

# تومور کاذب اسکالپ در اثر اکتینومایکوز

## چکیده :

**مقدمه و هدف :** اکتینومایکوز یک عفونت با پیشرفت آهسته بوده که در اثر باکتریهای بیهواری یا میکروآئروفیلیک رخ می دهد . این عوامل به طور طبیعی در دهان ، کولون و واژن کلونیزه می شوند . شایع ترین محل آن ناحیه اطراف فک تحتانی است. این عفونت می تواند به صورت یک توده تظاهر نماید. معمولاً در تشخیص یک توده بدون درد در ناحیه سر و گردن باید در نظر گرفته شود . به ندرت ممکن است به شکل یک توده در ناحیه سر تظاهر نماید. این عفونت به وسیله پاتولوژی و یافتن گرانول سولفور همراه با یافتن باکتری در یک محل استریل تشخیص داده می شود. در این گزارش یک مورد تومور کاذب اسکالپ در اثر اکتینومایکوز معرفی می شود.

**معرفی بیمار :** بیمار کودک ۱۱ ساله ای است که با یک توده در ناحیه تمپورال راست بالا و پشت گوش و اشکال در باز کردن دهان از ۱۰ روز قبل از بستری مراجعه نموده است و گاهی درد نیز داشته است. سیتی اسکن استخوان جمجمه و مغز یک توده زیر جلدی بدون درگیری استخوان و مغز را نشان داده است . اندکسهای خون محیطی نرمال و سرعت رسوب اریتروئید ۵۵ میلی متر در ساعت بوده است . پاتولوژی پس از جراحی کامل توده همراه با عضله تمپورالیس اکتینومایکوز را گزارش نمود و پس از درمان طولانی با دوز بالای پنی سیلین سرعت رسوب اریتروئید نرمال شد و بیمار مشکل دیگری نداشت.

**نتیجه گیری :** اکتینومایکوز می تواند به صورت یک توده سفت تقریباً بدون درد در سر و بدون درگیری مخاط دهان و ضایعه اطراف فک تحتانی تظاهر نموده و با تومور اشتباه شود .

**واژه های کلیدی :** اکتینومایکوز ، توده سفت جلدی ، اسکالپ

دکتر احمد علیخانی \*

دکتر عبد الهادی دانشی \*\*

دکتر ارسلان عزیزى \*\*\*

\*متخصص بیماریهای عفونی و گرمسیری،  
استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم  
پزشکی یاسوج ، دانشکده پزشکی ، بخش  
عفونی

\*\*متخصص جراحی مغز و اعصاب، بیمارستان

شهید بهشتی یاسوج

\*\*\*متخصص پاتولوژی، بیمارستان شهید

بهشتی یاسوج

تاریخ وصول: ۱۳۸۳/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۳/۱۲/۲۵

مؤلف مسئول : دکتر احمد علیخانی

پست الکترونیکی: ahmadalikhani@yahoo.co.in

## مقدمه

اکتینومایکوز یک عفونت آهسته پیشرونده به وسیله باکتری های بیهوازی یا میکروآئروفیلیک ایجاد می شود. این باکتریها می توانند به طور طبیعی در دهان، روده بزرگ و واژن کلونیزه شوند. در واقع هر جایی در بدن می تواند متأثر شود. وقتی که ارگانسیم به بافت تهاجم پیدا می کند تشکیل کلامپهای کوچک می دهد که گرین<sup>(۱)</sup> نام دارد. اگر چه مشخصه اکتینومایکوز است، ولی در مایستوما<sup>(۲)</sup> و بوتریومایکوز<sup>(۳)</sup> نیز دیده می شود. ضایعات اکتینومایکوز کانون چرکی بوده که به وسیله فیبروز محاصره می شود. خصوصیت کلاسیک این عفونت مشتمل بر گسترش به بافتهای مجاور بوده و فیستول و سینوس ایجاد می شود. این عفونت به طور شایع با بدخیمی اشتباه می شود و امروزه بیشترین اشتباه تشخیصی را ایجاد می نماید. بیشترین نوع این باکتریها که مسئول این عفونت است اکتینومایکوز اسرائیلی می باشد. شایعترین محل شناخته شده عفونت دهان، گردن و صورت می باشد. شیوع بیماری بین ۹۷-۱۱ درصد بوده و می تواند به شکل تورم بافت نرم، آبسه یا یک توده تظاهر نماید. تشخیص اکتینومایکوز نه تنها با وجود یک توده بدون درد در زاویه فکی باید در نظر گرفته شود، بلکه باید آن را در تشخیص افتراقی هر توده سر و گردن مطرح نمود. وقتی که ضایعه سفت می باشد تشخیص معمول بدخیمی می باشد. این عفونت هم چنین می تواند به صورت یک آبسه مزمن عود کننده تظاهر

نماید. سناریو شایع بهبود موقتی با درمان تجربی آنتی بیوتیکی و سپس عود ضایعه همیشه باید شک به اکتینومایکوز را بدون توجه به محل ضایعه برانگیزاند. انتشار لنفاتیک و ایجاد لنفادنوپاتی<sup>(۴)</sup> غیر شایع می باشد. درد، تب و لکوسیتوز<sup>(۵)</sup> ممکن است دیده شود [۱].

