

بررسی اتیولوژیک بیماریهای قارچی جلدی شایع در یزد

محمود عزیزی* ، دکتر ناهید جیواد**

چکیده:

بررسی بیماریهای قارچی جلدی از نظر بهداشت عمومی در هر منطقه از کشور حائز اهمیت می باشد و شناسایی عوامل اتیولوژیک آنها که در مناطق مختلف متفاوت می باشد، ارزش بسیاری در پیشگیری و درمان آنها دارد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که بر روی ۱۰۵۴ بیمار مراجعه کننده با ضایعات مشکوک جلدی به آزمایشگاه مرکزی یزد انجام شد بیماران از نظر عفونت های قارچی بررسی شدند و همراه با تکمیل پرسشنامه نمونه گیری از ضایعه و آزمایش مستقیم و کشت انجام شد. ۲۶۸ نفر مبتلا به بیماری قارچی جلدی بودند که ۱۵۲ نفر مرد و ۱۱۶ نفر زن بودند حداکثر شیوع بیماری در گروههای سنی ۹-۰ سال (۴۵/۱۵٪) و ۱۹-۱۰ سال (۲۵/۷۵٪) بود. عفونت های قارچی جلدی به ترتیب شیوع: درماتوفیتوزیس (۸۴/۷۰٪) - تینه اوریسی کالر (۵/۶۰٪) - اریتراسما (۵/۲۲٪) - کاندیدیازیس (۳/۷۳٪) و تریکومیکوزیس اگزیلاریس (۷۵٪) بودند. عوامل اتیولوژیک آنها به ترتیب شیوع: تریکوفیتون ویولاسئوم، تریکوفیتون وروکوزوم ، میکروسپوروم کانیس، اپیدرموفیتون فلوکوزوم، تریکوفیتون شوئن لاینی، تریکوفیتون منتاگروفیت، تریکوفیتون روبروم، میکروسپروم جیپستوم، کاندیدا آلبیکانس و نوعی کاندیدا spp بودند. از نظر بالینی انواع کچلی سر (۵۵/۱٪)، بدن (۲۴/۳٪)، دست (۸/۳٪، پا (۵/۶٪)، کشاله ران (۵/۲٪)، ناخن (۱/۲٪) و ریش و سبیل (۰/۳٪) به ترتیب شیوع دیده شد. اندوتریکس شایع ترین کچلی سر (۴۵/۲٪) بود. اکتوتریکس (۴۳/۲٪) فاووس (۱/۶٪) به ترتیب بعدی بودند. ۹ مورد عفونت فامیلی از نوع درماتوفیتوزیس دیده شد. ۵ مورد دمودیسیدوزیس بود که در همه موارد صورت گرفتار بود. کچلی سر اولین و کچلی بدن دومین مورد بیماری مهم منطقه بود.

واژه های کلیدی: اتیولوژی، بیماریهای قارچی جلدی، درماتوفیتوزیس، درماتومیکوزیس.

مقدمه:

عفونت های قارچی جلدی در بین بیماریهای پوست و ضمام آن در انسان شایع می باشد عوامل قارچی بیماریزا در طبقه شاخی پوست جایگزین شده . و فراورده های متابولیکی ناشی از آن ها منجر به تغییرات پاتولوژیک می شود. دو گروه عمده عوامل اتیولوژیک عبارتند از :

۱- درماتومیکوزیس شامل عفونت های جلدی ناشی از گونه های کاندیدا ، قارچ های ساپروفیت و عفونت های جلدی ناشی از انتشار ثانویه عفونت های قارچی احشایی به پوست .

۲- درماتوفیتوزیس یا کچلی که مهمترین و شایع ترین بیماری های قارچی جلدی می باشد و

* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد ، گروه پاتوبیولوژی (مؤلف مسئول)

** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ، گروه نورولوژی

نکرده باشد و داروی ضد قارچ خوراکی یا موضعی استفاده نشده باشد) نمونه برداری شده و آزمایش مستقیم و کشت انجام می شد. نتایج آزمایش مستقیم و کشت در پرسشنامه مخصوص یادداشت می شد.

