

## گزارش یک مورد سل پوستی با تظاهر فیستول مزمن دیواره قفسه سینه

دکتر حسن افصلی\*، دکتر منصوره مومن هروی\*<sup>۱</sup>، دکتر حسن احترام\*\*\*

\*دانشیار گروه عفونی - دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران، \*\*استادیار گروه عفونی - دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران، \*\*\*استادیار گروه

پاتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۱ تاریخ تایید: ۸۹/۲/۴

### چکیده:

زمینه و هدف: سل یک معطل بهداشتی جهانی است که از نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO) در راس شش بیماری شایع عفونی خطرناک قرار دارد. گرچه یکی از هر سه نفر مردم در دنیا آلوده به مایکوباکتریوم توبرکولوزیس هستند ولی سل پوستی بیماری نادری است. در این مطالعه ما به معرفی یک مورد نادر سل پوستی با تظاهر فیستول متعدد مزمن در جدار قفسه سینه می پردازیم.

گزارش مورد: مردی ۵۰ ساله افغانی با سابقه دیابت وابسته به انسولین که با شکایت ضایعه پوستی به شکل فیستول در پوست ناحیه قفسه سینه از ۳ ماه قبل مراجعه نمود. شروع ضایعه به صورت پاپول بوده که پس از مدتی فیستولیزه شده و همراه با سوزش و ترشح چرکی بوده است. با توجه به سیر طول کشیده بیماری و عدم پاسخ به درمان با آنتی بیوتیک و ملیت بیمار، سل پوستی در راس تشخیص های بیمار قرار گرفت و با توجه به مشاهده گرانولوم های متعدد متشکل از هیستوسیت ها، ژانت سل های تیپ لانگهانس در بیوپسی پوست و مشاهده باسیل های متعدد اسید فاست در اسمیر با رنگ آمیزی زیل نلسون از ترشحات فیستول ها تشخیص سل پوستی قطعی شد و بیمار تحت درمان با داروهای ضد سل قرار گرفت که علایمی از بهبودی نسبی پس از ۶ هفته و بهبودی کامل پس از ۶ ماه ملاحظه گردید.

نتیجه گیری: سل پوستی می تواند به اشکال بسیار غیر معمول از جمله فیستول در هر محلی از جمله جدار قفسه سینه تظاهر کند. لذا باید در تشخیص افتراقی ضایعات جلدی طول کشیده همراه با تشکیل فیستول این بیماری مد نظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: سل پوستی، فیستول مزمن، مایکوباکتریوم توبرکولوزیس.

### مقدمه:

واقعۀ ای نادر در آمده بود اما در حال حاضر به خاطر پاندمی HIV و بروز مقاومت علیه داروهای ضد سل مجدداً سل پوستی در حال بازپدید است (۴، ۵). در واقع سل پوستی قسمت کوچکی از سل خارج ریوی را تشکیل می دهد که توسط مایکوباکتریوم توبرکولوزیس و مایکوباکتریوم بویس و گاهی توسط باسیل Calmette-Guerin موجود در واکسن BCG ایجاد می شود (۶).

سل پوستی اشکال بالینی مختلفی دارد که هر کدام مشخصات بالینی مخصوص به خود در پوست ایجاد می کنند. تظاهرات مختلف و غیر معمول بیماری و دشواری اثبات میکروبیولوژیک بیماری، سل پوستی را در زمره بیماری هایی قرار داده که

سل یک مسئله بهداشتی جهانی است که فقط به کشورهای جهان سوم محدود نمی شود و از نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO) در راس شش بیماری شایع عفونی خطرناک قرار دارد (۱). درگیری هر ارگانی در بدن می تواند در سل رخ دهد گرچه سل ریوی شایع ترین فرم تظاهر سل می باشد. به هر حال سل خارج ریوی نیز یک مشکل مهم بالینی است و ۱۰ درصد همه موارد سل را تشکیل می دهد (۲). سل پوستی ۱/۵ درصد همه موارد سل خارج ریوی را شامل می شود (۳). علیرغم این که تهاجم پوست به وسیله مایکوباکتریوم توبرکولوزیس در کشورهای توسعه یافته به خاطر دسترسی به داروهای موثر ضد سل و بهبود استانداردهای زندگی به صورت

<sup>۱</sup>نویسنده مسئول: کاشان-بوار قطب راوندی - بیمارستان بهشتی - گروه عفونی-تلفن: ۰۹۱۳۳۱۱۰۱۷ ، E-mail:mansorheravi@yahoo.com

سرعت رسوب گلوبولی CRP: +3 و ESR: 125 mm/hr بود. تست پوستی سل (TST) منفی بود. اسمیر و کشت ترشحات از نظر قارچ و باکتری منفی بود. گرافی ساده و سی تی اسکن قفسه سینه طبیعی بود. تست HIV منفی بود.

