

مطالعه يك مورد آتلتز فوت (Athlete,s Foot) منتشر

دکتر اصغر اقبالی، دکتر حسین بیژن، دکتر فائزه احمدی

دکتر عبدالمجید مر تصوی، دکتر رحمت اله سمیعی

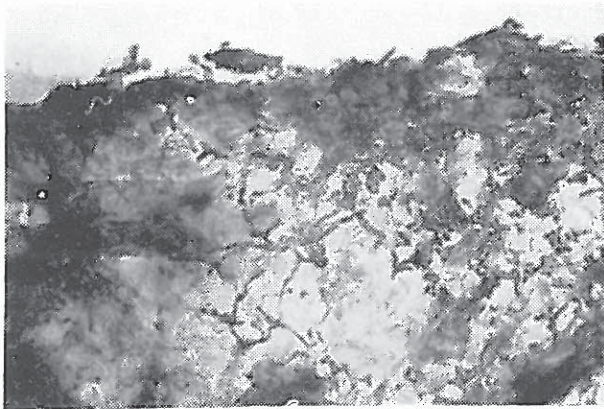
جراحات را بطور سطحی تراشیده و پوسته‌های حاصل را در بین دو لام استریل قرار داده و پس از بسته‌بندی در کاغذ آلومینیومی، آنرا همراه مشخصات بیمار جهت تشخیص اتیولوژیک به آزمایشگاه بخش انگل‌شناسی دانشکده پزشکی ارسال داشتیم.

ب- مطالعه آزمایشگاهی

نمونه ارسال شده به آزمایشگاه در روز وصول به دو بخش تقسیم گردید و بر تیب زیر مورد مطالعه قرار گرفت:

۱- آزمایش مستقیم:

یک قسمت از پوسته‌ها را در روی لام قرار داده و به آن قطره‌ای از پتاسی در صد اضافه نموده توسط لامل پوشانده شد و جهت تسریع در عمل شفاف شدن، آنرا روی شمعک گاز گرم نمودیم. آزمایش میکروسکوپی لام تهیه شده رشته‌های قارچ را در داخل پوسته‌ها نشان داده است. رنگ آمیزی پوسته‌ها با بلودومیتیلن نیز این تشخیص را تأیید کرده است (شکل الف).



شکل الف-

الف- مطالعه بالینی

۱- نشانیها

در تاریخ ۲۹ بهمن سال (۱۳۵۳) جوانی بیست و سه ساله که از جراحی در ناحیه پا رنج میبرد - جهت معاینه به درمانگاه پوست مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم مراجعه مینماید. بنا به اظهار بیمار، ناراحتی او از حدود یکماه پیش با جراحی در چین‌های بین انگشتی پا شروع شده و در حال حاضر وسعت بیشتری پیدا کرده است. در معاینه، پای بیمار در تمام چین‌های بین انگشتی دارای حالت آگزمائی و جراحات آن سرخرنگ، پوسته دار و اندکی مترشح هستند.

حدود جراحات در کف و پشت پا تا ناحیه میانی سرایت کرده ولی فاقد خارش است.

بنا به اظهار بیمار راه رفتن وی بعلت نوعی احساس سوختگی در پا، مشکل میباشد.

۲- اپیدمیولوژی

با مشاهده جراحات، جهت اطلاع از منشاء آلودگی بیمار این سؤال مطرح میشود که آیا فقط نامبرده باین بیماری مبتلا است و یا فرد دیگری از افراد خانواده او نیز جراحات مشابهی را نشان میدهند. جواب بیمار در این مورد منفی بوده و در مقابل این سؤال که آیا نامبرده از حمام خصوصی منزل استفاده مینماید یا بحمام عمومی میرود جواب میدهد که از حمام خصوصی منزل استفاده مینماید ولی جهت شنا به استخر عمومی میرود. با این سؤال میتوان به منشاء آلودگی بیمار پی برد چون محوطه استخرها معمولاً توسط انواع مختلف درماتوفیتها (Dermatophyte) آلوده میباشد.