در مورد ضایعات مو و ریش و سبیل ابتدا با قیچی موها کوتاه و بعد از تمیز نمودن با پنس موجینی موهای آلوده موجود در محل ضایعه که شکسته شده یا تغییر رنگ داده بود و یا بصورت خال سیاه باقی مانده بود برداشته می شد.

در ضایعات متعدد از همه آنها نمونه گیری انجام می شد. نمونه ها روی لام تمیز جمع آوری و در موارد شوره و پوسته با لبه تیز اسکالپل استریل تراشیده و روی لام قرار داده می شد.

در موارد شک به تریکومیکوزیس زیر بغل، موها با قیچی استریل کوتاه و به قطعات چند سانتی متری روی لام قرار داده می شد. در موارد ضایعات بدون مو (کچلی بدن، ران و پوست و...) محل با گاز آغشته با الکل ۷۰ درجه تمیز و سپس با لبه تیز اسکالپل استریل پوسته های کناره ضایعه (که معمولاً فعالترند) تراشیده و روی یک لام یا درون پلیت جمع آوری می شد. در موارد مشکوک به تینه آورسی کالر از نوار چسب اسکاچ استفاده می شد.

در آزمایش مستقیم از نمونه ها، با اضافه کردن ۲-۱ قطره از لاکتوفنل و پوشاندن با یک لامل زیر میکروسکوپ بررسی می شد. موهای آلوده (اکتوتریکس - اندوتریکس - فاووس) و در صورت وجود غلاف در عفونت تریکومیکوزیس زیر بغل و نیز موارد منفی یادداشت می شد.

جهت کشت نمونه ها از دو محیط SCC اگر نمونه مو بود و اگر نمونه غیر مو بود از یک محیط SC و یک محیط SCC استفاده می شد.

لوله های کشت هر ۳-۲ روز و حداکثر هفته ای یکبار از نظر رشد قارچ بررسی و در صورت وجود آلودگی کشت خالص از آن تهیه می شد. بعد

شامل عفونت هایی می شود که منحصراً توسط قارچ های کراتوفیلیک بنام درماتوفیت ها ایجاد می گردد. در تمام دنیا انتشار دارد و هیچ ناحیه جغرافیایی بدون کچلی نمی توان یافت. تنها ۱۱ گونه از ۴۰ گونه درماتوفیتی عوامل شایع کچلی در انسان می باشد و منبع آن انسانی - حیوانی یا از خاک می باشد.

کچلی از شایع ترین عفونت های انسانی بوده و علائم بالینی آن بر اساس جایگزینی در مناطق مختلف بدن بنام کچلی سر، بدن، کشاله ران، دست، پا، ناخن و کچلی ریش و سبیل می باشد.

عوامل اتیولوژیک بیماری های قارچی جلدی عبارتند از: تریکوفیتون ویولاسئوم، T وروکوزوم، میکروسپوروم کانیس، اپیدرموفیتون فلوکوزوم، T شونن لاینی، T متاگروفیت، M، جیپسئوم، کاندیدا آلبیکانس و کاندیدا spp.

با توجه به مسری بودن بیماریهای قارچی جلدی، عدم آگاهی از شیوع و عوامل اتیولوژیک آنها در یزد بعثت نبودن مطالعه ای مشابه، تفسیر ذهنی و تفکر مردم از کچلی سر، بدن و سایر انواع آن، افزایش شیوع و حتی موارد اپیدمی آنها با عدم رعایت بهداشت بویژه در مراکز عمومی (مدرسه - پادگانها - مهدکودک و...) بررسی شیوع این بیماریها و عوامل مسبب آنها به منظور پیشگیری، درمان و کنترل اشاعه آنها ضروری بنظر می رسید.

مواد و روشها:

در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۰۵۴ مورد بیمار با ضایعات پوستی مشکوک به بیماری قارچی که به واحد قارچ شناسی آزمایشگاه توسط متخصصین پوست ارجاع می شدند مورد بررسی قرار گرفتند.

از ضایعات مشکوک در محل مناسب با شرایط خاص (به شرط اینکه بیمار ۳-۲ روز استحمام

از ۶-۴ هفته در صورت عدم رشد عوامل قارچی منفی تلقی می شد.

