

گزارش دو مورد لشمانيازيس لب

دکتر آتس سا پاک فطرت*#، دکتر شادی ثقفی**، دکتر مریم مشاوري نيا***

* استادیار گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
** استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
*** دستیار تخصصی گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
تاریخ ارائه مقاله: ۱۹/۳/۸۶ - تاریخ پذیرش: ۲/۹/۸۶

Title: Lip Leishmaniasis (2 Case Reports)

Authors: Pakfetrat A*#, Saghafi Sh**, Moshaverinia M***

* Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Assistant Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Post-Graduate Student, Dept of Oral medicine, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Introduction: Leishmaniasis is a common cutaneous disease which is due to the infection with protozoan parasite named leishmania. This parasite is transmitted to a human by an infected sand fly. Both clinical forms of cutaneous leishmaniasis (dry-wet) are endemic in Khorasan province. The purpose of this study was to report two leishmaniasis cases with just lip involvement.

Results: This report is about two patients with lip leishmaniasis, without any skin or mucosal involvement in which the clinical features were diffuse lip swelling and ulcer in lower lip vermillion. These patients had been referred to oral medicine department of Mashhad dental school where a smear and biopsy were obtained which confirmed the clinical diagnosis of leishmaniasis. Thereafter, the patients were referred to a dermatologist for treatment. In later follow up, complete healing of lesions was observed.

Conclusion: The city of Mashhad is one of the centers with high frequency of dry cutaneous leishmaniasis and facial involvement in this disease is common. So it is necessary for dentists to consider leishmaniasis in differential diagnosis of lip and nose swellings and ulcers.

Key words: Lip, Leishmaniasis, Swelling, Ulcer.

Corresponding Author: PakfetratA@mums.ac.ir

Journal of Mashhad Dental School 2008; 32(1): 87-94.

چکیده

مقدمه: سالک (لشمانيازيس) یک بیماری شایع پوستی است که توسط انگلی به نام لشمانيا ایجاد می گردد. این انگل از طریق پشه خاکی آلوده به انسان منتقل می گردد. این بیماری دارای دو شکل خشک و مرطوب می باشد که هر دو شکل آن در استان خراسان بصورت اندمیک وجود دارد. هدف از ارائه این مقاله معرفی ۲ بیمار مبتلا به لشمانيازيس می باشد که در آنها منحصراً ناحیه لب درگیر بوده است.

یافته ها: این مقاله گزارشی از دو بیمار می باشد که به علت تورم لب پایین به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی معرفی شدند. مخاط یا پوست سایر نواحی بدن طبیعی بود. توصیف نمای بالینی هر دو بیمار تورم ژنرالیزه و زخم در سطح ورمیلیون لب پایین بود. برای هر دو بیمار با تشخیص بالینی احتمالی لشمانيوز لب، از ناحیه لب اسامیر و بیوپسی تهیه شد، که تشخیص بالینی تأیید گردید. بیماران به متخصص پوست جهت درمان معرفی شدند و در پیگیری مجدد بهبودی کامل ضایعات مشاهده گردید.

نتیجه گیری: شهر مشهد به عنوان کانون لشمانيوزيس جلدی خشک محسوب می گردد و ابتلا ناحیه صورت در این بیماری شایع می باشد. بنابراین دندانپزشکان بایستی لشمانيوز را در فهرست تشخیص های احتمالی تورم ها و زخم های مزمن ناحیه لب و بینی قرار دهند.

واژه های کلیدی: لب، لشمانيازيس، تورم، زخم.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۷ / دوره ۳۲ / شماره ۱: ۹۴-۸۷.

مقدمه

لشمانیازیس (Leishmaniasis) نوعی بیماری پروتوزوایی است که توسط انگل تک یاخته به نام لشمانیا ایجاد و به سه شکل جلدی (پوستی)، جلدی-مخاطی و احشائی در انسان دیده می شود^(۱) هر ساله بیش از ۱۲ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا می شوند.^(۲)

شکل جلدی این بیماری در ایران به نام سالک (یعنی بیماری که یک سال طول می کشد) شناخته می شود هر دو شکل جلدی و احشائی در تمام استانهای ایران دیده می شود.^(۳)

راه انتقال اصلی بیماری گزش پشه خاکی آلوده است^(۱) این پشه که تنها نوع ماده آن ناقل محسوب می شود در طول روز در ترکهای دیوار و سایه باقی مانده^(۴) و در اوایل شب فعالیت خود را شروع می کند. فعالیت این پشه به آب و هوا بستگی دارد و در مناطق معتدل در اردیبهشت ماه شروع و در اوایل تابستان به حداکثر می رسد.^(۱) این بیماری دارای دو

شکل بالینی خشک یا شهری و مرطوب یا روستائی می باشد که نوع اول عامل آن لشمانیاتروپیکا (L.Tropica) و نوع دوم توسط لشمانیا ماژور (L.Major) می باشد^(۱) (جدول ۱).

