

تظاهرات بالینی لیشمانیوز جلدی و برخی از ویژگیهای دموگرافیک آن در کرمان

دکتر ایرج اسفندیارپور

استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر افسانه علوی

دستیار بخش پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه

لیشمانیوز پوستی یک عفونت مشترک انسان و حیوان می باشد عامل بیماریزای آن تک یاخته ای به نام لیشمانیا از راسته کیتوپلاست داران (۲ و ۱) است. حامل پارازیت پشه خاکی به نام فلبوتوم می باشد که در روده پشه خاکی دیده می شود سالک به دو نوع شهری و روستایی تقسیم بندی می شود شهر کرمان یکی از مناطق آلوده به لیشمانیوز نوع شهری بوده (۳) و از این لحاظ بعد از تهران، مشهد، نیشابور و شیراز پنجمین کانون عمده این نوع سالک می باشد (۴) به ویژه در محل های شرقی و بافت قدیم آن آلودگی بیشتر دیده می شود شیوع فراوان آن در بین ساکنین شهر، تنوع تظاهرات بالینی بیماری، گرفتاری نقاط مختلف بدن بیماران و شیوع آن در میان افراد و گروه های سنی مختلف ما را بر آن داشت که این بیماری را مورد بررسی قرار دهیم. از طرفی مشاهده مکرر بعضی از یافته های بالینی بیماری که در مطالعات دیگران کمتر گزارش شده است از جمله گرفتاری پوست سر، مخاط، کف دست و پا و چین ناخن ما را بیشتر تشویق نمود تا قدم در راه این امر بگذاریم.

روش

در این بررسی ۶۶۴ بیمار مبتلا به سالک مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان کاشانی و مطب در شهر کرمان در مدت یکسال (فروردین ۷۲ لغایت فروردین ۷۳) به روش مقطعی مورد مطالعه قرار گرفتند. مبنای تشخیص علائم بالینی

چکیده

لیشمانیوز پوستی خشک توسط لیشمانیا تروپیکا ایجاد شده و در ایران آندمیک است. کرمان پنجمین کانون آلوده به نوع خشک این بیماری بوده و بعد از تهران، مشهد، نیشابور و شیراز قرار دارد. برای مطالعه تظاهرات بالینی این بیماری در کرمان ۶۶۴ بیمار مبتلا از میان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست و مطب در مدت یکسال به روش مقطعی مورد مطالعه قرار گرفتند که بعد از تجزیه و تحلیل داده ها خلاصه نتایج بدست آمده به شرح زیر است:

۵۰٪ از بیماران در گروه سنی زیر ده سال و ۲۴٪ در گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال بودند. پاپول در ۴۳٪ و پلاک در ۴۰٪ بیماران شایعترین یافته بالینی بوده، پاپول + پلاک در ۶/۷٪ و ضایعات لوپوئید در ۵٪ بیماران دیده شد. پاپول + تومور کمتر از همه دیده شد. ۵۵٪ بیماران زن و ۴۵٪ مرد بودند.

صورت شایعترین محل گرفتار به بیماری بوده (۳۰٪) گرفتاری اندامهای فوقانی راست و چپ از نظر شیوع ابتدا به بیماری به ترتیب در مرتبه دوم و سوم قرار داشته و در ۱۹٪ و ۱۷/۴٪ بیماران دیده شد. تنه نادرترین محل گرفتار به بیماری در ۰/۴٪ بود.

کانونهای آلوده بیماری بیشتر در خیابانهای سرپاز (۹/۱٪) شاهزاده محمد (۸/۷٪) دیده شد: ۸۸/۵٪ بیماران یا لیشمانیوز حاد (دوره کمتر از یکسال) و ۱۱/۵٪ بیماران با لیشمانیوز مزمن (دوره بیماری بیشتر از یکسال) مراجعه نمودند.

