



دکتر آرش دریاکار- بورد تخصصی آسیب شناسی تشریحی و بالینی
دکتر مائده رعیتی دماوندی (بورد تخصصی بیماری های پوست و مو)



گزارش یک بیماری پوستی

گروه ۳: نان کروموژن، ارگانیسم اصلی مایکوباکتریوم آویوم اینتراسلولار (avium-intracellular) و مایکوباکتریوم هموفیلوم (haemophilum) است.

گروه ۴: شامل گروه سریع رشد هستند که در عرض پنج روز تولید کولونی می کنند. ارگانیسم های این گروه شامل مایکوباکتریوم فورتوئوم (fortuitum)، مایکوباکتریوم کلونائ (chelonae) و مایکوباکتریوم آبسوس (abscessus) می باشند.

از بین عفونت های مایکوباکتریال آتپیک که پوست را درگیر می کنند سه نوع آن اینجا بحث می شوند:

آنهایی که در اثر مایکوباکتریوم مارینوم، کلونائ و اولسرانس ایجاد می شوند. مایکوباکتریوم مارینوم ضایعه ای به نام گرانولوم استخر شنا (swimming pool granuloma) ایجاد می کند. این ارگانیسم در ماهی یافت شده و در آب شیرین و شور دیده می شود و خیلی از موارد با آکواریوم و ماهی ارتباط دارد. معمولاً سابقه ترومای قبلی یا کنونی به پوست و سطح آکرال بدن مثل دست ها وجود دارد. ضایعات شامل پاپول یا ندول های اریتماتو بوده که سطح و روکو یا هیپرکراتوتیک دارند. امکان درگیری

مفاصل زیرین نیز وجود دارد. گاهی ندول های اسپروتریکوئید در یک اندام گسترش می یابد.



Figure 1

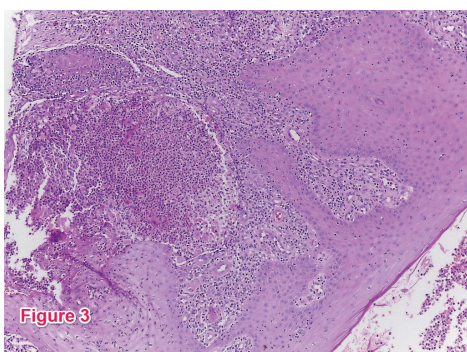


Figure 3

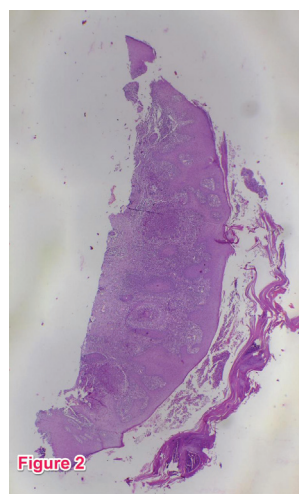


Figure 2

بیمار پسر بچه ۱۱ ساله ای است که با شکایت ضایعه پوستی زخمی زانوی چپ بدون علامت از شش ماه قبل مراجعه کرده است. در ابتدا یک پاپول کوچک در محل به وجود آمده و بتدریج گسترش یافته و زخمی شده است. در شرح حال سابقه تماس با آب شور و شیرین، گزیدگی و ضربه وجود ندارد. علائمی از تب، لرز، کاهش وزن و سرفه مزمن دیده نمی شود.

در معاینه چندین ضایعه ندولی و پلاکی و روکو و اولسره همراه با پوسته کراست ضخیم زرد قهوه ای در سطح دورسال زانوی چپ دیده شده که به صورت گروهی قرار گرفته اند. حاشیه ضایعات برآمده و بنفش رنگ هستند. نمای اسپروتریکوئید (ایجاد ضایعات متعدد در امتداد مسیر لنفاتیک درناژ کننده) دیده نمی شود. ضایعات در لمس گرمی و تندرنس ندارند (شکل ۱). در بررسی های به عمل آمده شامل آزمایشات بیوشیمی، تست پوستی توپرکولین (PPD) و عکس ساده قفسه سینه مشکلی وجود نداشته است.

بیمار با تشخیص های افتراقی زیر بیوپسی شد.