۳- نمونه برداری

بمنظور تشخیص قطعی بیماری توسط بیستوری کنار

۲- کشت :

قسمت دوم نمونه را در چهار لوله آزمایش محتوی محیط ساپورو ، که دوتا از آنها دارای آکتیدین و کلر آمفنیکل و دوتای دیگر فقط دارای کلر آمفنیکل (آکتیدین و کلر آمفنیکل هر کدام به نسبت نیم گرم در لیتر محیط) میباشد ، در شرایط استریل کشت داده یک لوله کشت دارای کلر آمفنیکل و آکتیدین و یک لوله کشت واجد کلر آمفنیکل را در حرارت ۲۷ درجه و دلوله دیگر را در حرارت ۳۷ درجه قرار دادیم . لوله های کشت هر چند روز یکبار بطور ماکروسکوپی از نظر رشد قارچ مورد آزمایش قرار گرفت . یک هفته بعد از کشت پر گنه های قارچ لوله کشت حاوی کلر - آمفنیکل و آکتیدین که در حرارت ۲۷ درجه گذاشته شده بود ظاهر شده ولی در لوله حاوی تنها کلر آمفنیکل در این درجه حرارت و نیز در لوله های دیگر که در حرارت ۳۷ درجه قرار داده شده بودند هیچگونه رشدی صورت نگرفته است . اندازه پر گنه های قارچ بعد از دو هفته به قطر سه سانتی متر رسیده که به این ترتیب رشد قارچ نسبتاً سریع است . پر گنه ها مسطح و سطح آنها از لایه پودر مانند پوشیده شده و رنگ آنها در سطح و پشت کشت سفید مایل به کرم است (شکل ب) .

جهت مطالعه میکروسکوپی قارچ ، مقداری از پر گنه ها را توسط آنس پلاتین در شرایط استریل برداشت نموده پس از شفاف کردن در لاکتوفنل آبی ، آنرا آزمایش نمودیم .

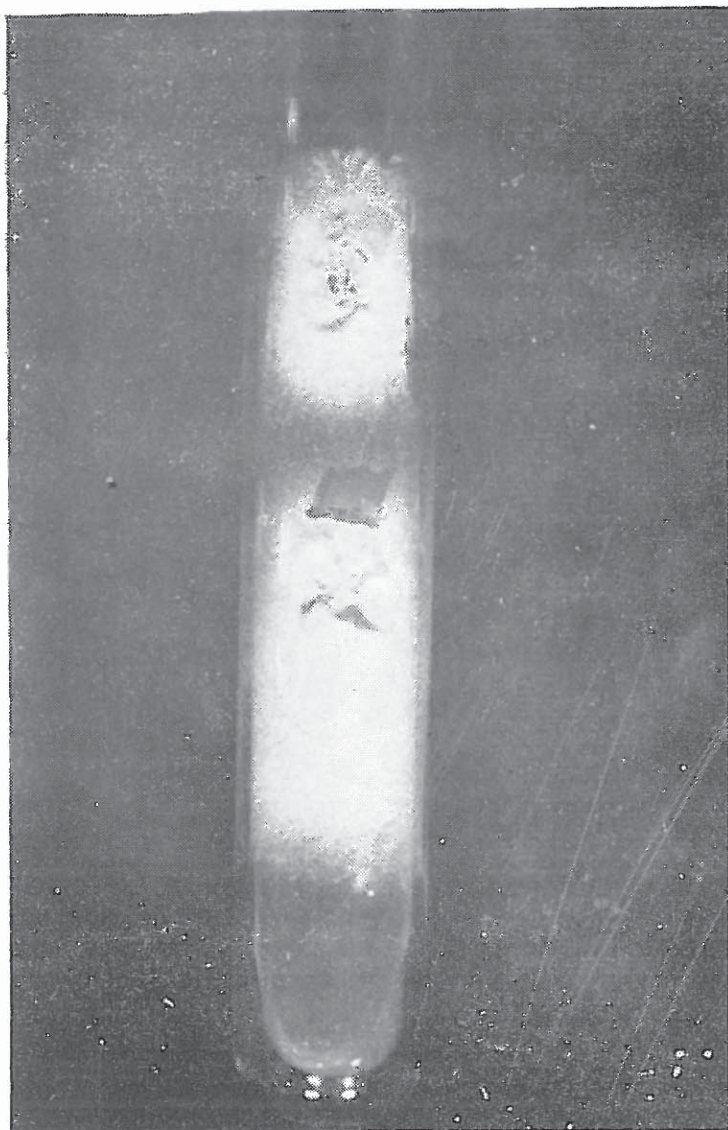
در مطالعه میکروسکوپی پر گنه ها علاوه بر رشته های قارچی تعداد زیادی میکرو کونیدی گرد که بصورت خوشه دور هم قرار گرفته اند و نیز تعدادی فیلامانهای تزئینی از قبیل فیلامانهای مارپیچی و فیلامانهای شبیه شاخ گوزن نیز مشاهده شد (شکل ج) .

