

تشخیص شما چیست؟

دکتر محمد رضا مرتضوی^۱، دکتر کامیار حقوقی فرد^۲، دکترمانی محمدزاده^۳
 ۱- متخصص پوست، ۲- متخصص داخلی، ۳- متخصص آسیب‌شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی مازندران

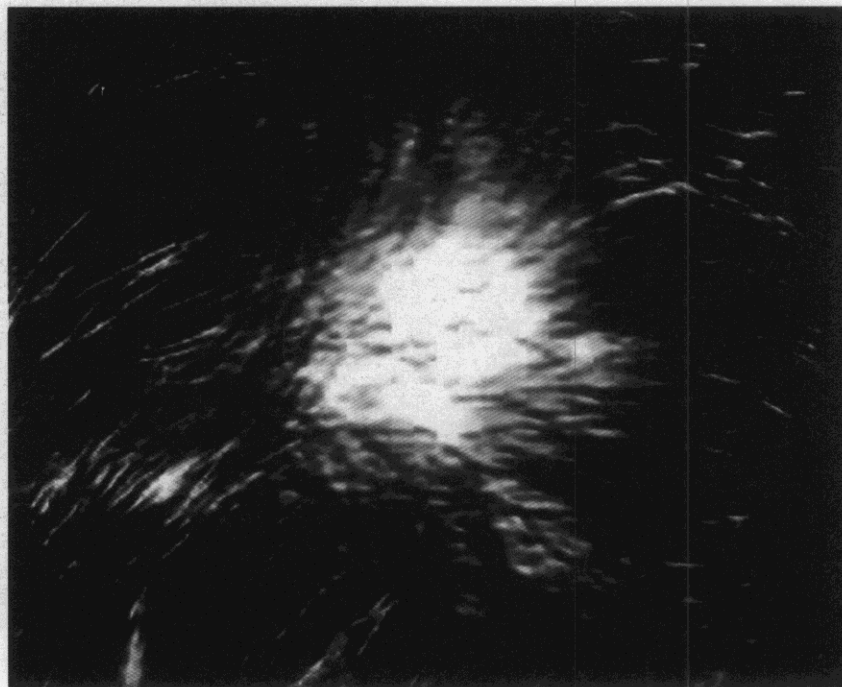
معرفی بیمار

لنفادنوپاتی ناحیه گردن وجود داشت و معاینه فیزیکی سایر نقاط بدن و پوست طبیعی بود. نمونه‌گیری از ضایعه انجام شده و به آزمایشگاه ارسال گردید.

تشخیص شما چیست؟

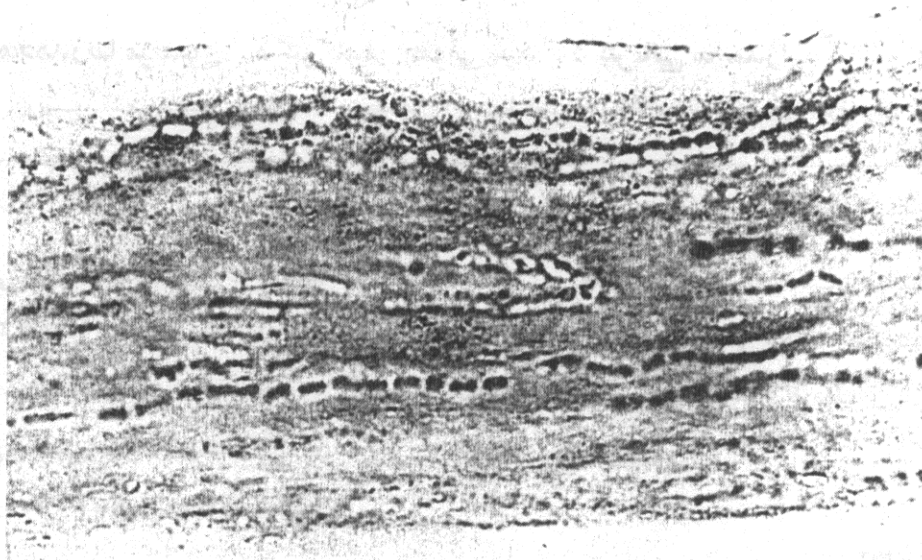
پسر ۱۳ ساله روستایی با یک توده بزرگ و نسبتاً دردناک ناحیه سر از ۲-۳ هفته قبل، در بخش داخلی بیمارستان بستری شد. در معاینه، یک توده التهابی و مترشح با کبره و ترشح چرکی در نقاط مختلف آن و ریزش مو (تصویر شماره ۱) و همچنین تب خفیف و

