

درماتوفیتوز عمقی در بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت درمان با داروهای سرکوبگر ایمنی: گزارش یک مورد

دکتر نرگس علیزاده^۱، دکتر شهریار صدراشکوری^۱، دکتر جواد گلچای^۲، علی اکبر فلاحی^۳

۱-استادیار، ۲-دانشیار، گروه پوست، ۳-کارشناس ارشد قارچ شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی گیلان

آسیب شناسی، گرانولوم PAS مثبت مشاهده شده و بررسی قارچ شناسی آن، تریکوفیتون روبروم را تأیید نمود.

واژه های کلیدی: درماتوفیتوز عمقی، آرتریت روماتوئید، داروهای سرکوبگر ایمنی

عقونتهای درماتوفیتی یکی از انواع شایع عفونتهای قارچ سطحی پوست می باشند که تهاجم به بافت زیرجلدی در آنها نادر است. در این گزارش، خانمی ۶۵ ساله با سابقه ۱۰ ساله آرتریت روماتوئید تحت درمان با داروهای سرکوبگر ایمنی، با ندولها و سینوسهای متعدد در ناحیه زانو معرفی می گردد که در

معرفی بیمار

خانمی ۶۵ ساله بدلیل ندولهای زیرجلدی با سابقه سه ماهه به درمانگاه پوست ارجاع گردید. در معاینه زانوی بیمار ندولهای قرمز متعددی دیده می شد. بزرگترین ندول با قطر ۱/۵ سانتیمتر، دارای قوام نسبتاً سفت و سینوسهایی با ترشحات سروز بود. در معاینه سایر نواحی ضایعات قرمز حلقوی در ناحیه شکم، زیربغل، کشاله ران و تغییر رنگ زرد متمایل به قهوه ای در ناخن های شست، سوم و چهارم انگشتان دست مشاهده شد (تصویر شماره ۱).

در معاینه اندامها، تورم مفاصل زانو همراه با تغییر شکل انگشتان دست و پا دیده می شد، بطوریکه بیمار برای حرکت از صندلی چرخ دار استفاده می کرد. در معاینه سیستمیک غدد لنفاوی، کبد و طحال قابل لمس نبود. معاینه قلب و ریه و سایر اعضا طبیعی بود. بیمار، مورد شناخته شده آرتریت روماتوئید با سابقه ده ساله و تحت درمان با متوترکسات خوراکی و پردنیزولون ۱۰ میلیگرم روزانه در

زمان مراجعه بود. در بررسی آزمایشگاهی بجز کم خونی خفیف و افزایش قند ناشتا سایر آزمایشات خونی، کبدی و کلیوی در حد طبیعی بود. آزمون پوستی مانتو و سرولوژی برای HIV منفی بود. تصویربرداری قفسه صدری طبیعی بود، اما در تصویربرداری مفاصل دست و پا و زانو استئوپروز، تخریب سطوح مفصلی و تورم نسج نرم زانو گزارش شد. بررسی آسیب شناسی ندولهای زیر جلدی نشان دهنده واکنش گرانولوماتو مخلوط با میکرو آبه حاوی پلی مورفونوکلترهای مرکزی و سلولهای اپی تلیوئید و هیستوسیت در اطراف آن بود و در رنگ آمیزی با PAS هیف و آرتروکنیدی دیده شد (تصویر شماره ۲). کشت قارچ در محیط های سابورو گلوکز آگار و میکوزیل آگار انجام شد که کلنی های سفید پنبه ای مشاهده گردید. با توجه به آزمایش سوراخ کردن مو و اوره آز(منفی)، تشخیص تریکوفیتون روبروم تأیید شد و در کشت ناخن و پوسته های تنه نیز تریکوفیتون روبروم رشد نمود.

مؤلف مسئول: دکتر نرگس علیزاده - رشت، بیمارستان رازی، بخش پوست

بیمار تحت درمان با تریینافین ۲۵۰ میلی گرم روزانه قرار گرفت. بعد از دو هفته ضایعات تنه بهبودی کامل یافت ولی ندولهای زیرجلدی بهبودی نسبی داشت. در پایان هفته ششم ندولها و سینوسها بطور کامل محو شدند ولی KOH و کشت ناخن ها همچنان مثبت بود و درمان بمدت سه ماه ادامه یافت.

