

گزارش دو مورد مایستوما ی پا در کرمان و بررسی موارد گزارش شده قبلی در ایران

دکتر سعداله شمس الدینی^{۱*}، دکتر سیمین شمسی میمندی^۲، دکتر غلامرضا یوسف زاده^۳، دکتر وحید رضا سپهر^۴

۱- استاد گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- دانشیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴- استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

سابقه و هدف: مایستوما بیماری موضعی، مزمن و زیر جلدی است که غلاف عضلات و استخوانها را مبتلا می نماید و با راههای خروجی سینوسی شکل متعدد به پوست مشخص میشود. بیش از ۲۰ گونه قارچ یا باکتری در اتیولوژی مایستوما دخیل شناخته شده است. دو مورد از این بیماری که به درمان دارویی تنها یا توأم با جراحی پاسخ مناسب داده اند معرفی می گردند.

گزارش مورد: بیمار اول، مردی ۴۱ ساله می باشد که از سن ۶ سالگی ضایعه ای بدون درد و متورم در پشت پای راست بیمار مشاهده شد. بعد از چند ماه که ضایعه بزرگتر شد و چرک از مجاری آن خارج می گردید اقدام به جراحی شد. پس از ۱۰ سال بدنبال برخوردار با پلیسه آهن، تورم و درد پا مجدداً شروع شد که آزمایشات و رادیوگرافی ماستوما ی پا را تأیید نمودند که به درمان با کوتریموکسازول و آمیکاسین جواب داده و تا ۱،۵ سال بعد بیماری برگشت نداشت. بیمار دوم مردی ۳۸ ساله می باشد که با درد و تورم غیر گوده گذار پا متعاقب ضربه مراجعه کرد و با تشخیص آرتريت عفونی تحت درمان قرار گرفت و بدلیل عدم بهبودی پس از ۶ ماه و با انجام رادیوگرافی و آزمایشات لازم در این بیمار نیز مایستوما ی پا مسجل گردید که درمان با کوتریموکسازول برای بیمار شروع شد و تا یکسال بعد نیز بیماری برگشت نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه بیماری با بهداشت عمومی مرتبط بوده و سیر معلولیت زانی بیماری طول کشنده میباشد تأکید بر رعایت موازین بهداشتی توسط افراد و کوشش برای تشخیص زودرس بیماری اهمیت دارد.

واژه های کلیدی: مایستوما، مادورا فوت، بیماری قارچی.

مقدمه

موریتانی و سودان و در آسیا کشور هند بیشتر دیده می شود (۱ و ۵). مواردی از مایستوما نیز در ایران گزارش شده که بطور قطع موارد کلی بیماری بیشتر بوده که بدون گزارش در مقالات فقط تحت درمان قرار گرفته اند (۱ و ۲). اغلب این موارد در نواحی گرمسیری کشور مانند اهواز (۲) و کرمان (کهنوج و شهر بابک) زندگی می کردند. با توجه به سیر مزمن و شباهت عارضه به سل و اینکه تشخیص هر دو بیماری نیاز به انجام اقدامات تشخیصی ویژه ای دارد، اغلب این بیماران تحت درمان ضد سل قرار گرفته و در صورت عدم پاسخ به درمان تشخیصی ضد سل تحت درمان عمل جراحی و برداشتن ضایعه قرار گرفته اند و تنها بعد از

مایستوما (Mycetoma) یک بیماری موضعی، مزمن زیر جلدی است که فاسیای عضلات و استخوانها را هم می تواند مبتلا نماید و با راههای خروجی سینوسی شکل متعدد که به پوست راه می یابند مشخص می گردند. بیش از ۲۰ گونه قارچ و باکتری در اتیولوژی آن شرکت دارند (۱ و ۲). موارد ناشی از قارچها را یومایستوما (۳) و موارد ناشی از باکتریها را اکتینومایستوما می نامند که همه آنها تحت عنوان کلی مایستوما طبقه بندی میشوند. بیماری انتشار جهانی داشته و عمدتاً در نواحی گرمسیری بیشتر دیده می شود. در قاره آمریکا، کشورهایی نظیر مکزیکو و ونزوئلا و در آفریقا، سنگال،

شکل ۱. مایستوما پا

بیمار در بخش پوست بیمارستان کرمان بستری می‌گردد. در بررسی عمومی به جز کاهش وزن، R-factor, C-reactive protein مثبت، نکته دیگری یافت نشد. در رادیوگرافی ضایعات لیستیک استخوانی در متاتارسهای پا مشخص و انهدام کامل یک متاتارس در بیمار مشخص گردید (شکل ۲).



