

تینافاسیال : گزارش ۲۲ مورد بیماری از درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۸۳

دکتر مصطفی میر شمس شهشانی^۱، دکتر مریم غیاثی^۲

۱- دانشیار، ۲- دستیار، گروه پوست؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه و هدف: تینافاسیال یکی از انواع ناشایع عفونت‌های درماتوفیتی است که پوست بدون موی صورت را درگیر می‌کند. تمام گونه‌های درماتوفیتی می‌توانند موجب ایجاد این بیماری شوند. هدف از این مطالعه گزارش موارد بیماری تشخیص داده شده در درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۸۳ بود.

روش اجرا: در سال ۱۳۸۳، ۲۲ بیمار مبتلا به تینافاسیال به بیمارستان رازی مراجعه کرده بودند. این بیماران از نظر گونه درماتوفیتی ایجادکننده ضایعه و میزان تشخیص صحیح اولیه به شرط مراجعه پزشکی قبلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: گونه ایجادکننده بیماری در ۱۵ نفر از بیماران مشخص شد. شایع‌ترین گونه تریکوفیتون تونسورنس بود که عامل ایجادکننده در ۱۰ نفر از بیماران بود. ۱۵ نفر از بیماران قبل از مراجعه به بیمارستان رازی به مراکز دیگر مراجعه پزشکی داشته‌اند که در ۱۳ نفر از آن‌ها بیماری به اشتباه تشخیص داده شده بود.

نتیجه‌گیری: تظاهر بالینی تینافاسیال در بسیاری از موارد آتیپیک است و منجر به اشتباه در تشخیص بیماری می‌شود. بنابراین در ضایعه‌های اریتماتو و محدود صورت حتی اگر خصوصیات کلاسیک عفونت درماتوفیتی را نداشته باشند باید عفونت درماتوفیتی را به عنوان یک تشخیص افتراقی در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: درماتوفیت، تینافاسیال، کشت

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (۱): ۴۹-۵۳

وصول مقاله: ۸۴/۳/۴ پذیرش: ۸۴/۴/۹

مقدمه

چون، بسیاری از موارد تینافاسیال تظاهر آتیپیک دارد و در بسیاری از موارد نمای تیپیک عفونت درماتوفیتی به شکل ضایعه حلقوی با حاشیه انتهایی و مرکز بهبود یابنده دیده نمی‌شود، اشتباه تشخیصی در تینافاسیال بسیار شایع است. بررسی دقیق این بیماران می‌تواند پزشکان را در تشخیص صحیح تینافاسیال و پیش‌گیری از تجویز درمان‌های نامناسب در این بیماری یاری کند. هدف مطالعه حاضر گزارش موارد تشخیص داده شده بیماری در سال ۱۳۸۳ در درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران است.

تینافاسیال یک عفونت درماتوفیتی ناشایع است که پوست بدون موی صورت (تمام نواحی صورت به جز ناحیه ریش و سیب آفایان) را درگیر می‌کند. شیوع این بیماری در کودکان بیش‌تر است. شیوع اشکال آتیپیک بالینی در تینافاسیال بیش‌تر از تینای سایر نواحی بدن است (۱). این بیماری تظاهرات بالینی متفاوتی دارد ولی شکایت از خارش، سوزش و تشدید ضایعه پس از تماس با آفتاب در این بیماران شایع است. گونه‌های متفاوت درماتوفیتی از تمام دسته‌ها می‌توانند موجب ایجاد تینافاسیال شود (۲).

روش اجرا

این مطالعه گزارشی از ۲۲ بیمار مبتلا به تینافاسیال مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۸۳ است. در طی مدت مطالعه برای تمام بیمارانی که در معاینه بالینی توسط متخصص پوست تشخیص تینافاسیال مطرح می‌شد فرم اطلاعاتی شامل سن، جنس، مدت ابتلا، سابقه تماس با مورد مشابه در اطرافیان، سابقه تماس با حیوانات خانگی، سابقه مراجعه پزشکی قبلی و نوع اقدام تشخیصی و درمان دریافتی تکمیل می‌شد. بعد از دریافت نتیجه مثبت از اسمیر تهیه شده از ضایعه‌ها، بیمار برای کشت و تعیین گونه درماتوفیتی به آزمایشگاه قارچ‌شناسی انستیتو پاستور معرفی می‌شد.

