

## سل پوستی در شهر گرگان در ایران

**زمینه و هدف:** سل پوستی یک نوع نسبتاً غیرمعمول سل خارج ریوی است. حتی در کشورهایی که در آن سل هنوز هم به طور معمول رخ می‌دهد، سل پوستی بسیار نادر است. در کشور ما آمار دقیقی از انواع سل پوستی در دسترس نیست، لذا هدف از این مطالعه بررسی فراوانی سل پوستی در طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۹۱ در شهرستان گرگان بوده است.

**روش کار:** در این مطالعه‌ی مقطعی گذشته‌نگر، بیماران مبتلا به سل پوستی مراجعه‌کننده به بیمارستان ۵ آذر گرگان، از فروردین ۱۳۷۷ تا شهریور ۱۳۹۱، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌ی بیماران استخراج و توصیف و تحلیل آماری شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۳۰ مورد سل پوستی شناخته شد که ۶۰٪ (۱۸ نفر) آن‌ها زن بود. بیشترین گروه سنی درگیر ۲۱-۴۰ سال بود. از نظر نوع سل پوستی، لوپوس ولگاریس (۱۸ مورد، ۶۰٪)، پاپولونکروتیک توبرکولید (۶ مورد، ۲۰٪) و اسکروفلودرما (۳ مورد، ۱۰٪) شایع‌ترین انواع درگیری پوستی بود.

**نتیجه‌گیری:** لوپوس ولگاریس شایع‌ترین شکل سل پوستی در گرگان می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سل پوستی، عفونت مایکوباکتریوم، فراوانی، لوپوس ولگاریس

دریافت مقاله: ۹۱/۰۹/۰۶ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۱۷

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۲، دوره‌ی ۴ (۱): ۳۹-۳۴

دکتر سهیل رفیعی<sup>۱</sup>  
فاطمه مهرآور<sup>۲</sup>  
دکتر گلناز نمازی<sup>۱</sup>  
دکتر محمد دهقان<sup>۳</sup>

۱. مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲. دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

فاطمه مهرآور

تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده‌ی بهداشت.

پست الکترونیک:

mehrarav10261@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

## مقدمه

سل پوستی ۱/۵٪ همه‌ی موارد سل خارج ریوی را شامل می‌شود.<sup>۴</sup> تشخیص سل خارج ریوی اکثراً به‌علت وجود علائم بالینی نامشخص و نیاز به اقدامات تهاجمی مشکل است، به‌طوری که در مطالعاتی که در تانزانیا انجام شده تشخیص دقیق سل خارج ریوی فقط در ۱۸٪ موارد تأیید شده است.<sup>۵</sup> علی‌رغم این که تهاجم پوست به‌وسیله‌ی مایکوباکتریوم توبرکولوزیس در کشورهای توسعه‌یافته به‌خاطر دسترسی به داروهای مؤثر ضدسل و بهبود استانداردهای زندگی به‌صورت واقع‌ای نادر درآمده بود اما در حال حاضر به‌خاطر پاندمی HIV و بروز مقاومت علیه داروهای ضدسل مجدداً سل پوستی در حال بازپدید شدن است.<sup>۶</sup> تشخیص سل پوستی براساس شک بالینی قوی و ارتباط آن با یافته‌های آسیب‌شناسی و کشت مثبت از ضایعات

حدود ۱/۷ میلیارد نفر در کل دنیا آلوده به میکروپوست هستند که احتمال ابتلا به بیماری سل در این افراد ۱۰٪-۵٪ است. در حال حاضر در هر ثانیه یک نفر به باسیل سل آلوده می‌شود، در هر ۴ ثانیه یک نفر به بیماری سل مبتلا می‌شود و در هر ۱۰ ثانیه یک نفر در اثر ابتلا به سل می‌میرد.<sup>۱</sup> در سال ۱۳۹۰ در کشورمان میزان بروز گزارش‌شده‌ی سل ریوی با اسمیر خلط مثبت ۷/۳۸ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت بوده است. استان‌های سیستان و بلوچستان و گلستان بیشترین میزان‌های بروز و شیوع را در کشور دارا هستند. اگر چه شایع‌ترین محل ابتلا ریه‌ها می‌باشد ولی سل، اندام‌های دیگر را هم می‌تواند درگیر کند.<sup>۲،۳</sup>