شکل ۲. استئولیزیس متعاقب مایستوما پا

دو نمونه از ضایعات بیمار برداشته و به پاتولوژی ارسال گردید که در گزارش اسفنجی شدن شدید بافتی به همراه ارتشاح سلولهای التهابی حاد و مزمن شامل پلازما سل های فراوان و تعدادی نوتروفیل در پوست و بافت زیر جلدی مشاهده شد و در مقطع عمقی نمونه پاتولوژی گرانولهای گوگردی که در رنگ آمیزی PAS مثبت بودند، دیده شد که تشخیص مایستوما برای بیمار گذاشته شد و درمان با کوتریماکسازول و آمیکاسین برای بیمار شروع و پس از یک ماه و کنترل دو ماه بعد از آن، درد بیمار قطع و ورم پا کاهش یافته و بهبودی واضح مشهود بود و تا ۱/۵ سال بعد بیماری برگشت نداشت.

بیمار دوم، مرد ۳۸ ساله، نانوا با درد و تورم غیر گوده گذار پای راست که متعاقب ضربه به درمانگاه جراحی و ارتوپدی مراجعه و با تشخیص آرتریت عفونی تحت درمان داروهای مختلف قرار می‌گیرد. پس از ۶ ماه درمان به سبب عدم بهبودی و افزایش تورم پای مبتلا، درد نیز اضافه شده و ناتوانی در حرکت کردن هم بر مشکل بیمار افزوده میشود

برداشتن ضایعه و مشاهده لام بوده که در مقطع پاتولوژی تشخیص مایستوما مطرح و تایید گردیده است (۳ و ۶). آشنا بودن پزشکان با تظاهرات و جایگاههای مختلف این بیماری در اندام انتهائی و پیشرفت آهسته آن که اغلب بدون درد بوده و پوست و بافتهای نرم و عضلات و استخوانها را بطور جدی تخریب می‌کند کلید تشخیص این بیماری می باشد (۱ و ۲). دومورد از این بیماری که یکی به درمان توأم جراحی و داروئی و دیگری به درمان داروئی تنها پاسخ مناسب داده اند، معرفی می‌گردند.

گزارش موارد

بیمار اول، مردی ۴۱ ساله اهل و ساکن کهنوج کرمان از حدود ۳۵ سال قبل (سن ۶ سالگی) مبتلا به ضایعه ای بدون درد و متورم در محدوده پشت پای راست می‌گردد. ضایعه ابتدا سفت، توپر، برجسته و تیره رنگ با حجم $4/5 \text{ cm}^3$ آشکار شد و بتدریج ظرف مدت چند ماه ضایعه بزرگ و سوراخ سوراخ شده و چرک از مجاری آن تخلیه می‌گردید. با گذشت زمان ضایعه در راه رفتن دردناک شده بطوریکه راه رفتن وی مختل شد. در گرافی متوجه درگیری شدید استخوان متاتارس شده و مبادرت به برداشتن این استخوان نمودند. در گزارش پاتولوژی تشخیص اوستئومیلیت برای بیمار مطرح گردید. این ضایعه بمدت ۱۰ سال بهبودی نسبی داشته و سپس بگفته خودش متعاقب برخورد با پلیسه آهن تورم و درد پا شروع و از کانالهای متعدد آن چرک و ترشح خارج می‌گردید که در شهر بندرعباس تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و علیرغم درمان دبریدمان و جراحی پای راست تورم همچنان افزایش یافته و ضایعات ندولر اولسره شده و از داخل آنها چرک به بیرون راه پیدا می‌کند. در یکسال اخیر درد اضافه شده و ناتوانی در حرکت کردن آشکار شده بطوری که بیمار مجبور می‌گردد با عصا راه برود (شکل ۱).



