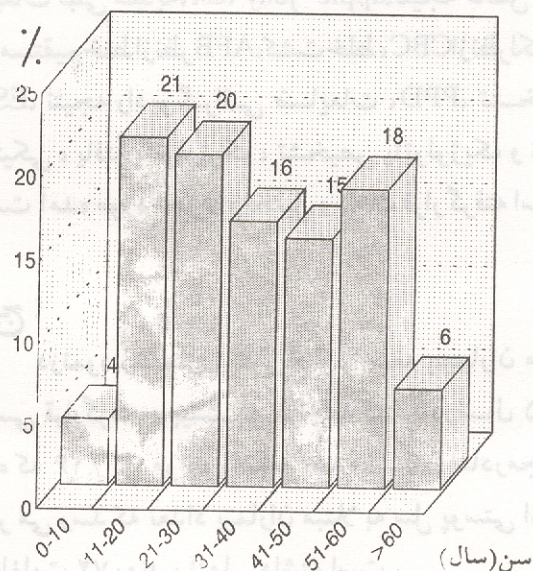


A-آدنویاتی ژنرالیزه
B-لرز
C-تب
D-آدنویاتی لوکالیزه
E-خارش

نمودار شماره ۴ - شیوع علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به سل پوستی مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

بیماران از نظر شیوع جنسی بررسی شده‌اند که از بین ۱۲۰ بیمار مبتلا به سل پوستی ۶۴٪ رازنان و ۳۶٪ رامردان تشکیل داده‌اند.

نمودار شماره ۲ شیوع سنی رانشان می‌دهد که کوچکترین بیمار ۶ سال و بزرگترین آنان ۸۵ سال داشته‌اند. از نظر شیوع سنی ۲۱٪ بیماران درگروه سنی ۱۱-۲۰ سال و ۲۰٪ درگروه سنی ۲۱-۳۰ قرار داشتند و در مجموع ۴۱٪ بیماران درگروه سنی ۱۱-۳۰ سال بودند.

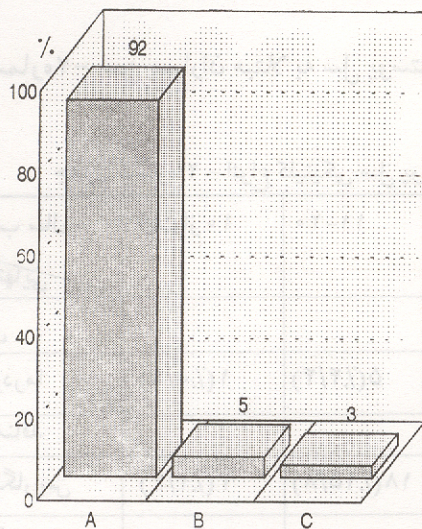


نمودار شماره ۲ - شیوع سنی بیماران مبتلا به سل پوستی مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

نمودار شماره ۳ مهمترین فعالیت روزانه بیماران بررسی شده رانشان می‌دهد که از این نظر ۵۰٪ آنان خانه‌دار و ۱۴٪ محصل بودند.

از نظر محل سکونت نیز بیماران مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۰٪ روستائی بوده و ۶۰٪ شهرنشین (اکثرا از روستا مهاجرت کرده و در حومه شهر سکونت داشتند) بودند.

در نمودار شماره ۴ علائم و نشانه‌های بیماران مورد بررسی قرار گرفته است که شایعترین علامت خارش (۴۳٪) و در درجه بعدی آدنویاتی لوکالیزه (۳۶٪) قرار دارد.