نتایج :

۵۸۷ بیمار از ۱۰۵۴ بیمار مورد بررسی مرد و ۴۶۷ نفر زن بودند. ۲۶۸ نفر مبتلا به بیماری قارچی جلدی بودند که ۱۵۲ نفر (۵۶/۷٪) مرد و ۱۱۶ نفر (۴۳/۳٪) زن بودند. اختلاف معنی داری بین گروه‌های سنی در دو جنس دیده نشد. تنها در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال بین ابتلای مرد و زن اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$).

۲۰۳ مورد (۸۵/۶۵٪) آزمایش مستقیم و کشت هر دو مثبت بود کشت مثبت در ۱۱ مورد (۶۴/۴٪) و آزمایش مستقیم مثبت در ۲۳ مورد (۹/۷۱٪) دیده شد.

شیوع درماتوفیتوزیس ۲۲۷ نفر (۸۴/۷۰٪)، تینه اورسی کالار ۱۵ نفر (۵/۶۰٪)، اریتراسما ۱۴ نفر (۵/۲۲٪)، کاندیدیازیس ۱۰ نفر (۳/۷۳٪) و تریکومیکوزیس زیر بغل ۲ نفر (۰/۷۵٪) بود.

شیوع انواع درماتوفیتوزیس به قرار زیر بود: کچلی سر ۱۲۴ نفر (۵۵/۱٪)، کچلی بدن ۵۵ نفر (۲۴/۳٪)، کچلی دست ۱۹ نفر (۸/۳٪)، کچلی پا ۱۳ نفر (۵/۶٪)، کچلی کشاله ران ۱۲ نفر (۵/۲٪)، کچلی ناخن ۳۰ نفر (۱/۲٪) و کچلی ریش و سبیل ۱ نفر (۰/۳٪). کچلی سر و بدن به نسبت مساوی در هر دو جنس بود ولی در کچلی های دست، پا و کشاله ران تقریباً افراد مذکر ۳ برابر افراد مونث مبتلا بودند، تمامی موارد کچلی ناخن در زنان دیده شد. در مطالعه افراد مراجعه کننده اکثراً از شهر ۸۶/۴٪ بودند ولی شیوع مبتلایان از روستا بیشتر از شهر بود (۷۵/۸٪ در مقابل ۲۴/۲٪).

از نظر منبع عفونت : عوامل قارچی پوست حیوانی ۴۳/۴٪ - انسانی ۳۸/۳٪ و خاکدوست ۱۸/۳٪ بود.

بحث :

در این بررسی افراد مذکر نسبت به مونث بیشتر مبتلا به بیماریهای قارچی جلدی بودند که با مطالعات مناطق دیگر ایران و کشورهای دیگر مطابقت دارد (۱۰،۹،۱) گرچه صرفاً به علت جنس مذکر نمی باشد و عواملی مانند عدم رعایت بهداشت، ضایعات بدنی (شغلی یا ورزش)، استفاده بیشتر از استخر، هتل ها و کنار دریا که آلوده به عوامل قارچی است و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نقش دارند.

بیشترین شیوع در گروه سنی ۰-۹ سال (۱۵/۴٪) و ۱۰-۱۹ سال (۲۵/۷۵٪) بوده است (۶۹،۱۲۱) از ۲۶۸ بیمار به ترتیب در مطالعات دیگر در تهران (۳) سن زیر ۱۴ سال شایع ترین و در کویت شیوع درماتوفیتوزیس ۰-۹ سال (۶) و در هندوستان سن ۳۰-۱۱ سال (۷) بوده است.

شیوع کچلی سر در سنین زیر بلوغ (۰-۹ سال) و نیز ۱۰-۱۹ سال بیشتر بود ولی نسبت به مناطق جنوبی کشور و اطراف دریای خزر و دریاچه ارومیه شیوع آن پایین بود که می تواند به علت هوای خشک و گرم کویری و نوسانات شدید دما بین روز و شب و فصول مختلف در یزد باشد.

جوانترین فرد مبتلا، شیرخوار ۲ ماهه و مسن-ترین فرد پیرزن ۷۲ ساله با کچلی بدن بودند. در مطالعات دیگر در خوزستان کمترین و بالاترین سن ۸ به ترتیب ماه و ۶۹ سال (۱) در استرالیا، کمترین نوزاد ۲۸ روزه و مسن ترین ۸۲ ساله بوده اند (۱۲). پس عفونت درماتوفیتی در هر سنی می تواند ایجاد شود.