خراسان از جمله استانهای پهناور ایران است که هر دو شکل بیماری در بسیاری از شهرهای آن دیده می شود^(۳) و شهر مشهد یک کانون فعال بیماری سالک نوع خشک محسوب می شود.^(۳و۴)

فرم خشک علاوه بر شهر مشهد، در شهرهای نیشابور، سبزوار و فرم مرطوب در شهرهای سرخس، لطف آباد و اسفراین بیشتر دیده می شود.^(۵)

علائم بالینی

در مناطق اندمیک عفونت اغلب در بچه ها دیده می شود و بعد از دوره کمون چند هفته ای تا چند ماهه، ضایعه جلدی با پیدایش یک پاپول آغاز و بتدریج تبدیل به ندول شده و بعد زخمی می گردد. تعداد زخم بسته به تعداد نیش پشه، نوع لشمانیا و پاسخ میزبان متفاوت است.^(۵)

جدول ۱ : طبقه بندی بالینی لشمانیازیس

نمای بالینی	گونه	منطقه جغرافیایی
Cutaneous Leishmaniasis (CL):		
Old world	L. major	Near East, Africa
	L. tropica	Near East, former USSR
	L. aethiopca	Ethiopia, Kenya
	L. infantum	Mediterranean rim
Old world	L. mexicana complex	Mexico, Central America
	L. braziliensis complex	Brazil, Bolivia
	L. amazonensis	Brazil
Mucocutaneous Leishmaniasis (MCL):		
Diffuse (anergic) cutaneous Leishmaniasis		
(DCL):		
Old world	L. aethiopica	Ethiopia
New world	L. braziliensis complex	South America
Visceral Leishmaniasis (VL)	L. donovani	India, Kenya
	L. infantum	Mediterranean rim
Uncommon forms of Leishmaniasis:		
Leishmaniasis recidivans (LR)	L. tropica	Middle east, former USSR
Post-kala-azar dermal Leishmaniasis	L. donovani	India, Nepal, China

تشخیص

تشخیص بالینی زخم های تیپیک اکثراً مشکل نیست، ولی تشخیص قطعی با اسمیر، کشت در محیط NNN (Novy, MacNeal, Nicolle)، تست جلدی لشممان، بیوپسی و PCR امکان پذیر است که گستره (اسمیر) مستقیم به جهت سهولت انجام و دقت، یکی از بهترین راههای تشخیص لشمانیوز جلدی می باشد.^(۴۵)

از آن جا که دندانپزشک دارای جایگاه ویژه برای تشخیص ضایعات حفره دهان و همچنین لب می باشد و شهر مشهد به خصوص در نواحی خاص جزو کانونهای فعال این بیماری است، آشنائی دندانپزشکان با این نوع عفونت مانع از درمانهای نابجا و تاخیر در درمان اصلی خواهد شد.

هدف از ارائه این مقاله، معرفی دو بیمار با لشمانیوز جلدی با درگیری لب به تنهایی است که در فواصل زمانی اندک به دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرده اند.

گزارش مورد (۱)

بیمار خانم ۲۶ ساله ای ساکن مشهد می باشد که در تاریخ ۸۵/۲/۱۷ با شکایت از تورم لب پایین از ۳ ماه قبل مراجعه نموده بود. ضایعه در ابتدا به صورت یک زخم در زیر لب آغاز شده که به تدریج باعث تورم لب گردیده بود. بیمار از درد و سوزش و خارش در ناحیه شکایت داشت، و پوست بیمار در هیچ ناحیه دیگر بجز لب پایین ضایعه ای نداشت، در معاینه و بررسی سایر ارگانها و تاریخچه بیمار هیچگونه علامت سیستمیک همراه از قبیل تب یافت نگردید. بیمار قبل از مراجعه به دانشکده دندانپزشکی طبق تجویز پزشکان مختلف آنتی بیوتیک به مدت ۲ هفته و کورتیکواستروئید (پردنیزولون) به مدت ۹ روز استفاده کرده بود که داروها بی اثر بود و تورم لب در چند روز اخیر بیشتر شده بود. در معاینه داخل دهانی بیمار هیچ ضایعه پاتولوژیک مشاهده نشد و قوام ضایعه در لب پایین در بعضی نواحی نرم و در سایر قسمتها سفت لمس می شد. سطح روی ضایعه پوسته پوسته و در بعضی نواحی آثار کراست بر روی زخم قدیمی مشاهده می شد (تصویر ۱). بیمار با تشخیص های احتمالی ضایعات گرانولوماتوز بخصوص لشمانیوز و واکنشهای آلرژیک مورد

