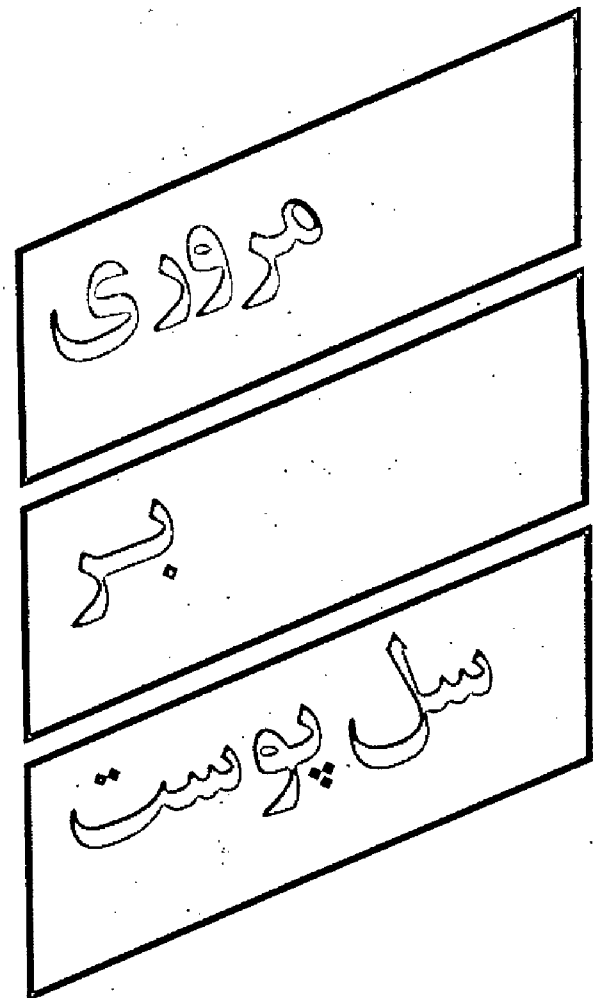


مقدمه:

سل جلدی برای نخستین بار در سال ۱۸۲۶ توسط لن^۱ تشخیص داده شد و از آن پس انواع مختلف سل جلدی شناسایی و شرح داده شده اند که وفور آنها در هر جامعه ای، ارتباط مستقیم با شیوع سل احشایی در آن جامعه دارد. در گذشته سل جلدی در بسیاری از کشورها شایع بود به طوری که در قرن نوزدهم لوپوس ولکاریس در اروپا اندمیک شد. امروزه در کشورهای پیشرفته، به موازات کاهش شیوع سل احشایی، سل جلدی به ندرت دیده می شود؛ در حالی که در آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین شایعتر است. علاوه بر شیوع سل احشایی، عوامل دیگری چون تراکم جمعیت، سوء تغذیه، و وفور سل گاوی از فاکتورهای مساعد کننده سل جلدی، محسوب می شود. سل جلدی از نظر بالینی به انواع مختلفی تقسیم می گردد که در این مقاله در دو گروه سل جلدی موضعی و منتشر بیان شده است. در گذشته از روشهای مختلفی همچون استعمال مواد سوزاننده، کوتر، اشعه ماورای بنفش، اشعه ایکس، کرایوتراپی با برف دی اکسید کربن، ویتامین D2 و ... در درمان سل جلدی استفاده می شد که نتایج مختلفی داشته اند. امروزه، جهت درمان انواع مختلف سل جلدی استفاده از رژیم درمانی استاندارد ضد سلی (چند دارویی) توصیه می شود که نتایج آن بسیار موفقیت آمیز می باشند.

اتیولوژی:

مایکوباکتریوم توبرکلوز، مایکوباکتریوم بوویس و گاه^۲ BCG^۲ مسؤول اکثریت موارد سل جلدی هستند. مایکوباکتریوم توبرکلوزیک، باسیل هوازی، داخل سلولی، غیر متحرک و فاقد کپسول و اسپور بوده که در رنگ آمیزی به روش زیل-نلسون به صورت



گردآوری:

دکتر عباس درجانی

متخصص پوست

فاطمه سقط چیان

کارشناس پرستاری

1.Laene.