(نوع سل پوستی) جمع‌آوری شد. بیمارانی که برگیه‌ی تشخیص پاتولوژی در پرونده‌های آن‌ها موجود نبود و یا بیمارانی که تشخیص سل پوستی در آن‌ها مشکوک بوده و در تشخیص افتراقی‌ها قرار گرفته بودند از مطالعه حذف شدند. اطلاعات به‌دست‌آمده در نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) وارد شد و مورد تجزیه و تحلیل آمار توصیفی مانند جداول توزیع فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و ... قرار گرفت. اطلاعات شخصی بیماران نزد محقق محفوظ ماند.

### یافته‌ها

از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان تابستان ۱۳۹۱، ۳۰ مورد سل پوستی اثبات‌شده وجود داشت که در این میان ۱۸ نفر زن و ۱۲ نفر مرد بودند و نسبت زن به مرد، سه به دو بود (۶۰٪ در مقابل ۴۰٪). از بین ۳۰ بیمار تشخیص داده‌شده‌ی سل پوستی، ۲۳ بیمار ساکن شهر (۷۶٪) و بقیه ساکن روستا بودند.

از نظر نوع سل پوستی، لوپوس و لگاریس شایع‌ترین نوع درگیری پوستی در بیماران مورد بررسی بود (۱۸ بیمار و ۶۰٪). نوع درگیری سل پوستی در بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی ( $\pm$  انحراف معیار) این افراد  $47.7 \pm 1.5$  سال و بیشترین گروه سنی درگیر ۴۰-۲۱ سال (۳۷٪) بود. کم‌ترین سن بروز بیماری ۱۷ سالگی و بیش‌ترین سن

جدول ۱: فراوانی انواع سل پوستی در ۳۰ بیمار در گرگان.

| فاصله‌ی اطمینان ۹۵٪ | فراوانی (درصد) | نوع درگیری پوستی        |
|---------------------|----------------|-------------------------|
| ۵۰-۸۶               | ۱۸ (۶۰٪)       | لوپوس و لگاریس          |
| ۲-۳۰                | ۶ (۲۰٪)        | پاپولونکروتیک توبرکولید |
| ۲-۱۵                | ۳ (۱۰٪)        | اسکروفلودرما            |
| ۱-۸                 | ۲ (۶٪)         | سل زگیلی                |
| ۱-۸                 | ۱ (۳٪)         | اریتم ایندوراتوم بازن   |
| ۱۰۰                 | ۳۰ (۱۰۰٪)      | کل                      |

پوستی است. در حال حاضر با استفاده از تکنیک PCR می‌توان سل پوستی را به‌سرعت تشخیص داد.<sup>۷</sup> تشخیص‌های افتراقی شامل سارکوییدوز، عفونت قارچی، لیشمانیاز جلدی، جذام، سیفلیس، واکنش جسم خارجی، گرانولوماتوز و گنر و روزاسه می‌باشد.<sup>۸</sup> شایع‌ترین شکل سل پوستی بسته به منطقه‌ی جغرافیایی متفاوت است. اکثر محققین معتقدند که لوپوس و لگاریس شایع‌ترین شکل بالینی سل پوستی است.<sup>۹</sup> در گزارشی سل زگیلی<sup>۱۰</sup> و در مطالعه‌ی دیگر اسکروفلودرما شایع‌ترین فرم بوده است.<sup>۱۱</sup> لوپوس و لگاریس اکثراً به‌صورت پلاک، فرم تخریبی، گل‌کلمی، شبه‌تومور و پاپولودولر دیده می‌شود. زنان ۲ تا ۳ برابر مردان مبتلا می‌شوند.<sup>۱۲</sup>

با توجه به اهمیت بیماری سل و شیوع نسبتاً بالای این بیماری در ایران و با توجه به موقعیت منطقه‌ای استان گلستان به‌علت مهاجرپذیری و محرومیت، انتظار می‌رود میزان شیوع سل پوستی بالا باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان فراوانی و توزیع انواع سل پوستی در شهر گرگان طی سال‌های ۱۳۷۷ الی ۱۳۹۱ بوده است.

