

عفونتهای قارچی گوش خارجی در مبتلایان به اتومایکوزیس

(بابل، ۷۹-۱۳۷۰)

دکتر سیدعلی اصغر سفیدگر^{۱*}، دکتر کیوان کیاکجوری^۲، دکتر معصومه میرزائی^۳، دکتر فخرالسادات شریفی^۴

۱- استادیار گروه قارچ شناسی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- متخصص قارچ شناسی پزشکی ۴- استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: عفونت قارچی گوش خارجی بیماری مزمن و شایعی می باشد که کمتر مورد توجه قرار گرفته و در صورت عدم درمان منجر به عوارض ناخواسته می گردد. این مطالعه به منظور بررسی انواع عفونت قارچی گوش در شهرستان بابل طی سالهای ۷۹-۱۳۷۰ انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه بر روی کلیه بیماران در سنین مختلف با تشخیص عفونت گوش خارجی صورت گرفت. نمونه برداری از محتویات توسط اتوسکوپ انجام و به آزمایشگاه تخصصی قارچ شناسی ارسال گردید. با رعایت شرایط استریل آزمایشات مستقیم و کشت بر روی نمونه ارسالی انجام و کلتی قارچهای مورد نظر جدا و شناسائی شدند. **یافته ها:** قارچهای شناسایی شده از ۳۰۵ بیمار (۲۱۶ نفر زن و ۸۹ نفر مرد) همگی از قارچهای ساپروفیتی موجود در هوا بوده که بیشترین قارچهای شایع در منطقه (۵۴/۸٪) از جنس آسپرژیلوسها و درصد بالایی (۵۹/۹٪) از نوع آسپرژیلوس نیجر بخصوص در زنها بوده است. دیگر قارچهای جدا شده از درصد پائینی برخوردار بودند.

نتیجه گیری: باتوجه به شیوع بالای اتومایکوز در جامعه مورد مطالعه که نشاندهنده و فور عفونت قارچی است توصیه می گردد که در موارد عفونت گوش خارجی بدنبال عدم موفقیت در درمان اولیه یا بهبودی ناکامل، عفونت قارچی گوش مدنظر قرار گیرد. در نظر داشت. این بررسی نشاندهنده شیوع بالای عفونت قارچی گوش خارجی در منطقه است.

واژه های کلیدی: اتومایکوزیس، قارچهای ساپروفیت، آسپرژیلوزیس.

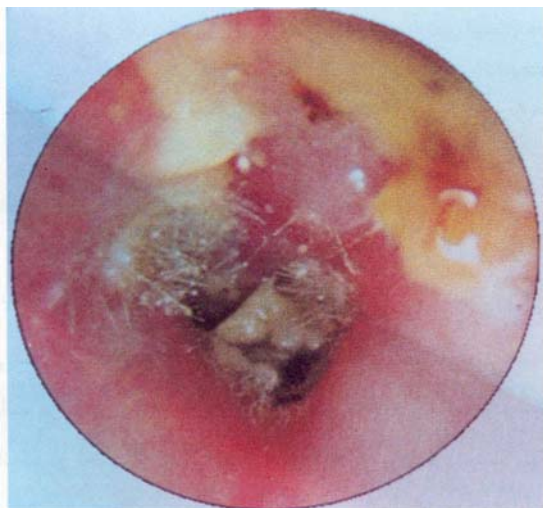
مقدمه

اتومایکوزیس اختلال شایع گوش خارجی بوده و گاهی بیش از ۲۰٪ عفونتهای گوش خارجی را در بعضی از نقاط دنیا تشکیل می دهد. در مواردی که بیمار با درمان معمولی آنتی بیوتیکی بهبود نیابد، در تشخیص افتراقی بیماری عفونت قارچی را باید در نظر داشت. در بعضی از موارد دستکاری و پاک کردن گوش توسط بیمار می تواند از عوامل مستعدکننده باشد (۱). سالهاست بحث فراوانی درمورد این موضوع که آیا قارچها بعنوان عامل اولیه عفونت گوش خارجی می باشند یا یک مهاجم ثانوی ساده بعد از تهاجم باکتریهای

