

اونیکومایکوزیس (Onychomycosis)



© 2003 Elsevier - Bologna, Jorizzo and Rapini: Dermatology - www.dorntext.com

Lichen Planus

Contact Dermatitis

اونیکومایکوزیس دارای چندین فرم تهاجمی شامل:

- ✓ اونیکومایکوزیس زیرناخن انتهایی
DLSO (Distal Subungual Onychomycosis)
- ✓ اونیکومایکوزیس زیرناخن ابتدایی
PSO (Proximal Subungual Onychomycosis)
- ✓ اونیکومایکوزیس سفید سطحی،
WSO (White Superficial Onychomycosis)
- ✓ اونیکومایکوزیس سیاه سطحی،
BSO (Black Superficial Onychomycosis)
- ✓ اونیکومایکوزیس اندونیکسی عفونت کاندیدایی،
EO (Endonix Onychomycosis)
- ✓ عفونت کاندیدایی ناخن و اونیکومایکوزیس دیستروفیک کامل
TDO (Total Dystrophic Onychomycosis) است (۶).

عوامل شایع کچلی ناخن (Tinea unguium)

کچلی ناخن اکثراً به علت تریکوفایتون منتاگروفایتیس واریته اینتر دیجیتال و تریکوفایتون رویوم ایجاد می شود و سپس به علت اپیدرموفایتون فلوکوزوم و تریکوفایتون شونن لاینی و تریکوفایتون ویولاسنوم مبتلا می شوند. میکروسپوروم ها، ندرتاً باعث ایجاد کچلی ناخن شده اند.

در گذشته اونیکومایکوزیس به عنوان عفونت غیردرماتوفیتی ناخن در نظر گرفته می شد ولی در حال حاضر واژه کلی برای هر نوع عفونت قارچی ناخن است. کچلی ناخن به طور اختصاصی در مورد تهاجم درماتوفیت ها به ناخن به کار می رود (۱). اونیکومایکوزیس شایع ترین بیماری ناخن محسوب می شود. این عارضه توسط سه گروه از قارچ ها شامل درماتوفیت ها، مخمرها و کپک های غیر درماتوفیتی ایجاد می شود (۲).

میزان شیوع اونیکومایکوزیس با سن، فاکتورهای زمینه ای، شغل، آب و هوا، محیط زندگی و مسافرت های زیاد ارتباط دارد. اونیکومایکوزیس تقریباً ۵ درصد جمعیت جهان را مبتلا می سازد.

این بیماری ۲۰-۴۰٪ در برخی گزارشات ۵۰٪ کل اونیکوپاتی ها و ۳۰٪ کل عفونت های قارچی را تشکیل می دهد (۳، ۴). به طور تقریبی مبتلایان به اونیکومایکوزیس ۱/۵ تا ۱۵٪ مراجعه کنندگان به درماتولوژیست ها را تشکیل می دهند.

درماتوفیت ها بیشترین و فراوان ترین عوامل مسبب اونیکومایکوزیس می باشند، تقریباً ۹۰٪ اونیکومایکوزیس ناخن پا و کمتر از ۵۰٪ اونیکومایکوزیس ناخن دست ناشی از این عوامل است (۱). عوامل غیر درماتوفیتی عامل بروز ۱/۵ تا ۱/۶ موارد اونیکومایکوزیس است. البته باید توجه داشت میزان شیوع عوامل مسبب اونیکومایکوزیس در نواحی مختلف جغرافیایی متغیر است، در ایران طبق مطالعات انجام شده میزان شیوع اونیکومایکوزیس از ۴-۲۳٪ گزارش شده است (۵). در حال حاضر شناسایی عوامل کپکی و مخمری به خصوص کاندیدا آلبیکنس (Candida albicans) به عنوان پاتوژن مسبب عفونت ناخن دست افزایش یافته است.

تشخیص افتراقی

بیماری های متنوعی نظیر پسوریازیس (Psoriasis)، لیکن پلان (Lichen planus)، درماتیت تماسی (-Contact dermati)، تومورهای بستر ناخن (Nail bed tumors)، سندرم ناخن زرد (Yellow-nail syndrome) و اونیکولیزهای ناشناخته علائم مشابهی با اونیکومایکوزیس دارند.