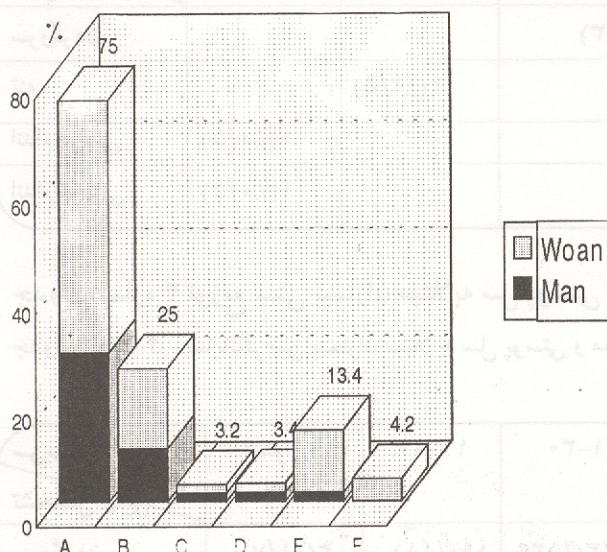
A-آماس مزمن گرانولومی تیپ سلی

B-آماس مزمن گرانولومی بدون علائم اختصاصی

C-آماس مزمن بدون گرانولوم واضح

نمودار شماره ۵ - یافته های پاتولوژیک در پوست بیماران مبتلا به سل پوستی مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲).

در نمودار شماره ۶ بیماران از نظر نوع ضایعات سل پوستی مورد بررسی قرار گرفتند که شایعترین فرم لوپوس ولگاریس بوده (۷۵٪) و در درجه دوم اسکروفلودرما قرار داشته است (۱۲/۵٪).



A-لوپوس ولگاریس B-اسکروفلودرما C-سل زگیلی

D-سل دورمنافذ E-اریتم ایندوراتم F-اریتم ندوزم

نمودار شماره ۶ - شیوع انواع ضایعات سل پوستی به تفکیک جنس در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲).

ضایعات در ۶۴ مورد متعدد و ۵۰ مورد منفرد بوده اند ۷ مورد متقارن و ۱۰۷ مورد نامتقارن بوده است.

جدول شماره ۱ - نمایانگر محل بروز ضایعات در بیماران بررسی شده است که شایعترین محل گونه (۱۱/۲٪) می باشد. لازم به یادآوری است که بعضی از بیماران در بیش از یک نقطه ضایعه داشته اند.

جدول شماره ۱ - محل بروز ضایعات در بیماران مبتلا به سل پوستی مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

محل ضایعه	تعداد	درصد
سر و گردن	۹۴	۵۲
تنه	۲۰	۱۲
اندام فوقانی	۲۸	۱۷
اندام تحتانی	۳۵	۱۹

از نظر نتایج رادیوگرافی ریه بیماران اکثراً گزارش منفی بوده است و فقط ۱۱٪ ضایعات ریه ناشی از سل قدیمی و ۱۸٪ ضایعات ریوی غیر از سل داشتند.

از نظر بررسی CBC بیماران اکثراً نتایج نرمال بوده و فقط ۳۳٪ لکوسیتوز خفیف داشتند.

از نظر بررسی ESR بیماران همه موارد (۱۰۰٪) ESR بالای نرمال داشتند.

تست PPD در بیماران انجام شده است که ۹۴/۶٪ مثبت بوده و ۵/۴٪ نتیجه منفی داشته است. لازم به یادآوری است که این تست با محلول ۵ واحدی توبرکولین انجام شده است.

در نمودار شماره ۵ یافته های پاتولوژیک ذکر شده که ۹۲٪ موارد آماس مزمن گرانولومی تیپ سلی داشته اند و ۵٪ آماس مزمن گرانولومی بدون علائم اختصاصی و ۳٪ آماس مزمن بدون گرانولوم واضح بوده است و در ۵۰٪ موارد نکروز گزارش شده است.

جدول شماره ۲- سن بیماران مبتلا به سل پوستی و فرم کلینیکی بیماری را نشان می دهد.

