

گزارش یک مورد اسکوپولاریوپسیس برویکالیس از بیماران مبتلا به عفونتهای قارچی ناخن

اکرم میرامین محمدی، دکتر علیرضا فیروز

مرکز آموزش و پژوهش بیماریهای پوست و جذام، دانشگاه علوم

پزشکی تهران

رنگ و هیپرکراتوز در قسمت لateral صفحه ناخن دیده می شد (تصویر شماره ۱). در آزمایش از ناخن با پتاں 10% کنیدهای دو جداره میسلیوم منشعب و ضخیم اسکوپولا ریوپسیس مشاهده شد (تصویر شماره ۲ و ۳).

در کشت بعد از ده روز کلینیکی قهقهه ای چین دار که مشخص کننده اسکوپولا ریوپسیس بود مشاهده گردید (تصویر شماره ۴) که برای صحت عمل چندین نوبت آزمایش قارچ شناسی تکرار گردید که در تمامی آزمایشات مستقیم میسلیوم دیده شد و کشت نیز در هر نوبت انجام شده مثبت گردید.

بحث

عفونتهای قارچی ناخن شامل دو دسته هستند:

۱- کچلی ناخن که به تهاجم درماتوفیتها در صفحه ناخن گفته می شود.

۲- اونیکومایکوزیس ناشی از گروهی از قارچهای غیر درماتوفیتی که می توانند عفونتهایی ایجاد کنند. این عفونتها به خصوص متعاقب ضربه یا بیماری که باعث آسیب رساندن به بافت ناخن شود ایجاد می شوند. عوامل ایجاد کننده اونیکومایکوزیس شامل کپکهای رشته ای غیر درماتوفیتی (اسکوپولا ریوپسیس، فورازاریوم، آکرومونیوم، آسپرژیلوس) و مخمر (کاندیدا آلبیکنس و ڈئوتربیکوم) می باشد. قارچهای رشته ای غیر درماتوفیتی عفونتهای ثانویه را در ناخنها ای که قبل از دچار بیماری شده اند بوجود می آورند اما برخی از آنها قادر نند که به صورت اولیه نیز ایجاد بیماری نمایند. مخمرها به ویژه کاندیدا آلبیکنس از ناخنها دست که دارای ضایعات پارونیکای

چکیده

در یک مطالعه بر روی ۳۳ بیمار مبتلا به عفونت قارچی ناخن با در طی یکسال یک مورد عفونت با اسکوپولا ریوپسیس مشاهده گردید. بیمار مرد ۳۸ ساله ای بود که سابقه سه ساله گرفتاری یک ناخن شست پا را داشته و با تشخیص اونیکومایکوزیس ناشی از تریکوفیتون رو بروم تحت درمان با سه پالس هفتگی ایتراکونازول 200 میلی گرم دوبار در روز در طی سه ماه قرار گرفته و بهبودی بالینی و قارچ شناسی قابل ملاحظه ای را نشان داده است. اما 6 ماه پس از خاتمه درمان مجدد ضایعات ناخن وی عود گردد که این دفعه با چندین نوبت آزمایش مستقیم و کشت اونیکومایکوزیس ناشی از اسکوپولا ریوپسیس برویکالیس مسجل گردید.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۳۸ ساله ای با سابقه سه ساله گرفتاری شست پای چپ مراجعه نمود. در معاینه بالینی حدود 40% صفحه ناخن گرفتار بوده و هیپرکراتوز و اونیکولیز نسبتاً شدیدی را نشان می داد. بیمار سابقه بیماری سیستمیک خاصی نداشته و دارویی (منجمله جهت درمان ضایعه ناخن) مصرف نمی نمود. بیمار تحت بررسی آزمایشات قارچ شناسی (مستقیم و کشت) قرار گرفت. آزمایش مستقیم از نظر درماتوفیت مثبت بوده و در کشت تریکوفیتون رو بروم رشد نمود. بیمار با تشخیص اونیکومایکوزیس تحت درمان با سه پالس هفتگی ایتراکونازول 200 میلی گرم دوبار در روز در طی سه ماه قرار گرفت. بعد از سه ماه درمان سطح ابتلای صفحه ناخن به 10% کاهش یافت. 6 ماه پس از خاتمه درمان بیمار با گرفتاری مجدد قسمت پروکسیمال همان ناخن مراجعه نمود که به صورت نوار باریکی از تغییر

کوئیدیهای لیمویی شکل خشن و دو جداره با انتهای پهن که به دنبال هم قرار گرفته‌اند خارج می‌شوند (تصویر شماره ۵). گاهی فیالیدها مستقیماً بر روی میسلیوم قرار دارند. کوئیدی برخی از گونه‌ها قادر خار می‌باشد. مرحله تلومورف آن متنوع و به شکل‌های میکروآسکوس و کتومیوم دیده می‌شود.^{۲۳}