یافته‌ها

در درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران طی سال ۱۳۸۳ بیست و دو بیمار (۱۶ مرد و ۶ زن) در معاینه بالینی مبتلا به تینافاسیال تشخیص داده شدند (تصاویر شماره ۱ و ۲). میانگین سنی بیماران ۱۶/۴ سال (حداقل ۳ و حداکثر ۴۲ سال) بود. بیش تر بیماران در دهه دوم عمر بودند. میانگین مدت ابتلا به تینافاسیال ۷ هفته (حداقل یک هفته و حداکثر ۵ ماه) بود. در هیچ کدام از بیماران سابقه‌ای از تماس با حیوانات خانگی وجود نداشت. ۴ نفر سابقه تماس با ضایعه‌های پوستی مشابه را در باشگاه ورزشی ذکر می‌کردند.

مراجعه به درمانگاه پوست بیمارستان رازی در ۷ نفر اولین اقدام پزشکی بود. ۱۵ بیمار باقی مانده سابقه مراجعه به مراکز درمانی دیگر را به علت بیماری فعلی خود ذکر می‌کردند. در هیچ کدام از ۱۵ بیمار پادشده از نظر درماتوفیت بررسی اسمیر صورت نگرفته بود. درمان دریافتی در ۱۵ بیمار فوق شامل استروئید موضعی (۱۰ نفر)،

آسیکلوویر موضعی (۲ نفر)، تتراسیکلین موضعی (۱ نفر) و کلوتریمازول موضعی (۲ نفر) بود. فقط یک بیمار تحت درمان قبلی با کلوتریمازول موضعی، بهبودی نسبی را ذکر می‌کرد. اگر تجویز کلوتریمازول موضعی مساوی با تشخیص صحیح فرض شود می‌توان گفت که در ۱۳ بیمار از ۱۵ بیمار دارای سابقه مراجعه به مراکز درمانی دیگر نوع بیماری (تینافاسیال) به درستی تشخیص داده نشده بود.

در تمام ۲۲ بیمار با تشخیص بالینی تینافاسیال اسمیر تهیه شده از ضایعه‌های پوستی از نظر درماتوفیت مثبت شد. ۷ بیمار از انجام کشت از ضایعه‌ها خودداری کردند و در ۱۵ بیمار نتیجه کشت شامل تریکوفیتون‌های تونسورنس (۱۰ مورد)، روبروم و متاگروفیتس (هر کدام ۲ مورد) و روکوزوم (یک مورد) بود.

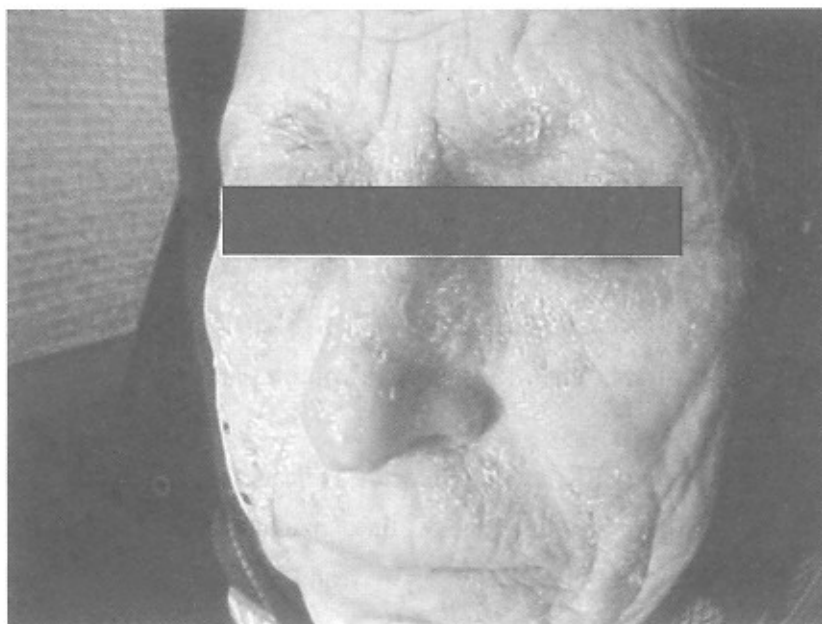
بحث

هدف از این مطالعه گزارش موارد تینافاسیال تشخیص داده شده در درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۸۳ بود. عوامل ایجادکننده تینافاسیال بر حسب محل جغرافیایی بیماران متغیرند. در ایالات متحده آمریکا تریکوفیتون تونسورنس، میکروسپوروم کنیس و تریکوفیتون روبروم شایع‌ترین عوامل هستند (۳-۶).