با توجه به سیر طول کشیده بیماری و عدم پاسخ به درمان با آنتی بیوتیک و ملیت بیمار سل پوستی در راس تشخیص های بیمار قرار گرفت و پس از مشاوره با متخصص پوست از ضایعه جلدی بیمار بیوپسی به عمل آمد که گرانولوم های متعدد متشکل از هیستوسیت ها، ژانت سل های تیپ لانگهانس، لنفوسیت ها و سلول های چند هسته ای PMN و فیبرو بلاست ها، عروق خونی محتقن و همچنین میکرو ارگانسیم های متعددی به اندازه ۲-۳ میکرون در داخل ماکروفاژها و هیستوسیت ها گزارش شد. تشخیص نهایی منطبق با التهاب گرانولوماتوس بود. در اسمیر به عمل آمده از ترشحات زخم پس از رنگ آمیزی با زیل نلسون باسیل های متعدد اسید فاست مشاهده گردید. پس از ۴ هفته کشت ترشحات فیستول نیز از نظر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس مثبت گزارش شد. با توجه به این نتایج بیمار با تشخیص سل جلدی تحت درمان با رژیم ۴ دارویی سل شامل ایزونیاژید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول قرار گرفت. با درمان انجام شده علایمی از بهبودی نسبی پس از ۶ هفته و بهبودی کامل پس از ۶ ماه در بیمار ملاحظه گردید.

### بحث:

سل جلدی یک توزیع جهانی دارد. در گذشته در کشورهای معتدل با آب و هوای سرد و مرطوب با چند ساعت نور آفتاب روزانه شایع تر بود. اما در حال حاضر در کشورهای گرمسیری مثل هند شیوع بیشتری دارد. سوء تغذیه و شرایط بد اجتماعی اقتصادی عوامل مستعد کننده برای سل جلدی هستند (۶).

تشخیص آن برای متخصصین پوست یا عفونی مشکل می باشد (۸،۷).

این مقاله به معرفی یک مورد بسیار نادر سل جلدی که نحوه بروز و محل آن بسیار غیر معمول بوده و در تقسیم بندی اشکال مختلف سل جلدی جایگاهی برای آن ذکر نشده است می پردازد.

### معرفی بیمار:

بیمار آقای ۵۰ ساله افغانی که با شکایت ضایعه پوستی به شکل فیستول در پوست ناحیه قفسه سینه در سال ۱۳۸۸ در بخش عفونی بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری گردید. ضایعه از ۳ ماه قبل بصورت پاپول کوچکی شروع و بتدریج سایز آن افزایش یافته بود ضایعه ابتدا یک عدد بوده و پس از یک هفته پاپول دیگری ایجاد که یک هفته بعد فیستولیزه شد، پاپول اول پس از ۳ ماه فیستولیزه شده و اطراف آن کدر رنگ شده بود و ترشحات چرکی همراه با سوزش در محل وجود داشت ولی ضایعه فاقد خارش و درد بود. بیمار تعریق، کاهش وزن و کاهش اشتها را ذکر می کرد اما علایم تنفسی، گوارشی و ادراری نداشت.

در سابقه بیمار دیابت ملیتوس تیپ ۲، بیماری ایسکمیک قلبی و هیپرلیپیدمی وجود داشت. سابقه تماس با سبزیجات و خاک را به خاطر شغل خویش و سابقه سرفه و خارش ژنرالیزه بدنال تماس با کاه و گرد و غبار را ذکر می کرد. اما حساسیت دارویی، تماس با دام، سابقه تماس با بیمار مشابه، گزش حشره را نداشت از حدود ۱۶ سال پیش از افغانستان به ایران آمده و دیگر مراجعت ننموده بود. سابقه مسافرت به جای دیگری و بیماری مشابه و بیماری خاص دیگری در خانواده را ذکر نمی کرد. در معاینه روی سینه دو لکه قرمز erythematous patch بدون درد با فیستولی در مرکز وجود داشت. در معاینه سایر قسمت ها نکته پاتولوژیک وجود نداشت. نکات حائز اهمیت در بررسی های پاراکلینیک آنمی خفیف (Hb: 11.1 gr/dl) و افزایش

گر چه بیماری انسانی با مایکوباکتریوم توبرکولوزیس و بویس معمولاً بوسیله قطرات تنفسی منتقل می شود و راه ورود معمولاً تنفسی است پوست نیز می تواند به صورت اولیه گرفتار شود. گرفتاری پوستی و چگونگی آن متفاوت بوده، ممکن است از منبع خارج باشد، یا از کانون های مجاور به پوست سرایت کند و همچنین می تواند از طریق انتشار خونی باشد (۹).

