

دکتر داریوش اکبری^۱، دکتر کامران بلیغی^۲

۱- دستیار، ۲- استادیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران

آن اختصاصی است. ما یک مورد از لارو مهاجر پوستی در یک مرد ۳۷ ساله ایرانی گزارش می‌کنیم که پس از مسافرت به کشور مکزیک دچار این بیماری شد. بیمار مزبور به صورت موفقیت آمیز با تیاندازول خوراکی درمان شد.

واژه‌های کلیدی: لارو مهاجر پوستی، پا، تیاندازول

فصلنامه بیماری‌های پوست، تابستان ۱۳۸۳؛ ۲۸: ۲۷۳-۲۷۱

لارو مهاجر پوستی نوعی بیماری پوستی خود محدود شونده است و عامل آن کرم‌های گردی است که در حالت عادی انسان را آلوده نمی‌کند. شایع‌ترین علت آن *Ankylostoma braziliensis*، کرم قلابدار سگ و گربه است. این بیماری در نواحی گرمسیری و نیمه گرمسیری دیده می‌شود و ممکن است در کسانی که سابقه مسافرت به این نواحی را دارند نیز دیده شود. تشخیص آن نسبتاً ساده است چرا که نمای بالینی

معرفی بیمار

۲ گرم روزانه به مدت ۱۰ روز قرار گرفت که به رغم درمان فوق، ضایعات بیمار گسترش یافت. حال عمومی بیمار در موقع مراجعه خوب بود و در معاینه بالینی به جز ضایعات پوستی فوق نکته غیرطبیعی دیگری یافت نشد. آزمایشات انجام شده شامل شمارش کامل سلول‌های خونی، ترانس آمینازهای کبدی، آلکالین فسفاتاز، نیترژن اوره خون و کراتینین خون طبیعی بود و در آزمایش مدفوع که ۳ بار طی ۳ روز متوالی انجام شد انگل یا تخم انگل دیده نشد. بیمار با تشخیص لارو مهاجر پوستی تحت درمان با تیاندازول خوراکی ۲ گرم در روز و به مدت ۲ روز قرار گرفت که ۷ روز پس از پایان درمان فوق ضایعات پوستی بیمار بهبود یافت.

بیمار مردی ۳۷ ساله اهل تهران بود که با شکایت ضایعات پوستی خارش‌دار کف پای راست به بیمارستان رازی مراجعه کرد. بیمار شروع ضایعات را از حدود ۱/۵ ماه قبل به دنبال مسافرت به کشور مکزیک ذکر می‌کرد که ابتدا به صورت یک پاپول اریتماتو و خارش دار شروع شده و سپس به تدریج به شکل وزیکول و تاول به صورت خطی و ماریچی گسترش پیدا کرد (تصویر شماره ۱). بیمار طی این مدت یک بار به پزشک مراجعه کرد و تحت درمان با هیدروکسی زین ۳۰ میلی گرم روزانه و سفالکسین

مؤلف مسئول: دکتر داریوش اکبری - تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی، گروه پوست



تصویر شماره ۱ - گسترش پاپول اولیه به شکل وزیکول خطی و ماریچی

تاکنون هیچ موردی از لارو مهاجر پوستی از ایران گزارش نشده است. با توجه به افزایش مسافرت به کشورهای مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری در سال‌های اخیر، این بیماری را باید در کسانی که با ضایعات پوستی به شکل وزیکول و بول خطی و ماریچی مراجعه می‌کنند و سابقه مسافرت به کشورهای فوق را دارند مد نظر قرار داد.

لارو مهاجر به هنگام تماس انسان با خاک آلوده وارد پوست می‌شود و در محل ورود یک پاپول یا وزیکول اریتماتو و خارش دار ایجاد می‌کند. لارو نمی‌تواند از لایه بازال عبور کند و محدود به اپیدرم باقی می‌ماند و در زمان حرکت در پوست در طول مسیر حرکت خود وزیکول‌های

بحث

لارو مهاجر پوستی یک بیماری خود محدود شونده است که در نتیجه ورود لارو کرم‌های گرد به پوست ایجاد می‌شود. در حالت عادی این کرم‌ها انسان را آلوده نمی‌کنند. شایع‌ترین علت این بیماری *Ankylostoma braziliensis* است که یک کرم قلابدار سنگ و گربه است. لارو نماتودهای دیگر و *Strongyloides stercoralis* نیز می‌توانند عامل لارو مهاجر پوستی باشند. این بیماری در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری شیوع دارد و بیشتر در جزایر دریای کارائیب، امریکای مرکزی و جنوبی، افریقا و جنوب شرقی آسیا دیده می‌شود (۱-۷).

است. تشخیص بیماری بر اساس یافته‌های بالینی اختصاصی و تاریخچه بیمار است (۸، ۴-۱). درمان‌های توصیه شده در این بیماری شامل تیابندازول خوراکی ۲۵ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن برای ۲ بار در روز و به مدت ۲ روز، محلول تیابندازول موضعی ۱۰-۱۵ درصد ۲ تا ۴ بار در روز و برای مدت یک هفته، آلبندازول خوراکی ۴۰۰ میلی گرم در روز به مدت ۳ روز و ایورمکتین خوراکی ۲۰۰ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن به صورت تک دوز است (۹، ۵، ۴).

منابع

- 1-Jin Woo P, Sang Jin K, Jae Sook R, et al. Two imported cases of cutaneous larva migrans. Korean Parasitol 2001; 39: 77-81.
- 2-Davies HD, Sakuls P, Keystone JS, et al. Creeping eruption. Arch Dermatol 1993; 129: 588-91.
- 3-Elgart ML. Creeping eruption. Arch Dermatol 1998; 134: 619-20.
- 4-Kenneth A, Arndt PE, LeBoit JK, et al. Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996; 1181-89.
- 5-Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine . New York: McGraw-Hill, 1999; 2624-25.
- 6-Champion RH, Burton JI, Burns DA, et al. Textbook of dermatology. London: Blackwell Science, 1988: 1392-93.
- 7-Odom RB, James ND, Berger TG. Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: W.B. Saunders 2000: 543-44.
- 8-Sting P. A case of cutaneous larva migrans in general practice. Hautkr 1982; 57: 1444-46.
- 9-Gourtiotou K, Nicolaidou E, Panagiotopoulos A, et al. Treatment of widespread cutaneous larva migrans with thiabendazole. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15: 578-80.

خارش دار به پهنای ۲ تا ۴ میلی متر ایجاد می کند. لارو، معمولاً در پوست سالم و به فاصله ۱ تا ۲ سانتی متر از لبه گسترش یابنده ضایعه دیده می شود. سرعت حرکت لارو از چند میلی متر تا ۲ سانتی متر در روز است. علت پیدایش ضایعات، احتمالاً واکنش آلرژیک به لارو یا مواد تولیدشده توسط آن است. لارو نمی تواند چرخه زندگی خود را در پوست انسان کامل کند و سرانجام خواهد مرد. از این رو ضایعات درمان نشده چند هفته تا چند ماه بعد به صورت خود به خود بهبود پیدا می کنند. شایع ترین محل پیدایش ضایعات بترتیب شیوع: پا، دست، بازو و باسن