### روش کار

این مطالعه به‌صورت مقطعی گذشته‌نگر انجام شده است. پس از تصویب طرح در مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و اخذ مجوزهای لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، با مراجعه به قسمت آمار و مدارک پزشکی بیمارستان مرجع ۵ آذر و قسمت بایگانی آزمایشگاه‌های سطح شهر گرگان پرونده‌ی کلیه‌ی بیمارانی که از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان تابستان ۱۳۹۱ تحت بیوپسی پوستی قرار گرفته‌اند و براساس بیوپسی و پاتولوژی تشخیص سل پوستی برای آن‌ها به اثبات رسیده جدا شدند و اطلاعات بیماران شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس و ...) و هم‌چنین برگیه‌ی پاسخ پاتولوژی

۸۵ سالگی بود. صورت (۲۳٪)، دست (۱۳٪) و ساق پا (۱۰٪) بیشترین محل درگیری بوده است.

از بین ۳۰ بیمار مبتلا به سل پوستی، ۱۴ بیمار (۴۶٪) سابقه‌ی تماس با بیمار مبتلا به سل را ذکر نکردند، ۵ بیمار سابقه‌ی تماس با بیمار مبتلا به سل داشتند و بقیه (۱۶٪) از نظر سابقه‌ی تماس نامشخص بودند. ۳/۶۳٪ (۱۹ نفر) از بیماران مورد مطالعه قومیت فارس و ۲۳٪ (۷ نفر) سیستانی بودند.

### بحث

سل پوستی گسترده‌ی جهانی دارد، به طوری که بروز آن در اروپا ۱٪ گزارش شده است. این میزان در اکثر کشورهای آسیا و آفریقا از جمله هندوستان و پاکستان و سایر کشورها در حال افزایش است<sup>۱۴،۱۳</sup>.

در این مطالعه ۳۰ مورد سل پوستی اثبات شده وارد مطالعه شدند که نسبت زن به مرد سه به دو بود. در مطالعه‌ی حاضر از نظر محل درگیری پوستی، صورت بیشترین محل درگیری و لوپوس و لگاریس بیشترین نوع درگیری بوده است. شایع‌ترین فرم سل جلدی بسته به منطقه‌ی جغرافیایی متفاوت است. اکثر محققین معتقدند که لوپوس و لگاریس شایع‌ترین شکل بالینی سل پوستی است و این ضایعه بیش‌تر در سر و گردن متمرکز است و شامل یک یا چند لکه‌ی قهوه‌ای قرمز با حدود واضح می‌باشد<sup>۱۰</sup>. در مطالعات اخیر که در هندوستان در یک دوره‌ی ۲۵ ساله انجام شده است، شایع‌ترین فرم بالینی لوپوس و لگاریس بوده است. مطالعه‌ی در پاکستان نیز بر روی ۱۵۳ بیمار انجام شد که نشان داد لوپوس و لگاریس شایع‌ترین فرم بیماری و فرم منتشر پوستی نادرترین فرم بیماری بوده است<sup>۱۵</sup>. این نتایج با مطالعه‌ی ما هم‌خوانی دارد.

اما در مطالعه‌ی در انگلستان از ۱۰۶۵ بیمار مبتلا به سل ۴۷ بیمار (۴٪) مبتلا به سل پوستی بوده‌اند که شایع‌ترین فرم آن نیز اسکروفلودرما می‌باشد<sup>۱۲</sup>. در مطالعه‌ی در هنگ‌کنگ نشان داده شد که شایع‌ترین

شکل بالینی سل پوستی، سل زگیلی است<sup>۱۶</sup>. این دو مطالعه، نتایج متفاوتی نسبت به مطالعه‌ی حاضر نشان دادند که احتمالاً به دلیل منطقه‌ی جغرافیایی مورد بررسی بوده است.