واژه های کلیدی: سالک، کرمان، پشه خاکی، سگ

و اسامیر مثبت بوده است. برای هر بیمار پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنس، مدت ضایعه قبل از مراجعه به پزشک (دوره بیماری) تعداد ضایعات، محل ضایعات، نوع ضایعه و شغل تکمیل گردید. بعداً بیماران تحت درمان قرار گرفتند.

نتایج

از ۶۴۴ بیمار مبتلا به سالک ۳۵۷ نفر (۵۵٪) زن و ۲۸۷ نفر (۴۵٪) مرد بودند. تعداد ۵۴۸ بیمار ساکن کرمان (۸۵٪) و ۹۶ نفر (۱۵٪) از نقاط دیگر استان (بم، ماهان، چترود، باغین، گلبافت، شهداد، جیرفت، زرنند، کوهپایه) بودند. توزیع فراوانی سنی بیماران در نمودار ۱ دیده می‌شود. جوانترین بیمار ۷ ماهه و مسن‌ترین آنها ۷۰ ساله بود. نمودار ۲ توزیع مدت ضایعه قبل از مراجعه به پزشک (دوره بیماری) را نشان می‌دهد. نمودار ۳ نشان‌دهنده توزیع نوع ضایعه می‌باشد.

بحث

علت شیوع سالک در کرمان به‌خصوص در محله‌های شرقی و بافت قدیم وجود عامل بیماری، ناقل، مخزن و شرایط اقلیمی مناسب است. از طرفی وجود مناطق گرم و مرطوب مثل لانه پرندگان، محل زندگی حیوانات اهلی، مناطق بایر بین نواحی مسکونی، محله‌های خاکی، باغچه‌های منازل، شکاف دیوارها، زیرزمینهای نمناک، آب انبارهای قدیمی و تجمع غیربهداشتی زباله‌ها، جملگی زیستگاه مناسبی برای پشه ناقل بوده‌اند. از طرف دیگر آب و هوای خشک منطقه باعث افزایش زاد و ولد پشه شده است این امر به نوبه خود آلودگی را شدت می‌دهد. از آنجائی که اکثر مبتلایان در کرمان از نوع سالک شهری (۳) هستند و مخزن بیماری را سگها و انسانها تشکیل می‌دهند (۱۱) سگها به‌صورت گروهی و یا مجزا به‌خصوص در نواحی بافت قدیم‌شهر (قلعه دختر و قلعه اردشیر) زندگی می‌کنند و اکثراً در شب به‌دنبال یافتن غذا در شهر پراکنده شده و بیماری را با خود حمل می‌کنند. همچنین وجود افراد مبتلا به بیماری و افراد غیرایمن که به‌خصوص گروههای سنی پایینتر را شامل می‌شوند در افزایش موارد جدید بیماری نقش مهمی را ایفا می‌کنند برطبق مطالعه انجام شده آلوده‌ترین مناطق تقریباً منطبق با بافت قدیم‌شهر است. بیماران مراجعه‌کننده بیشتر از خیابانهای سرباز ۵۹ نفر (۹٪) شاهزاده محمد ۵۶ نفر (۸/۷٪) خیابان مهدیه ۳۸ نفر (۶٪) میدان شهدا (مشتاق) ۲۶ نفر (۴٪) سلسبیل ۲۵ نفر (۴٪) بودند.

۵۵٪ بیماران زن و ۴۵٪ مرد بودند. علت گرفتاری بیشتر

خانمها احتمالاً ناشی از این دلایل باشد که خانمها بیشتر از آقایان مراجعه می‌کنند (برای آنها درمان بیماری اهمیت بیشتری دارد) خانمها بیشتر از آقایان در منزل هستند و یا کم‌مو بودن خانمها باشد.

۵۰٪ از بیماران در گروه سنی زیر ده سال، ۲۴٪ در گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال بودند.

به‌نظر می‌رسد افراد مسن بیشتر در مقابل بیماری مصون باشند و این مصونیت را در اوایل طفولیت بدست آورده که در بیشتر آنها دائمی است. این با گزارش دیگران مطابقت ندارد (۱۴-۱۳-۵).