2.Bacille Cal mette Guerin.

است در ایمنی نقشی داشته باشند.

هیستوپاتولوژی:

مهمترین یافته هیستولوژیک سل جلدی وجود گرانولوم توبرکلوئیدی مشتمل بر سلول های اپی تلیوئیدی، مونونوکلئرو، غولی شکل می باشد که در مرکز آن ممکن است نکروز کازئیفیه مشاهده شود. در بعضی از انواع سل جلدی در نمونه های

باسیل های اسید فاست مشاهده می شوند. علاوه بر میکروب های فوق مایکوباکتریوم های آتپیک نیز می توانند پوست را مورد تهاجم قرار داده و ایجاد بیماری نمایند.

راههای ورود میکروب به داخل پوست:

مایکوباکتریوم می تواند از دو طریق اگزوزن یا اندوزن وارد پوست شده و منجر به سل جلدی گردد.

اگزوزن ← شانکر سلی، سل زگیلی شکل، مواردی از لوپوس و لگاریس	اندوزن ←
انتشار مجاورتی ← اسکروفولودرما، سل اوری فیسیال	
انتشار لنفاتیکی ← مواردی از لوپوس و لگاریس	
انتشار هماتوزن ← سل میلیری، گوم سلی، مواردی از لوپوس و لگاریس	

هیستوپاتولوژی مایکوباکتریوم ها قابل شناسایی می باشند.

اشکال بالینی سل جلدی:

سل جلدی به صورت های مختلف تقسیم بندی می شود که در این مقاله، سل جلدی را در دو گروه موضعی و منتشر مورد بحث قرار می دهیم:

الف- سل جلدی موضعی: شانکر سلی، لوپوس و لگاریس، سل جلدی زگیلی شکل، اسکروفولودرما، سل اوری فیسیال، اشکال آتپیک.

۱- شانکر سلی: شانکر سلی در اثر تلفیق مایکوباکتریوم به داخل پوست یا مخاط فردی که فاقد ایمنی طبیعی یا اکتسابی نسبت به این میکروارگانیسم می باشد ایجاد می گردد. شانکر سلی عمدتاً روی صورت و اندامهای کودکان اتفاق افتاده که از نظر بالینی با یک زخم بدون درد همراه با بزرگی بدون درد غدد لنفاوی ناحیه ای مشخص می شود.

۲- لوپوس و لگاریس: یک فرم شایع، مزمن و پیشرونده از سل جلدی است که در افراد با درجات متوسط تا بالای ایمنی اتفاق می افتد. لوپوس و لگاریس در زنان شایعتر از مردان بوده و عمدتاً روی صورت اتفاق

شیوع و انتشار جغرافیایی:

سل جلدی مثل سل ریوی انتشار جهانی دارد. امروز در کشورهای توسعه یافته به موازات کاهش در شیوع سل احشایی از وفور سل جلدی کاسته شده است در حالی که در آفریقا، آسیا، آمریکای لاتین شایعتر است.

شیوع سنی و جنسی:

سل پوستی در سه دهه اول عمر شایعتر و در مجموع در مردان نسبت به زنان از شیوع بیشتری برخوردار است.

ایمونولوژی:

به طور کلی ایمنی نسبت به مایکوباکتریها وابسته به ایمنی سلولی یعنی پاسخ مناسب لنفوسیت های T می باشد. لنفوکاین های آزاد شده از این لنفوسیت ها، باعث جذب، فعالیت، مهار مهاجرت ماکروفاژها و نهایتاً فاگوسیتوز و جذب مایکوباکتری ها می شوند. آنتی بادی ها و سیستم کمپلمان نقشی در دفاع بدن بر علیه این میکروب ها نداشته در حالی که نوتروفیل ها تا حدودی قادر به کشتن مایکوباکتری ها هستند و ممکن

می افتد. از نظر بالینی معمولاً به صورت پلاکی مشتمل بر ندول های قرمز متمایل به قهوه ای دیده می شود که درد یا سکوپی به صورت ماکول های زرد متمایل به قهوه ای تظاهر می کند (Apple jilly nodule).