شیدفر در سال ۱۳۷۰ طی یک بررسی از ۵۴۳ مورد انيکومايكوزيس تشخيص داده شده ۱۹ مورد (۳/۵٪) قارچهای رشته‌ای غیردرماتوفیت را جدا که از این ۱۹ مورد ۷/۶۸/۵ آسپرژیلوس، ۱۵/۸ فوزاریوم اکسی پوروم، و ۷/۱۵/۸ اسکوپولاوپسیس برویکالیس تشخيص داده شد.^۱

سامربل و همکارانش در سال ۱۹۸۹ طی بررسی وسیع به مدت سه ساله بیش از ۴۰۰۰ مورد عفونتها قارچی ناخن کف دست و پا را مورد مطالعه قرار دادند که در این بررسی ۲/۳٪ قارچهای رشته‌ای غیردرماتوفیت که ۳/۳٪ آنها از ضایعات ناخن جدا شده بود و بیشترین عوامل جدا شده اسکوپولاوپسیس برویکالیس، هندرسونلا، آسپرژیلوس سیدوی بود.^{۲۴}

ولز و دیاز در سال ۱۹۸۵ اعلام کردند که از سال ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۲ تعداد ۲۵ مورد انيکومايكوزيس با عوامل قارچهای رشته‌ای غیردرماتوفیت شناسایی شده است و با مقایسه با سالهای قبل روند افزایش چشمگیری داشته است. قارچهای جدا شده عمدها فوزاریوم، آسپرژیلوس، اسکوپولاوپسیس، پنی سیلیوم است.^{۲۵}

ناید و سایرین در سال ۱۹۹۱ گزارشی از جدا کردن اسکوپولاوپسیس از ضایعات ناخن دست یک کشاورز ۴۲ ساله دادند که در آزمایش مستقیم رشته‌های منشعب قهقهه‌ای روشن با تیغه میانی که دارای سلولهای کروی با جدار کلفت در اطراف رشته‌ها بود دیده شد.^{۲۶}

زیمن و چعباوی زاده در سال ۱۹۹۰ یک مورد انيکومايكوزيس با عامل فوزاریوم اکسی پوروم را در ناخن پای یک مرد ۴۶ ساله گزارش نموده‌اند.^{۲۷}

مرکانتینی و همکارانش در سال ۱۹۹۶ در طی یک بررسی روی انيکومايكوزيس از سال ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۴ در شهر رم از ۱۷۶۲ مورد انيکومايكوزيس ۵۹/۱٪ مخمر، ۲۳/۲٪ با عامل درماتوفیت و ۱۷/۶٪ قارچهای رشته‌ای غیردرماتوفیت جدا کردن و قارچهای رشته‌ای غیر درماتوفیت عمدها گونه‌های آسپرژیلوس، اسکوپولاوپسیس برویکالیس و گونه‌های آکرومونیوم بودند.^{۲۸}

در این بیمار به نظر می‌رسد که عفونت اسکوپولاوپسیس بر روی ناخنی که به دنبال عفونت درماتوفیتی آسیب دیده بوده سوار شده است و در واقع یک عفونت مجدد است. این احتمال

مزمن بوده و یا از بستر جدا شده‌اند و یا در بیماران مبتلا به کاندیدیازیس جلدی مخاطی مزمن جدا شده است. عفونتها در ماتوفیتی در ناخن همراه با مخمرها و یا قارچهای رشته‌ای دور از ذهن نیست.

اکثر قارچها در شرایط سالم بودن صفحه ناخن قادر به حمله به آن نیستند. تنها در شرایطی می‌توانند این تهاجم را انجام دهند که صفحه ناخن تحت تأثیر فاکتورهای زمینه‌ای دچار ضایعه شده باشد. یکی از این فاکتورها، آسیب دیدن جریان خون سطحی است. بیماریهای عصبی، دیابت ملتوس، آسیب ناخن به وسیله ضربه‌های مکرر و مختصر و همچنین نقص سیستم ایمنی و یا بیماری ایدز ناخن را برای ابتلا به عفونتها قارچی حساس می‌کند.