در این مطالعه در مواردی از مثبت مستقیم، کشت منفی بود که احتمالاً بعلت کم بودن تعداد موها و پوسته های آلوده، استفاده از داروهای موضعی و خوراکی ضد قارچ، آلوده شدن محیط

کشت توسط ساپروفیت ها که مانع رشد قارچ بیماریزا در آن می شود بوده است.

در بعضی موارد آزمایش مستقیم منفی ولی کشت مثبت بود پس ضرورت و اهمیت انجام هر دو آزمایش مستقیم و کشت در ضایعات مشکوک را نشان می دهد. موارد مشابه در مطالعات تهران (۳) - خوزستان (۱) و کویت (۶) دیده شده است.

انواع عفونت های جلدی به ترتیب فراوانی: درماتوفیتوزیس ۸۴/۷٪، تینه اورسی کالر ۵/۶٪ و اریتراسما ۵/۲۲٪ و کاندیدیازیس ۳/۷۳٪ و تریکومیکوزیس ۰/۷۵٪ بود.

شایع ترین آنها در یزد درماتوفیتوزیس بود که با نتایج مطالعات دیگر در تهران (۳)، خوزستان (۱)، برزیل (۸) و عربستان (۱۱) هماهنگی دارد.

غالب بودن گونه ت - ویولاستوم در منطقه (با عفونت مزمن در خانمها بعد از بلوغ) و نیز غالب بودن گونه حیوانی بویژه م - کانیس با اپیدمی های کوچک، وجود کودکان حساس و تماس زیاد آنها در کلاس و بازی، وجود حیوانات آلوده از عوامل شیوع بیماری در منطقه می باشند. کچلی سر و سپس بدن و دست و پا بیشترین شیوع در منطقه داشتند در مطالعه تهران کچلی سر، ران، بدن (۳)، در خوزستان کچلی سر، کشاله ران، بدن و دست و پا (۱)، در هندوستان کچلی بدن، کشاله ران و پا (۹) و در اسپانیا کچلی بدن، ران و دست و پا (۱۰) شایع بودند.

علت این تفاوت ها تحت تاثیر عوامل انتشار گونه های بیماریزا، عادات و رسوم اجتماعی، نحوه فعالیت افراد، شرایط آب و هوایی و وضعیت بهداشت فردی و اجتماعی محل می - باشد. عوامل قارچی بیماریزا شامل ت - ریولاستوم، ت - وروکوزوم، م - کانیس، کاندیدا آلیکانس بودند.

از نظر منبع عفونت عوامل درماتوفیتی با منبع حیوانی بیشتر علت ابتلا بودند تا منابع انسانی یا خاکی. بنابراین تماس مستقیم و غیر مستقیم افراد آلوده با افراد سالم و با حیوانات آلوده از راه های مهم انتقال در این

منطقه می باشد و جهت پیشگیری: رعایت بیشتر موازین بهداشت فردی و اجتماعی، شناسایی و درمان حیوانات آلوده، ضد عفونی کردن محل زندگی حیوانات و استفاده از وسایل محافظت کننده در موارد ضرورت تماس با حیوانات به دلایل شغلی انجام شود.

از عوامل کچلی سر: ت ویولاستوم شایعترین بود که حائز اهمیت می باشد چون این گونه باعث ایجاد عفونت مزمن حتی بعد از بلوغ در زنها می شود و منبع عفونت جهت انتقال به خانواده و جامعه می شوند و لذا شناسایی، درمان و پیشگیری آن بسیار مهم است. گونه غالب در مطالعات دیگر نیز ت ویولاستوم بوده است.

گونه انسانی ت شونن لاینی که در گذشته در اکثر نقاط ایران، گونه غالب گزارش شده است (۴) در این بررسی درصد بسیار کمی ۲/۳٪ داشته است که احتمالاً بعلت بهبود شرایط اجتماعی اقتصادی و بالا رفتن سطح بهداشت و افزایش آگاهی افراد و بهتر شدن روشهای درمانی می باشد.