۳- سل زگیلی شکل: نوعی سل جلدی است که به دنبال تلفیق باسیل به داخل پوست افرادی که دارای درجات متوسط تا بالای ایمنی هستند رخ می دهد. سل زگیلی شکل عمدتاً در سطوح پشتی دست و انگشتان دست، مچ پا، زانو و باسن مشاهده می شود و در فرم تکامل یافته اش به صورت یک پلاک زگیلی شکل شاخی و شیاردار تظاهر می کند که گاهی چرك و مواد شاخی از این شیارها خارج و دلمه تشکیل می شود.

۴- اسکرو فولودرما: فرمی از سل جلدی است که در آن پوست در اثر گسترش مستقیم مجاورتی از یک کانون سلی زمینه ای (غدد لنفاوی، استخوان، مفاصل و ...) گرفتار می گردد. این پدیده در کودکان و افراد جوان شایعتر بوده و از نظر بالینی در ابتدا به صورت ندول های سفت زیر جلدی بروز می کند که بعداً نرم گشته به زخم و سینوس های ترشح کننده چرك تبدیل می گردند که نهایتاً منجر به اسکارهای فرو رفته و طنابی شکل می شوند.

۵- سل اوری فیسیال: به عفونت سلی مخاط یا پوست مجاور حفرات بدن در بیمار مبتلا به سل احشایی پیشرفته اطلاق می گردد که معمولاً به صورت یک زخم سطحی دردناک با حاشیه نقب دار و آبی رنگ تظاهر می نماید.

۶- اشکال آتپیک: بسته به وضعیت ایمنی و فاکتورهای دیگر سل جلدی ممکن است به صورت آبه های بدون درد، ضایعات و ژتاتیو و گانگرنو و ... بروز نماید.

ب- سل جلدی منتشر: سل میلیری، گوم سلی، توبرکولیدها.

۱- سل میلیری: فرم نادری از سل جلدی است که

در اثر انتشار هماتوزن باسیل و عمدتاً در شیرخواران و کودکان رخ می دهد. سل میلیری به صورت پاپول های کوچک به رنگ قرمز تا قهوه ای، وزیکول ها و پوستول های متعدد و منتشر بروز می کند که در اثر نکرز منجر به زخم های کوچک و نهایتاً اسکارهای سفید و فرو رفته می شوند.

۲- گوم سلی: گوم سلی در اثر انتشار هماتوزن باسیل از یک کانون سلی اولیه در جریان باسیلمی و کاهش مقاومت بدن ایجاد می شود. پدیده فوق در کودکان مبتلا به سوء تغذیه و افراد ایمونوسپرسیو شایعتر بوده و از نظر بالینی با یک یا چند ندول قرمز بدون درد شروع که نهایتاً منجر به زخم با حاشیه نقب دار می شوند که با باقی گذاشتن اسکار بهیودی می یابند. گوم سلی به طور عمده روی اندامها و با شیوع کمتر روی تنه اتفاق می افتد.

۳- توبرکولیدها: توبرکولیدها به گروهی از ضایعات جلدی اطلاق می شود که در پاسخ به یک کانون سلی احشایی ایجاد و با درمانهای ضد سلی بهبود می یابند. این پدیده خود به توبرکولیدهای پاپولی (پاپولونکروتیک، لیکن اسکرو فولوزوروم) و توبرکولیدهای ندولی (اریتم ایندوراتوم بازن، اریتم ندوزوم، واسکولیت ندولی) تقسیم می شوند.

توبرکولیدهای پاپولونکروتیک: نوعی توبرکولید پاپولی مشتمل بر یک سری پاپول های نکروتیک است که به طور عمده سطوح اکستانسور اندامها را به صورت قرینه گرفتار ساخته و به درمان ضد سلی پاسخ می دهد. توبرکولید فوق به طور شایع در کودکان و افراد جوان مبتلا به سل احشایی مزمن اتفاق می افتد.