بیماریزا مطرح میباشد. ولی امروزه بعنوان یک واقعیت غیر قابل انکار پذیرفته شده است. دریک مطالعه مروری برروی ۱۲۰۰۰ بیمار با عفونت قارچی گوش نشان داده شد که تشخیص صحیح بیماری از نظر علائم بالینی در اولین مراجعه در ۹۰٪ موارد داده نمیشود (۲و۳). روشهای تشخیص عفونت قارچی بر مبنای شرح حال، معاینه بالینی، نمونه برداری و آزمایشات مستقیم برای دیدن عوامل قارچی و کشت در محیطهای کشت مناسب قارچی می باشد. گاهی اوقات تشخیص عفونتهای قارچی محدودیتهایی مثل رشد کند بعضی از عوامل

بکمک اتوسکوپ (تصویر ۱) و بررسی تاریخچه توسط پزشک متخصص گوش و حلق و بینی به کمک سواپ استریل و یا پنس استریل از قسمت عمقی گوش خارجی نمونه برداری شد. نمونه در یک لوله استریل جمع‌آوری و فوراً به آزمایشگاه ارسال گردید. در آزمایشگاه ابتدا نمونه‌ها به دو قسمت تقسیم، قسمت اول نمونه با روش مستقیم روی لام گذاشته و بعد از شفاف کردن به کمک محلول KOH ۲۰٪ با لامل مناسب پوشانده شد. ۱ تا ۲ ساعت بعد به محض شفاف شدن در زیر میکروسکوپ به جستجوی عوامل قارچی (اسپور، میسلیم و دیگر المانهای قارچی، سلولهای جوانه‌زن مخمری) پرداخته شد. قسمت دوم نمونه با رعایت شرایط استریل در مجاورت شعله گاز به محیط کشت سابور و دکستروز آگار (کارخانه مرک، دیفکو و بیومریو) که طبق دستور کارخانه سازنده در ظرف محتوی محیط کشت تهیه و اتوکلاو و سپس به طریقه نشاکاری در دو لوله محیط تلقیح شد.

محیطهای کشت تلقیحی بمدت ۲۰ روز نگهداری و جهت بررسی عوامل قارچی رشد یافته مورد ارزیابی قرار گرفت در صورتی که کلنی قارچی رشد نمی‌کرد، کشت منفی تلقی شد (در کشت نمونه ارسالی قارچی رشد نکرد) نتایج حاصله با نرم افزار Spss آنالیز و برای مقایسه نسبت‌های حاصله از تست آماری مجذور کای استفاده شد.



شکل ۱. نمای داخلی گوش خارجی مبتلا به عفونت قارچی اسپرژیلوس

قارچی، ناکافی بودن تجهیزات تشخیصی آزمایشگاهی، عدم آگاهی و تبحر کافی بعضی از آزمایشگاهها به دلیل کم تجربه بودن در شناخت بیولوژیکی و ساختمانی قارچهای مولد و... دارد (۴).

اسپور این قارچها در هوای تنفسی فراوان می‌باشد و به طور متوسط هزار اسپور قارچی در هر فوت مکعب هوای محیط و یا در هر دقیقه حدود ۲۵۰ هزار اسپور قارچی مختلف از طریق تنفس وارد ریه انسان می‌شود (۵). بعضاً آلرژی‌زا بوده و موجب بروز واکنشهای آلرژیک می‌شوند مثل قارچهای جنس آلترناریا، کلادوسپوریم، انواع اسپرژیلوسها و... (۷). در فصول و ماههای گرم سال با افزایش اسپورهای قارچی و تکثیر و فعالتر شدن این ریزسازواره‌ها و به دلیل رطوبت و حرارت مناسب از موجودات هتروتروفیک (به دلیل نداشتن کلروفیل قادر به ساختن مواد غذایی نیستند) این حالت بیشتر دیده می‌شود (۸). وجود این اسپورها در هوا می‌تواند مشکلاتی را هنگام عمل جراحی مختلف نظیر چشم، ارتوپدی، گوش، حلق و بینی و ... بوجود آورد (۹).