شایع ترین محل، ناحیه انحراف فک تحتانی می باشد. عفونت دندانی یا تروما اغلب وجود دارد، ولی الزامی نیست [۱]. این بیماری امروزه نادر می باشد. در یک بررسی ۴۰ ساله تنها ۷ مورد گزارش شده است. دستکاری و ضربه در ناحیه گردن و اطراف فک تحتانی زمینه ساز این بیماری است [۲]. این بیماری می تواند به صورت اولیه در پوست رخ دهد [۳].

درگیری عضلات جونده می تواند باعث اشکال در باز کردن دهان (تریسموس<sup>(۶)</sup>) شود. شاه علامت این عفونت گسترش به بافتهای اطراف می باشد. گرفتاری استخوان اگر چه رخ می دهد، ولی غیرمعمول می باشد. اشکال دیگر این بیماری گرفتاری بافت ریه، دستگاه گوارش به شکل درگیری آپاندیس و حفره شکم و دستگاه تناسلی به خصوص در زنانی که آی یو دی<sup>(۷)</sup> دارند [۱].

- 
- 1- Grain
  - 2-Mycetoma
  - 3-Botryomycosis
  - 4- Lymphadenopathy
  - 5-leukocytosis
  - 6-Trismus
  - 7-Intra Uterine Device(IUD)

## معرفی بیمار

این بیمار یک کودک ۱۱ ساله است که با یک توده تقریباً بدون درد در ناحیه گیجگاهی راست همراه با تریسموس از حدود ۱۰ روز پیش به سرعت بزرگ شده مراجعه نموده است. از چند هفته قبل از پذیرش متوجه یک زخم در ناحیه گیجگاهی راست شده که به تدریج پیشرفت کرده و به درمانهای معمول پاسخ نداده است تا این که از ۱۰ روز قبل از مراجعه به سرعت بزرگ می شود. تریسموس در حد متوسط تا حدودی تغذیه کودک را دچار مشکل کرده بود. سابقه بیماری در گذشته نداشته است. در معاینه تب ندارد. یک توده بزرگ ۱۰×۱۰ بدون ترشح و بدون درد در ناحیه گیجگاهی راست داشت. تریسموس در معاینه دهان در حد متوسط داشته و ضایعه دهانی و دندانی دیده نشد. آزمایش های خونی به جز سرعت رسوب اریتروئید ۵۵ میلی متر در ساعت اول نرمال بودند. در سیتی اسکن مغز و استخوان جمجمه یک توده کاملاً مشخص زیر جلدی با درگیری عضله تمپورالیس بدون تهاجم به استخوان جمجمه و نسج مغز دیده شد. عکس سینه نرمال بود. سیتی اسکن گردن و صورت با ماده حاجب نرمال بود. این توده به وسیله جراح مغز و اعصاب به طور کامل همراه با بخش درگیر از عضله تمپورالیس خارج شد و به وسیله پاتولوژیست به دلیل وجود گرانول سولفور و وجود باکتری

تشخیص اکتینومایکوز به خصوص وقتی که بدخیمی را تقلید می کند به ندرت در نظر گرفته می شود و ابتدائاً به وسیله پاتولوژیست پس از خارج نمودن وسیع جراحی مطرح می شود. نشان دادن باکتری در یک محل استریل بدن تشخیص را قطعی می کند. از آنجایی که این عوامل به شکل همزیست در حفره دهان و دستگاه تناسلی زنان وجود دارد، لذا نشان دادن باکتری به تنهایی در فقدان گرانول سولفور در خلط، شستشوی برونش و ترشحات تناسلی ارزش کمی در تشخیص دارد. روش منفرد مفید در تشخیص اکتینومایکوز نشان دادن گرین یا سولفور گرانول در چرک یا برش بافتی از نمونه بیوپسی می باشد [۱].

درمان این بیماری با پنی سیلین ۲۴-۱۸ میلیون واحد روزانه به مدت ۶-۲ هفته به صورت تزریقی و سپس بمدت ۱۲-۶ ماه به شکل خوراکی می باشد. فرم خفیف تر بیماری را می توان به شکل محدود تری درمان نمود. در مواردی که به شکل یک توده تظاهر می نماید می توان ضایعه را تخلیه و درمان دارویی هم تجویز نمود [۱]. دیگر موارد نیازمند جراحی عبارتند از بیوپسی تشخیصی بیماری نکروتیک یا فیبروتیک مقاوم به درمان و وجود بافت مرده در استخوان گرفتار (سکستروم<sup>(۱)</sup>) می باشد [۲]. در این گزارش یک بیمار مبتلا به اکتینومایکوز سر را که با یک توده شبیه تومور و تریسموس مراجعه نموده است معرفی می شود.