بطوریکه راه رفتن بیمار فقط با کمک عصا مسیر می‌شود. بیمار به کلینیک پوست ارجاع و در معاینه، توده سفیدی در میچ پای دیده شد که سبب عدم تحرک مفصل گردیده بود. در بررسی عمومی، به جز کاهش وزن و افزایش حجم بافت نرم که در رادیوگرافی پا مشهود بود نکته دیگری وجود نداشت. پس از عکس برداری از پای بیمار از وسط توده سفید پا آسپیراسیون FNA (fine needle aspiration) به عمل آمد. در گزارش پاتولوژی از نمونه FNA لام تهیه شده از ترشحات، حاوی اجسام گرانولر زرد رنگ متمایل به تیره بود که به همراه اسفنجی شدن شدید لایه اپیدرم، ارتشاح سلولهای التهابی حاد و مزمن شامل پلازما سل های زیاد و تعداد کمی از نوتروفیل ها در پوست و بافت زیر جلدی بود که تشخیص مایستوما برای بیمار گذاشته شد و درمان با داروی کوتریموکسازول به تنهایی برای بیمار شروع گردید و پس از یک ماه درد بیمار کاهش و ورم پای بیمار نیز مختصری کاهش یافت و در کنترل ۳ ماه بعد روند بهبودی ضایعه پای بیمار ادامه داشت و در یک سال بعد برگشتی را نشان نداد.

بحث

مزمن بودن بیماری در بیمار اول و عود آن پس از مدت ۳۳ سال نشانه سرکش بودن بیماری است. هر دو بیمار در طی این مدت تحت درمانهای دارویی متفاوتی قرار گرفته اند ولی بیماری و ضایعات در حال پیشرفت بوده اند. در اغلب موارد عوامل مولد بیماری به دنبال ضربه ای به بدن شروع شده بطوری که در هر قسمتی از بدن که آسیب ببیند به ویژه در قسمتهای انتهائی پا و دست ارگانیسما نفوذ می‌کنند، در این دو بیمار هم، این سابقه وجود داشته است. اکتینوماستوماها عفونتهای موضعی محدود، چرکی و پیشرونده مزمنی هستند که سبب ابتلای پوست و بافتهای زیرین جلد اعم از چربی، فاسیای عضلات و استخوانها شده و ناشی از اکتینومیست های هوازی می‌باشند. بیماری معمولاً مزمن و مشکل به درمان پاسخ می‌دهد، اگر چه کشور ایران جزو مناطقی است که بیماری در آن فراوان نبوده و حتی بروز

غیر معمولی دارد (۷) و مواردی که بطور مستند گزارش شده کمتر از ۱۰ مورد می‌باشد که اکثر آنها در این مطالعه مورد بازبینی قرار گرفته اند (۱-۳). اشکال بالینی مایستوما بدون در نظر گرفتن عوامل مسبب آن ثابت می‌باشد. تشخیص مایستوما بر اساس تریاد بالینی مجاری سینوسی، گرانولها و یا Grain و پیدایش ضایعات ندولر در عضو گرفتار می‌باشد (۸). سرانجام عفونت ممکن است به استخوان رسیده و باعث تخریب وسیع استخوانها شود و حتی ممکن است منجر به تغییر شکل همیشگی عضو گردد. انتشار عفونت از طریق کانالهای لنفاوی و از کانون اولیه زیر جلدی نادر است (۹). بروز مایستوما در ۷ بیمار گزارش شده در ایران شامل ۵ مرد و ۲ زن بوده است، در مطالعات قبلی نیز نسبت مردان به زنان را ۵ به ۱ ذکر کرده اند. اغلب بیماران در دهه های سوم و چهارم عمر و در کشاورزان، دامداران و افرادی که در مزارع کار می‌کنند و یا کسانی که در سنین پایین با پای برهنه راه می‌روند، دیده می‌شود. بهداشت فردی نامطلوب، تغذیه بد، سابقه ضربه، وجود زخم و عفونتهای متعدد ممکن است شخص را مستعد ابتلا به مایستوما سازد (۶). در بررسی مایستوما مطالعه رادیولوژی جهت یافتن تغییرات رادیولوژیک در استخوانهای عضو مبتلا باید صورت گیرد. نمونه این تغییرات که شامل استئوپروز، از بین رفتن کورتکس همراه با تغییرات آروزیو بدنه استخوان، ضایعات لیتیک و اتساع ضریع استخوان می‌باشد (۱۰ و ۲) که در بیماران ما هم وجود داشت. اخیراً به سونوگرافی به عنوان یک روش مفید تشخیصی که قادر است مایستوما را از تورم های غیر مایستومایی افتراق دهد اشاره شده بطوریکه از امواج ماورای صوت میتوان در افتراق ضایعات یوماستوما از گرانولهای اکتینوماستوما هم استفاده کرد (۹ و ۳). آزمایش میکروسکوپی و کشت از گرانولها، چرک و نمونه بیوپسی همگی روش های استاندارد هستند که جهت شناخت ارگانسیم مسئول در مایستوما به کار می‌روند. اگر چه انجام کشت برای تشخیص قطعی مایستوما ضروری است، بلکه انجام روش FNA نیز جهت تشخیص