جوانترین بیمار ۷ ماهه و مسن‌ترین آنها ۷۰ ساله بود بیشتر ضایعات در مناطق باز بدن مشاهده شدند. این امر به‌دلیل در دسترس بودن این نقاط برای پشه است. صورت شایعترین محل گرفتار به بیماری بود (۳۰٪). گرفتاری اندامهای فوقانی راست و چپ از نظر شیوع ابتلا به بیماری به‌ترتیب ۱۹٪ و ۱۷/۴٪ در مقام دوم و سوم بودند. چهار مورد (۴/۰٪) گرفتاری تنه دیده شد علت نادر بودن گرفتاری تنه بعلت پوشیده بودن آن است ۳٪ بیماران گرفتاری پوست سر داشتند بعلت وجود موها گرفتاری پوست سر نادر است این مطالعه گرفتاری پوست سر را بیشتر از مطالعات دیگران نشان می‌دهد (۱۳).

گرفتاری چین ناخن انگشتان دست در سه بیمار دیده شد. گرفتار کف پاها دیده نشد ولی یک مورد گرفتاری کف دست داشتیم بر پایه اطلاعات موجود تاکنون گرفتاری کف دست و پا گزارش نشده است.

گرفتاری مخاطی ناشی از لیشمانیا تروپیکا خیلی نادر است (۱۲) بعضی از گزارشها در محل اتصال پوست و مخاط لبها پره‌بینی و حتی قرنیه ضایعات را گزارش نموده‌اند (۱۰، ۲). در این مطالعه گرفتاری لبها در ۶۴ بیمار گرفتاری پلکها در ده بیمار و گرفتاری بینی و پره‌های بینی را در ۷۰ بیمار داشتیم ولی گرفتاری ملتحمه و قرنیه مشاهده نشد. ۶۴/۲٪ بیماران (۴۱۴ بیمار) یک ضایعه داشتند و حداکثر ضایعات در بدن یک بیمار در ده نقطه پوست دیده شد.

در بیشترین تعداد بیماران (۲۰٪) محدوده زمانی ضایعه قبل از مراجعه به پزشک بین ۱۴ تا ۳۰ روز بود و در تعداد اندکی از بیماران (۵/۱۱٪) مدت ضایعه بیش از یکسال بود. ۸۸/۵٪ بیماران (۵۷۰ نفر) با لیشمانیوز حاد (دوره بیماری کمتر از یکسال) مراجعه کردند و ۱۱/۵٪ بیماران با لیشمانیوز مزمن (دوره بیماری بیش از یکسال) مراجعه نمودند که با گزارش دیگران مطابقت دارد (۱۴). در این مطالعه نوع منتشر بیماری مشاهده نشد. برطبق نظر عده‌ای که لیشمانیوز را همانند جذام طیفی از بیماری (حاد مزمن، لوپوئید و منتشر) می‌دانند (۷)

۳. ندیم ابوالحسن، جوادیان عزت‌الدین، سیدرشتی محمدعلی همه‌گیرشناسی لیشمانیوزها در ایران انگل لیشمانیا لیشمانیوزها، مرکز نشر دانشگاهی ۱۳۶۴ ص ۱۵۰-۱۷۵.

۴. یعقوبی ارشادی محمدرضا بررسی لیشمانیوز جلدی در شهر کرمان پایان‌نامه فوق‌لیسانس حشره‌شناسی و مبارزه با ناقلان (۱۳۵۶).

5. AL - Shammari SA, Khojat T, Fehr A. Cutaneous leishmaniasis in Riyadh region. *Int J Dermatol* 1992; 31: 565-567.

6. Azadeh B, Samad A, Ardehali S. Histological spectrum of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania tropica*. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1985; 79: 631-636.