آگار SCC (سابرودکستروز آگار + کلرامفنیکل + سیکلوهاگزامید) در دمای ۲۵-۳۰ درجه سانتیگراد قادر به رشد می باشند.

درمان

با تجویز گریزوفلووین می توان کچلی های ناخن را درمان نمود. کشیدن ناخن و درمان خوراکی با داروهای ضد قارچی بهترین راه درمان است امروزه استفاده از تربینافین Trebinafine در درمان کچلی ناخن دست و ایتراکونازول Itraconazole در درمان کچلی ناخن های پا بکار می رود (۷).

علائم بالینی اونیکو مایکوز کاندیدایی و پارونیکیا & Paronychia onychomycosis:

اونیکو مایکوز کاندیدایی (اونیکیا یا آماس بافت ناخن) بدون گرفتاری نسوج اطراف ناخن (پارونیکیا) در یک یا چندین ناخن ممکن است بوجود آید. این فرم از بیماری در اشخاصی که مدت زیادی دست هایشان با آب در تماس باشد مشاهده می گردد. در این بیماری ناخن ضخیم سخت و قهوه‌ای رنگ می شود و در عفونت های مزمن درمان نشده گاهی بافت ناخن نیز کاملاً از بین می رود. در ایران این بیماری در زنان خانه دار و بچه‌هایی که عادت به مکیدن انگشت را دارند رایج بوده و در واقع شایعترین شکل اونیکوما یکوز است.

در پارونیکیا (آماس اطراف ناخن) با تهاجم کاندیدا به نسوج اطراف ناخن ضایعات قرمز دردناک و تورم تا حدود یک سانتیمتر از لبه ناخن ایجاد می گردد. در پارونیکیا مزمن ناخن ها نیز گرفتار می شود. پارونیکیا ممکن است به علت باکتری ها نیز ایجاد شود.



Distal and lateral subungual onychomycosis (DLSO): whitish discoloration, onycholysis and subungual hyperkeratosis



علائم بالینی

کچلی ناخن در ناخن های پا یا دست ایجاد می شود. بیماری معمولاً با کلفت شدن صفحه ناخن جدا شدن صفحه ناخن از پوست زیر آن و پیدایش شوره های سیوس مانند (Branny) که به زحمت تشخیص داده می شوند همراه است. شروع بیماری آرام و تدریجی است و تغییرات زیر در آن ایجاد می شود.

◀ **تغییر شکل:** لبه آزاد ناخن کنگره ای و سطح آن پست و بلند و شیار دار می شود.

◀ **تغییر رنگ:** ناخن مبتلا در قسمت ضایعه بی رنگ و کدر بوده و یا تغییر رنگ می دهد.

◀ **تغییر قوام:** قوام طبیعی ناخن کاهش یافته و حالت شکستگی خود به خودی در ناخن ها ایجاد می شود.

◀ **تغییر ضخامت:** ناخن آلوده ضخیم تر شده و توده فیبری شکل یا ماده اسفنجی شکل در زیر ناخن ها به وجود می آید که محتوی زواید اپیدرم و میسلیم های قارچ است.



Candidiasis of nail



White Onychomycosis

Tinea Unguium

تشخیص بیماری

تراشه ضایعات ناخن را مستقیماً در محلول هیدروکسید پتاسیم شفاف می کنیم. در لام مستقیم کلیه گونه های کاندیدا به شکل سلول های مخمری گرد یا بیضی شکل به قطر ۳-۵ میکرومتر به همراه هیف یا سودوهایف در سطح یا درون اپیتلیوم دیده می شود. گونه های کاندیدا بر روی اکثر محیط های کشت به خوبی قادر

تشخیص بیماری

در فرم تهاجمی زیر ناخنی قارچ در برش های بافتی رنگ آمیزی شده با PAS قابل تشخیص است. رشته های هیف، آرتروکونیدی به طور افقی در میان تیغه های ناخن و در پایین ترین قسمت صفحه ناخن قرار می گیرند. واکنش های التهابی مختصر و توزیع و تراکم عناصر قارچی در ناخن متفاوت است. بر خلاف این حالت در فرم لکونیکیا (لکه های سفید سطحی ناخن) میسلیم ها در بالاترین قسمت صفحه ناخن جایگزین می شوند. گونه های درماتوفیت بر روی محیط مایکوزیل

