

دکتر علی اصیلان^۱، دکتر سمیرا کرباسیون^۲

۱-استاد، ۲-دستیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

انگشت پا دچار تورم بودند که با نمونه برداری استخوان و PCR نمونه، عفونت مایکوباکتریوم توبرکولوزیس تأیید شد. بنابراین بیمار با تشخیص لیشمانیوز منتشر پوستی همراه داکتیلیت سلی تحت درمان قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: لیشمانیوز منتشر پوستی، داکتیلیت

سلی، polymerase chain reaction

فصلنامه بیماری‌های پوست، پاییز ۱۳۸۳؛ ۲۹: ضمیمه ۱، ۲۰-۱۷

بیماری که در این جا گزارش می‌شود، پسر بچه ۶ ساله افغانی است که در سال ۱۳۸۱ با ضایعات ندولر زخمی و غیرزخمی متعدد روی صورت، اندام‌ها، باسن و کمر بند لگنی به بخش پوست بیمارستان الزهرا (س) اصفهان ارجاع داده شده است. اسمیر مستقیم ضایعات برای جسم لیشمن مثبت و آزمون پوستی لیشمانین منفی بود. در معاینه بالینی بیمار، دو انگشت دست و دو

معرفی بیمار

بیمار پسر بچه ۶ ساله اهل افغانستان است که در سال ۱۳۸۱ با سابقه یک ساله ندولرها و اولسرها و اسکارهای متعدد، همراه با تورم چند انگشت دست و پا به بخش پوست بیمارستان الزهرا (س) اصفهان ارجاع داده شده است.

در معاینه بالینی به هنگام مراجعه بیمار حدود ۶۰ ضایعه به صورت ندول، ندولر اولسر و اسکار در اندام‌ها و صورت وجود داشت که در طول یک سال گذشته ایجاد شده بود. اولین ضایعه ۲ سال قبل به صورت یک ندول زخمی در صورت ظاهر شده بود که پس از یک سال با اسکار آتروفیک خودبه خود بهبود پیدا کرد. ضایعات بعدی ۵ ماه پس از بهبود ضایعه اول در بدن منتشر شد. بعضی از ضایعات جدید با برجای گذاشتن اسکار آتروفیک

بهبود یافتند و بعضی نیز به صورت ندول زخمی و تعدادی غیرزخمی و متورم در بیمار باقی ماندند (تصاویر شماره ۲ و ۱). محل انتشار ضایعات در اندام‌ها، صورت، کمر بند لگنی و باسن بود و تنه درگیری نداشت. همچنین تورم در بعضی انگشتان دست و پای بیمار دیده می‌شد.

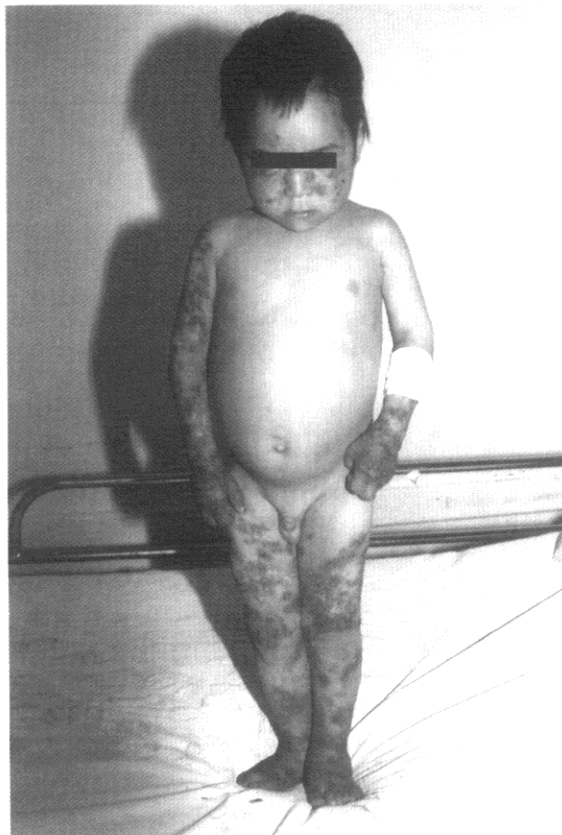
از ترشحات ندولهای آماسی بیمار کشت و اسمیر تهیه شد که ضمن استایلوکوک اورئوس رشد کرد. به موجب نتیجه به دست آمده برای بیمار سفالکسین شروع شد که پس از ۲ هفته از مصرف دارو اندازه و ترشحات چرکی ندولها کاهش یافت. پس از درمان عفونت باکتریایی ضایعات، برای بررسی جسم لیشمن از ضایعه اسمیر مستقیم تهیه شد که تعداد زیادی پروماستیگوت لیشمانیا مشاهده شد. آزمون‌های پوستی لیشمانین، توبرکولین و کاندیدا منفی بود.