- 1) Atypical mycobacterial infection
- 2) Deep mycosis, 3) Lupus vulgaris
- 4) Sarcoidosis, 5) Leishmaniasis

در بررسی میکروسکوپی بافت پوست پوشیده با اپیدرم همراه با آکانتوز، تشکیل کراست، اروزیون و درجانی از pseudoeitheliomatous hyperplasia دیده شد. درم زیرین نواحی آبه نوتروفیلی که در کانون هایی توسط دستجات سلول اپی تلیوئید هیستوسیت احاطه شده بود را نشان داد. در رنگ آمیزی زیل نلسون تعداد کمی باسیل در تجمعات التهابی دیده شد. با توجه به یافته های

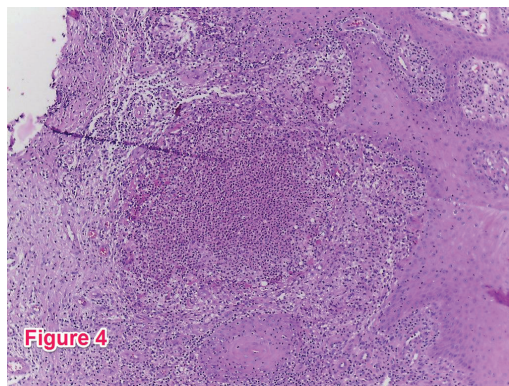
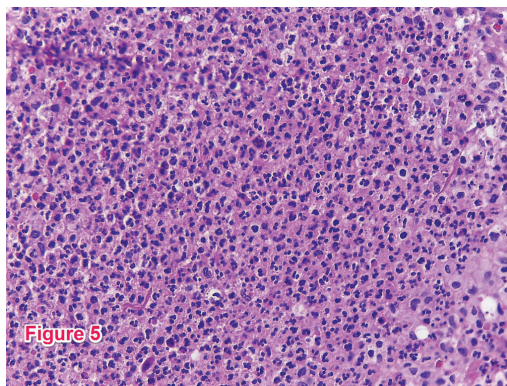
میکروسکوپی به همراه یافته بالینی و، آزمون PPD و عکس رادیوگرافی قفسه سینه تشخیص عفونت مایکوباکتریال آتپیک برای بیمار گذاشته شد (شکل های ۲ تا ۷).

مایکوباکتریوم آتپیک ارگانیسمی از این خانواده است که عامل بیماری توپرکلوز یا جذام نمی باشد. بر پایه مشخصات رشد میکروب به چند دسته تقسیم می شود:

گروه ۱: فوتوکروموژن ها، در مواجهه با نور رنگ زرد تولید می کنند. مایکوباکتریوم مارینوم (marinum) و مایکوباکتریوم کانزاسی (kansaii) دو عامل شایع عفونت مایکوباکتریایی آتپیک هستند.

گروه ۲: اسکوتوکروموژن، در مواجهه با تاریکی پیگمان زرد تولید می کنند. ارگانیسم اصلی این گروه مایکوباکتریوم اسکروفولاسئوم (scrofulaceum) است.

است در برش های بافتی شکل
تسبیحی داشته باشد. گاهی بررسی
ایمونوهیستوشیمی (IHC) یا PCR
از نظر آنتی ژن مایکوباکتریوم
احتمال کشف ارگانیزم را افزایش
می دهد. کشت نیز مفید بوده اما
ضروری است که این نوع ارگانیزم
در دمای اتاق کشت داده شود.

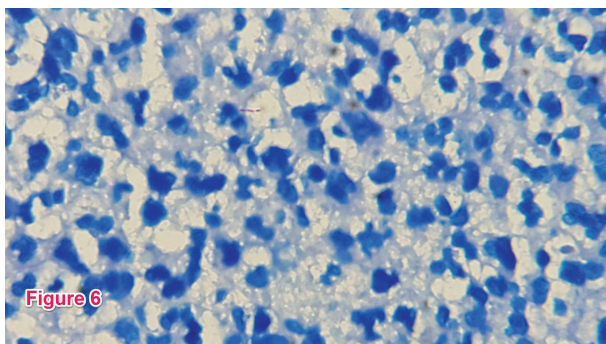
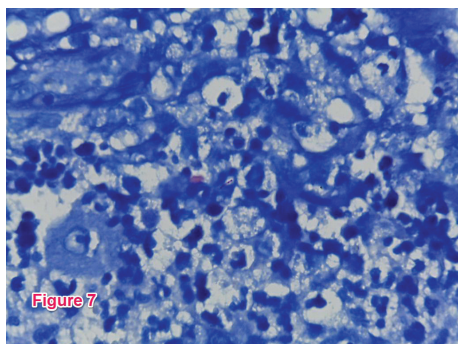


عفونت مایکوباکتریوم کلوناته
آبسه های نوتروفیلی درمال با التهاب گرانولومی متشکل از سلول
ای پی تلیوئید و تعدادی سلول ژانت چند هسته ای ایجاد می کند و گاهی
ترکت های فیستول با اپیدرم ایجاد می شود. در این موارد ممکن است
نکروز کازئوز مرکزی دیده شود. با رنگ آمیزی اختصاصی ارگانیزم
فقط در ۲۵٪ موارد یافت می شوند.