بیماریهای قارچی ناخن معمولاً همه ناخنها را مبتلا نمی‌کند بلکه یکی از آنها یا دو تا از ناخنها مبتلا می‌شوند. این بیماری بوسیله تعداد محدودی از قارچهای رشته‌ای و مخمری ایجاد می‌شوند. بیشترین درصد عفونت بوسیله درماتوفیتها ایجاد می‌شود. مخمرها از جنس کاندیدا یعنی کاندیدا آلبیکنیس دومین عامل ایجادکننده عفونت ناخن هستند و بندرت برخی از قارچهای رشته‌ای مانند اسکوپولاوپسیس، هندرسنولاسای تالیدیوم ناخنها را مورد حمله قرار می‌دهند. گرچه عفونتها اخیر بندرت ضایعه ایجاد می‌کنند ولی تشخیص صحیح عوامل ایجادکننده آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا اکثر آنها به داروهای ضدقارچی در دسترس پاسخ کمی می‌دهند.^{۲۹}

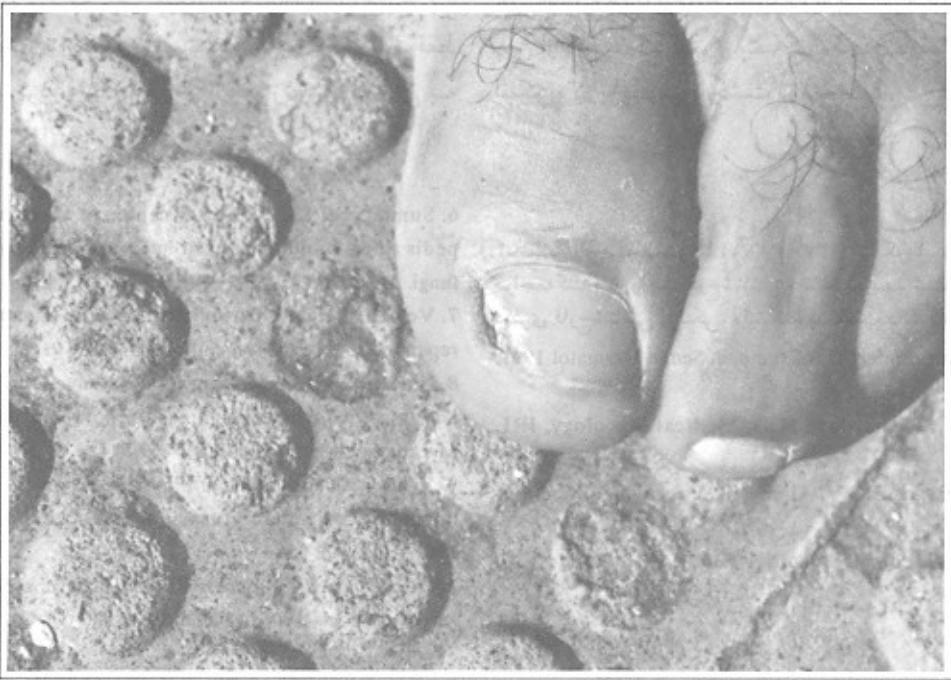
اسکوپولاوپسیس برویکالیس یکی از شایعترین سaprofیتها خاک می‌باشد که انتشار وسیع دارد و بکرات از خاک توسط محققین مختلف در سراسر جهان جدا و گزارش شده است. این قارچ از ضایعات جسم و ناخن نیز جدا شده است. احتمالاً این ارگانیسم پاتوژن اولیه نبوده بلکه بر روی ناخنها آسیب دیده جایگزین می‌شود. این قارچ در ناخن رنگ قهقهه‌ای تیپیک ایجاد کرده و صفحه ناخن را تخریب می‌کند و معمولاً یک ناخن را گرفتار می‌کند. کوئیدیهای لیمویی شکل اختصاصی را که دارای جدار ضخیم هستند می‌توان در ناخن مشاهده کرد. در محیط سابورو دکستروز آگار رشد نسبتاً کندی داشته ابتدا کلینیهای سفید که بتدریج زرد نخودی و یا قهقهه‌ای می‌شوند ایجاد می‌نماید. سطح کلی پودری و تا حدودی چیز دار بوده و در کشتهای کهنه کلینیهای کوچک پلی مورف پنبه‌ای و سفید در سطح کلی ظاهر می‌شوند. پشت کلی غالباً بیرنگ است. ساختمان میکروسکوپی آن از میسلیومهای شفاف و منشعب با تیغه میانی و کلامیدوکوئیدی تشکیل شده است که ساختمان باروری آن تشکیل شده از کوئیدی ماده یا منشعب که بر روی فیالیدهای کشیده و بلند قرار دارتند. که از دهانه آن

علت ساپروفیت بودن اسکوپولاریوپسیس گزارش نشده است و پس از درمان کردن و ریشه کن کردن درماتوفیت عفونت اسکوپولاریوپسیس بازگشت نموده است.

