

الحمرة: وبائيات و دور العلاج باللينكومايسين

الدكتورة رولا بدور*

(تاريخ الإيداع 4 / 11 / 2012. قُبل للنشر في 24 / 3 / 2013)

□ ملخص □

يهدف البحث إلى إجراء دراسة إحصائية عن الحمرة والعوامل المؤهبة لحدوثها وكذلك جدوى اعتماد اللينكومايسين حقناً عضلياً، علاجاً فعالاً بديلاً من العلاج الوريدي بالبنسلين في حالات الحمرة غير المختلطة. تمت دراسة وتقييم 60 حالة حمرة. لم نجد رابطاً هاماً بين الجنس والعمر أو مكان الإصابة.الموقع الأكثر إصابة كان الساق والأقل الوجه واليد. عامل الخطورة الأهم كان المذح الفطري يليه الاضطراب الوعائي ثم الرض الموضعي و بعده السكري. أما الاستجابة للعلاج باللينكومايسين فكانت ممتازة لدى 71.73% من الحالات و متوسطة لدى 23.91% فيما لم تحصل استجابة لدى 4.34% فقط.

الكلمات المفتاحية: الحمرة, اللينكومايسين, عوامل خطورة, وبائيات

*مدرسة-قسم الأمراض الجلدية-كلية الطب-جامعة تشرين-اللاذقية-سورية.

Erysipelas: Epidemiology and role of lincomycin in the management

Dr. Roula Baddour*

(Received 4 / 11 / 2012. Accepted 24 / 3 / 2013)

□ ABSTRACT □

The aim of this research is to study statistically erysipelas cases and its precipitating factors and also to determine the possibility of considering intramuscular injection of lincomycin as an effective treatment of uncomplicated erysipelas instead of intravenous penicillin G.

60 cases of erysipelas were studied and evaluated. There was no significant relation to age, sex and site of infection. The most affected sites were lower limbs, then face, and upper limbs.

The most important risk factors were fungal intertrigo, vascular impairment and finally diabetes mellitus.

The response to lincomycin treatment was excellent in 71.71%, intermediate in 23.91% of patients, while there was no response in only 4.34% of cases.

Keywords: erysipelas, Lincomycin, risk factors, epidemiology

*Assistant Professor, Dermatology Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

مقدمة:

تعتبر الحمرة من الإصابات الجلدية الشائعة نسبياً و تعد غالباً من الحالات الإسعافية التي تتطلب الاستشفاء لتلقي العلاج الوريدي بالصادات الحيوية، وهي مرض خمجي حاد تتميز ببدء مفاجئ لحمى وعرواءات تسبق ظهور لويحة حمامية واضحة الحدود مؤلمة، مرتشحة، حارة ومتوذمة و مترافقة باعتلال عقدي ناحي. قد تشاهد في بعض الحالات حويصلات أو حتى فقاعات مع مناطق نزفية محدودة [1]، كثيراً ما تتوضع في الوجه، لكن التوضعيات في الأطراف السفلية هي الأكثر شيوعاً (85% من الحالات) [2]

العوامل الموضعية المؤهبة لحدوث الحمرة تشاهد في أغلب الحالات كوجود باب دخول مثل الرض الموضعي والمذح الفطري كما أن الوذمة الوريدية الركودية أو اللمفية تقاوم الوضع وتزيد النكس، وكذلك الأمر بالنسبة للاعتلال الشرياني المرافق لحالات الحمرة الأكثر خطورة. دون أن ننسى العوامل العامة كالسكري [3] تسببها في معظم الحالات المكورات العقدية A الحالة للدم β ، و وبشكل أقل شيوعاً العقديات من النمط B و C و D [4]. وفي بعض الدراسات الحديثة ذكر وجود المكورات العنقودية في بعض حالات الحمرة المرافقة لقرحات الساق [5]

لا ينصح بتناول مضادات الالتهاب الستيروئيدية خلال الإصابة حيث أنها متهمّة بمقاومة الحالة وبتحريض حدوثها [2]