بیوپسی قرار گرفت و قبل از آن از ناحیه لب اسمیر تهیه شد (لازم به تذکر است بیمار سابقه ابتلا به سالک در برخی از همسایگان را ذکر می نمود).

در بررسی هیستوپاتولوژی نکات مثبت قابل توجه، شامل: تائید التهاب از نوع گرانولوماتوز و وجود گرانولهای پیگمانته سیاه رنگ مشابه جسم لشممان در سیتوپلاسم ماکروفاژها بود (تصویر ۲ و ۳). بنابراین با تائید تشخیص لشمانیوزیس، بیمار جهت درمان به بخش پوست بیمارستان امام رضا (ع) ارجاع و درمان بصورت سیستمیک (تزریق گلوکوکورتیکوئید بصورت عضلانی) آغاز شد. بیمار سه هفته بعد از اتمام دوره درمانی جهت کنترل به بخش بیماری های دهان مراجعه نمود. تورم لب کاملاً بهبود یافته بود و هیچ ضایعه جدیدی نیز مشاهده نگردید.

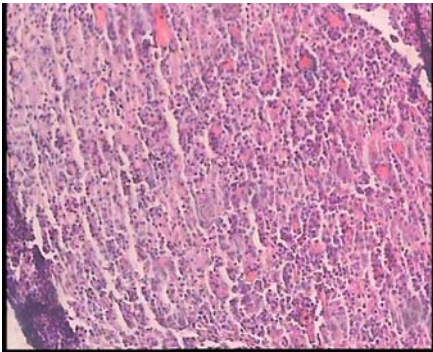
گزارش مورد (۲)

بیمار دوم پسری ۱۲ ساله ساکن مشهد است که در تاریخ ۸۵/۲/۵ با شکایت از زخم و تورم لب که از ۲ ماه قبل ایجاد شده بود، به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرد. طبق گزارش بیمار، این ضایعه ابتدا به صورت یک برجستگی کوچک مشاهده شده که با دستکاری بیمار (فرو بردن سوزن داغ) تبدیل به زخم گردیده، و پس از چند روز لب متورم گردیده بود. در ضمن بیمار ذکر می کرد در ابتدا لب قوام نرمی داشته ولی اخیراً سفت شده و بر روی آن دلمه ایجاد شده است. در معاینه داخل دهان بیمار هیچ ضایعه پاتولوژیک یافت نشد. در معاینه و بررسی سایر ارگانها نیز هیچ نکته مثبتی یافت نشد (بیمار سابقه ابتلا به سالک را در یکی از بستگان نزدیک گزارش می کرد). در معاینه، لب دچار تورم ژنرالیزه با قوام سفت بود آثار زخم قدیمی مشهود بود و همچنین در سایر نواحی هم کراست تشکیل شده بود. در معاینه، لب دچار تورم ژنرالیزه با قوام سفت بود. همچنین آثار زخم قدیمی مشهود و در بعضی از نواحی کراست تشکیل شده بود (تصویر ۴). بیمار جهت درمان ضایعه لب از پماد موپرسین ۲٪ و زینک اکساید استفاده کرده که تاثیری نداشته است.