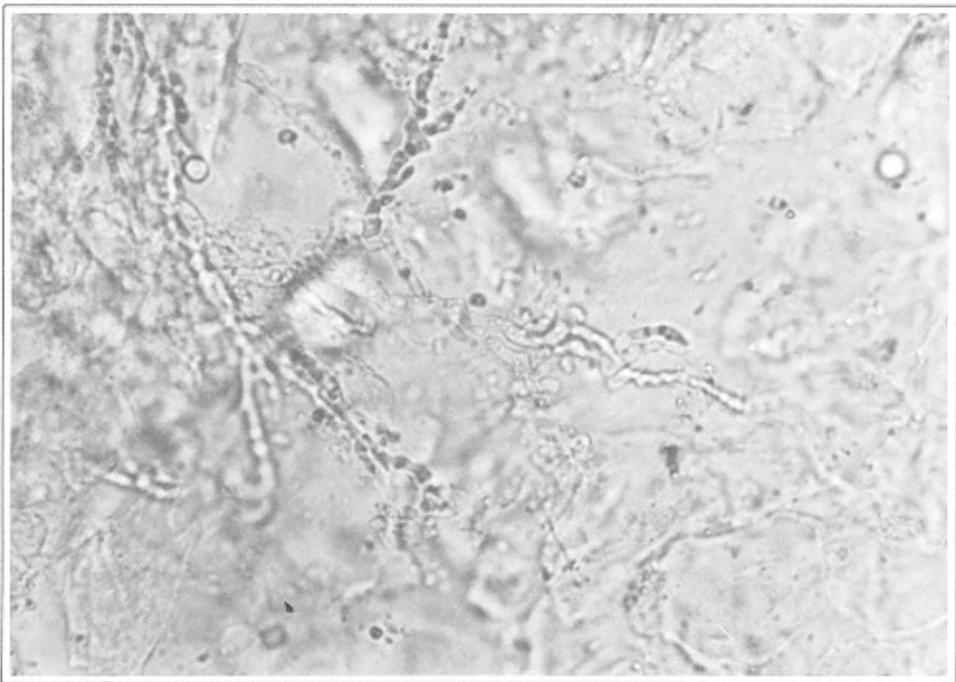
رانیز نمی توان رد کرد که ناخن بیمار از همان ابتدا مبتلا به عفونت درماتوفیتی و اسکوپولاریوپسیس بوده که در کشت فقط درماتوفیت رشد کرده و یا هر دو ارگانیسم رشد کرده ولی به

References:

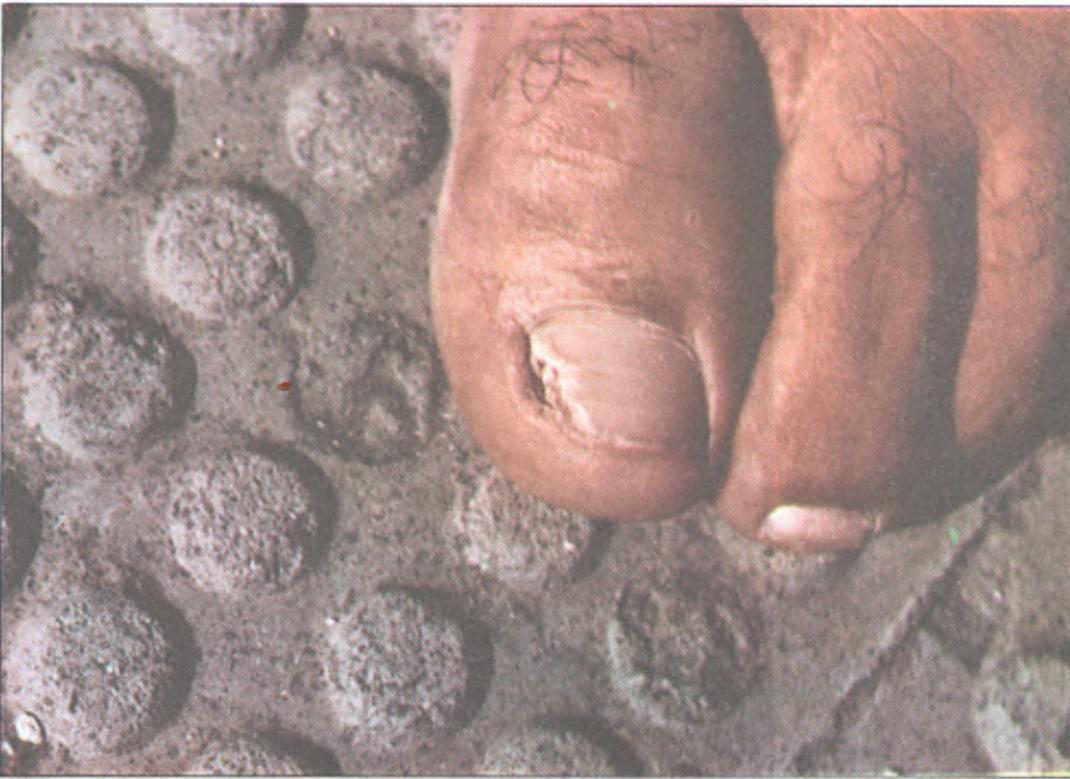
- ۱- شیدفر محمدرضا (۱۳۷۰-۱۳۷۱) انیکومایکوزیس در بیماران مراجعه کننده به واحد قارچ شناسی دانشکده بهداشت، پایان نامه درجه دکتری قارچ شناسی پزشکی، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
2. Haneke E. Fungal infection of the nail. Semin Dermatol 1991, 10 (1): 41-45.
3. Evans E.G.V., Richardson M.D. Medical Mycology, IRL PRESS, 1989.
4. Robert D.T, Evans E.G.V, Allen B.R. Fungal nail infection, Cower publication, 1990.
5. Rippon J.W. Medical Mycology (3rd ed), Saunders Co. Philadelphia, 1988.
6. Summerbel RE, Kane J, Krajden S. Onychomycosis, tinea pedis tinea manuum caused by non-dermatophytic filaments fungi. Mycoses 1989; 32(12): 609-19.
7. Velez H, Diaz F. Onychomycosis due to saprophytic fungi, report of 25 cases. Mycopathologia 1985; 91(2): 87-92.
8. Naidu J, Singh S.M, Pouranik M. Onychomycosis caused by Scopulariopsis brumptii: a case report and sensitivity studies. Mycopathologia 1991; 113(3): 159-644.
9. Zaini F, Chabavizadeh J. First case report of white superficial onychomycosis due to fusarium oxysporum in Iran. J.Sci. Ir, 1990: 10(2): 92-95.
10. Mercontini R, Morello R. Onychomycosis in Rome, Italy. Mycopathologia 1996: 136(1): 25-32.