3. Kaur R, Kashyap B, Bhalla P. Onychomycosis epidemiology, diagnosis and management. Indian J Med Microbiol 2008; 26(2): 108-116.
4. Weinberg JM, Koestenblatt EK, Tutrone WD, Tishler HR, Najarian L. Comparison of diagnostic methods in the evaluation of onychomycosis. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 193-197.
5. Asadi MA, Dehghani R, Sharif MR. Epidemiologic study of onychomycosis and tinea pedis in Kashan, Iran. Jundishapur J Microbiol 2009; 2(2): 61-64 (Persian)
6. Baran R, Hay R, Haneke E, Tosti A. Onychomycosis the current approach to diagnosis and therapy, 1st ed. United Kingdom: Martin Dunitz; 1999.
7. Westerberg DP, Voyack MJ "Onychomycosis: current trends in diagnosis and treatment." American family physician (Dec 1, 2013). 88 (11): 762-70.
8. Rigopoulos, D; Larios, G; Gregoriou, S; Alevizos, "Acute and chronic paronychia." American family physician A (Feb 1, 2008). 77 (3): 339-46.

به رشد می باشند، ولی برای جدا سازی اولیه ارگانیزم بهتر است از محیط SC (سابرودکستروز آگار + کلرامفنیکل) استفاده شود. درمان:

قبل از اقدام به درمان باید سعی دراز بین بردن عوامل مستعد کننده بیماری مانند تماس نداشتن مداوم با آب نمود. استفاده از کرم های ضد قارچ مانند کلوتریمازول Clotrimazole، ایکونازول Isoconazol، کتوکونازول ketoconazole و نیستاتین nystatin و یا استفاده از داروهای سیستمیک مانند ایتراکونازول یا تربینافن سودمند می باشد. همچنین از داروهای ملایم استروئیدی به طور همزمان همراه با داروهای ضد قارچی برای کاهش التهاب و درد می توان استفاده نمود (۸).

منابع

1. Elewski BE. Onychomycosis: Pathogenesis, Diagnosis and Management. Clin Microbiol Rev 1998; 11: 415-429.
2. Veer P, Patwardhan NS, Damle AS. Study of Onychomycosis: Prevailing Fungi and Pattern of infection. Indian J Med Microbiol 2007; 25(1): 53-56.

فرم اشتراک ماهنامه **نیشخنی** آزمایشگاهی ۱۳۹۴

نام و نام خانوادگی: رشته / تخصص: کد ملی:
 نام محل کار: مسئولیت:
 نشانی:
 کد پستی: تلفن: فاکس:
 موبایل: ایمیل:

♦ تکمیل تمام موارد فوق الزامی است ♦

اشتراک ۶ ماهه (با پست عادی)	۳۰۰,۰۰۰ ریال	اشتراک یکساله (با پست عادی)	۶۰۰,۰۰۰ ریال
اشتراک ۶ ماهه (با پست سفارشی)	۳۶۰,۰۰۰ ریال	اشتراک یکساله (با پست سفارشی)	۷۲۰,۰۰۰ ریال

مبلغ اشتراک یکساله خارج از کشور با پست سفارشی ۳۶۰ دلار است.

لطفاً برای شروع یا تمدید اشتراک، رسید فیش واریزی را همراه با فرم تکمیل شده فوق به شماره زیر فاکس نمایید.

کارت بانک پاسارگاد به شماره کارت ۵۰۲۲-۲۹۱۰-۴۰۷۲-۹۱۵۲ و شماره حساب ۱-۱۲۰۸۴۲۳۴-۸۰۰۰-۲۰۶ به نام آقای محمود اصلانی
 ایمیل: matashkhis@gmail.com نامبر: ۸۹۷۷۶۷۶۹ تلفن: ۰۹۱۲۷۳۳۳۴۰۷