يجب تفريق الحمرة عن التهاب النسيج الخلوي، الحمرانية، التهاب الجلد التماسي، الإكزما الركودية، متلازمة سويت، الخثار الوريدي العميق، الحمى العقدية، لدغ الحشرات.. [6]

العلاج: كون العقديات هي المسبب الرئيس فيجب أن يكون الصاد الحيوي موجّهاً ضدّها، يعطى البنسلين G وريديا 12-20 مليون وحقن خلال 24 ساعة، يجب أن تتحسن العلامات الموضعية بعد 2-4 أيام، وبعد ذلك يمكن المتابعة بعلاج فموي بالأمبسلين (3-4.5 غرام خلال 24 ساعة موزعة على 3 جرعات) أو غيره حتى اختفاء العلامات الموضعية (10-20 يوماً). أما في حال كانت الحمرة وصفية من دون علامات خطورة فيمكن منذ البداية المباشرة بعلاج فموي بالأمبسلين بالجرعات الأنفة الذكر و لمدة 15 يوماً. وفي حال التحسس من البنسلين يمكن إعطاء الماكروليدات مثل الروكسيترومايسين بجرعة 150 ملغ مرتين يومياً للفترة العلاجية نفسها أو البريستينايسين بجرعة (2-3غ/ 24 ساعة موزعة على 3 جرعات) [7] [8]. كما يمكن إعطاء مركبات اللينكوزاميد كالكليندامايسين أو اللينكومايسين حقناً عضلياً أو عن طريق الفم [9]. و هذا ما ستوضحه هذه الدراسة . في حال العلاج المنزلي فإن استمرار الحرارة بعد 72 ساعة من العلاج أو ظهور علامات جديدة تستدعي الاستشفاء [2]

يجب الإشارة إلى نسبة النكس الهامة التي قد تصل إلى 23% من الحالات، وهذا النكس عائد للعلاج غير الكافي أو إلى النكس في باب الدخول، و البعض يقترح الخضوع لعلاج طويل بالبنسلين للوقاية. [2]

أهمية البحث وأهدافه:

تعدّ الحمرة غالباً من الحالات الإسعافية التي تتطلب الاستشفاء لتلقي العلاج الوريدي بالصادات الحيوية، لكن نظراً لصعوبة الاستشفاء وكلفته كان لا بد من البحث عن حلول بديلة ومن هنا تأتي أهمية هذا البحث حيث يلقي الضوء على العلاج باللينكومايسين حقناً عضلياً كخيار علاجي للحمرة دون أن ننسى البحث عن عوامل الخطورة المرافقة لهذه الإصابة وتأثير ذلك في الاستجابة للعلاج.

- دراسة إحصائية لمرض الحمرة و دراسة توزعها بحسب العمر و الجنس.
- دراسة التوضعات الأكثر شيوعا للحمرة و العوامل المؤهبة لها.
- دراسة فعالية اللينكومايسين في علاج الحمرة و مدى تأثير هذه الفعالية بعوامل مختلفة.

طرائق البحث ومواده:

تمت الدراسة على مرضى إحدى العيادات الجلدية الخاصة في اللاذقية حيث تم إحصاء توزع حالات الحمرة بين الأمراض الجلدية عامة و بعد ذلك تم فرز مرضى الحمرة و ملء الاستمارات الخاصة بهم و من ثم اختيار المرضى المعالجين باللينكومايسين ودراسة فعالية هذا الدواء ومدى ارتباط هذه الفعالية بعوامل مختلفة مفصلة في الاستمارة.