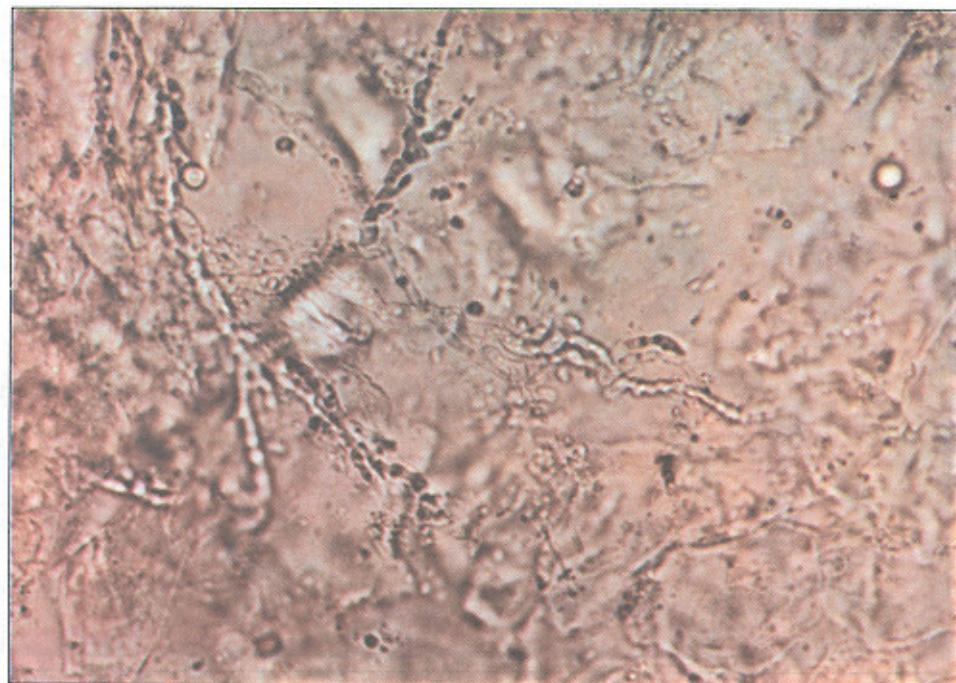
تصویر شماره ۱. تصویر بالینی ناخن بیمار ۶ ماه پس از خاتمه درمان