سریع مایستوما صورت می‌گیرد. ولی در صورتی که گرانولها آسپیره نشوند، ارزش آن کم می‌شود. در صورت عدم دسترسی به کشت، آزمایش هیستوپاتولوژی یک راه مفید برای شناخت ارگانیزم مسئول بیماری می‌باشد (۸ و ۱۱) که در بیماران مورد مطالعه گرفته است. در نمونه های پاتولوژی که از بیماران گرفته می‌شود سلولهای ژیانته جسم خارجی، پلاسما سل نوتروفیل و میکرو آبهه بوده که از بافتهای همراه بیماری مایستوماست (۴).

نمای ضایعات حاوی راههای سینوسی متعدد بوده که با فشار از آن چرک فتیله ای خارج می‌شد. با توجه به محل ضایعات که ناحیه میچ پا بوده، بیماران در موقع راه رفتن مشکل جدی نداشته و این نشانه عدم وجود درد در بیماران است. خارج شدن Grain از محل سینوسها نشانه مشخص بیماری مایستوماست. ولی مشخص نمودن عامل اتیولوژیک دقیق در بافت های اطراف مفصل بخصوص اگر دست کاری شده باشد و یا ضایعات مزمن باشند چندان کار موفقی نیست و به همین دلیل نیز اکثر این بیماران پس از مشاهده Grain در بالین بیمار تشخیص مایستوما داده میشود و لذا برای رسیدن به تشخیص در غیاب عامل اتیولوژیک معیارهای بالینی برای بیمار وضع می‌شود (۱۱ و ۱). تشخیص افتراقی مایستوما شامل بوتریو مایکوزیس، کروموبلاستومیکوزیس و سایر بیماریهای قارچی عمقی، عفونت سل، سیفلیس، Yaws، الفانتیازیس و بدخیمی می‌باشد. سیر بیماری طولانی و با مراحل از بهبودی و یا تشدید بیماری مشخص می‌شود (۶). درمان و پیش آگهی های مایستوما به عامل ایجاد بیماری بستگی دارد گاهی بیماران مایستوما تحت درمان چند دارویی فراگیر برای قارچ و باکتری قرار می‌گیرند (۹). در صورتی که بیماری زود تشخیص داده شود و وسعت کم داشته باشد، می‌توان سریعتر آن را با درمان طبی بهبود بخشید. آکتینوماستوما معمولا با درمان دارویی بهبود می‌یابد (۱۰).

ارزیابی پاسخ درمانی مایستوما را به چند دسته تقسیم کرده اند (۱۱). بهبودی کامل، که تمامی سینوس ها بهبود یافته و تورم موجود از بین رفته باشد. بهبودی بارز، که تمامی سینوس ها بهبود یافته و از میزان تورم کاسته شده باشد. بهبودی نسبی که اکثر سینوس ها بهبود یافته باشند. بدون پاسخ و یا تشدید ضایعات که ضایعه بهبود نیافته و یا بدتر شده باشد. اکثر رژیم های درمانی بکار رفته شامل استفاده از سولفانامید به تنهایی و یا به صورت همراه با داروی دیگر و به مدت ۶-۱۸ ماه بوده است. احتمال پاسخ به درمان دارویی در این افراد ضعیف است بطوریکه در یک بررسی که بر روی ۲۸ مورد آکتینوماستوما انجام شده فقط ۹ بیمار با درمان دارویی بهبودی کامل یافته اند و ۲ مورد بهبودی نسبی داشته اند (۵). در پیگیری ۱/۵ ساله بیمار اول و ۱ ساله بیمار دوم، بهبودی بارزی را نشان داده که معلوم نیست در سالهای بعد بیماران چه وضعی را داشته باشند.

