

## آکتینوما ایستوما: گزارش چهار مورد از استان خوزستان

دکتر رضا یعقوبی<sup>۱</sup>، دکتر نسترن رنجبری<sup>۲</sup>، دکتر سیماسایی<sup>۱</sup>

۱- استادیار گروه پوست ۲- استادیار گروه آسیب شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی اهواز

مورد نوکاردیا، استرپتومیسس و آکتینومیسس گزارش شده و در یک مورد کشت منفی بود. تمامی بیماران با تریمتوپریم - سولفامتوکسازول خوراکی و سولفات استرپتومایسین تزریقی به مدت چندین ماه درمان شدند. با درمان انجام شده در یک مورد بهبودی کامل و در دو مورد بهبودی بارز بالینی مشاهده شد.

تشخیص سریع و به موقع این بیماری موجب تاثیر بهتر درمان یسوده و موثرترین درمان ترکیبی از تریمتوپریم - سولفامتوکسازول و سولفات استرپتومایسین می باشد. **واژه های کلیدی:** مایستوما، آکتینوما ایستوما، خوزستان

مایستوما یک بیماری مزمن، پیشرونده و مخرب بوده و عمدتاً اثر آکتینومیسس ها ایجاد می شود. ما چهار مورد از مایستوما ایستوما مایکوتیک را که طی ۵ سال جمع آوری کردیم، گزارش می کنیم. بیماران شامل دو مورد مرد ۵۶ و ۴۲ ساله و دو مورد زن ۵۲ و ۳۱ ساله ساکن استان خوزستان بودند. از نظر بالینی تمامی بیماران با سندرم مایستوما ( تورم زیر جلدی، مجاری سینوسی و گرانول ها) مراجعه نمودند. مدت بیماری آنها ۲۰-۳ سال بود. ضایعات در یک مورد در دست و در سه مورد در پا قرار داشتند. تشخیص بر اساس مطالعات بالینی، آسیب شناسی و قارچ شناسی استوار بود. عوامل بیماری در سه

(تصویر ۱). رادیوگرافی انجام شده از دست راست علاوه بر تورم بافت نرم، واکنش پریوستی اولین متاکارپ همراه با ضایعات لیتیک را نشان داد. نتایج بررسی های معمولی آزمایشگاهی طبیعی بودند. در بیوپسی به عمل آمده از ضایعه گرانول های PAS مثبت که در یک التهاب چرکی محاط شده بودند دیده شد (تصویر ۲). گرانولهای دفع شده از زخم در محیط سابوروکشت داده شد که نتیجه کشت کلنی های گونه نوکاردیا بود. بعد از ۹ ماه درمان با تجویز خوراکی تریمتوپریم - سولفامتوکسازول و تزریق عضلانی سولفات استرپتومایسین بهبودی کامل حاصل شد (تصویر ۳). بعد از یک سال پیگیری هیچ گونه عود دیده نشد.

**مورد دوم -** یک مرد کشاورز ۵۶ ساله با سابقه ۱۰ ساله تورم در دست و زخم های درماتوکنند در پای چپ مراجعه کرد (تصویر ۴). او کراراً به صورت سرپایی و با تشخیص عفونت قارچ عمقی تحت درمان با داروهای ضد قارچ قرار گرفته بود ولی بهبودی نداشت. در معاینه بالینی تورم آشکار بافت نرم، سینوس های درنازکننده متعدد، همراه با ترشح چرکی در سطوح پشتی و کف پای چپ دیده شد. در رادیوگرافی به عمل

مایستوما یک بیماری عفونی مزمن ناشی از باکتریهای قیلامانی یا قارچ های مانند راسیون و سینوس های مترشحه که پوست، بافت های زیر جلدی، فاسیا و استخوانها را مبتلا می نماید مشخص می گردد (۱ و ۲).

انتشار مایستوما جهانی است ولی عمدتاً در نواحی گرمسیر آمریکا نظیر مکزیک و ونزوئلا و در افریقا در سنگال، موریتانی و سودان و در آسیا در هند دیده می شود (۳ و ۴). اگرچه مایستوما یک بیماری نسبتاً غیر شایع است ولی افزایش جابه جایی افراد و تغییرات در شاخص های آماری نفوس منجر به آگاهی بیشتر در خصوص این بیماری شده است. ما چهار مورد مایستوما ایستوما مایکوتیک را از استان خوزستان واقع در جنوب غربی ایران گزارش می کنیم.

### گزارش موارد

**مورد اول -** یک زن ۳۱ ساله و خانه دار با یک ضایعه اولسراتیو در دست راست به مدت ۳ سال مراجعه کرد. او با تشخیص بالینی استنومیلیت دوبار تحت عمل جراحی قرار گرفته بود که با بهبودی همراه نبوده است. در معاینه تورم واضح بافت نرم، ندول های دلمه دار و زخم های همواره با سینوس مشاهده شد