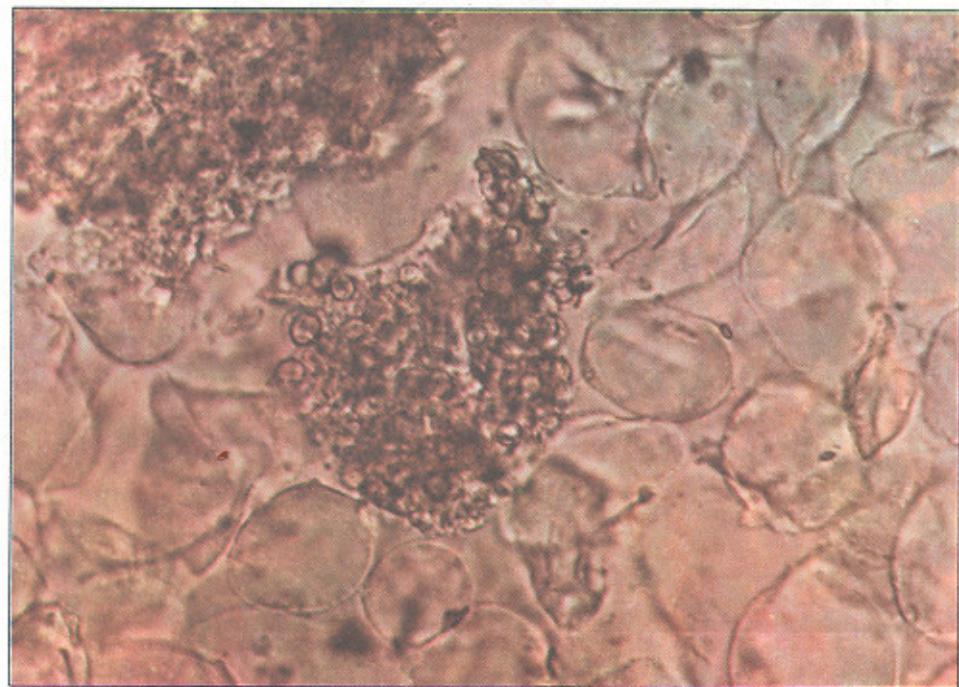
تصویر شماره ۲. منظره ریزبینی اسکوپولاریوپسیس با استفاده از پتاس ۰.۱٪ (میسلیومهای منشعب و ضخیم اسکوپولاریوپسیس)



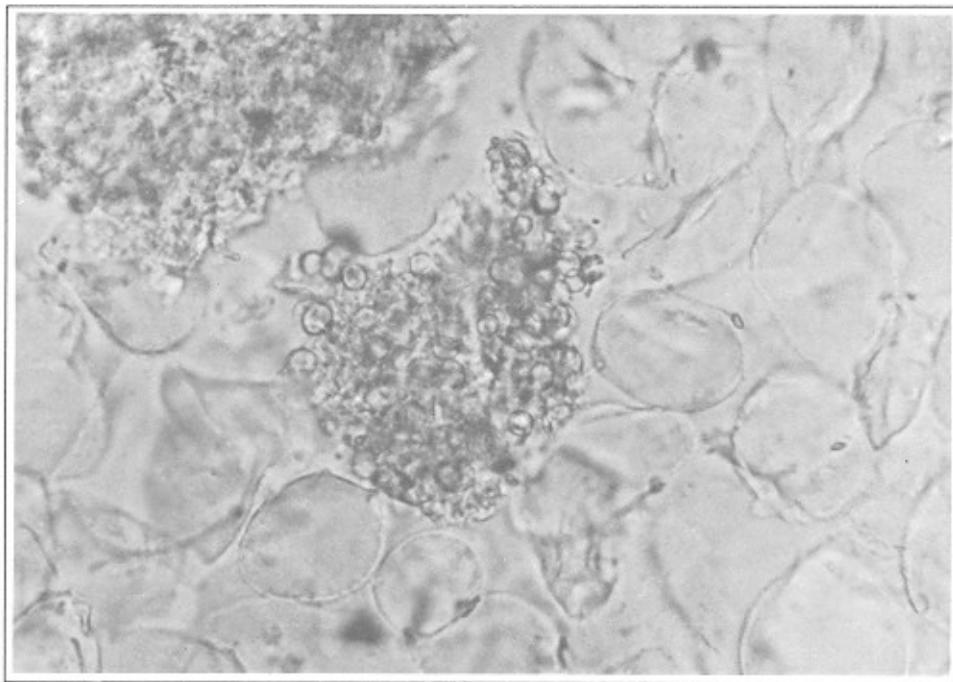
(تصوير صفحة ٣٠ - بالا)