در مطالعه‌ی شکیبایی و همکاران بر روی ۱۴ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی تهران طی ۱۰ سال، ۲/۶۴٪ بیماران مؤنث و ۸/۳۵٪ مذکر بودند. شایع‌ترین گروه سنی دهه‌ی هفت و هشت و شایع‌ترین فرم اسکروفلودرما بود<sup>۱۷</sup>. در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، زنان نسبت به مردان بیشتر مبتلا شده بودند و میانگین سنی بیماران پایین‌تر بود (گروه سنی ۲۱ تا ۴۰ سالگی).

در مطالعه‌ی رضوانی و همکاران در استان سیستان و بلوچستان روی ۱۷۴۰ بیمار مسلول که ۴۰۰ نفر سل خارج ریوی داشتند، ۶٪ بیماران، مبتلا به سل پوستی و همه از نوع لوپوس و لگاریس بودند. شیوع بیماری در جنس مؤنث بیشتر بود و شایع‌ترین گروه سنی ۳۰-۱۱ سال بود<sup>۱۷</sup>. مطالعه‌ی رضوانی و همکارانش از نظر نوع سل پوستی و جنسیت افراد مبتلا، نتایجی مشابه مطالعه‌ی ما به دست آورده بود اما از نظر محدوده‌ی سنی با مطالعه‌ی ما کمی متفاوت بود.

تفاوت‌های موجود بین نتایج این مطالعه و سایر مطالعات را می‌توان با حجم کم بیماران مبتلای ثبت‌شده در مطالعه‌ی ما و نیز تفاوت‌های جغرافیایی موجود در توزیع فراوانی بیماری سل پوستی تا حدی توجیه کرد.

با توجه به گذشته‌نگری بودن مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات براساس پرونده‌ی بیماران سابقه‌ای از وجود مشکلات قبلی و همراه از جمله سل ریوی و تلقیح واکسن ب ت ژ، افزایش واکنش‌دهنده‌های فاز حاد از جمله ESR, CRP وجود نداشت. به‌علاوه امکان بررسی شغل بیماران نیز به‌علت نبود اطلاعات شغلی در پرونده‌ی همه‌ی بیماران وجود نداشت. از طرفی در پرونده‌ی همه‌ی بیماران محل بیوپسی قید نشده بود،

که از نظر پاتولوژی تشخیص سل پوستی برای آن‌ها مطرح شده یا مشکوک است تشخیص با روش‌های اختصاصی تر نظیر PCR مورد تأیید قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از بیماران گمنامی که در این مطالعه از اطلاعات پرونده‌های آنان استفاده شد قدردانی نمایند. همچنین از حمایت‌های معنوی معاونت محترم تحقیقات و فناوری و معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در اجرای این مطالعه سپاس‌گزاری می‌شود.

لذا امکان بررسی دقیق محل سل پوستی وجود نداشت. همچنین تشخیص سل پوستی در این بیماران براساس کلینیک و پاتولوژی بود و با روش کشت و PCR تأیید نشده بود که این موارد از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. یافته‌های این مطالعه مؤید آن است که لوپوس ولگاریس بیش‌ترین فراوانی را از انواع سل پوستی به خود اختصاص می‌دهد. بیشترین سنی که درگیر بیماری سل پوستی می‌شوند گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ می‌باشد و تمایل بیشتری به درگیر کردن زنان دارد. از آنجایی که بررسی پاتولوژی موارد مشکوک روش تشخیص قطعی نیست توصیه می‌شود در افرادی

