

بررسی فراوانی لیشمانیوز لب در خوزستان طی ده سال گذشته

Lip leishmaniasis in Khuzestan (Ahwaz) during the last decade

R. Yaghoobi; MD

Assistant professor of dermatology, Ahwaz university of medical sciences and health services, Ahwaz, Iran.

N. Hooghohi rad; D.V.M. MSC

Professor of parasitology, department of pathobiology, school of Veterinary medicine, shahid Chamran university, Ahwaz, Iran.

دکتر رضا یعقوبی

استادیار گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
ش پوست بیمارستان سینا، کوی عبدالله، اهواز

دکتر ناصر حقوقی راد

استاد دانشکده دامپزشکی، دانشگاه شهید
چمران اهواز

SUMMARY

Cutaneous leishmaniasis is a parasitic infection prevalent in many areas. The parasitic agent is usually transmitted by Phlebotomus sp. Lip leishmaniasis is a type of cutaneous leishmaniasis which has rarely been reported. In a retrospective study performed in Ahwaz, centre of Khuzestan province, south-west of Iran, 2861 patients were detected during 1986-1996. Seventeen of these patients (0.59%) had lower or upper lip leishmaniasis.

The patients, age ranged from 3 months to 40 years. Duration of infection was 2 to 4 months. Eleven patients had only lip lesions whereas 6 patients had one or more skin lesions else where. The appearance of lesions differed from nodules to crusted ulcers, usually observed on the vermillion border.

Most of the cases failed to respond to topical or systemic antibiotic therapy. The diagnosis was based on the demonstration of leishman bodies in Giemsa stained smears.

Key words: Lip leishmaniasis, Cutaneous leishmaniasis, Khuzestan, Iran.

خلاصه:

لیشمانیوز نوعی بیماری انگلی است که در نتیجه گزش پشه خاکی فلیبوتوموس منتقل می‌گردد و انسان و برخی از حیوانات مهره‌دار را مبتلا می‌سازد. یکی از اشکال لیشمانیوز جلدی لیشمانیوز لب است که بندرت مشاهده می‌شود. طی مطالعه‌ای که طی ده سال گذشته از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ در اهواز مرکز استان خوزستان به عمل آمد مجموعاً از ۲۸۶۱ بیمار مبتلا به لیشمانیوز جلدی یا سالک مراجعه کننده به مرکز انگل‌شناسی خوزستان تنها ۱۷ نفر (۰/۵۹ درصد) دارای لیشمانیوز لب بودند که خصوصیات بالینی آنها توصیف شده است. اکثر بیماران مبتلا به لیشمانیوز لب ساکن خوزستان بودند.

واژه‌های کلیدی:

لیشمانیوز لب، خوزستان

زئونوزی است که در دنیا به سه شکل
لیشمانیوز جلدی یا سالک، لیشمانیوز

مقدمه:

بیماری لیشمانیوز یکی از بیماریهای

دیده می شود (۵). ضایعات جلدی مخاطی لب معمولاً بصورت ندول های حساس سخت و اغلب به شکل یک زخم و معمولاً همراه با دلمه مشاهده می شود. اندازه ضایعات ممکن است از ۰٫۵ تا ۲٫۵ سانتی متر متغیر باشد (۶).

تاکنون در ایران لیشمانیوز جلدی یا سالک و لیشمانیوز احشائی یا کالاآزار مشاهده شده است. برخی از محققین موارد گزارش شده از لیشمانیوز مخاطی جلدی در ایران را ناشی از وجود ضایعه لیشمانیوز جلدی مجاور مخاط می دانند. لذا آنچه که به نام لیشمانیوز مخاطی جلدی یا اسپوند (Espundia) شناخته شده و در آمریکای مرکزی و جنوبی مشاهده می گردد در ایران وجود ندارد (۷).

هدف از این گزارش معرفی مواردی از سالک مخاطی لب می باشد که گاهی در بین مبتلایان به سالک جلدی مشاهده می گردند. این گونه ضایعات با بسیاری از بیماری های مخاطی جلدی اشتباه می گردند که لازم است پزشکان جوان آنها را مورد توجه قرار دهند. معمولاً در نواحی که بیماری سالک بصورت بومی یا آندمیک و همه گیری یا اپیدمیک وجود دارد امکان مشاهده ضایعات مخاطی جلدی وجود دارد گرچه تاکنون گزارشی از وجود لیشمانیوز جلدی یا سالک لب از نقاط مختلف ایران داده نشده است.

روش کار:

از کلیه بیمارانی که با داشتن زخم های جلدی به مرکز انگل شناسی خوزستان

احشائی یا کالا آزار و لیشمانیوز مخاطی جلدی مشاهده می گردد. لیشمانیوز جلدی نسبتاً خوش خیم است که در قاره آمریکا (دنیای جدید) توسط انواع لیشمانیا وینیا. *L. viannia* و در آسیا و آفریقا (دنیای قدیم) توسط *L. tropica* و *L. aethiopica* و *L. major* بوجود می آید (۱). بعلاوه *L. infantum* که عامل بیماری لیشمانیوز احشائی یا کالا آزار نوع مدیترانه ای در شیرخواران و کودکان است گاهی قادر است در بزرگسالان ضایعات جلدی به وجود آورد، بدون آنکه احشاء را مبتلا سازد. این نوع ضایعات معمولاً سیر ملایم تر و کندتری نسبت به ضایعات جلدی ناشی از لیشمانیا مازور دارند و خودبخود بهبود می یابند (۲).