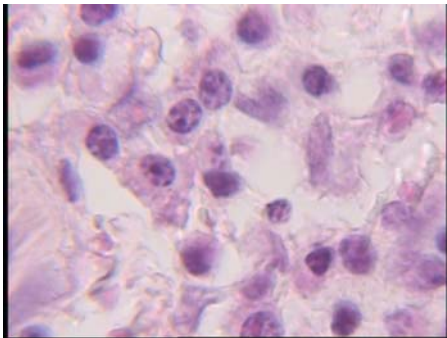
برای بیمار با تشخیص احتمالی ضایعات گرانولوماتوز



تصویر ۴: تورم لب پائین همراه با زخم و کراست در ورملیون در بیمار دوم



تصویر ۵: مشاهده جسم لیشتن در برش بافتی با رنگ آمیزی H & E * ۴۰۰



تصویر ۶: مشاهده جسم لیشتن در سیتولوژی با رنگ آمیزی گیمسا * ۱۰۰۰



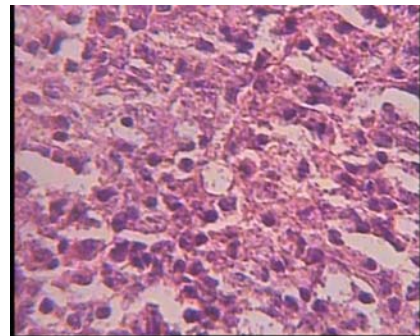
تصویر ۷: بهبودی نسبی در لب پائین، کاهش تورم، ترمیم زخم ناحیه ورملیون در بیمار اول پس از درمان

بویژه لشمانيوز با توجه به محل سکونت بیمار، اسمیر سیتولوژی و بیوپسی انجام گرفت.

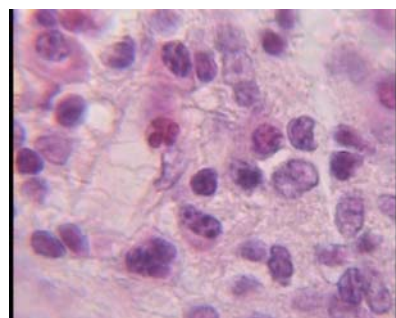
در اسمیر سیتولوژی اجسام لیشتن به شکل آزاد و در داخل ماکروفاژها مشاهده گردید. در بررسی هیستوپاتولوژی وجود التهاب از نوع گرانولوماتوز تأیید شد. همچنین با توجه به مشاهده گرانولهای پیگمانته سیاه رنگ مشابه جسم لیشتن در ماکروفاژها تشخیص لشمانيوز تأیید گردید (تصاویر ۵ و ۶). این بیمار نیز مشابه بیمار اول به بخش پوست بیمارستان امام رضا (ع) ارجاع و پس از اتمام دوره درمان سیستمیک جهت کنترل به دانشکده مراجعه نمود که ضایعه بیمار کاملاً بهبود یافته بود (تصویر ۷).



تصویر ۱: تورم لب پائین همراه با زخم و کراست در ورملیون در بیمار اول



تصویر ۲: مشاهده جسم لیشتن در برش بافتی با رنگ آمیزی H & E * ۴۰۰



تصویر ۳: مشاهده جسم لیشتن در سیتولوژی با رنگ آمیزی گیمسا * ۱۰۰۰

بحث

لشمانیوز پوستی از بیماری های اندمیک است که در کشور ما از جمله استان خراسان و نیز شهر مشهد از سالیان قبل وجود داشته است^(۲) از نظر توزیع جغرافیایی آلودگی بیشتر در مناطق جنوبی، جنوب غربی و غرب شهر مشهد وجود دارد که دلیل آن وجود رشته کوههای صخره ای کم ارتفاع موجود در ناحیه بوده که محل مناسبی برای تخم ریزی و رشد و نمو پشه های ناقل و حضور سگ های ولگرد می باشد.^(۲)

محل زندگی دو بیمار ذکر شده در نواحی جنوبی شهر مشهد است که بواسطه آلودگی و حضور سگ های ولگرد در حواشی شهر و همچنین حضور مهاجرین افغانی جزء مناطقی است که میزان آلودگی بالائی دارد^(۳) و همچنین جزء اماکنی است که در توزیع جغرافیائی این بیماری در مطالعات انجام شده لحاظ شده است.^(۲و۳)

اگر چه اخیراً گزارشاتی از وجود هر دو شکل بالینی سالک شهری و روستائی در مناطق شهری وجود دارد اما دو بیمار گزارش شده از نظر بالینی دارای سالک خشک (L.Tropica) ناحیه لب بودند در اکثر مطالعات، محل اصلی ضایعات در این نوع، صورت می باشد.^(۳)

