

تظاهر غیر معمول لیشمانیوز جلدی در یک

بیمار با پیوند کلیه

دکتر اسدالله کیانی^۱، دکتر فریبا ایرجی^۲، دکتر فضل‌الله شریعتی^۲

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

لیشمانیوز جلدی در بیماران پیوند کلیه که داروهای مهارکننده ایمنی دریافت می‌کنند، ممکنست به صورت غیر معمول بروز نماید و باعث تأخیر در تشخیص و درمان گردد. از طرفی درمان این بیماری نیز در این بیماران باید با احتیاط صورت گیرد، چرا که احتمال تداخل دارویی ترکیبات آنتی‌موان با سیکلوسپورین و متابولیت‌های آن وجود دارد. در این گزارش، مرد ۴۵ ساله‌ای با سابقه ۵ ساله پیوند کلیه و تحت درمان با داروهای

مهارکننده ایمنی معرفی می‌شود که دچار یک زخم وسیع و دردناک در ناحیه فوقانی سینه در سمت چپ بدن گردیده بود. پس از بررسی‌های آزمایشگاهی تشخیص لیشمانیوز جلدی برای وی مطرح شد و به‌طور موفقیت‌آمیزی با گلوکاتیم عضلانی به مدت ۳ هفته درمان گردید.

واژه‌های کلیدی: لیشمانیوز جلدی، پیوند کلیه،

مهار ایمنی

مقدمه

لیشمانیوز جلدی بیماری است که عامل آن انگل لیشمانیا و ناقل آن پیشه‌خاکی می‌باشد. بیماری به دو شکل مرطوب یا روستایی و خشک یا شهری دیده می‌شود. در نوع مرطوب، بعد از یک دوره نهفتگی کوتاه، یک پاپول سفت ایجاد می‌شود که در طی چند ماه بزرگتر شده و ایجاد یک ندول می‌کند که ممکنست در طی چند هفته، زخمی شود. معمولاً در عرض ۶ ماه ضایعه به‌طور خودبخود بهبود می‌یابد و از خود جوشگاه بر جای می‌گذارد. در نوع خشک یا شهری، سیر بیماری کندتر و دوره نهفتگی بیماری طولانی‌تر است (۱). لیشمانیوز پوستی گاهی به اشکال غیر معمول دیده می‌شود که به صورت ندولار، هیپرکراتوتیک، آگزمایی، بادسرخ، اسپوروتریکوئید، زوستریفرم، زگیلی، زرد زخمی و لوپوئید می‌تواند باشد (۲). سالک مزمن به دنبال مرحله حاد بیماری ایجاد می‌شود. اعتقاد بر این است که این نوع سالک در نتیجه یک واکنش مخصوص به اجسام لیشتمن که برای سالها در بدن میزبان باقی می‌ماند، به وجود می‌آید.

در شکل راجعه یا لوپوئید بیماری پاپول‌های قهوه‌ای مایل به قرمز یا قهوه‌ای مایل به زرد، در اطراف جوشگاه قدیمی سالک یا کاملاً بر روی جوشگاه ظاهر می‌شوند. گزش مجدد پشه آلوده در این بیماران نیز می‌تواند واکنش توبرکولیدی ایجاد کند که در این حالت ممکنست ضایعه راجعه را در فاصله دورتری از جوشگاه قبلی مشاهده کنیم. نوع لوپوئید به درمان مقاوم است و سیر آن بسیار مزمن می‌باشد (۳).

معرفی بیمار

بیمار مردی ۴۵ ساله، اهل و ساکن دولت‌آباد اصفهان می‌باشد که با زخمی وسیع در ناحیه فوقانی سینه و زیربغل، در سمت چپ بدن، مراجعه نموده بود. مشکل بیمار از حدود یک سال پیش به صورت یک پاپول بدون درد و خارش در ناحیه فوقانی سینه، در سمت چپ، شروع شده بود. این پاپول بتدریج بزرگتر و زخمی شد. بعد از گذشت سه ماه ضایعات پاپولر خطی به شکل طناب در اطراف ضایعه اولیه ایجاد شده که تدریجاً به هم پیوسته و پس از زخمی شدن، ایجاد زخمی وسیع در ناحیه فوقانی سینه و زیربغل، در سمت چپ بدن نموده بود. در هنگام

مؤلف مسئول: دکتر اسدالله کیانی - اصفهان، بیمارستان الزهرا، بخش پوست

کلیه، درمان بیمار با گلوکاتیم عضلانی به میزان ۳۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در روز آغاز گشت. پس از دو هفته درمان و کنترل منظم عملکرد کلیه، ضایعات بیمار بهبودی قابل توجهی یافت (تصویر ۲). در پایان سه هفته درمان، ضایعات به طور کامل بهبود یافتند و درد بیمار نیز برطرف شد. در پایان درمان، BUN بیمار ۲۳ و کراتینین بیمار ۱/۵ بود.