معمولاً نوع لیشمانیوز مخاطی جلدی در دنیای قدیم دیده نمی شود ولی در نوع لیشمانیوز جلدی ضایعات ممکن است به نواحی مخاطی مجاور نیز کشانده شوند (۷،۳) و یا پشه خاکی ناقل لیشمانیا اتیوپیکا که معمولاً حد فاصل مخاط بینی یا دهان را مورد گزش قرار می دهد موجب تورم بینی یالب می شود که ممکن است برای سال ها باقی بماند. در نوع لیشمانیوز مخاطی جلدی ناشی از لیشمانیا برازیلینسیس (*L. braziliensis*) تخریب واضحی در نسوج مبتلا دیده می شود. در حالیکه در مورد لیشمانیوز جلدی چنین وضعی مشاهده نمی گردد (۴). در آسیا و آفریقا ضایعات مخاطی ناشی از *L. major* و *L. donovani* یا *L. infantum* در بیماران ایمنوساپرس نیز

نتایج:

طی مدتی حدود ۱۰ سال در میان ۲۸۶۱ بیمار به سالک جلدی مراجعه کننده به مرکز انگل شناسی خوزستان ۱۷ نفر (۰/۵۹ درصد) به سالک لب مبتلا بودند. از ۱۷ بیمار ۸ نفر مذکر (۴۷ درصد) و بقیه مؤنث (۵۳ درصد) بودند. سن بیماران از سه ماه تا چهار سال متغیر بود. از ۱۷ بیمار ۱۱ نفر فقط سالک لب (۶۴ درصد) و ۶ نفر بقیه علاوه بر سالک دارای یک یا چند ضایعه جلدی نیز بودند. ضایعات مخاطی بیماران به شکل ندول یا زخم های لب پائین یا بالا دیده می شدند که معمولاً دارای دلمه بودند (شکل ۱). در اکثر بیماران عدم پاسخ به درمانهای موضعی و آنتی بیوتیک های سیستمیک دیده شد. در ضمن شواهدی از گرفتاری سلامت عمومی بیماران به دست نیامد.

معرفی می شدند آزمایش مستقیم (Slit-Skin Smear) بعمل می آمد. برای انجام آزمایش از کناره زخم خصوصاً از بافت همبند به کمک یک لانت استریل نمونه هایی برداشته و روی یک لام تمیز گسترش تهیه می گردید. از هر بیمار حداقل ۲-۳ گسترش تهیه می شد. به هنگام تهیه گسترش سعی می شد از خون یا ترشحات خون دار استفاده نشود تا تشخیص را دچار اشکال سازد. هنگام نمونه برداری از هیچ داروی هوشببری موضعی استفاده نشد. گسترش محلول گیمسا رقیق شده و به مدت ۲۵ تا ۳۰ دقیقه رنگ آمیزی می شدند. تشخیص قطعی ضایعه فقط با مشاهده اجسام لیشمن در گسترش داده می شد. ضمناً برای هر بیمار پرسشنامه ای حاوی مشخصات فردی، مدت بیماری، نمای ظاهری ضایعه و محل آن، استفاده و یا عدم استفاده از داروهای درمانی و انواع آنها تنظیم می شد.



شکل ۱. سالک لب - لب پائین مبتلا به زخم دلمه دار وسیع است.

بحث

تاکنون گزارشات معدودی در مورد لیشمانیوز لب ارائه شده است از آنجمله اسوستی و همکارانش (۸) در سال ۱۹۹۲ گزارشاتی بعنوان لیشمانیوز لب از یونان ارائه کردند. خالد الهوشی (۶) در سال ۱۹۹۳ از عربستان گزارش نمود که طی دو سال از بین ۷۲ بیمار مبتلا به سالک جلدی ۱۲ نفر (۱۶/۷ درصد) دچار لیشمانیوز لب بودند. وی خاطر نشان کرد که در عربستان سالک لب نوعی ضایعه نسبتاً شایع از اشکال سالک جلدی است. برعکس، در بررسی حاضر دیده شده که سالک لب در اهواز مرکز استان خوزستان بصورت غیرمعمول در میان سالک جلدی مشاهده می شود (۰/۵۹ درصد) و حتی این شکل از لیشمانیوز جلدی از سایر نقاط ایران گزارش نگردیده است (۷).