7. Bryceson A. Immunological aspects of clinical leishmaniasis. *Proc R Soc Med* 1970; 63: 1056-1060.

8. Champion RH, Burton JL, et al. *Textbook of dermatology*. 5th ed. Oxford Blackwell 1992; pp 1252-1258.

9. Dowlati Y. Cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatology* 1979; 362-368.

10. Frage D, Frances C, Vouldokis I, et al. Chronic destructive lesions of the mid face and nasal cavity due to *Leishmaniasis*. *Clin Exp Dermatol* 1987; 12: 211-213.

11. Heung Chong. B.A. Oriental Sore. *Int J Dermatol* 1986; 25: 615-622.

12. Miller M, Khan M, Ronnen M, et al. Mucosal involvement of cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol* 1986; 25: 113-114.

13. Momeni AZ, Aminjavaheri M. Clinical Picture of cutaneous leishmaniasis in Isfahan, Iran. *Int J Dermatol* 1994; 33: 260-265.

14. Obasis OE. Cutaneous leishmaniasis in Nigeria. *Int J Dermatol* 1991; 30: 274-275.

15. Nicolis GD, Tosca AD, Stratigus JD, Capetanakis JA. A clinical and histological study of cutaneous *Leishmaniasis*. *Acta Dermatol Venereol (Stockholm)*, 1978; 58: 521-525.

بیماران ما به سه شکل بالینی بیماری یعنی حاد، مزمن و لوپوئید دیده شدند. بنا به گزارش آقای دکتر دولتی از ایران نوع منتشر گزارش نشده است (۹).

پاپول در ۴۳٪ و پلاک در ۴۰٪ بیماران شایعترین یافته بالینی بوده، پاپول + پلاک در ۶/۷٪ و ضایعات لوپوئید در ۵٪ بیماران دیده شد. پاپول + تومور کمتر از همه دیده شد. ضایعات لوپوئید در ۳۲ بیمار (۵٪) دیده شد. این با سایر گزارشها مطابقت دارد که شیوع ضایعات لوپوئیدی را بین ۳ تا ۱۰ درصد گزارش نموده‌اند (۱۵) ضایعات لوپوئیدی باید از نظر بالینی و آسیب‌شناسی از لوپوس و لگاریس افتراق داده شوند (۶).

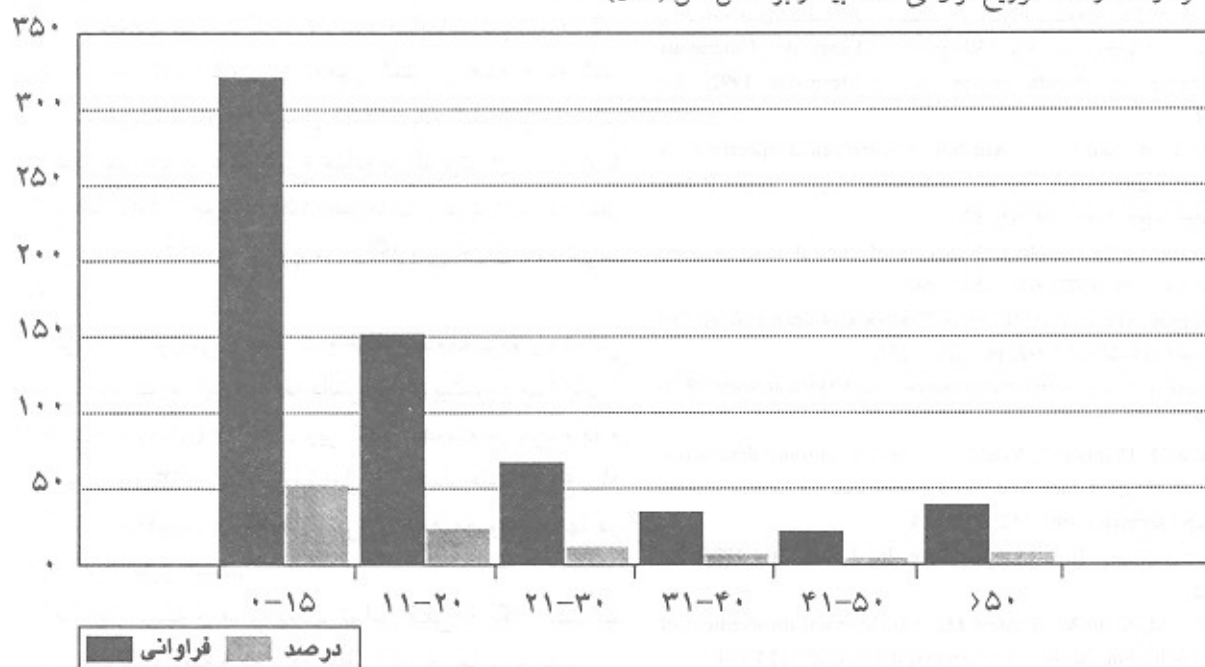
افراد مورد بررسی از طبقات مختلف جامعه بوده و مشاغل متفاوتی داشتند در این مطالعه دانش‌آموزان بیشترین مبتلایان را تشکیل داده (۴۰٪) و اطفال زیر سنین مدرسه در مرتبه دوم اهمیت بوده و ۳۳٪ بیماران را شامل می‌شدند. علت شیوع زیاد سالک در محصلین و بچه‌ها ناشی از عدم مصونیت آنها در مقابل این بیماری است.