جدول شماره ۲ - انواع کلینیکی سل پوستی و سن بیماران مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

سن بر حسب سال	کمتر از ۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	بیش از ۶۰	جمع
تشخیص نهایی								
سل زگیلی			۲(۱/۸)					۱/۸
اسکروفلودرما	۱(۰/۹)	۵(۴/۴)	۴(۳/۵)	۱(۰/۹)	۱(۰/۹)	۱(۰/۹)	۱(۰/۹)	۱۲/۲
سل دور منافذ			۲(۱/۸)					۱/۸
لوپوس ولگاریس	۳(۲/۶)	۱۸(۱۵/۸)	۱۵(۱۳)	۱۳(۱۱/۴)	۱۳(۱۱/۴)	۱۸(۱۵/۸)	۵(۴/۴)	۷۴/۴
اریتم ندوزم			۱(۰/۹)		۱(۰/۹)	۱(۰/۹)		۲/۶
اریتم ایندوراتم								
(Bazins disease)	۱(۰/۹)	۱(۰/۹)	۲(۱/۸)	۲(۱/۸)	۱(۰/۹)		۱(۰/۹)	۷/۲
جمع	۳/۵	۲۱	۲۰	۱۵/۸	۱۵	۱۸/۴	۶	۱۰۰

در جدول شماره ۳ فرم کلینیکی بیماری و محل بروز ضایعات مشخص شده است.

جدول شماره ۳ - انواع سل پوستی و محل بروز آنها در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

تشخیص نهایی	سل زگیلی	اسکروفلودرما	سل دور منافذ	لوپوس ولگاریس	اریتم ندوزم	اریتم ایندوراتم
محل ضایعه						
سرگردن			۵(۳)	۷۳(۴۹)		
تنه		۴(۲/۵)		۱۶(۱۰)		
اندام فوقانی	۱(۰/۵)			۲۴(۱۵)	۳(۲)	
اندام تحتانی	۱(۰/۵)			۱۳(۸)	۷(۴)	۱۱(۷)

جدول شماره ۴ توزیع سنی بیماران مبتلا به سل پوستی را بر حسب محل بروز ضایعات ، نشان می دهد.

جدول شماره ۴ - نمایانگر سن بیماران مبتلا به سل پوستی و محل ضایعات در مراجعه کنندگان به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

سن بر حسب سال	کمتر از ۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	بیش از ۶۰	جمع
تشخیص نهایی								
سرگردن	۳(۱/۷)	۱۹(۱۱)	۲۳(۱۳)	۱۳(۷/۴)	۲۳(۱۳)	۱۱(۶/۳)		۹۲(۵۲/۴)
تنه		۴(۲/۳)	۶(۳/۴)	۱(۰/۵)	۴(۲/۳)	۳(۱/۷)	۲(۱)	۲۰(۱۱/۲)
اندام فوقانی		۶(۳/۴)	۵(۳)	۲(۱)	۳(۱/۷)	۸(۴/۶)	۳(۱/۷)	۲۷(۱۵/۴)
اندام تحتانی		۶(۳/۴)	۵(۳)	۶(۳/۴)	۷(۴)	۸(۴/۶)	۳(۱/۷)	۳۵(۲۰)

جدول شماره ۵ نمایانگر محل بروز ضایعات و جنس بیماران است.

جدول شماره ۵ - محل ضایعات و جنس بیماران مبتلا به سل پوستی مراجعه کننده به بیمارستان هفتم تیر (۶۱-۷۲)

جنس	تعداد	درصد
محل ضایعه		
سروگردن	۳۲ (۱۸٪)	۶۰ (۳۴٪/۳)
تنه	۸ (۴٪/۶)	۱۲ (۶٪/۹)
اندام فوقانی	۱۰ (۵٪/۷)	۱۸ (۱۰٪/۳)
اندام تحتانی	۶ (۳٪/۴)	۲۹ (۱۶٪/۶)

بحث:

در این بررسی که در مورد ۱۲۰ بیمار مبتلا به سل پوستی انجام شده است، گرفتاری در جنس مونث بیشتر بوده و این نتیجه در انواع مختلف سل پوستی نیز به همین صورت است. در منابع درماتولوژی، لوپوس و لگاریس بیماری شایع خانهمی باشد که با آمار ما مطابقت دارد. اما ریتیم ایندوراتم فقط ۱۰-۵٪ نزد جنس مذکر گزارش شده (۱۶) که در بررسی مطابق نمودار شماره ۶ در آفایان ۱/۷٪ و در خانم ها ۵٪ بوده است.

