

نوکار دیوز جلدی: گزارش یک مورد

دکتر علی محمد نامیان^۱، دکتر مینا میر نظامی^۲

۱- استادیار، ۲- دستیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نوکار دیوز جلدی، بیماری حاد تا مزمن چرکی است که وسیله باکتری گرم مثبت هوازی ایجاد می‌شود. بیماری ممکن است محدود به پوست باشد یا به صورت سیستمیک تظاهر کند. در نوع جلدی، ضایعه‌ها معمولاً بعد از تروما، به صورت سلولیت، پوستول، آبه یا پیودرما تظاهر می‌کند. شایع‌ترین عامل نوکار دیوز جلدی، *Nocardia brasiliensis* است. در این جا مرد جوانی گزارش می‌شود که به دنبال تصادف و پرتاب بدن به زمین که به قطع دست راست وی منجر شد، در نزدیکی محل قطع عضو دچار نوکار دیوز جلدی شد که با کوتریموکسازول تحت درمان کامل قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: نوکار دیوز جلدی، تروما، کوتریموکسازول

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۵): ۴۲۳-۴۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۲۷ اعلام قبولی: ۱۳۸۴/۱۲/۶

معرفی بیمار

اندوره بود و از فیستول‌های متعدد آن چرک خارج می‌شد (تصویر شماره ۱). وی در بخش پوست با تشخیص احتمالی آکتینومیکوزیس، عفونت با قارچ‌های عمقی، سل جلدی مقاوم به درمان بستری و تحت بررسی‌های متعدد قرار می‌گیرد. در نمونه برداری از ضایعه‌ها، گرانول مشخص آکتینومیکوز یا گرانوم تیبیک سل دیده نمی‌شود. سرانجام در یکی از نمونه‌های فرستاده شده برای کشت قارچ، نوکار دیا رشد می‌کند. بیمار با تشخیص نوکار دیوز جلدی تحت درمان با کوتریموکسازول قرار می‌گیرد. درگیری سیستمیک در وی دیده نشد. پس از یک ماه بستری، بهبودی چشم‌گیری در ضایعه‌ها مشاهده و بیمار با همان درمان مرخص شد.

مرد ۳۵ ساله‌ای اهل و ساکن اهواز، پس از تصادف و پرتاب شدن به زمین، دچار صدمه شدید دست راست و در نهایت به قطع این عضو می‌شود. شش ماه پس از قطع عضو، در پشت وی در همان سمت جوش کوچکی پیدا می‌شود که به تدریج تعداد آن‌ها افزایش می‌یابد. از این ضایعه‌ها چرک خارج می‌شود. با مراجعه به پزشکان و دریافت آنتی‌بیوتیک‌های مختلف، به علت وسعت ضایعه و پاسخ نگرفتن از درمان، در بخش پوست اهواز بستری می‌شود. در آن جا پس از آزمایش به دلیل مشاهده‌ی باسیل اسید فاست در رنگ آمیزی چرک خارج شده از فیستول‌ها، بیمار، با تشخیص سل جلدی تحت درمان قرار می‌گیرد که پس از شش ماه تغییری در وضع خود نمی‌بیند و برای معالجه به شیراز مراجعه می‌کند. در زمان مراجعه در سمت راست پشت بیمار پلاک وسیع نامنظم دیده می‌شد که در لمس،

مؤلف مسول: دکتر علی محمد نامیان - شیراز، خیابان زند، درمانگاه الحاقی شهید فقیهی، درمانگاه پوست، دفتر بخش پوست

پست الکترونیک: namiana@sums.ac.ir



تصویر شماره ۱- فیستول‌های متعدد با ترشح چرکی در پشت بیمار

بحث

نوکاردیوز، بیماری حاد تا مزمن چرکی است که وسیله باکتری گرم مثبت نوکاردیا ایجاد می‌شود (۱،۲) که پاتوژنی فرصت طلب است و اغلب در افراد با بیماری‌های مزمن پیش‌رونده یا با نقایص سیستم ایمنی مثل ایدز، پیوند اعضا، سندرم کوشینگ، دیابت، مصرف کورتیکواستروئید دیده می‌شود. از آن جا که ارگانسیم از خاک جدا شده است، عفونت اگزوزن محسوب می‌شود و می‌تواند به طور مثال از طریق استنشاق گرد و غبار آلوده یا به دنبال تروما و تماس پوست با خاک آلوده ایجاد شود (۱).

بیماری ممکن است به صورت سیستمیک یا جلدی ظاهر کند. درگیری ریه در ۷۵٪، مننژ ۳۰٪ و پوست هم در ۳۰٪ موارد گزارش شده است. علائم در درگیری ریه و مننژ مشابه علائم سل این ارگان‌ها است. درگیری پوستی با *Nocardia brasiliensis* شایع‌تر از *Nocardia asteroides* است (۱-۴) و به صورت آبسه‌های لوکالیزه در پوست، سینوس‌های درناژکننده، ندول‌های چرکی، پیودرما، لنفانژیت، سندرم شانکریرم اولیه دیده می‌شود

(۳-۶، ۱). تشخیص آن بر اساس اسمیر چرک یا خلط با رنگ آمیزی گرم، متتامین سیلور، تکنیک اسید فاست مقدور است که باکتری گرم مثبت فیلامنتوس که به طور جزئی اسید فاست است دیده می‌شود. کشت در محیط Sabouraud glucose agar همراه با آنتی‌بیوتیک، کلونی *glabrous*، *folded*، *compact* به رنگ گرم تا قرمز را نشان می‌دهد (۵، ۱).

درمان انتخابی آن کوتریموکسازول، ۴ قرص دو بار در روز به مدت ۶ تا ۱۲ هفته و درمان‌های جایگزین شامل مینوسیکلین، آمپی سیلین، آمیکاسین و اخیراً ایمپنم است (۴-۶، ۱).

نوکاردیوز جلدی باید در تشخیص افتراقی بیماران با پوستول، ندول، فیستول‌های درناژکننده متعدد قرار گیرد، به خصوص اگر بیمار سابقه تروما و آسیب‌های پوستی را ذکر کند. در هر بیمار مبتلا به سل پوستی که به درمان‌های رایج جواب نمی‌دهد نیز باید به فکر نوکاردیوز جلدی باشیم.

References

- 1-Slevogt H, Schiller R, Wesslmann H, et al. Ascending cellulitis after an insect bite. *Lancet* 2001; 357: 768.
- 2-Maraki S, Scoulica E, Alpantaki K, et al. Lymphocutaneous nocardiosis due to *Nocardia brasiliensis*. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2003; 47: 341-44.
- 3-Maraki S, Chochlidakis S, Nioti E, et al. Primary lymphocutaneous nocardiosis in an immunocompetent patient. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2004; 15: 24.
- 4-Odom RB, James WD, Berger TG (eds). *Andrew's diseases of the skin*. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2000: 411-12.
- 5-Hay RJ, Adriaans BM. Bacterial infections. In: Burn T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds). *Rook's textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2004: 2778-79.
- 6-Goiham-Yahr M, Meneil MM, Brown JM. Actinomycosis, nocardiosis, actinomycetoma. In: Freedberg IM, Eizen AZ, Wolff K, et al (eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill; 1999; 2296-301.
- 7-Wortman PD, Kalter DC. Nocardiosis and Actinomycosis. In: Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, Wintroub BU (eds). *Cutaneous medicine and surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1996: 1006-07.