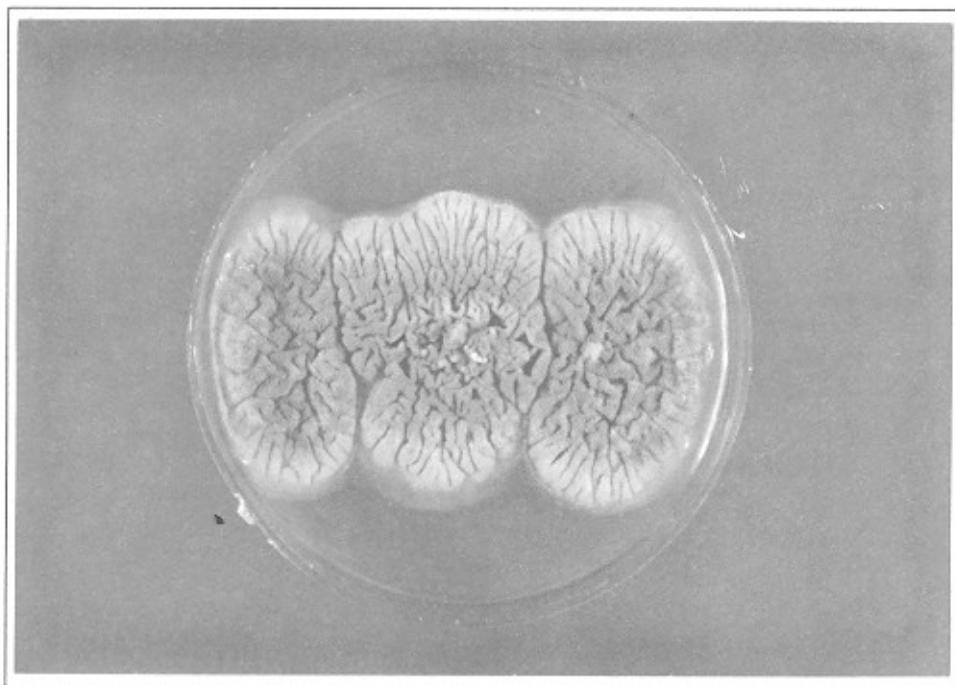
(تصوير صفحه ٣٠ - پایین)



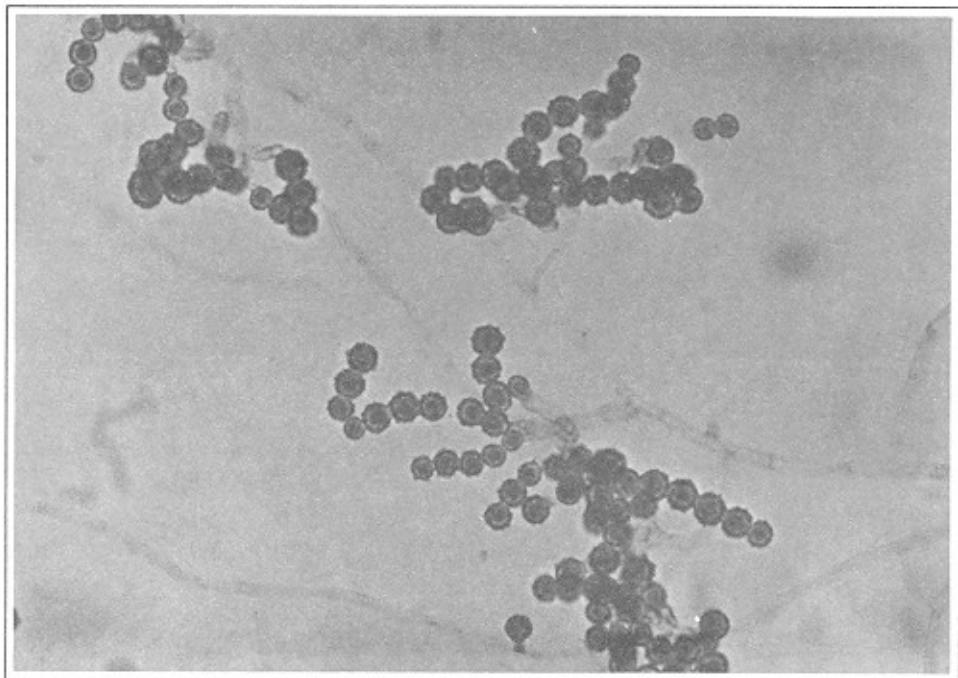
(تصوير صفحه ٣١ - بالا)