بحث

در این بیمار جوشگاه سالک قدیمی که در کودکی ایجاد شده بود، بر روی گونه چپ وجود داشت. امروز معتقدند که انگل های لیشمانیا سال ها در بدن باقی می ماند و می توانند با تغییر وضعیت ایمنی بیمار و واکنش اختصاصی میزبان، به صورت بالینی تظاهر نمایند (۳). از طرفی ایمنی بر علیه بیماری کامل نیست و ممکنست عفونت مجدد (تا ۱۰ درصد موارد) ایجاد شود (۴). این بیمار ساکن منطقه بومی سالک (دولت آباد اصفهان) می باشد و در این منطقه، بیمار مرتباً در معرض گزش پشه خاکی بوده است. از طرفی بیمار در حدود ۵ سال پیش پیوند کلیه شده بود و داروهای مهارکننده ایمنی دریافت می کرده است. مصرف این داروها در بیماران پیوند کلیه می تواند عفونت خاموش را فعال کند و تظاهر غیر معمول بیماری نیز باعث تأخیر در تشخیص شود. علاوه بر آن در درمان این بیماران با ترکیبات آنتی موان باید احتیاط کامل صورت گیرد، چرا که احتمال تداخل دارویی با متابولیت های سیکلوسپورین وجود دارد (۵). در بیماران با مهار سیستم ایمنی، لیشمانیوز پوستی ممکنست به صورت منتشر دیده شود ولی پاسخ اختصاصی مثبت به آنتی ژن لیشمانیا، توجه کننده پاسخ مناسب به درمان با ترکیبات آنتی موان می باشد (۶). در این بیمار نیز درمان سه هفته ای با گلوکاتیم، باعث بهبودی کامل ضایعات شد.

مراجعه، این زخم بسیار حساس و دردناک بوده و سطح آن را نسج گرانولاسیون پوشانده بود. همچنین پاپول های اریتماتوی سفت در اطراف زخم به صورت اقماری مشاهده می شد. بر روی گونه چپ بیمار نیز جوشگاه قدیمی سالک وجود داشت که بیمار زمان ابتلاء آن را در کودکی ذکر می نمود. (تصویر ۱). در معاینه عمومی بیمار تب، لنفادنویاتی و ارگانومگالی نداشت. بیمار ۵ سال قبل پیوند کلیه شده بود و تحت درمان با پردنیزولون، سیکلوسپورین و آزاتیوپرین بود. از ضایعات بیمار، با شک به پیودرماگانگرونوزوم، بیوپسی به عمل آمده بود که آسیب شناسی ضایعه با این تشخیص مطابقت داشت. بر این اساس دوز پردنیزولون بیمار از ۱۰ میلی گرم در روز به ۴۰ میلی گرم در روز افزایش یافته بود. اما پس از دو هفته درمان، بهبودی حاصل نشده بود. در این هنگام از ضایعات بیمار اسمیر و کشت از نظر باکتری و همچنین آزمایش زانک (Tzank) از نظر ویروس هرپس به عمل آمده بود که همگی منفی بودند. ولی با این حال به علت یک طرفه و زوستریرفرم بودن ضایعات و مصرف داروهای مهارکننده ایمنی، با تشخیص زونا بیمار تحت درمان با آسیکلوویر وریدی قرار گرفت. همزمان از ضایعات بیمار مجدداً بیوپسی به عمل آمد که در آسیب شناسی در درم سطحی و عمقی، نکروز همراه با ارتشاح سلول های التهابی حاد و مزمن از نوع نوتروفیل، لنفوسیت و هیستوسیت همراه با میکروآبسه مشاهده شد. اپیدرم فاقد تغییرات بود و گرانولومی در درم دیده نشد. سلول های چند هسته ای و سلول های ژانت و انکلوژن داخل هسته ای نیز گزارش نشد. رنگ آمیزی PAS از نظر قارچ های عمقی نیز منفی بود. اسمیر مستقیم از نظر جسم لیشمن به عمل آمد که مثبت گزارش شد. کشت خون بیمار و نیز نمونه خون بیمار از نظر جسم لیشمن منفی بود. با توجه به BUN و کراتینین بیمار (به ترتیب ۳۲ و ۲/۲) و با نظر متخصص



تصویر ۱ - بیمار قبل از درمان (مربوط به صفحه ۴۱)



تصویر ۲ - بیمار بعد از درمان (مربوط به صفحه ۴۱)

منابع

- 1 - Arnold H. Parasitic infections, stings, and bites. In: Arnold H, Odom R, James W (eds). Andrews' diseases of the skin. Philadelphia: W B Saunders Company, 1990: 488-492.
- 2 - Dowlati Y. Cutaneous leishmaniasis: clinical aspect. Clin Dermatol 1996; 14:425-32.
- ۳ - اصیلان، علی. لیشمانیوز جلدی (سالک). اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۱: ۵۱-۴۶.
- 4 - Lerner EA, Grevelink SA. Leishmaniasis. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1163-64.
- 5 - Moulin B, Ollier J, Bouchouared D, et al. Leishmaniasis: a rare cause of unexplained fever in a renal graft recipient. Nephron 1992; 60:360-2.
- 6 - Rosatelli SB, Souza CS, Soares FA, et al. Generalized cutaneous leishmaniasis in acquired immunodeficiency syndrome. J Eur Acad Dermatol Venereol 1998; 10:229-32.