از نظر بالینی بصورت کلاسیک در لشمانیاز پوستی، در ابتدا در محل تلقیح ارگانسیم پاپول تشکیل می گردد که این پاپول بزرگ شده و ایجاد یک زخم با لبه های برجسته می نماید سپس اسکار شکل می گیرد^(۴) که در دو بیمار فوق الذکر نیز تقریباً روند مشابهی طی شده است. البته ممکن است ضایعات به شکل های مختلفی از قبیل وژتاتیو، ندولر، اولسراتیو یا گومی شکل نیز مشاهده شوند.^(۱) تشخیص های افتراقی تورم لب بر حسب اینکه این تورم به صورت موضعی یا منتشر یا همراه ادم باشد، متفاوت است. از طرفی وجود زخم در لب نیز می تواند دلایل متفاوتی مثل انواع درماتوزها، مصرف داروهای مختلف، عفونت، تروما یا بیماری های گوارشی و خونی داشته باشد (جدول ۲).

در دو بیمار ذکر شده با توجه معاینه بالینی و بررسی تاریخچه بیمار تشخیص های احتمالی برای تورم ژنرالیزه لب، شامل: ضایعات آلرژیک، عفونی و گرانولوماتوز مطرح گردید، با توجه به ماندگار بودن تورم لب و اینکه در تاریخچه نکته مثبتی به نفع حضور یک آلرژن خاص مشاهده نشد، احتمال تشخیص التهاب آلرژیک کاهش یافت. از طرفی عفونت های دندانی به خصوص دندانهای قدامی می توانند ایجاد تورم لب بنمایند که در دو بیمار شواهدی مبنی بر عفونت دندانی وجود نداشت همچنین سیر اینگونه ضایعات سریعتر می باشد.

جدول ۲ : علل تورم منتشر و موضعی لب

تورم منتشر	تورم موضعی
- Allergic cheilitis	- Abscesses
- Angioedema	- Basal cell carcinoma
- Cheilitis granulomatosa	- Chancre
- Chemical cheilitis	- Cowden's syndrome
- Cold urticaria	- Cysts
- Crohn disease	- Haematomaes
- Edema	- Insect bite
	- Orofacial granulomatosis
	- Keratoacanthoma
	- Other tumors
	- Pyogenic granuloma
	- Salivary adenoma
	- SCC
	- Sucking pads

بنابراین بهترین گزینه تشخیصی، ضایعات گرانولوماتوز^۱ لب بود که می توانند علاوه بر ایجاد تورم همراه با زخم در ناحیه ورملیون باشند. در میان ضایعات گرانولوماتوز با توجه به شیوع بالای لشمانيوز و ارتباط بیماران با اطرافیان که مبتلا به سالک هستند و به خصوص ناحیه سکونت بیماران، تشخیص بالینی «لشمانيوزيس» برای هر دو بیمار مطرح شد و به جهت عدم وجود علائم همراه در سایر ارگانها نظیر درگیری ریه همچنین فقدان سابقه تروما و احتمال داخل شدن جسم خارجی از طریق آن، سایر تشخیص های افتراقی در میان ضایعات گرانولوماتوز کنار گذاشته شد. ضایعات قارچی مثل اکتینومايکوز، بلاستومايکوز و هیستوپلاسموز نیز به جهت پایین بودن شیوع آنها کمتر مطرح می گردد. به عنوان اولین اقدام تشخیصی برای بیمار اسمیر و بیوپسی انجام گردید.

در اسمیر و رنگ آمیزی گیمسا تشخیص بالینی لشمانيوز تأیید شد و با بررسی هیستوپاتولوژی علاوه بر تأیید وجود گرانولوم به جهت مشاهده شدن اجسام لشمین (Amastigotes)^۲ در سیتوپلاسم ماکروفاژها، تشخیص لشمانيوز قطعی گردید. همانطور که قبلاً ذکر شد که در تحقیقات مختلف در میان روش های تشخیصی بهترین و ساده ترین روش اسمیر مستقیم است گرچه در بعضی مطالعات علاوه بر روشهای رایج اشاره به روش آسپیراسیون از ضایعه با سوزن نازک و بررسی سیتولوژی نموده اند که ترومای کمتری به بافت وارد کرده و راحت تر قابل اجرا می باشد.^(۵)

لازم به ذکر است که طبق مطالعات انجام گرفته در مشهد، سالک شهری اغلب در نواحی باز بدن و بیشتر در ناحیه صورت رخ می دهد^(۳) مخزن بیماری انسان است و می تواند از شخص آلوده به دیگری منتقل شود.^(۸) (همانطور که در تاریخچه یکی از بیماران شیوع سالک در اطرافیان بیمار در منطقه سکونت ذکر شده بود.)