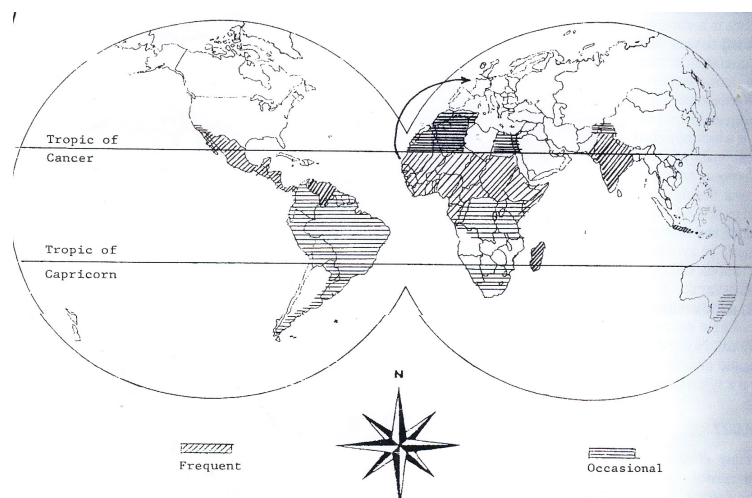
در یک مطالعه که پیگیری بیماران صورت گرفته چهار مورد از ۲۰ بیمار مبتلا به آکتینوماستوما که با سولفات استرپتومايسين، تریمتوپریم و سولفامتوکسازول درمان شده بودند، بهبودی کامل یافتند. البته تأکید میشود که سیر بیماری مایستوما و پاسخ به درمان دارویی در این عارضه کند بوده و ممکن است ماهها و یا سالها بعد عود رخ دهد (۱۲). لازم به ذکر است که بیماری در ایران وجود دارد و این موضوع را نمیتوان رد کرد که علاوه بر بیماران گزارش شده بیمارانی هم بوده اند که با تشخیص مایستوما یا سایر تشخیص ها تحت درمان قرار گرفته که بهبودی نسبی یافته ولی گزارش مکتوبی از آنها در دست نداریم.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر آیت اللهی موسوی متخصص قارچ شناسی که اقدامات تشخیصی ارگانیزم ها را در کشور انگلستان انجام داده اند سپاسگذاری می‌نمائیم.

منابع

۱. نورالهی ح، رستمی م، عمرانی فر م. گزارش یک مورد مایستوما و پاسخ آن به درمان توام جراحی و طی. فصلنامه علمی پژوهشی مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۷۷؛ ۵۳: ۱۹-۱۸.
۲. یعقوبی ر، رنجبری ن، رسائی س. اکتینوماستوما. گزارش ۴ مورد از استان خوزستان فصلنامه بیماریهای پوست ارگان رسمی انجمن متخصصین بیماریهای پوست ایران ۱۳۷۸؛ ۲(۴): ۸-۴۳.
3. Mc Gininis MR, Fader RC. Mycetoma, A contemporary concept, Infect Dis Clin North 1988; 2(3): 939.
4. Develoux M, Ndiaye B, Dieng MT, et al. Mycetomas in Africa. Sante 1995; 5: 211-17.
5. Sindhuphak W, Macdonal E, Head E. Actinomycetoma caused by nocardiosis dassinvillei. Arch Dermatol 1985; 121: 1332-34.
6. Turiansky GW, Benson MP, Sperling LC, et al. Phialophora verrucosa: A new cause of mycetoma, J Am Acad Dermatol 1995; 32: 311-15
7. Mario M, Magana MJ. Mycetoma, D. Joseph Demis, Clinical dermatology, twentieth eight revision, J B Lippin Cott Co 2002; pp: 17 24 .
8. Mahgoub ES. Medical management of mycetoma, WHO Bull 1976; 54: 303-10.
9. Subrahamanyam M. Intraarterial chemotherapy for mycetoma of the foot. B J Surgery 1995; 82: 643-7.
10. Carlisle JT, Greer DL, Hyslop NE. Actinomycetoma of the hand caused by nocardia asteroides. J Infect Dis 1988; 158: 244-6.
11. Fahal AH, Sheik HE, Homeida MMA, et al. Ultrasonographic imaging of mycetoma. B J Surgery 1997; 84: 1120-22.
12. Wortman PD. Concurrent chromoblastomycosis caused by fonsecaea pedrosoi and actinomycetoma caused by nocardia brasiliensis. J Am Acad Dermatol 1995; 32:390-2.



* آدرس نویسنده مسئول: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی، گروه پوست، تلفن: ۰۳۴۱-۲۴۵۷۲۷۲