پوست صورت می‌تواند از طریق تلقیح مستقیم قارچ از یک منبع خارجی یا از طریق گسترش ثانویه قارچ از تینای نواحی دیگر بدن درگیر شود (۲). تظاهر بالینی تینافاسیال در بسیاری از موارد آتیبیک است که این امر به اشتباه تشخیصی فراوان در این بیماری منجر می‌شود (تصاویر شماره ۱ و ۲). اریتم از تظاهرهای شایع این بیماری است ولی در کم‌تر از دوسوم موارد آن پوسته‌ریزی وجود دارد. ضایعه حلقوی با حاشیه برجسته فقط در نصف



تصویر شماره ۱- بیمار مبتلا به تینا فاسیال، مراجعه کننده به بیمارستان رازی



تصویر شماره ۲- بیمار مبتلا به تینا فاسیال، مراجعه کننده به بیمارستان رازی

کاندیدباز(۱)، سارکوئیدوز(۱) و گرانولوم آنولر(۱) است. در مطالعه‌ای دو کودک ۳ و ۴ ساله با ضایعه اریتماتوی کاملاً مشابه لوپوس اریتماتوسیستمیک روی صورت گزارش شده‌اند که در اثر تریکوفیتون متاگروفیتس ایجاد شده بود و با گریزوفولونین به طور کامل درمان شد(۹). مورد دیگری از تینافاسیال در اثر میکروسپورم کنیس گزارش شده است که به دنبال مصرف طولانی مدت ترکیب‌های استروئید موضعی ظاهر ضایعه کاملاً شبیه روزاسه بوده است(۱۰).

از مجموع مطالب فوق می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در تمام ضایعه‌های اریتماتوی صورت حتی چنانچه پوسته‌ریزی واضحی وجود نداشته باشد باید احتمال درماتوفیت در نظر گرفته شود و از این نظر معاینه دقیق و بررسی اسمیر ضروری است. اگر بیمار سابقه مصرف داروهای استروئید موضعی داشته باشد قطع آن می‌تواند سبب برگشت ظاهر اولیه ضایعه و کمک در تشخیص شود.

بیماران دیده می‌شود. علاوه بر آن در بعضی از موارد تینافاسیال، ضایعه پس از قرار گرفتن در معرض آفتاب تشدید می‌شود که همین امر یکی از علل تشخیص اولیه اشتباه در این بیماری است(۲). تینافاسیال در بین انواع تیناها بیش‌ترین میزان تشخیص اشتباه را دارد(۷ و ۴). در مطالعه‌های قبلی آمده است که ۷۰٪ موارد تینافاسیال در ابتدا اشتباه تشخیص داده می‌شوند و این امر منجر به اشتباه در درمان این بیماری می‌شود(۸). به دلیل اشتباه در تشخیص تینافاسیال در بسیاری از موارد این بیماری ترکیب‌های استروئید موضعی تجویز می‌شود که سبب تغییر ظاهر بیماری می‌شود و تشخیص بعدی را مشکل‌تر خواهد کرد(۲). در مطالعه حاضر نیز دیده می‌شود ۱۰ بیمار از ۱۵ بیمار، سابقه مصرف ترکیب‌های استروئید موضعی را ذکر کرده‌اند. مهم‌ترین تشخیص‌های افتراقی تینافاسیال شامل لوپوس اریتماتو(۲ و ۱)، درماتیت تماسی(۱)، روزاسه(۲ و ۱)، polymorphic light eruption(۲)، زرد زخم(۲)، درماتیت سبورئیک(۲)، درماتیت پری اورال(۱)،

References

- 1-Lin RL, Szepietowski JC, Robert A, et al. Tinea faciei, an often deceptive facial eruption. *Int J Dermatol* 2004; 43: 437-42.
- 2-Hay RJ, Moore MK. Mycology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. 7th ed. Oxford: Blackwell Sciences; 2004: 31.1-31.101.
- 3-Alteras I, Sandbank M, David M, et al. 15-year survey of tinea faciei in the adult. *Dermatologica* 1988; 177: 65-69.
- 4-Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manum and tinea pedis. Guideline/outcomes committee. American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 282-86 .
- 5-Kemna ME, Elewskin BE. A US epidemiologic survey of superficial fungal disease. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 539-42.
- 6-Szepietkowski J, Schwartz RA. Tinea faciei. In: James WD, Elston D, editors. *E Medicine Dermatology*. St. Petersburg: Emedicine Corp; 2001.
- 7-Szepietkowski JC. Terbinafine exacerbates psoriasis: case report with a literature review. *Acta Dermatovenereol Croat* 2003; 11: 17-21.

- 8-Patel G, Mills C. Tinea faciei due to *Microsporum canis* abscess formation. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25: 608-10.
- 9-Boralevi F, Leaute-Labreze C, Roul S, et al. Lupus erythematosus like eruption induced by *Trichophyton mentagrophytes* infection. *Dermatology* 2003; 206: 303-06.
- 10-Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea like tinea incognito. *Mycoses* 2002; 45: 135-37.