عفونت مایکوباکتریوم اولسرانس در سه مرحله ایجاد می شود. ابتدا به
صورت نکروز بافتی گسترده و دژنراسیون بافت پیوندی ظاهر می شود.
نواحی عمقی زخم نمای ghost like ساختمان بافتی اولیه را پیدا می کند.
در این مرحله التهاب کاهش یافته و ارگانیزم ها به راحتی یافت می شوند.
مرحله ارگانیزان که ماکروفاژ و لنفوسیتها در کنار بافت نکروز یافته
وجود داشته و با پرولیفراسیون عروق و فیبروبلاست ها همراه است. در
مرحله بهبود عناصر گرانولومی، لیپید و دبری های سلولی رافاگوسیت
کرده و مایکوباکتریوم به سختی پیدا می شود.

تشخیص افتراقی

واکنش گرانولوم چرکی در عفونت های مایکو باکتریوم مارینوم و
کلوناته دیده می شود و در صورت دیدن این شکل بافتی می بایست رنگ
آمیزی اختصاصی و کشت انجام شود. عفونت های باکتریایی دیگر و
عفونت های قارچی نیز در تشخیص افتراقی مطرح می شوند. در عفونت
مایکوباکتریوم مارینوم، تشخیص افتراقی اسپروتریکوز (sporotrichosis)
نیز باید مد نظر قرار گیرد. چون از نظر آسیب شناسی و بالینی به هم شبیه
هستند. در این مورد اهمیت کشت بیشتر است چرا که ارگانیزم ها به
سختی در رنگ آمیزی اختصاصی یافت می شوند. ظاهر نکروز دهنده
عفونت مایکوباکتریوم اولسرانس باید
با ضایعات همراه با توکسین مثل نیش
عنکبوت یا ضایعات دژنراتیوی که توسط
ایسکمی یا انسداد عروقی ایجاد می شوند
افتراق یابد.



و درگیری گسترده تر در بیماران با نقص ایمنی رخ می دهد.
عفونت ناشی از ارگانیزم های سریع رشد مثل مایکوباکتریوم کلوناته
و آبسسوس بعد از انواع ضربه به بدن شامل دست کاری پزشکی و
همچنین اعمال زیبایی ناخن و یا در اثر تزریق کورتواستروئید با سرنگ
آلوده دیده می شود. ضایعات شامل پاپول تا آبسه هستند و به درمان
ضد سل مقاوم بوده ولی معمولاً به کلاری ترومایسین پاسخ می دهند.
مایکوباکتریوم اولسرانس ضایعه ای به نام Buruli ulcer ایجاد می کند.
بیماری به صورت یک ندول زیر پوستی روی ران پا یا بازو ایجاد شده
که زخمی می شود و می تواند کاملاً گسترده شده و ماهیت تخریبی پیدا
کند. اگرچه برای درمان از آنتی بیوتیک استفاده می شود ولی درمان های
دیگر شامل گرما درمانی موضعی یا برداشت جراحی خواهد بود.

یافته های میکروسکوپی

یافته های میکروسکوپی مایکوباکتریوم مارینوم متفاوت بوده و شامل
انفیلترای غالب نوتروفیلی با تولید آبسه تاپک انفیلترای لنفو هیستوسیتی
ناحیه ای یا یک فرایند گرانولومی می باشد. اگرچه ممکن است گرانولوم
نوع توپر کلئید دیده شود ولی نکروز کازئوز معمولاً دیده نمی شود.
پانیکولیت می تواند با گرانولوم مخلوط با نوتروفیل یا میکروسپست های
چربی پوشیده شده با نوتروفیل همراه باشد. گاهی درجات متفاوتی از
آکانتوز و هیپرپلازی سود و اپیتلیوماتوز (pseudoeplitheliomatous) دیده
می شود. پیدا کردن ارگانیزم حتی با استفاده از رنگ آمیزی اختصاصی
زیل نلسون یا فایت (fite) اغلب مشکل است اما ممکن است در بیماران
با نقص ایمنی به تعداد زیاد یافت شود.
مایکوباکتریوم مارینوم بزرگتر از انواع توپر کلوزیس بوده و ممکن

Reference:

Patterson James W, Practical Skin
Pathology, 1st ed., 266-8