### References

1. Amin Z. Clinical tuberculosis problems and management. *Acta Med Indones* 2006; 38: 109-16.
2. Alrajhi AA, Albarrak AM. Extra pulmonary tuberculosis epidemiology and patterns in Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2002; 23: 503-8.
3. Ozbay B, Uzun K. Extra pulmonary tuberculosis in high prevalence of tuberculosis and low prevalence of HIV. *Clin Chest Med J* 2002; 23: 351-4.
4. Hamada M, Urabe K, Morol Y, et al. Epidemiology of cutaneous tuberculosis in Japan: a retrospective study from 1906 to 2002. *Int J Dermatol* 2002; 43: 727-31.
5. Harres AD. Tuberculosis in HIV-infected persons with special emphasis on sub-saharan Africa. *J Infect* 1998; 37: 205-9.
6. Kumar B, Ragar D. Childhood cutaneous tuberculosis. A study over 25 year from nothern India. *Int J Dermatol* 2001; 40: 26-32.
7. Margall N, Baselga E, Coll P. Detection of Mycobacterium tuberculosis complex DNA by the PCR for rapid Detection of diagnosis of cutaneous tuberculosis. *Br J Dermatol* 1996; 135: 231-6.
8. Shakibayi H. Prevalence of cutaneous tuberculosis in the years 1999-1989 in Bu Ali Hospital. [Dissertation]. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 2000. (Persian)
9. Savin JA. Mycobacterial infection. In: Champion RH, Burton JL, Ebling EJG (eds.). *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell, 1992: 1038-41.
10. Higgins C, Cerio R. Tuberculous mycobacterial infections of the skin. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, Wintroub BU (eds). *Cutaneous medicine and surgery*. 1<sup>st</sup> Ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996: 983-92.
11. Wong K, Lee KP, Chir SF. Tuberculosis of the skin in Hong Kong. *Br J Dermatol* 1968; 80: 424-9.
12. Yates VM, Ormerod LP. Cutaneous tuberculosis in Blackburn district (U.K.). *Br J Dermatol* 1997; 136: 483-9.

13. Dubrous P, Alaoui H, N'Dounga Mikolo B, Koeck JL. Diagnosis of tuberculosis in developing countries: new perspectives. *Med Trop* 2009; 69: 618-28.
14. Terranova M, Padovese V, Fornari U, Morrone A. Clinical and epidemiological study of cutaneous tuberculosis in Northern Ethiopia. *Dermatology* 2007; 217: 89-93.
15. Bhutto AM, Solangi A, Khaskheli NM, et al. Clinical and epidemiological observations of cutaneous tuberculosis in Lankara, Pakistan. *Int J Dermatol* 2002; 41: 159-65.
16. Wong K, Leele P, Chris F. Tuberculosis of the skin in Hong Kong (A review of 160 cases). *Br J Dermatol* 1968; 80: 424-9.
17. Rezvani M. Distribution of frequency of cutaneous tuberculosis in Zahedan city between the years 2000-2005. [Dissertation]. Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. 2005. (Persian)

## Cutaneous tuberculosis in Gorgan, Iran

Soheil Rafiee, MD, MPH<sup>1</sup>  
Fatemeh Mehravar, MSc<sup>2</sup>  
Golnaz Namazi, MD<sup>1</sup>  
Mohammad Dehghan, MD<sup>3</sup>

1. Research Center of Infectious Diseases, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Dermatology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

**Background and Aim:** Cutaneous tuberculosis (TB) is a relatively uncommon form of extra pulmonary TB. Even in countries where TB still commonly occurs, cutaneous TB is rare. In our country accurate statistics of the forms of cutaneous tuberculosis are not available. The aim of this study was to assess the frequency of cutaneous tuberculosis during the years 1997 to 2012 in Gorgan, Iran.

**Methods:** In this retrospective cross-sectional study, patients affected with cutaneous tuberculosis referred to 5 Azar Hospital in Gorgan from April 1997 to September 2012 were studied. Data collected from the medical records of patients were statistically described and analyzed.

**Results:** In this study, 30 cases of cutaneous TB were found that 18 (60%) of them were women. The disease was most commonly observed in age group of 21 to 40 years. Lupus vulgaris (18, 60%), papulonecrotic tuberculid (6, 20%) and scrofuloderma (3, 10%) were the most common types of cutaneous tuberculosis in these patients.

**Conclusion:** Lupus vulgaris is the most frequent form of cutaneous tuberculosis in Gorgan.

**Keywords:** cutaneous tuberculosis, mycobacterium infections, frequency, lupus vulgaris

Received: Nov 27, 2012      Accepted: Mar 7, 2013

Dermatology and Cosmetic 2013; 4 (1): 34-39

**Corresponding Author:**  
Fatemeh Mehravar, MSc

Faculty of Health, Tehran University of  
Medical Sciences, Tehran, Iran.  
Email: mehravar10261@yahoo.com

**Conflict of interest:** None to declare