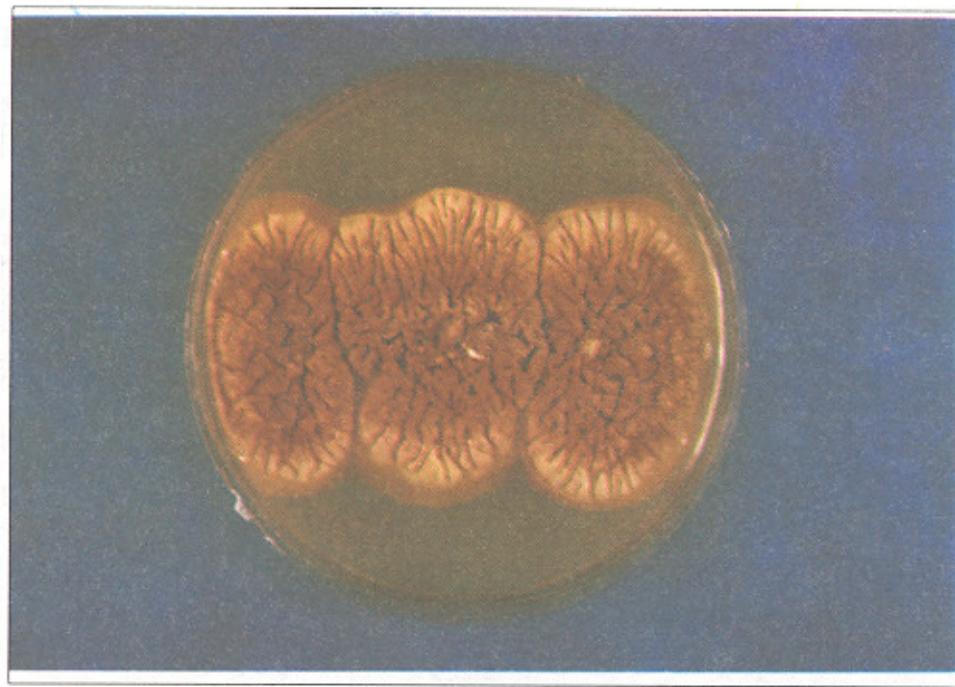
تصویر شماره ۳. منظره ریزبینی اسکوپولاریوپسیس یا استفاده از پ TAS ۱۰٪ (کنیدهای دو جداره و
ضخیم)



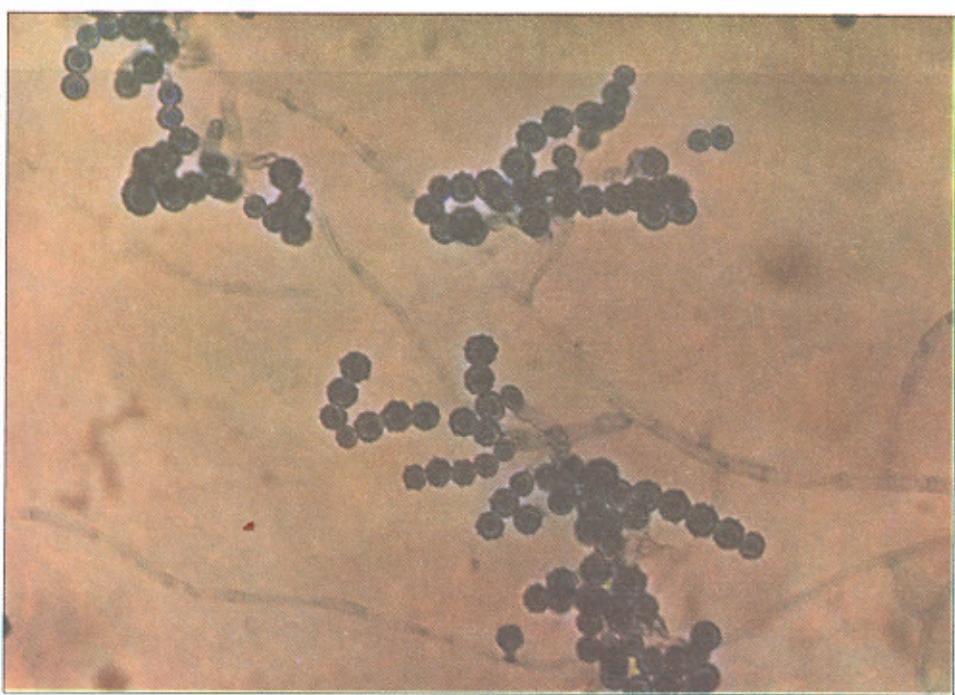
تصویر شماره ۴. منظره ظاهری اسکوپولاریوپسیس بعد از ده روز در محیط سابورو دکستروز آگار



تصویر شماره ۵. منظره ریزه‌بینی اسکوپولاریوسیس در محیط کشت



(تصوير صفحه ٣١ - پایین)



(تصوير صفحه ٣٢)