در نمونه برداری پوستی انجام شده در رنگ آمیزی هماتوکسپلین-ائوزین، هیچ گرانولومی مشاهده نشد، اما تعداد زیادی اماسیگوت در داخل و بیرون هیستوسیت‌ها

مؤلف مسوول: دکتر سمیرا کرباسیون - اصفهان، خیابان صفا، بیمارستان آموزشی درمانی الزهرا (س)، بخش پوست

دیده شد. سرم حاصل از ضایعه پوستی در محیط NNN (Novy- MacNeal-Nicolle) کشت داده شد که با روش‌های مولکولی لیثمانیا ماژور از نمونه جدا شد. در آسپیراسیون انجام شده از مغز استخوان که در محیط NNN کشت داده شد انگل لیثمانیا رشد نکرد. در رادیوگرافی انگشتان مبتلای دست و پای بیمار ضایعات لیتیک استخوانی دیده شد. برای ارزیابی علت ضایعات استخوانی، نمونه برداری استخوان صورت گرفت و قسمتی از نمونه برای کشت در محیط NNN و قسمتی هم برای کشت مایکوباکتریوم توبرکولوزیس و قسمتی دیگر نیز برای PCR ارسال شد. در محیط‌های کشت، هیچ ارگانسمی

رشد نکرد ولی PCR ضایعه نشانگر *M. abscessus* مایکوباکتریوم توبرکولوزیس بود. به این ترتیب برای بیمار با تشخیص لیثمانیوز پوستی منتشر همراه داکتیلیت سلی تزریق عضلانی گلوکانتیم ۶۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن روزانه و درمان استاندارد ضدسل آغاز شد. پس از ۲۰ روز درمان متوالی با گلوکانتیم پاسخ بالینی در بیمار مشاهده نشد، بنابراین برای او کتوکونازول به مقدار ۲۰۰ میلی گرم روزانه شروع شد. پس از یک ماه از شروع درمان اخیر، بیمار با پاسخ نسبی از بیمارستان مرخص شد و درمان او به صورت سرپایی ادامه یافت.



تصویر شماره ۱- ضایعات ندولر، ندولو اولسر و اسکار در اندامها و صورت همراه با تورم بعضی از انگشتان



تصویر شماره ۲- بعضی از ضایعات با بر جای گذاشتن اسکار آتروفیک بهبود یافته‌اند.

بحث

لیشمانیوز منتشر پوستی عبارتست از وجود ضایعات پلی مرف متعدد در بیش از دو ناحیه غیرمجاور از بدن (۱). در این نوع لیشمانیوز، واکنش افزایش حساسیت تأخیری به آنتی ژن لیشمانین، منفی است (۲). از مشخصات دیگر این نوع لیشمانیوز پوستی وجود مقادیر بسیار زیاد انگل در ضایعه است، به طوری که در نمونه برداری از ضایعات پوستی تعداد زیادی ماکروفاژهای واکنش دار حاوی انگل لیشمانیا دیده می شود ولی پاسخ بیمار به درمان ضعیف است (۲،۳). در دنیای قدیم، لیشمانیوز منتشر پوستی با *L. aethiopica* (۳)، *L. major* (۴) و *L. infantum* (۵) گزارش شده است. در دنیای جدید این بیماری به علت *L. venezuelensis* گزارش شده است (۲).
گزارش موجود، گزارشی از لیشمانیوز منتشر پوستی به علت *L. major* همراه با داکتیلیت سلی در بیماری است

که نقص ایمنی سلولی دارد. در بیمار مورد تحقیق نیز تعداد انگل لیشمانیا بسیار زیاد بود و به علت نقص ایمنی سلولی، پس از چند سال از گذشت بیماری، گرانولومی تشکیل نشد و پاسخ بیمار به درمان نیز رضایت بخش نبود. در این بیماری تهاجم به اعضای داخلی وجود ندارد (در این بیمار کشت مغز استخوان منفی بود) و عود بیماری پس از بهبود نسبی بالاست (۳).

عوامل ژنتیکی، خصوصیات داخلی انگل و سیستم ایمنی بیمار، در ایجاد این شکل لیشمانیوز پوستی نقش دارند (۱)، به طوری که نقص سیستم ایمنی سلولی (پاسخ ضعیف سلول های T به آنتی ژن لیشمانین) می تواند سبب منتشر شدن لیشمانیوز شود (۲).

موردی که گزارش شد اولین گزارش از لیشمانیوز پوستی منتشر به علت *L. major* در یک بیمار آنرژیک در ایران است.

- 1-Turetz ML, Machado PR, Alues F, et al. Disseminated leishmaniasis, a new emerging form of leishmaniasis observed in northeastern Brazil. *J Infect Dis* 2002; 186: 1829-34.
- 2-Bonfaste Garrido R, Barroeta-S, De-Alejos MA, et al. Disseminated American cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol* 1996; 35: 561-65.
- 3-Arndt KA, LeBoit RE, Robinson JK, et al (eds). *Cutaneous medicine and surgery*. Philadelphia: Saunders, 1996: 1164-82.
- 4-Abdul Rahman AL, Qurashi BS, Ahmad MG, et al. Dissemination in cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania major* in different ethnic group in Saudi Arabia. *Int J Dermatol* 2000; 39: 832-36.
- 5-Zon C, Marty P, Praltony F, et al. Disseminated leishmaniasis due to *Leishmania infantum* in southern France. *Vet Parasitol* 1998; 72: 273-77.