روشهای تشخیصی سریع به کمک آنتی‌بادی منوکلونال قارچی، میکروسکوپ فلورسانس و روش ایمونوفلورسانس می‌باشد. در کشورهای مختلف اکثریت بیماران در سنین ۴۰-۲۰ سالگی بوده و زنان در مقایسه با مردان از درصد بالاتری برخوردارند (۱۱ و ۱۰).

با توجه به فراوانی عفونت قارچی گوش خارجی در این منطقه که آب و هوای گرم و مرطوبی داشته و همچنین عادات مردم منطقه در بعضی موارد به خشک نکردن گوش بعد از تماس با آب مثل استحمام و یا شنا و دستکاری توسط افراد ناآشنا، بررسی آزمایشگاهی عفونت قارچی گوش خارجی در منطقه بمنظور تعیین فرارانی انواع عوامل قارچی اتومایکوز در بابل انجام گردید.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی طی مدت ۱۰ سال (۷۹-۱۳۷۰) در بیماران با تشخیص اوتیت خارجی و مقاوم به درمان آنتی‌بیوتیکی با اختلالاتی در گوش نظیر سنگینی، کاهش آستانه شنوایی و احساس پُری در گوش، داشتن ترشحات با درجات مختلف به صورت مزمن، خارش، درد ارجاعی از مراکز مختلف پزشکی، به آزمایشگاه تخصصی قارچ‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد. بعد از معاینه بالینی

یافته‌ها

مجموعاً از ۳۰۵ نفر، ۸۹ نفر (۲۹/۲٪) مرد و ۲۱۶ نفر (۷۰/۸٪) زن بودند. اکثراً از یک گوش (۸ نفر از هر دو گوش مبتلا نمونه‌برداری شد) آلوده بودند. از یکصد مورد (۳۲/۸٪) آلوده به آسپرزیلوس نیجر ۲۷ نفرمرد (۸/۹٪) و ۷۳ زن (۲۳/۹٪) بودند. در ۴۸ مورد (۱۰/۸٪) که ۱۶ نفر مرد (۵/۳٪)، ۳۲ نفر زن (۱۰/۵٪) بودند. قارچ آسپرزیلوس فلاووس و ۱۹ مورد (۶/۳٪) که ۷ نفر مرد (۲/۳٪) و ۱۲ نفر زن (۳/۹۶٪) بودند، قارچ آسپرزیلوس فومیگاتوس و در بقیه ۵/۳٪ موارد دیگر قارچهای رشته‌ای و مخمری، ساپروفیتی از نمونه کشت جدا گردید.

در ۲۵ مورد از ۱۵۸ بیمار (۷ نفر مرد و ۱۸ نفر زن) بیشتر از یکنوع قارچ در کشت جدا شده است. موارد مثبت مستقیم و کشت در مردان ۵۱ نفر (۵۷/۲٪) و در زنان ۱۰۷ نفر (۴۹/۵٪) بوده است. بین توزیع انواع قارچهای جدا شده در جنس مرد و زن نیز اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. در بررسی آماری با نرم افزار spss با توجه به درصد متفاوت در جنس مرد و زن از نظر آماری رابطه معنی‌داری بین شیوع بیماری با جنس و یا توزیع انواع عفونتهای قارچی وجود ندارد.

بحث

این مطالعه نشان داد که شایعترین عامل قارچی ایجاد کننده اتومایکوز در جامعه مورد مطالعه جنس آسپرزیلوس ۱۷۸ مورد (۵۴/۹٪) که نوع غالب آن آسپرزیلوس نیجر یکصد مورد (۳۲/۸٪) بوده درحالیکه بقیه قارچها از درصد پائینی برخوردار بودند. در بررسی توسط Tinsler و همکاران بر روی ۱۵۲ بیمار باعلائم کلینیکی اتومایکوز جنس آسپرزیلوس غالب (۶۹/۸٪) که نوع غالب آسپرزیلوس نیجر (۵۴٪) و بقیه انواع دیگر این جنس بودند (۱۱٪). در تحقیق دیگری توسط Chander و همکاران بر روی ۱۱۰ بیمار مشکوک به اتومایکوزیس ۸۰ مورد (۷۲/۸٪) در آزمایش مستقیم و کشت مثبت بودند. جنس قارچ جدا شده در ۷۶ مورد (۹۵٪) آسپرزیلوس و نوع غالب ۴۶ مورد (۷۵/۵٪) نیجر بود ولی مخمرها با ۳/۷٪ از درصد پائینتری برخوردار بودند، گروه سنی بیماران مختلف بین ۳۰-۲۱ سالگی با نسبت مساوی در دو جنس بود (۱۲٪). در یک