لیکن اسکرو فولوزوروم: این توبرکولید معمولاً در کودکان مشاهده می شود و از نظر بالینی با یک سری پاپولی های کوچک، لیکنوئیدی و پری فولیکولر مشخص می شود که اغلب به صورت مجتمع^۱ روی تنه مشاهده می گردند.

اریتم ایندوراتوم بازن: اریتم ایندوراتوم از یک سری ضایعات ندولی راجعه یا پایدار تشکیل می شود که عمدتاً در سطح خلفی ساق پای زنان چاق مبتلا به سل نهفته یا فعال بروز می کند. ضایعات فوق در فصول گرم بهبود و در فصول سرد عود نموده و نهایتاً منجر به زخم های نامنظم با حاشیه نقب دار می شوند که با باقی گذاشتن اسکار بهبودی می یابند.

اریتم ندوزوم: اریتم ندوزوم مشتمل بر یک سری ضایعات ندولی، قرمز رنگ و حساس بوده که معمولاً به صورت قرینه در قسمت قدامی ساق بروز می کنند. ضایعات فوق سیری حاد داشته و معمولاً در طی ۳-۶ هفته بدون باقی گذاشتن اسکار بهبود می یابند. در اتیولوژی پدیده فوق عوامل مختلفی از جمله سل نقش دارند.

واسکولیت ندولی: این پدیده که ندرتاً منشأ سلی دارد با ندول های قرمز، دردناک و راجعه ای مشخص می شود که عمدتاً در قسمت های خلفی و طرفی ساق پای زنان ۳۰-۶۰ ساله اتفاق می افتد. این ضایعات در یک یا دو ساق مشاهده می شوند و معمولاً قرینه نیستند.

تشخیص سل جلدی:

تشخیص قطعی سل جلدی نیازمند اثبات وجود باسیل اسید فاست در ضایعات می باشد که به روش های مختلف امکان پذیر است از جمله: رنگ آمیزی زیل نلسون، رنگ آمیزی فلورسنت، کشت میکروبی، تلقیح به خوکچه هندی و روش های ایمونولوژیک.

روش های دیگری که به تنهایی جهت تشخیص سلی جلدی قابل اعتماد نبوده ولی می توانند به تشخیص بیماری کمک نمایند عبارتند از: وجود یک کانون سل فعال یا نهفته در بدن، هیستوپاتولوژی، تست توبرکولین مثبت، شرح حال بیمار، علایم فیزیکی و پاسخ درمانی بیمار به داروهای ضد سل.

درمان:

اصولاً درمان سل پوستی مراحل مختلفی را پشت سر نهاده است. در گذشته از روش های مختلفی همچون استعمال مواد سوزاننده، جراحی، کوتر، اشعه ماورای بنفش، اشعه ایکس، کرایوتراپی، ویتامین D2 و ... در درمان سل جلدی استفاده می شد. با کشف داروهای ضد سلی و آشکار شدن اثر بخشی آنها در سل احشایی به تدریج بهره گیری از این داروها در درمان سل جلدی مرسوم گشت. در ابتدا ایزونیاژید به تنهایی جهت این منظور مورد استفاده قرار گرفت که نتایج خوبی نیز در بسیاری از موارد خصوصاً لوپوس ولگاریس داشته است. به تدریج بعضی از دانشمندان پیشنهاد کردند که در صورت وجود سل احشایی همزمان با سل جلدی، بیمار با رژیم چند دارویی درمان گردد. در تکوین روند فوق، امروزه توصیه می شود که به منظور درمان بیماران در حداقل زمان ممکن و همچنین جهت پیشگیری از عود و پیدایش گونه های مقاوم مایکوباکتریوم در درمان انواع سل جلدی از رژیم درمانی استاندارد ضد سلی (چند دارویی) استفاده شود.

منبع:

1. Rook/wilkinson/ Ebling. Textbook of dermatology, fifth Edition, volume 2.
2. Andrews. Diseases of the skin, Eighth Edition.
3. Schaumburg- Lever. Histopathology of the skin seventh edition.
4. Journal of the American Academy of Dermatology, february 1993, vol 28, No 2 part 2.