بطور کلی از نظر بالینی لشمانيوز پوستی طبق نظر بعضی محققین در میان لب بالا و پائین، اغلب لب بالا را درگیر می کند که بعد از طی مراحل ادم و ارتشاح از نوع گرانولوماتوز و نکروز باعث تورم و درنهایت تخریب بافت لب می گردد^(۶) در مورد نوع پوستی مخاطی درگیری اولیه می تواند ضایعه در ناحیه لب به خصوص لب بالا باشد و سپس مخاط دهان شامل کام نرم، زبان کوچک، فارینکس و بندرت لثه نیز مبتلا شوند^(۶) البته درگیری مخاط تنها در یک ناحیه مثل زبان نیز بسیار بندرت گزارش شده است^(۷) و به نظر می رسد انتشار ضایعات می تواند علاوه بر گسترش مستقیم از پوست به مخاط، از طریق لنف و خون نیز صورت گیرد.^(۸،۹) و به این ترتیب علاوه بر مخاط دهان، دستگاه تنفسی فوقانی، بینی و بندرت حنجره نیز می توانند مبتلا شوند.^(۱)

در بعضی گزارشات تأکید شده است که باید به هر نوع تورم با تشخیص سلولیت و عفونت های معمول در ناحیه صورت به خصوص بینی و لبها که به درمانهای معمول پاسخ نداده است توجه بیشتر شود اگر بیمار در نواحی اندمیک خاص قرار گرفته است، لشمانيوزيس حتماً در فهرست تشخیص های احتمالی قرار گیرد.^(۱۰-۱۳)

گرچه تعیین سوش لشمین در دو بیمار انجام نشده است اما با توجه به شیوع بالای *L.tropica*^(۱۴،۱۵) و نمای بالینی ضایعات، بنظر می رسد که سوش عامل در بیماران *L.tropica* باشد که بیشتر توسط (*Phlebotomus serganti*) منتقل می شود^(۲) از خصوصیات این سوش پارازیت ایجاد ضایعات منفرد و آماس شدید در مقایسه با نوع *L.major* است که ایجاد سالک مرطوب و روستائی می نماید.^(۱)

در نهایت پس از مسجل شدن تشخیص بیماری، بیماران جهت درمان به بخش پوست بیمارستان امام رضا (ع) ارجاع شدند لازم به ذکر است انتخاب نوع درمان لشمانيوز بسته به شکل بالینی آن است^(۱) لشمانيوز پوستی در Old world^۳ اغلب خودبخود محدود شونده است و در بسیاری موارد نیاز به درمان ندارد.^(۱۱-۱۳)

۱. منظور دسته ای از ضایعات پوستی یا مخاطی هستند که در نمای هیستوپاتولوژی آنها گرانولوم مشاهده می شود مثل: توبرکلوز، سارکوئیدوز، واکنش به جسم خارجی و ضایعات قارچی عمقی.

۲. شکلی از انگل که بدون تازک بوده و در سلولهای رتیکولاندوتلیال پوست و بافت زیر جلدی و احشا مشاهده می شود.

۳. منظور آسیا، ایران، عراق، عربستان سعودی، یمن، آفریقا، بعضی نواحی اروپا می باشد.

گاما و ... می باشند.^(۱۱)

نتیجه گیری

با توجه به اینکه شهر مشهد به عنوان کانون بروز لشمانيوز جلدی خشک محسوب می شود و ابتلا ناحیه صورت در این بیماری شایع می باشد، آشنائی دندانپزشکان بومی (استان خراسان) با این بیماری عفونی بسیار حائز اهمیت می باشد و لازم است لشمانيوز در فهرست تشخیص های احتمالی تورم و زخم های مزمن ناحیه لب و بینی قرار گیرد و روشهای تشخیص و درمان این بیماری عفونی نیز مد نظر قرار گیرد.

مساله دیگر، لزوم توجه ویژه به ساکنین نواحی پرخطر شهر مشهد که شیوع بالایی از این بیماری عفونی دارند و آموزش آنان می باشد تا حداقل امکان از وقوع بیماری پیشگیری گردد. در سالهای اخیر به علت مبارزه با مخازن (مثل جمع آوری سگهای ولگرد و سمپاشی) و محدودیت ورود مهاجرین افغانی، روند کاهش در شیوع بیماری محسوس بوده است ولی لزوم انجام اقدامات جدی در این زمینه حائز اهمیت می باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مساعی سرکار خانم دکتر دلایریان و سرکار خانم دکتر جاویدی صمیمانه تشکر می شود.