تحقیق دیگر در نیجریه توسط Enweani و همکاران در ایالت Edo که بر روی ۲۰۰ بیمار مشکوک به اتومایکوزیس بعمل آوردند (۱۶۰ بیمار سالم و ۴۰ بیمار با سابقه سوء تغذیه)، ۶۴ نفر (۳۲٪) دارای آزمایش مستقیم و کشت مثبت از نظر وجود قارچ بودند که جنس غالب ۳۲ مورد (۶۸/۸٪) آسپرزیلوس و نوع شایع نیجر ۲۸ مورد (۴۳/۸٪) و مخمرها ۸ مورد (۱۲/۵٪) اکثریت قارچهای جدا شده را تشکیل میدادند (۱۳).

در یک تحقیق آینده نگر در سنگاپور بر روی ۱۰۷ بیمار مشکوک به اتومایکوز توسط Loh و همکاران آسپرزیلوس نیجر بعنوان سوش شایع (۱۴) و Burgos-Sanchez و همکاران در بررسی ۱۷۹ بیمار اورژانس گوش در بیمارستان عمومی دانشگاه Alicante اسپانیا ۵۶٪ فلور غالب قارچی جدا شده از گوش را آسپرزیلوس نیجر و کاندیدا آلیکانس اعلام نمودند (۱۵). در یک بررسی دیگر توسط R.Kaur و همکاران بر روی ۹۵ بیمار ۷۲ مورد (۷۴/۷٪) که از نظر کشت و آزمایش مستقیم مثبت بودند. فلور غالب جنس آسپرزیلوس (۸۰٪) موارد با نوع نیجر (۴۱/۱٪) و نیز مخمرها بخصوص کاندیدا (۸/۲٪) بود (۱۶).

در یک مقایسه اجمالی نتایج حاصله دیگر محققین با تحقیق اخیر بخشهایی با اختلاف جزئی در درصدها مشابه بوده که جنس غالب آسپرزیلوسها و نوع غالب نیجر میباشد که این اختلاف را میتوان در آمار تعداد کم موارد مورد مطالعه توسط دیگران دانست.

با توجه به بررسی روش جدید آزمایشگاهی تشخیص عفونت قارچی توسط Guir و همکاران با استفاده از آنتی‌بادی منوکلونال کونزوگه ضد قارچی با کمک میکروسکوپ ایمونوفلورسانس که بعنوان روشی سریعتر و دقیق‌تر از روش روتین مستقیم و کشت معرفی نمود (۱۷) و ما بعلاوه نداشتن امکانات تشخیصی مشابه لازمست که برای ارزیابی و تحقیق با این روش و مقایسه آنها با یکدیگر فعالیتی صورت گرفته تا شاید با روش ابداعی جدید سریعتر و دقیق‌تر تشخیص و درمان در بیماران صورت گیرد. اما چون این نوع عفونت قارچی در بیماران با شرایط زمینه‌ای مثل مصرف طولانی آنتی‌بیوتیکهای موضعی در عفونتهای گوش (۱۸) و یا بیماریهای تضعیف کننده نظیر سرطانها بخصوص در شرایط نوتروپنی جنس کاندیدا و آسپرزیلوسها (۱۹) و بیماریهای متابولیک نظیر دیابت و

تقدیر و تشکر

در خاتمه بر خود لازم میدانم که از جناب آقای دکتر حاجیان بخاطر تجزیه و تحلیل آماری و از آقای دکتر حسنجانی روشن بخاطر تدوین و ویرایش مقاله و سایر همکاران آزمایشگاه که در این مقاله یاری‌مان فرمودند، تشکر نمایم.