۳- تشخیص :

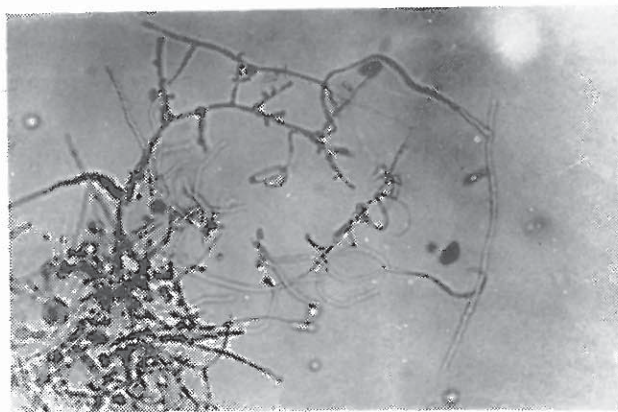
باتوجه به شکل ماکروسکوپی و میکروسکوپی کشت بدست آمده و مخصوصاً وجود میکرو کونیدی های کروی که بشکل خوشه انگور دور هم جمع شده اند و نیز وجود فیلامانهای مارپیچ و فیلامانهای شبیه شاخ گوزن ، تریکوفیتون (کتنومیسس) متناگروفیتس روبن (۱۸۵۳) - Trichophyton (Ctenomyces) mentagrophytes Robin 0853. را بعنوان قارچ عامل بیماری مشخص می نمایم .

ج- درمان

بعلت حالت اگزمائی و اندکی مترشح جراحات و بمنظور جلوگیری از آلودگی ثانوی با باکتریها توصیه می نمایم قبل از شروع درمان اختصاصی ، بیمار پای خود را روزی یکبار در حمام پر منگنات - پتاسیم به مدت ده دقیقه - قرار دهد . بدین ترتیب که پر منگنات را به نسبت نیم گرم در لیتر آب جوشان ریخته و صبر می نمایند تا درجه حرارت محلول به حد قابل تحمل پوست برسد و بمحض اینکه درجه حرارت بحد قابل تحمل رسید ، بیمار پای



شکل - ب -



شکل (ج)

۱- پیشگیری انفرادی

بمنظور پیشگیری از آلودگی مجدد و همچنین جهت جلوگیری از عود بیماری، بیمار باید از جورابهای نخی و کفشهای چرمی استفاده نماید چون جورابهای تهیه شده از الیاف نایلن و کفشهایی که از چرم مصنوعی و یا پلاستیک تهیه شده باشند مانع از تهویه پا گردیده و در نتیجه محیط را جهت رشد قارچها مساعد مینمایند. در مدت درمان هر موقع که بیمار جوراب خود را تعویض نماید باید آنرا بجوشاند تاها گهائی که در لابلای تار و پود جوراب قرار دارند، از بین بروند. علاوه بر موازین بهداشتی ذکر شده در بالا امکان پیشگیری شیمیائی نیز وجود دارد باین ترتیب که در مدت درمان و همچنین پس از بهبودی در تمام مدت تابستان، بیمار قبل از پوشیدن جوراب خود مقداری از پودرتالک را که دارای ده درصد اسید بوریک باشد در روی پا و همچنین در داخل کفش خود میپاشد.