در یکی از منابع درماتولوژی به افزایش شیوع بیماری در سنین بالاتر از ۳۰ سال اشاره شده است (۹)، در بررسی ما طبق نمودار شماره ۲ اکثر بیماران در گروه سنی ۱۱-۳۰ سال بودند و همچنین افزایش در شیوع بیماری در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال نیز دیده شده است.

اکثر بیماران در این بررسی خانه دار بودند و قالی بافی از نظر شیوع در درجه پنجم قرار گرفته است. در یک مقاله ۶/۶۶٪ بیماران شهرنشین گزارش شده اند (۲). در بررسی ما در مجموع مراجعین شهری ۶۰٪ موارد را شامل شده است اما با توجه به مهاجرت شدید روستائیان به شهر، وعدم وجود مشاغل شهری در میان مبتلایان، بنظر می رسد که بیماران اغلب روستائی یا حاشیه نشین شهرهای باشند چنانچه حتی در مراجعین شهری مانیز اکثرا "در حومه"

شهرها سکونت داشته اند و از روستاها مهاجرت کرده بودند.

بر اساس منابع درماتولوژی لوپوس و لگاریس معمولاً روی پوست سالم ایجاد می شود (۹) اما در بررسی ما ۳ مورد، سابقه تروما در محل ضایعه وجود داشت.

ایجاد لوپوس و لگاریس بدنبال واکسیناسیون BCG در منابع و مقالات گزارش شده است (۱۶ و ۱۳ و ۱۱ و ۹). در بررسی ما ۲ مورد بدنبال واکسیناسیون BCG مشاهده شده است. مورد اول دختر ۶ ساله و مورد دوم پسر ۱۶ ساله فرش باف بود. شایعترین فرم بیماری در بررسی ما طبق نمودار شماره ۶، مطابق با آمار کشورهای اروپائی، لوپوس و لگاریس بوده است (۹ و ۱۶) که ۷۵٪ شیوع داشته است.

با اینکه شایعترین فرم سل پوستی در آسیا توبرکلوز زگیلی گزارش شده اما بررسی ما از نظر شیوع در مکان پنجم قرار دارد که ۱/۷٪ شیوع داشته است (نمودار شماره ۶).

در بررسی مانیز مطابق با منابع درماتولوژی، لوپوس و لگاریس در سروگردن بیشترین گرفتاری را نشان داده است (جدول شماره ۳) که ۵۲٪ گرفتاری پوستی را در کل بیماران شامل شده است.

بر اساس منابع درماتولوژی لوپوس و لگاریس، اریتم ایندوراتم و اریتم ندوزوم در زنان، و توبرکلوز پری اریفیسال (دور منافذ) و سل زگیلی در مردان شایعتر است (۱۹ و ۶). طبق بررسی مانیز لوپوس و لگاریس، اریتم ایندوراتم و اریتم ندوزوم و اسکروفلودرما در زنان شایعتر است اما سل زگیلی در مردان و زنان بطور مساوی و توبرکلوز پری اریسفال (دور منافذ) فقط در زنان دیده شده است (نمودار شماره ۶). از نظر سنی لوپوس و لگاریس در تمام گروههای سنی گرفتاری یکسانی نشان می دهد (۱۶).