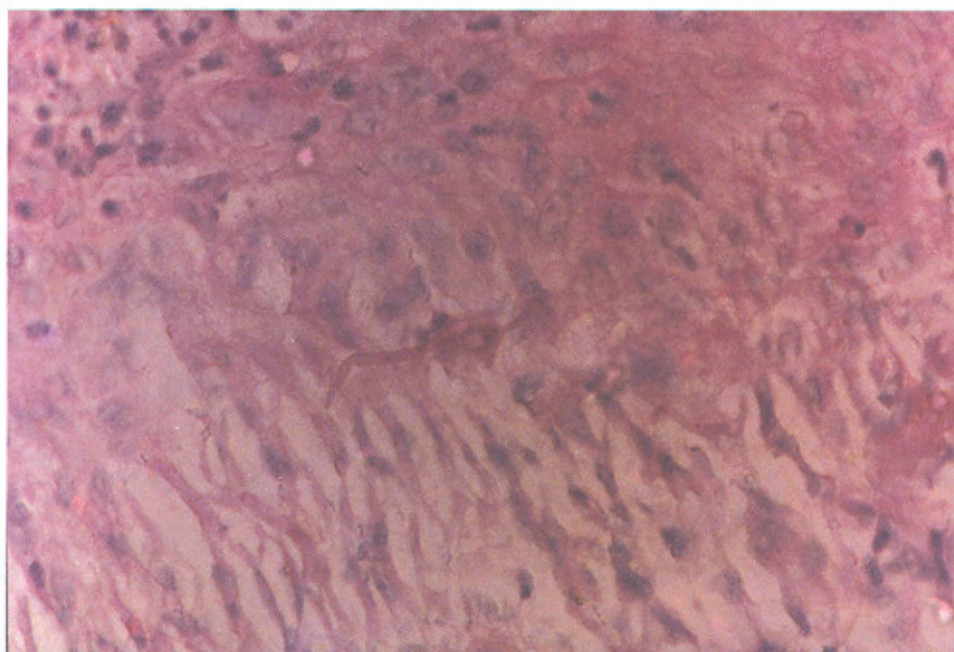
بحث

درماتوفیت ها تقریباً همیشه منجر به عفونت سطحی پوست می شوند، ولی در موارد خاص و نادر مانند اختلال ایمنی می توانند از طریق لنفاتیک به بافت زیر جلدی تهاجم داشته باشند و گراتولوم و سینوسهای درناژ کننده تشکیل دهند (۱). در برشهای آسیب شناسی، گاهاً تجمعی از هیف های قارچ مشابه میستوما (Eumycetoma) دیده می شود که در این حالت دانه ها (grain) توسط آبسه های نوتروفیلی احاطه می گردند، اما در اغلب موارد هیف های قارچ بوسیله سلولهای ژانت احاطه می شوند.

ممکن است عفونتهای درماتوفیتی عمقی از طریق غدد لنفاوی به کبد و مغز نیز گسترش یابد و حتی کشنده باشد (۲). در بررسی متون و مقالات پزشکی، تاکنون ۶۰ مورد درماتوفیتوز عمقی گزارش شده است، ولی گزارشی از درماتوفیتوز عمقی از ایران وجود ندارد. تنها در یک مورد، گزارشی از اشکال غیر معمول درماتوفیتی با پلاک های منتشر سطحی در یک بیمار پیوند کلیه بدنال عفونت با تریکوفیتون روبروم موجود است (۳). شایعترین عوامل ایجاد کننده تاکنون تریکوفیتون روبروم، تریکوفیتون ویولاسنوم و در موارد کمتر میکروسپوروم ژیسنوم و تریکوفیتون متاگروفیت بوده است (۴، ۶). بیماریهای زمینه ای موارد گزارش شده شامل اختلال ایمنی ناشی از لنفوم، عفونت HIV و پیوند اعضا بوده است (۷-۴). بنظر می رسد اختلال ایمنی در بیمار ما ناشی از داروهای سرکوبگر ایمنی، مشابه اختلال ایمنی بیماران با پیوند اعضا باشد.



تصویر شماره ۱- سینوسها و ندولهای زیرجلدی متعدد در ناحیه زانو و کچلی ناخن دست



تصویر شماره ۲- گرانولوم اپی تلیوئید با هیف و آرتروکنیدی (رنگ آمیزی PAS ، بزرگنمایی ۴۰۰ برابر)

منابع

- 1-Allen DE, Synderman R, Meadows L, et al. Generalized microsporium audouinii infection and depressed cellular immunity associated with a missing plasma factor required for lymphocyte blastogenesis. Am J Med 1977; 63: 991-1000.
- 2-Roderick JH. Dermatophytosis and other superficial mycoses. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). Principles and practice of infectious diseases, Edinburgh Churchill Livingstone, 2000: 2757-63.
- 3- مقدمی م، کردبچه پ. یک مورد ضایعات متعدد جلدی ناشی از تریکوفیتون روبروم. مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۶۸؛ ۳۱-۲۸.
- 4-Lestringant GG, Lindley SK, et al. Deep dermatophytosis due to *T. rubrum* and *T. verrucosum* in an immunosuppressed patient. Int J Dermatol 1988; 27: 707-09.
- 5-Munoz Perez MA, Pichardo R, et al. Extensive and deep dermatophytosis caused by *T. mentagrophytes* var. *interdigitalis* in an HIV positive patient. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14: 61-63.

6-Michael G, Rinaldi. Dermatophytosis. Epidemiological and microbiological update. J Am Acad Dermatol 2000; 43: 120-24.

7-Sentamilseivi G, Janaki C, et al. Deep dermatophytosis caused by *T. rubrum*. Mycopathologia 1998; 142: 9-11.