تشخیص سالک لب هم از نظر بالینی و هم از نظر آزمایشگاهی همیشه از موضوع های قابل توجه است. این شکل از ضایعه از نظر بالینی ممکن است با ضایعاتی چون تبخال، زرد زخم، تروما، Fixed drug eruption شانکر، سیفلیس، سندرم مکلرسون روزنتال کیلیت گرانولومی سار کوئیدوز، لمفادم، لمفانژیوم، موکوسل، جذام، سل و SCC اشتباه گردد که در اینصورت شکل و مدت بیماری و خصوصاً منطقه مورد نظر تا حد زیادی به تشخیص افتراقی کمک می نمایند. تشخیص سالک لب در صورت وجود زخم های سالکی در سایر نقاط بدن تا حدی تشخیص را آسان می سازد. همانطور

که در بررسی حاضر ۶ بیمار از ۱۷ بیمار مبتلا به سالک لب دارای زخم های لیشمانیوز در سایر نقاط بدن بودند که این امر خود راهنمای خوبی برای دستیابی به تشخیص افتراقی بود. معمولاً نمای ظاهری و سیربیماری سالک در نواحی بومی و در موارد همه گیری به تشخیص کمک می نماید گرچه در مواردی تشخیص قطعی از روی شکل ضایعه مشکل و حتی غیرممکن است. در چنین مواردی و عموماً برای رفع هرگونه شبهه ای تأیید تشخیص آزمایشگاهی برای درمان بیمار ضروری است.

آزمایش مستقیم و مشاهده اجسام لیشمن یا آماستیگوت انگل در نمونه های گسترده شده روی لام تشخیص را قطعی می سازد ولی گاهی آزمایش مستقیم به دلایلی نظیر اشکال در نمونه برداری و عدم تجربه کافی بررسی کننده نتیجه بخش نیست. در این صورت می توان به روش های تشخیصی دیگر توسل جست.

fine needle aspiration cytology (۹)، کشت در محیط های مناسب، تلقیح به هامستر (۳)، آزمون پوستی لیشمانین (۱۰، ۱۱) بررسی آنتی بادی های سیرکولان به روش ایمونوفلورسانس غیرمستقیم (۱۲)، ELISA (۱۳، ۱۴)، و واکنش زنجیره ای پلیمرز PCR (۱۰) از جمله روش های تشخیصی دیگری می باشند که می توانند در موارد خاص به تشخیص کمک کنند اگر چه هر یک مشکلات و محدودیت های خاصی را نیز دارند.

در پایان بحث یکبار دیگر توجه
همکاران جوان و یا افرادی را که در منطقه
خوزستان به طبابت مشغولند به وجود این
شکل از ضایعه سالک جلدی (سالک لب)
جلب نموده تا به دنبال تشخیص قطعی
ضایعه در نهایت به درمان اساسی آن

بپردازند.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از زحمات آقای مهندس
محمود لطیفی و پرسنل مرکز انگل شناسی
خوزستان (اهواز) قدردانی می‌شوند.

منابع:

- 1- Evans TG. Leishmaniasis. Infect Dis Clin North Am. 1993; 7(3): 537-46.
- 2- Dowlati Y. Cutaneous Leishmaniasis: Clinical aspect. Clin Dermat. 1996; 14 (5): 425-431
- 3- Moschella S, Cropley T.G. Leishmaniasis. In: Moschella S, Hurley, HJ (eds). Dermatology, W.B. Saunders, 1992; 1117-21.
- 4- Bryceon A D M and Hay R J Leishmaniasis. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG (eds). Textbook of Dermatology. Blackwell Scientific Publications, 1992; 1251-1263.
- 5- Desjeus P. Leishmaniasis. Clin Dermatol. 1996; 14(5): 417.
- 6- EL- Hoshy K. Leishmaniasis. J Am Acad Dermatol. 1993; 28: 661-2.
- 7- اردهالی، ص- رضائی، ح-ر- ندیم، انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها. مرکز نشر دانشگاهی تهران. ۱۳۶۴ صفحات ۹-۱۰۴ و ۱۴۹.
- 8- Asvesti C, Anastasiadis G, et al. Oriental sore: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992; 73(1): 56-8.
- 9- Al-Jitawi SA, Farraj SE, Ramahi SA Conventional scraping versus fine needle aspiration cytology in the diagnosis of cutaneous Leishmaniasis. Acat Cytol. 1995; 39(1): 82-8.
- 10- Reed SG. Diagnosis of leishmaniasis. Clin Dermatol. 1996; 14(5): 462.
- 11- Manson - Bahr P. Leishmaniasis. In: Hoeprich PD, Jordan MC (eds). Infectious Diseases. J.B. Lippincott Co. 1989: 1341-52.
- ۱۲- آصفی، و، ایمنی در بیماریهای انگلی، انتشارات مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشت و درمان پزشکی - زمستان ۱۳۶۴، صفحات ۳۵ و ۳۶.
- 13- Farah FS, Klaus SN, Frankenbury S, et al. Leishmaniasis. In: Fitzpatrick TB, et al (eds). Dermatology in General Medicine. McGraw- Hill, Inc. 1993: 2772-2777.
- 14- Rose NR, Friedema H, Fahey JL. Leishmaniasis. Manual of Clinical Laboratory Immunology. American Society for Microbiology. 1986: 468.