اسکروفلودرما با اینکه همه گروههای سنی را گرفتاری کند اما شیوع بیشتری بین بچه ها، جوانان و بخصوص پیرها دارد (۱۶ و ۹). سل پری اریفیسال (دور منافذ) نیز

سال بیشترین گرفتاری رانشان می دهد. اریتم ندوزوم در ۳ گروه سنی ۲۱-۳۰ و ۴۱-۵۰ و ۵۱-۶۰ نسبت یکسانی دارد و در بقیه گروههای سنی، گرفتاری وجود ندارد. طبق جدول شماره ۴ در تمام گروههای سنی بجز گروه سنی بالاتر از ۶۰ سال، سروگردن شایعترین محل گرفتاری می باشند ولی در گروه سنی بالای ۶۰ سال اصلاً گرفتار نبوده اند. در گروه سنی زیر ۱۰ سال، تنه و اندام ها اصلاً گرفتار نشده اند. سروگردن طبق جدول شماره ۵ هم در بیماران مذکور هم مونث بالاترین گرفتاری رانشان می دهد و اندام فوقانی در جنس مذکر و اندام تحتانی در جنس مونث، در درجه دوم شیوع قرار دارند.

REFERENCES:

- 1- ARNOLD, J. r. "Tuberculosis" Andrew's Diseases of the skin, clinical dermatology, 8th ed., edited by: ARNOLD, ODOM & JAMES, W. B. Saunders company 1990 ; chap 16 , pp. 375-388.
- 2- BOUDGENE , STAMBOULI, O. ET AL : "A Proposal of 45 Cases of cutaneous tuberculosis in Tlemcen "(Western Algeria). Bull - Socpathol - Exot - Filicalcs. 1989; 82(3), PP. 341 -50.
- 3- GERT, T. & KLAUS, W. "Mycobacterial diseases , Tuberculosis" Dermatology in general medicine , 3rd ed, edited by: THOMAS B. FITZPATRICK , ARTHUR Z. EISEN & KLAUS W., McGRAW - HILL Book company , Vol: 2 chap 179 , pp. 2152 -80 .
- 4- HABIF T. P ., clinical dermatology , 1990 : 2nd ed . C. V. Mosby company , PP. 455-461.
- 5- HARISON & DANIEL T. A., "Mycobacterial diseases Tuberculosis" principles of internal medicine 13th ed , Vol: 1, 1994; McGRAW-HILL Book company , pp. 710-717 .
- 6- HOPPMAN , R. A. et al : "Tuberculous arthritis presenting as tophaceous gout" J- Rheumatol ., 1989; May , 16(5), PP. 700-2.
- 7- JAMIL , D. et al: "Secondary tuberculous infection of a pilonidal sinus" Ann-Gastroentrol - Hepatol - Paris. 1991; Oct. 27(5), pp. 205-6.
- 8- MARCOVAL, J. et al: "Lupus Vulgaris, Clinical . Histopathologic , and bacteriologic study of 10 cases". Journal of the American Academy of Dermatology 1992; March 26(3), pp. 404-7.
- 9- MOSCHELLA - HURLEY. "Mycobacterial infections " Dermatology , 3rd ed. W. B. Saunders company Vol: 1. 1992; PP. 1077-1100.

A survey of skin Tuberculosis in 120 patients in HAFTOM -TIR Hospital,Tabriz.

KHODAEIANI E.,MD

ABBASI N

ABSTRACT:

In this paper,a Survey was carried out on Clinical presentations,age ,sex and skin lesions in 120 patients with skin tuberculosis.

The criteria for diagnosis were clinical signs.pathologic and laboratory examinations.

The disease was more prevalent in females (64%) than in males.21% of the cases were in the age group of 11-20 years.75% of the clinical cases were lupus vulgaris and the face was the most prevalent site (41.7%) in terms of presentation of the disease.

Almost 95% of the patients had positive PPD tests and the biopsy of the skin lesions in 92% was granuloma due to Tuberculosis.Meanwhile ,the majority of the patients were from rural and sub.urban areas.