افراد بازنشسته و مسن بعلت تماس قبلی با انگل لیشمانیا اغلب مصونیت یافته و کمتر در خطر ابتلا به بیماری هستند.

References:

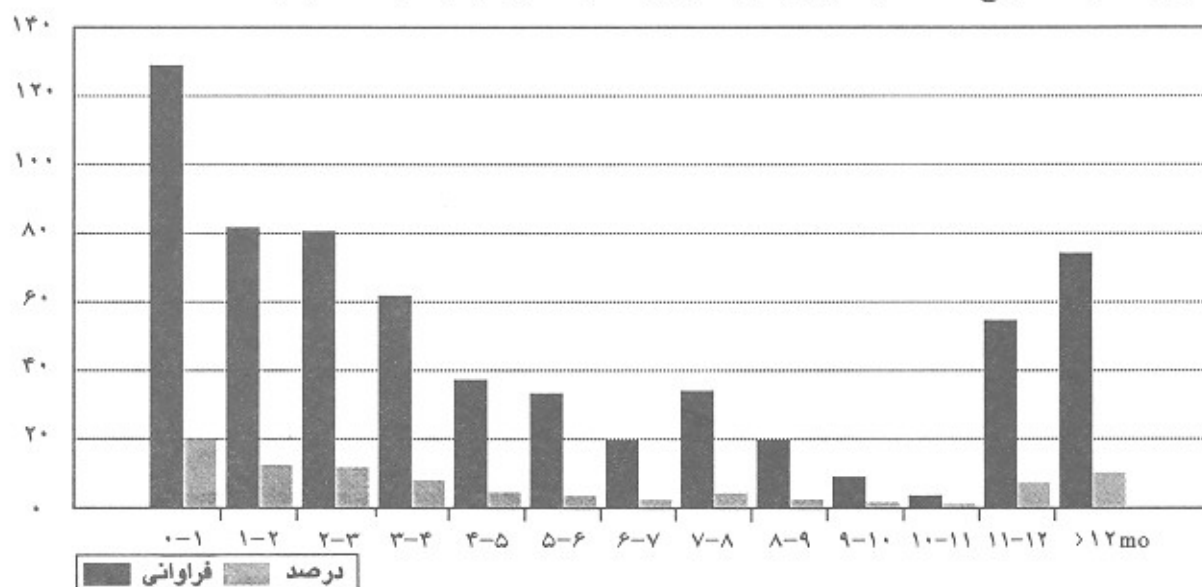
۱. اردهالی، صدرالدین، انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها. مرکز نشر دانشگاهی ۱۳۶۴ ص ۱-۶.
۲. میرسپاسی سیدحسن سالک و انتشار جغرافیایی آن در ایران پایان‌نامه تحصیلی بیماریهای پوست و آمیزشی دانشگاه تهران. ۱۳۵۸ ص