۲- پیشگیری عمومی

نظر باینکه بعضی اماکن عمومی مثل کف حمامها، محوطه استخرها و هر محوطه‌ای که مردم با پای برهنه روی آن راه میروند آلوده به قارچهای کچلی پا هستند لازمست که محوطه اینگونه اماکن از نظر بیماریهای قارچی ضد عفونی شود. بهترین و موثرترین و در عین حال کم خطرترین ماده شیمیائی که جهت این منظور میتوانیم توصیه نمائیم پنتاکلوروفنات سدیم Pentachlorophenate de Sodium = Na P.G.P. میباشد که با محلول يك درصد آن در آب میتوان محوطه استخر و وسائل موجود در آنرا از نظر قارچی ضد عفونی نمود.

خلاصه

مؤلفین يك مورد آتلتزفوت منتشر، ایجاد شده در اثر ترکیبیتون منتاگروفیتس را در بیماری - که از استخرهای عمومی جهت شنا استفاده میکرد - از نظر بالینی، تشخیص و درمان مطالعه کرده و اقدامات لازم جهت پیشگیری این نوع آلودگی را در استخرهای عمومی متذکر شده اند.

خود را بمدت ذکر شده در محلول قرار داده و پس از خروج از محلول آنرا توسط پارچه خشک مینماید.

بعد از اینکه مدت دوتا سه روز این عمل را تکرار کرد، درمان اختصاصی را شروع نموده در طول درمان اختصاصی نیز، حمام پرمنگنات را ادامه میدهد. داروی اختصاصی که جهت درمان موضعی بکار برده ایم از ترکیبات اسید اندسیلنیک (Acide Undecylenique) بصورت لوسیون و پماد بوده است. این درمان را روزی دو بار (صبح - عصر) به ترتیب زیر تجویز نموده ایم:

بیمار هر روز صبح قبل از پوشیدن کفش، ابتدا لوسیون را در روی جراحات مائیده و صبر میکند تا مایع در روی جراحات خشک شود. سپس لایه خفلی ظرفی از پماد را نیز روی جراحات قرار میدهد و این درمان را عصر قبل از خوابیدن نیز تکرار مینماید. باین تفاوت که هر دفعه قبل از درمان اختصاصی عصر پارا به مدت ده دقیقه در حمام گرم پرمنگنات قرار داده و پس از خشک کردن پا، درمان را انجام میدهد. لازم بیاد آوری است که معمولا درمان موضعی جهت بهبودی کافی بوده و در اغلب موارد احتیاجی بدرمان عمومی توسط گریزوفولوین (Griseofulvine) نیست. مگر در موارد استثنائی که جراحات نسبت بدرمان موضعی مقاومت نشان داده باشند، که در این صورت باید درمان عمومی را به درمان موضعی اضافه نمود. مدت درمان حداقل چهار هفته میباشد و ما در بیمار مورد بحث توانسته ایم بهبودی بالینی را در عرض چهار هفته و بهبودی ایتولوژیک را در عرض شش هفته بدست آوریم چون نتیجه کشت انجام شد در اواسط هفته پنجم درمان از نظر قارچی - شناسی منفی بوده است.

د- پیشگیری

برای اینکه در درمان بیماریهای قارچی پوست توفیق حاصل نمائیم باید موازین بهداشتی را بمنظور پیشگیری از آلودگی مجدد و با عود بیماری اکیداً مورد توجه قرار داده و اجرای آنرا مصراً از بیمار بخواهیم و جهت این منظور دو نکته اساسی زیرا را باید در مدنظر داشت:

RESUMÉ

Les auteurs présentent l'étude clinique, diagnostique et thérapeutique d'un cas diffus de "pied d'athlete" (athlete's foot) causé par *Trichophyton mentagrophytes* chez un malade fréquentant des piscines publiques. Ils signalent ensuite des mesures prophylactiques dont la mise en oeuvre se voit nécessaire pour la prévention des affectiosn fungiques des espaces interdigitaux.