دیگر شرایط تضعیف سیستم ایمنی بخصوص بیماری AIDS، طاعون و غیره زمینه‌ساز اتومایکوز و عوارض فراوان حاصله میتواند در جامعه ما نیاز به بررسی بیشتر نظیر اطلاعات زمینه‌ای در بیماران و درمان و غیره می‌باشد.

References

1. Loh KS, Tan KK, et al. Otitis externa, The clinical pattern in a trituary instituonin Singapore. Ann Acad Med Singapore 1998; 27(2): 215-8.
2. Wai Pak M, Soo G, van Hasselt CA. Ear, Nose & Throat Journal 1997; 76:10.
3. Gurr PA, Evans K, Deweg SG. The detection of fungi in ears by immunofluorescence. Clinical Otolaringol 1997; 22(3): 275-83.
4. Pasanen AL, et al. Fungal carried home farmers work in a farm homes. Am Ind Hyg Assoc 1989; 50: 12:631-3.
۵. حریری همکاران. اسپورهای قارچی موجود در شهر اهواز، سالنامه آلرژی ایران، ۱۳۵۵: ۵۲: ۴۰-۳۴۹.
۶. فرید حسینی. آلرژیهای بینی. انتشارات دانشگاه مشهد. فروردین ۱۳۶۹، ص: ۲-۵۱.
۷. زرین م، بررسی اسپورهای قارچی موجود در هوای نقاط آلوده شهر تهران. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۰ پایان نامه ۱۹۳۱.
8. Lawreance RM, et al. Quantitative microbiology of traumatic orthopedic wounds. J Clini Microb 1978; 8(6): 673-5.
9. Yahya MM, Alhabib HM. Otomycosis: A common problem in Iraq. J Laryngol Otol 1990; 104(5): 387-9
۱۰. کیاکجوری ک. بررسی ۱۷۵ مورد بیمار مبتلا به اتومایکوزیس طی سالهای ۶۸-۷۱. مجله علمی فرهنگی شافی بابل، ۱۳۷۳: ص: ۵۵-۴۹.
11. Tinser J, Millan J, Rivas P, Adiego I, Castellote A, Valles H. Otomycosis and topical application of thiomersal: Study of 152 cases. Acta Otorhinolaringol Esp 1995; 46(2): 85-9.
12. Chander J, Maini S, Subrahmanian S, Handa A. Otomycosis a clinico-mycological study and efficacy of merchochorome in its treatment. Mycopathologia 1996; 135(1): 9-12.
13. Enweani IB, Igumbor H. Prevalence of Otomycosis in malnourished children in Edo State, Nigeria Mycopathologia 1997; 98; 140(2): 85-7.
14. Lohmk S, Tank K, Kumarasinghe G, Leong HK, Yeohg KJ H. Otitis externa. The Clinical pattern in a tertiary institution in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1998; 27(2): 215-8.
15. Burgos Sanchez A, Menaches Guardiola MI, Gras Albert JR. Tavavera Sanchez J. Descriptive study of infectious ear disease in relation to summer. Acta Otorhinolaridgol Esp 2000; 51(1): 19-24.

16. Kaur RN, Mittal M, Kakkara AK, mathur A. Otomycosis: A clininicomycologic study, Ear Nose throat J 2000; 79: 606-9.
17. Gurr PA, Evans K, Dewey FM, Gurr SJ. Otomycosis: The detection of fungi in ears by immunofluorescence microscopy. Clinico Otolaryngol 1997; 22(3): 275-83.
18. Dyckhoff G, Hoppe Tichy T, Kappe R, Dietz A. Actinimycotic therapy in otomycosis with tympanic membrane perforation. HNO 2000; 48(1): 18-21.
19. Itoch K, Kusumoto S, Fukuda M, Bessho M, Enomoto H. A neutropenic acute myeloid leukemia patient complicated with chronic otitis media due to Aspergillus niger and yeast-like fungi caused by superinfection. Kansenshogaku Zasshi 1999; 73(6): 618-22.