نمودار شماره ۱ - توزیع فراوانی ۶۴۴ بیمار براساس سن (سال)



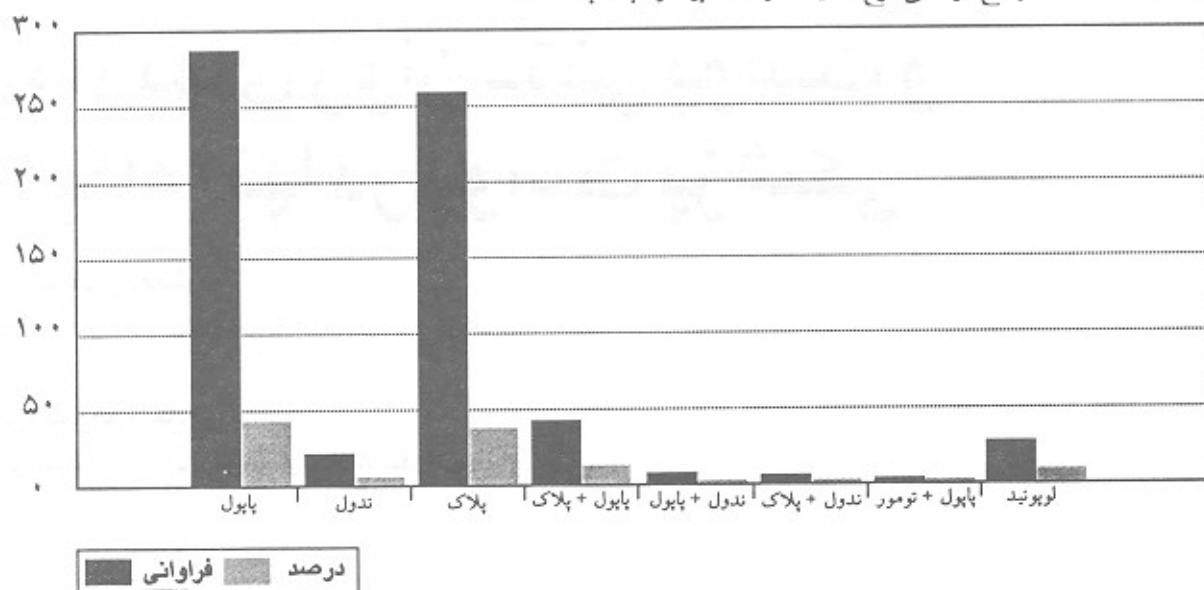
فراوانی	۳۲۴	۱۵۴	۷۲	۳۵	۲۰	۳۹
درصد	۵۰/۳	۲۳/۹	۱۱/۲	۵/۴	۳/۱	۶

نمودار شماره ۲ - توزیع مدت ضایعه قبل از مراجعه به پزشک در ۶۴۴ بیمار مبتلا به سالک (ماه)



فراوانی	۱۲۸	۸۳	۸۱	۶۲	۳۷	۳۵	۲۰	۳۶	۲۰	۸	۳	۵۵	۷۴
درصد	۱۹/۸	۱۲/۸	۱۲/۵	۹/۶	۵/۷	۵/۴	۳/۱	۵/۶	۳/۱	۱/۲	۰/۵	۸/۵	۱۱/۵

نمودار شماره ۳ - توزیع فراوانی نوع ضایعه در ۶۴۴ بیمار مبتلا به سالک



فراوانی	۲۸۰	۲۰	۲۶۰	۳۳	۲	۳	۲	۳۲
درصد	۴۳/۴۷	۳/۱	۴۰/۳۷	۶/۶۷	۰/۶۲	۰/۴۶	۰/۳۱	۳/۹۶