فصلنامه بیماریهای پوست، پائیز ۱۳۸۲؛ ۲۵: ۵۴-۵۱

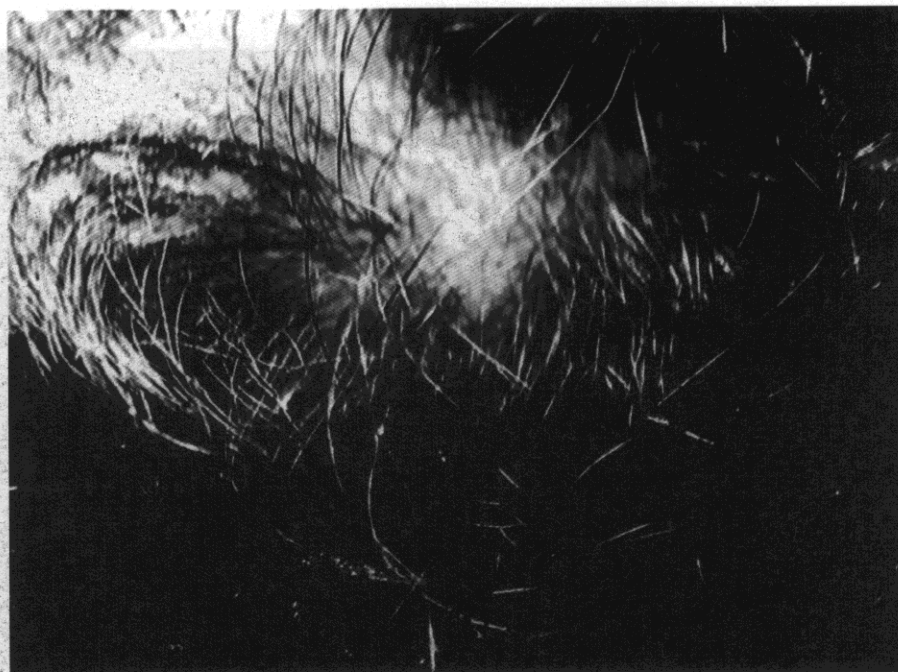


تصویر شماره ۱- توده بزرگ و مترشح سر

مؤلف مسئول: دکتر محمد رضا مرتضوی - دانشگاه علوم پزشکی مازندران - گروه پوست



تصویر شماره ۲



تصویر شماره ۳- نمای فرق سر بیمار پس از پایان درمان

در رنگ آمیزی پتاس اسمیر ضایعه، میسلیم و اسپور در اطراف شفت مو (اکتوتریکس) مشاهده شد (تصویر شماره ۲) و در کشت، تریکوفیتون متاگروفیت رشد کرد. در رنگ آمیزی گرم از ترشحات چرکی، کوکسی‌های گرم مثبت دیده شد که نتیجه کشت آنها استافیلوکوک اورئوس گزارش گردید.

درمان بیمار با قرص گریزئوفولوین (۱۱ میلیگرم برای هر کیلوگرم وزن، روزانه)، آپمول تریامسینولون (۴۰ میلیگرم عضلانی که بعد از ۲ هفته تکرار شد)، قرص سیروفلوکساسین (۵۰۰ میلیگرم دوبار در روز به مدت ۱۰ روز)، شامپوی سلنیوم سولفید ۲/۵ درصد (شستشوی روزانه) و محلول موضعی کلوتریمازول (سه بار در روز) انجام شد.

بیمار با مصرف ۲ ماه گریزئوفولوین و درمان موضعی، بهبودی کامل یافت و موهای سر در ناحیه مبتلا بطور نسبی رویش نمودند (تصویر شماره ۳).