سل پوستی اشکال بالینی مختلفی از جمله سل اولیه (شانکر سلی (tuberculous chancre) سل زگیلی (TB verrucosa cutis)، سل مخرجی (TB cutis orificialis)، سل ارزنی منتشر (Miliary TB of the skin) اسکروفلودرما (Scrofuloderma) و توبرکلوئیدها (Tuberculids)، اریتمایندوراتوم (بیماری بازین) (Erythema induratum (Bazin disease)، لیکن اسکروفولوزوروم (Lichen scrofulosorum) و لوپوس ولگاریس (Lupus vulgaris) دارد که هر کدام مشخصات بالینی مخصوص به خود در پوست ایجاد می کنند لوپوس و لگاریس شایع ترین فرم بالینی بیماری است (۱۰).

در مطالعات گوناگون بروز اشکال مختلف سل پوستی گزارش شده است که اسکروفلودرما شایع ترین فرم بوده است (۱۲،۱۱،۵) در مطالعه رسایی در اهواز اسکروفولودرما و در مطالعه خدائانی در تبریز لوپوس و لگاریس به عنوان شایع ترین فرم سل پوستی عنوان شده است (۱۴،۱۳). تشخیص سل پوستی به علت تظاهرات غیر

معمول آن ممکن است مکرر مورد غفلت واقع شود و لذا تشخیص دیررس و افزایش موربیدیتی حاصل از این امر ناشایع نمی باشد (۸).

سل دیواره قفسه سینه عفونتی است که می تواند تشخیص آن به علت تشابه تظاهرات آن با اکتینومایکوز مشکل باشد (۱۵). Morris به مرور ۱۴ مورد آبسه سلی جدار قفسه سینه پرداخته است که طیف سنی ۹ تا ۵۵ سال داشته اند که اکثرآ زن و جوان بوده اند (۱۶).

۵۰ درصد از بیماران با سل پوستی شواهدی از سل در دیگر محل های بدن را نشان می دهند (۱۱). در بیمار ما شواهدی به نفع سل در ریه و سایر محل های بدن یافت نشد.

شکل ظاهری سل پوستی تا حدودی با سن و سلامت فرد مبتلا، ایمنی فردی، راه ورود عفونت، همراهی همزمان با سل اعضای دیگر بدن و شدت بیماریزایی باسیل آلوده کننده ارتباط دارد (۵). با توجه به شکل و محل غیر معمول سل در این بیمار می توان نتیجه گرفت سل پوستی می تواند به اشکال بسیار غیر معمول از جمله فیستول در هر محلی از جمله جدار قفسه سینه تظاهر کند. لذا سل جلدی باید در تشخیص افتراقی با ضایعات جلدی فیستولیزه طول کشیده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی:

از کلیه افرادی که ما را در نوشتن این مقاله یاری دادند تقدیر و تشکر می کنیم.

### منابع:

1. Bhutto AM, Solangi A, Kaskhely NM. Clinical and epidemiological observation of cutaneous tuberculosis in Larkana, Pakistan. *Int J Dermatol*. 2002; 41: 159-64.
2. Fanning A. Tuberculosis: 6 Extrapulmonary disease. *CMAJ*. 1999 Jun; 160(11): 1597-603.
3. Kumar B, Muralidhar S. Cutaneous tuberculosis: a twenty-year prospective study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999 June; 3(4): 494-500.
4. Kumar B, Kaur S. Pattern of cutaneous tuberculosis in North India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol (IJDLV)*. 1986; 52: 203-107.