1- Sequestrum

با توجه به بررسیهای انجام شده به نظر می رسد تظاهر اکتینومایکوز به شکل یک توده در ناحیه سر بدون درگیری اولیه در دهان یک بیماری شدیداً نادر باشد و از آنجایی که این بیماری می تواند دقیقاً با یک ضایعه تومورال اشتباه شود جالب توجه می باشد. در اولین نگاه در این بیمار به هیچ وجه بیماری اکتینومایکوز مطرح نشد و جهت تشخیص بیوپسی باز به طور کامل انجام شد و ضایعه خارج گردید و تشخیص با پاتولوژی با دیدن باکتری و گرانول سولفور مطرح شد.

یک نکته دیگر در این بیمار این است که ضایعه دهان نداشته و ضایعه جلدی یک توده با حدود کاملاً مشخص بوده که به وسیله جراح تخلیه شد و در ابتدا تحت درمان با دوز بالای پنی سیلین تزریقی به مدت ۲ هفته قرار گرفت، منتهی اگر ضایعه کاملاً تخلیه شده باشد، شاید به درمان خوراکی طولانی مدت به میزان ۶-۱۲ ماه نیاز نباشد [۴].

اکتینومایست ، اکتینومایکوزیس گزارش شد و بیمار تحت درمان با دوز بالای پنی سیلین تزریقی قرار گرفت و پس از ۲ هفته با افت سرعت رسوب اریتروئید (۳۰ میلیمتر) و بهبود نسبی تریسموس مرخص گردید و بقیه درمان به شکل خوراکی تجویز شد. در پیگیری پس از ۲ هفته از ترخیص فیزیوتراپی جهت بهبود تریسموس پیشنهاد گردید و سرعت رسوب اریتروئید در این مرحله ۱۵ بود.

### بحث و نتیجه گیری

اکتینومایکوز یک عفونت با سیر آرام و پیشرفت آهسته بوده که عمدتاً به وسیله اکتینومایست اسرائیلی ایجاد می شود. عمدتاً به شکل کلونیزه در دهان ، روده بزرگ ، واژن و هر جای دیگری از بدن می تواند وجود داشته باشد. به شکل یک کانون چرکی با محاصره فیبروز بوده که به بافتهای مجاور گسترش یافته و ایجاد فیستول و سینوس می نماید. شایع ترین محل گرفتار دهان، گردن و صورت است و معمولاً به شکل تورم بافت نرم، آبرسه و یک توده خود را نشان می دهد [۱].

بیماری اکتینومایکوز در کشور هند یک بیماری نادر می باشد. فرم به شکل توده و توده ای که به شکل اولیه با منشاء بافت جلدی باشد شدیداً نادر است [۲].

موارد دیگری از این بیماری به شکل اولیه با منشاء جلدی در ناحیه سر از سوی دپارتمان پوست گزارش شده است [۳].

# Actinomycotic Scalp Pseudotumor

Alikhani A<sup>\*</sup>,  
Daneshi A<sup>\*\*</sup>,  
Azizi A<sup>\*\*\*</sup>.

<sup>\*</sup> Assistant Professor of Infectious,  
Yasuj University of Medical Sciences  
<sup>\*\*</sup> Neurosurgeon, Shahid Beheshti  
Hospital Yasuj, University of Medical  
Sciences  
<sup>\*\*\*</sup> Pathologist, Shahid Beheshti  
Hospital, Yasuj University of Medical  
Sciences

**KEYWORDS:**  
**Actinomycosis ,**  
**Cutaneous Firm Mass,**  
**Scalp**

Received: 16/10/1383  
Accepted: 25/12/1383

Corresponding Author: Alikhani A  
E-mail: ahmadalikhani@yahoo.co.in

## ABSTRACT

**Introduction & Objective:** Actinomycosis is an indolent, slowly progressive infection caused by anaerobic or microaerophilic bacteria that normally colonize the mouth, colon and vagina. The most common location for diagnosed actinomycosis is the perimandibular region. Oral cervicofacial disease can be manifested as a mass lesion. Actinomycosis should be considered in the differential diagnosis of any mass lesion in the head and neck region. Bacteriologic identification from a sterile site or detection of sulfur granules accompanied by microorganism confirms the diagnosis.

**Case :** this patient is a 11 old years boy that presented with nearly painless mass on right temporal area of the scalp and trismus that developed from ten days ago. skull and brain CT scan showed a subcutaneous swelling without bone and brain extension. Blood indexes were normal except ESR that was 55mm in first hour. Pathology of complete mass excision showed actinomycosis and after high dose penicillin therapy parenteral route normalized ESR and the patient had not any problem in follow up.

**Conclusion :** Actinomycosis can manifest as a progressive painless mass of the scalp that easily diagnosed as a neoplasm.



#### REFERENCES :

- [1] Mandell D, Bennett S. Principles and practice of infectious diseases. 5th ed .Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000; 2645 -2655.
- [2]Nagral SS , Patel CV, Pathare PT ,etal. Actinomycotic pseudo tumor of the mid - servical region. A Case Report 1991; 37: 62-4.
- [3]Karthikeyanj thappa DM . Primary cutaneous actinomycosis of the scalp. Ind J of Dermatology 2002; 47: 63 -4.
- [4]John G , Gorbach SL , Brartlett JG , etal. Infectious diseases . 3rd ed. NewYork :Lipincott William & Wilkins; 2004; 1858-1864.