استفاده از درمانهای موضعی بهتر است در مورد ضایعات ساده تر به کار رود و روشهای سیستمیک برای ضایعاتی که اسکارهای بدشکل و یا ناتوان کننده به جای می گذارند، یا به سادگی التیام نمی یابند مثل ضایعات ساق پا یا مفاصل یا ضایعات مخاطی و غضروفی به کار روند. برنامه درمانی سیستمیک شامل تزریق داخل عضله یا وریدی (ترکیبات سدیم استیوگلوکونات) و یا (Meglumine antimoniate) در یک تک دز روزانه ۲۰mg/kg است که تا مدت زمانی که طول می کشد تا ترمیم از نظر بالینی و پارازیتولوژیک انجام گیرد و حتی چند روز بیشتر ادامه می یابد (معمولاً ۲۱-۱۵ روز).^(۱۱)

برای بیماران مورد مطالعه نیز به جهت اینکه تزریق های متعدد داخل ضایعه در بافت لب باعث ایجاد اسکار و بدشکلی می شد، درمان سیستمیک (گلوکانتیم با دز ۲۰mg/kg) انجام شد.

که باعث بهبودی قابل توجه ضایعه شد و بیماران از نتیجه کاملاً راضی بودند. و در کنترل های چند ماهه آینده بعد از اتمام درمان نیز ضایعات کاملاً بهبود یافتند.

سایر روشهای درمانی کرایوتراپی، گرمادرمانی، کورت، حذف از طریق جراحی و کوتر و سایر ترکیبات دارویی عبارت از: کتوکوناژول، آمفوتریپسین B، داپسون، اینترفرون

منابع

1. Fitzpatrick S, Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: Mc Grow-Hill; 2003. P. 2609.
2. مهاجری م، بلورساز م، شمسیان س ع ا. لشمانيوزیس پوستی در کودکان دبستانی شهر مشهد مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۸؛ ۶۵(۳): ۹-۶۴.
3. جاویدی ز، فتی ع، مهاجری م، برنجی ف، فرزانه فر ف. بررسی عوامل موثر در روند سالک در بیش از ۳۲۵۰ نفر مراجعین بیمارستان امام رضا، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۰؛ ۷۲(۲): ۷-۱۱۱.
4. الهی س ر، فتی ع، برنجی ف. مقایسه روشهای تشخیصی آزمایشگاهی سالک، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۴؛ ۴۷(۱): ۶-۶۲.
5. فتی ع، نقدیانی ج. گزارش یک مورد نادر لشمانيوزیس مرطوب با ۷۸ زخم جلدی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۶؛ ۵۷(۴): ۹-۱۲۵.
6. Scully C, Bagan JV, Eisen D, Dermatology of the lips. 1st ed. Oxford UK; 2000. P. 128.
7. Habibzadeh F. Isolated lingual leishmaniasis. Journal of post graduate Medicine 2005; 51(3): P. 218-9.
8. Vivier Anthony du. Atlas of Clinical Dermatology. 3rd ed. London: Churchill & Livingstone; 2002. P. 348.
9. Diamanto poulos E, Andre adis E. Persisting afebrile swelling of the lips and tongue: An unusuall case of Granulomatous Glossitis. American Journal Med 2006; 119(2): 182-3.

10. Clayton R, Grabczynska S. Mucocutaneous leishmaniasis presenting as facial cellulites. *Journal of Laryngology and Otology* 2005; 119: 567-9.
11. Burns T, Stephen B, Cox N, Griffiths Ch. *Text book of dermatology*, 7th ed. ROOK's 2004; P. 42-5.
12. Rino Cerio, Clive B. Archer A. *Clinical investigation of skin Disorders*. 1st ed. Chapman and Hall; 1998. P. 91.
13. Raymond LB. *Text book of Dermatopathology*, 1st ed. New York: MC Graw-Hill, 1998. P. 457.
14. Shwartz E, Hatz Cr, Blum J. New world cutaneous leishmaniasis in travelers, *Lancet Infect Dis* 2006; 6(6); 342-9.