5. Sehgal VN, Srivastava G, Khurana VK, Sharma VK, Bhalla P, Beohar PC. An appraisal of epidemiologic, clinical, bacteriologic, histopathology and immunologic parameters in cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol*. 1987 Oct; 26(8): 521-60.
6. Bazex J, Bauriaud R, Margeury MC. Cutaneous mycobacteriosis. *Rev Pract*. 1996 Sep; 46(13): 1603-10.
7. Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol*. 2007 Mar-Apr; 25(2): 173-80.
8. Saritha M, Parveen BA, Anandan V, Priyavathani MR, Tharini KG. Atypical forms of lupus vulgaris - a case series. *Int J Dermatol*. 2009 Feb; 48(2): 150-3.
9. Gawck Rodger DJ. Mycobacterial infections. In: Champion RH, Burton JL, Burn DA. *Textbook of dermatology*. 7<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell Sci; 1998. p: 1190-6.
10. Meltzer M, Navy C. Cutaneous tuberculosis. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1105317-overview>.
11. Gopinathan R, Pandit D, Joshi J, Jerajani H, Mathur M. Clinical and morphological variants of cutaneous tuberculosis and its relation to mycobacterium species. *Indian J Med Microbiol*. 2001 Oct-Dec; 19: 193-6
12. Pandhi RK, Bedi TR, Kanwar AJ, Bhutani LK. Cutaneous tuberculosis-clinical and investigative study. *Ind J Dermatol*. 1977 Jan; 22(2): 99-117.
13. Rasaei S. [Clinical and laboratory findings in 45 patients with cutaneous Tuberculosis in Ahwaz. *Iranian J Dermatol*. 2005; 30(8): 121-27.]Persian
14. Khodaeiani E, Abbasi N. [A survey of skin tuberculosis in 120 patients in Haftom-Tir Hospital, Tabriz. *J Guilan Univ of Med Sci*. 1996; 17-16(5): 28-35.]Persian
15. Ayadi-Kaddour A, Mlika M, Marghli A, Braham E, Kilani T, El Mezni F. Thoracic chest wall fistula formation. *Med Mal Infect*. 2008 Apr; 38(4): 225-7.
16. Morris BS, Maheshwari M, Chalwa A. Chest wall tuberculosis: a review of CT appearances. *Br J Radiol*. 2004 May; 77(917): 449-57.

Received: 20/Feb/2010

Accepted: 24/Apr/2010

**Case report:**

**Cutaneous tuberculosis presented by chest wall fistula formation**

Afzali H (MD)\*, Momen-Heravi M (MD)\*\*<sup>1</sup>, Ehteram H (MD)\*\*\*  
\*Associate professor, Infection disease Dept., Kashan Univ. of Med. Sci. Kashan, Iran, \*\*Assistant professor, Infection disease Dept., Kashan Univ. of Med. Sci. Kashan, Iran, \*\*\*Assistant professor, Pathology Dept., Kashan Univ. of Med. Sci. Kashan, Iran.

**Background and aim:** Tuberculosis is one of the world's most debilitating diseases and it is at the top of six most prevalent and dangerous infectious diseases recognized by World Health Organization. Although one out of every three people in the world is affected by *Mycobacterium tuberculosis*, cutaneous infection is a relatively uncommon event. Here, we report a rare form of cutaneous tuberculosis presented by multiple fistulas over the anterior chest wall.

**Case report:** This is a 50 year old insulin-dependent diabetic man from Afghanistan who was presented with a history of multiple skin lesions over his anterior chest wall for 3 months duration. At first, there was a single non-painful, small papular lesion, which became fistulized and developed purulent discharge, later. The patient was suspected as a case of cutaneous tuberculosis according to his nationality and prolonged history of unresponsiveness to outpatient antimicrobial treatment. This diagnosis approved based on skin biopsy result as it revealed multiple granulomas consisted of giant Langhans cells and the detection of numerous acid fast bacilli in the Ziehl-Neelsen staining of the skin secretions. Six weeks after treatment with anti-tuberculosis drugs, the signs of improvement were appeared and 6 months later there was no active fistula any more.

**Conclusion:** Cutaneous tuberculosis may present itself in uncommon forms such as fistula. It might be seen anywhere including chest wall. Therefore, this impression should be considered in patients with prolonged skin lesions and featured by fistula formation.

**Keywords:** Cutaneous tuberculosis, Chronic fistula, *Mycobacterium tuberculosis*.

<sup>1</sup> **Corresponding author:**  
Ghotb Ravondi Bld, Beheshti  
hospital, Infection disease  
Dept., Univ of Med Sci,  
Kashan, Iran  
Tel:  
09133611017  
E-mail:  
mansoreheravi@yahoo.com