شایع ترین عوامل اتیولوژیک کچلی بدن: ت - وروکوزوم و ت ویولاستوم بود. غالب بودن گونه های حیوانی بعلت تماس زیاد افراد بویژه روستائیان بعلت نگهداری دام در نزدیکی محل زندگی، آلودگی حیوانات و عدم شناسایی و درمان آنها می باشد.

کچلی کشاله ران در مردها بیشتر بود که با سایر مطالعات هماهنگ می باشد (۶،۱) و عامل اصلی اتیولوژیک آن اپیدرموفیتون فلوکوزوم بود که در سایر کشورها و سایر نقاط ایران گزارش شده است (۲،۱).

۳ مورد کچلی ناخن بود و یک مورد کچلی ریش در یک روستایی با کشاورزی و دامداری بود.

- طول مدت بیماری درماتوفیتوزیس ۹۰-۱ روز ۸/۸۷٪ بود که با بهبودی خود بخود، عدم مزمن شدن عفونتهای درماتوفیتی مطابقت دارد. ۹ مورد درماتوفیتوز فامیلی دیده شد که ۴ عضو یک خانواده کچلی پا و بدن با پاتوژن م-کانیس داشتند (در اثر ارتباط با گربه آلوده). مورد دیگر سه عضو خانواده کچلی صورت و بدن و سر داشتند (ارتباط با گوسفند در منزل و عامل پاتوژن ت - وروکوزوم بود).
- ۱۰ مورد کاندیدیازیس جلدی دیده شد. هیچکدام ایمونوساپرسیو نبودند و وضع جسمانی
- خوبی داشتند یک مورد چاقی و یک مورد تماس زیاد با آب داشت.
- ۱۵ مورد تینه آورسی کالر که اکثراً مرد و در سن ۲۹-۲۰ بودند دیده شد که مانند مطالعات مشابه است (۱). ۱۴ مورد اریتراسما بیشتر در مردها دیده شد.
- ۵ مورد دمودیسیدوزیس داشتند که ضایعات در اطراف گونه و چانه و پیشانی بود.

منابع:

- ۱- رفیعی عبدالله: بررسی و مطالعه علل بیماریهای قارچی جلدی شایع در استان خوزستان (شهرستان اهواز) پایان نامه دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۶۷-۱۳۶۶.
- ۲- شادزی شهلا. قارچ شناسی پزشکی، تشخیص آزمایشگاهی و درمان چاپ نشاط اصفهان، ۱۳۶۳.
- ۳- شیرون هاشم. بیماریهای قارچی شایع در تهران، پایان نامه دانشکده بهداشت دانشگاه تهران سال ۵۲-۱۳۵۱.
- ۴- عسگری منوچهر. بیماریهای قارچی انسان و روشهای تشخیص آن، جلد اول، دوم، سوم دانشکده بهداشت دانشگاه تهران. ۲۳۸، ۱۳۴۸.
- 5-Kamalam A., Thambiah AS. Tinea faciei caused by *M. Gypseum* in at two days old infant, *Mykosen*, 24(1): 40-42, 1981.
- 6-Kamalam A.; Thambiah AS. A study of dermatophytosis in kuwait. *Sabonraudia*. 17(2): 131-137, 1976.
- 7-Kubec K. Epidemiology of the mycotic flora in Kumait *Mykosen*. 29(2): 81-82, 1986.
- 8-Lunder M. Causis infection in slovenia (Uguslavia) 1952-83 *Mykosen*. 27(10): 514-518, 1984.
- 9-Shukla NP. Prevalence of dermatophytoses injabarpur. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 26(1): 31-39, 1983.
- 10-Velasco Betio JA. Epidemiologic study of dermatomycoses in salamancu (Spain) *Sabouraudia*. 17(2): 113-123, 1979.

- 11-Watanabe F. The dermatophyte flora at the dermatology clinic Narita Red. Cross Hosp. Japaense Journal of Medical Mycology. 26(4): 324-329, 1985.
- 12-Zaror L. Dermatormycosis in Naldivia, Chili Revista Latino Americana de Microbiologui. 24(3): 05-209, 1982.