بحث

کریون شدیدترین واکنش پوستی در عفونت قارچی پوست سر (Tinea capitis) و ریش (Tinea barbae) می‌باشد و از توده یا توده‌های التهابی، مترشح و نرم پوست که گاهی در قسمتهایی از آن ترشح سینوس‌های چرکی دیده می‌شود تشکیل می‌شود. شل شدن و ریزش موها در ناحیه، کبره (crust) ضخیم و چسبیدن موهای مجاور به هم از یافته‌های دیگر آن است (۱). عامل آن معمولاً یکی از گونه‌های حیوان دوست (zoophilic) در ماتوفیت به ویژه تریکوفیتون و روکوزوم یا تریکوفیتون متاگروفیت می‌باشد، اما گاهی گونه‌های خاک دوست (geophilic) و یا انسان دوست (anthropophilic) پس از مدتی عفونت آرام باعث ایجاد واکنش آلرژیک و التهابی می‌شوند (۲). احتمال وجود یک عفونت باکتریال همزمان

(معمولاً استافیلوکوک) به خصوص اگر با علائم تب، لنفادنوپاتی و درد زیاد همراه باشد باید در نظر گرفته شود و نمونه‌ای از ترشحات چرکی برای آزمایش اسمیر مستقیم و کشت میکروبی همراه با آزمایش پتاس (برای قارچ) ارسال گردد (۳). پس از تشخیص، باید هر چه رودتر درمان کافی و کامل برای اجتناب از تخریب فولیکول‌های مو و ایجاد سیکاتریس انجام شود.

گریزئوفولوین هنوز هم درمان انتخابی عفونت‌های قارچی سر بویژه در کودکان است که بر حسب شدت و نوع عفونت به میزان روزانه ۱۵-۱۱ میلیگرم برای هر کیلوگرم وزن، به مدت ۳-۱ ماه به صورت خوراکی در یک یا دو وعده همراه با غذای چرب تجویز می‌شود (۱).

در درمان کریون برداشت کبره‌ها با استفاده از کمپرس مرطوب، مصرف آنتی بیوتیک سیستمیک بر حسب نوع باکتری و استفاده از صابون و یا شامپوهای ضدقارچ مثلاً سلنیوم سولفید ۲/۵ درصد یا کتوکونازول برای تسریع بهبودی و جلوگیری از اسکار ضرورت دارد. در مورد کاربرد استروئید خوراکی در درمان کریون و نقش آن در کاهش التهاب و احتمال سیکاتریس توافق نظر وجود ندارد، گرچه بسیاری از مؤلفین مصرف گلوکوکورتیکوئیدها را در کریون شدید مفید می‌دانند. Hussain و همکاران در یک آزمون بالینی، کریون را با گریزئوفولوین خوراکی همراه و یا بدون پردنیزولون خوراکی درمان نموده و نتایج را با هم مقایسه کرده‌اند (۴). بهبودی کامل در زمان یکسان در هر دو گروه بیماران حاکی از عدم تأثیر قابل ملاحظه استروئید خوراکی در سیر درمان کریون می‌باشد.

گاهی ضایعات کریون به دلیل شباهت علائم بالینی آنها به آبسه‌های باکتریال، عمداً یا سهواً توسط جراحان انسیزیون و درناژ می‌شوند. آبسه‌های باکتریال پوست سر بسیار نادرند، در شرایط نقصان ایمنی و یا ضربه‌های نافذ و فرو رونده سر ایجاد می‌شوند و معمولاً با تب شدید و علائم عمومی حاد همراهند و تخلیه جراحی از درمانهای اساسی آنهاست، اما درناژ و جراحی کریون قارچی که به خوبی با

- 1-Frieden IJ, Howard R. Tinea Capitis: Epidemiology, diagnosis, treatment and control. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 42-46.
- 2-Rasmussen JE, Ahmed AR. Trichophyten reaction in children with tinea capitis. *Arch Dermatol* 1978; 114: 371-72.
- 3-Birt AR, Wilt JC. Mycology, bacteriology and histopathology of suppurative ringworm. *Arch Dermatol* 1957;69: 441-48.
- 4-Hussain I, Muzaffar F, Rashid T, et al. A randomized trial of treatment of kerion celsi with griseofulvin plus oral prednisolone vs. Griseofulvin alone. *Med Mycol* 1999; 37:979.
- 5-Gibbon KL, Goldsmith P, Salisbury A, et al. Unnecessary surgical treatment of fungal kerions in children. *BMJ* 2000; 320: 696-97.