نموذج عن الاستمارة

الاسم	العمر	الجنس
التاريخ		
مكان الإصابة		المرافقات
الدواء الموصوف		
الاستجابة للعلاج:		

ممتازة (تحسن خلال 2-4 أيام)

متوسطة (تحسن خلال أسبوع)

عدم استجابة

النتائج والمناقشة:

أجريت الدراسة بشكل رجعي على مراجعي إحدى العيادات الجلدية الخاصة في اللاذقية في الفترة ما بين 2000-7 و 2003-8 وشملت 19150 مراجعا بأمراض جلدية مختلفة وسجل حدوث الحمرة لدى 60 مراجعا أي بمعدل مؤي قدره 0.31%

الجدول (1) يظهر معدل حدوث الحمرة بين الأمراض الجلدية عموما

النسبة المئوية	عدد مرضى الحمرة	المراجعين بشكاوى جلدية مختلفة
0.31%	60	19150

أما معدل الحدوث بحسب العمر فقد تم توزيع المرضى على فئات عمرية من 5 سنوات، من عمر السنة و حتى 80 سنة

سجل أعلى نسبة حدوث في الفئة العمرية 45-40 سنة (15%) في حين لم تسجل أية إصابات في الفئتين

5-10 و 10-15 سنة

الجدول (2) يظهر نسبة الحدوث حسب الفئة العمرية

النسبة المئوية %	عدد المرضى	الفئة العمرية	النسبة المئوية %	عدد المرضى	الفئة العمرية	النسبة المئوية %	عدد المرضى	الفئة العمرية
8,33	5	60-65	6.66	4	30-35	1.66	1	1-5
10	6	65-70	6.66	4	35-40	0	0	5-10
3.33	2	70-75	15	9	40-45	0	0	10-15
1.66	1	75-80	6.66	4	45-50	5	3	15-20
			11.66	7	50-55	8.33	5	20-25
			8.33	5	55-60	6.66	4	25-30

أما عند حساب متوسط عمر المريض المصاب بالحمرة نتج أنه 43 سنة (43,008). لمعرفة إذا كانت التكرارات تخضع للتوزيع المنتظم تبين أنها لا تتوزع بالتساوي بين فئات العمر المختلفة. ولدى البحث عن ارتباط العمر بالجنس لم يكن الفارق هاماً بين الذكور والإناث.

الجدول (3) يظهر نسبة الحدوث بحسب الجنس

النسبة المئوية	عدد الإناث	النسبة المئوية	عدد الذكور	عدد المرضى الكلي
%46.67	28	%53.33	32	60

أما فيما يتعلق بموقع الإصابة فلقد كانت الساق هي المصابة لدى 42 شخصاً (23 ذكراً و 19 أنثى) بينما كانت القدم هي المصابة لدى 16 شخصاً (9 ذكور و 7 إناث)، أي أن الطرف السفلي أصيب لدى 58، أي بنسبة (96.66=26.66+70%) بينما وجدت إصابة الوجه، لدى سيدة واحدة و كذلك إصابة اليد.

الجدول (4) يظهر مكان الإصابة بالحمرة

النسبة المئوية	الساق	النسبة المئوية	القدم	النسبة المئوية	الوجه	النسبة المئوية	اليدين	التوضع الجنس
38.33	23	15	9	0	0	0	0	ذكور
31.66	19	11.66	7	1.66	1	1.66	1	إناث
70	42	26.66	16	1.66	1	1.66	1	مجموع

لدراسة العلاقة بين الجنس ومكان الإصابة نستخدم اختبار كاي مربع و بحساب قيمة مؤشر الاختبار نجد أن قيمة احتمالية وهي أكبر من 0.05 ولذلك نقبل الفرض القائل بعدم وجود علاقة بينهما. P- Value = 0.498 الاختبار ولو قمنا بحساب معامل الارتباط غاما لوجدنا أن قيمته تساوي 0.136 أي إن قيمة احتمالية الاختبار تساوي 0.615، و هي أكبر من 0.05. لذلك نقول إن الارتباط غير معنوي و ليس له دلالة إحصائية فيما يتعلق بعوامل

الخطورة فلقد سجل وجود السكري لدى رجل و 3 نساء وسجل وجود مذح فطري لدى 4 رجال و 4 نساء أما الونمة الللفية فقد شوهدت لدى امرأة واحدة.

الجدول (5) يظهر عوامل الخطورة المرافقة

النسبة المئوية	المجموع	رض موضعي	اضطراب وعائي	وذمة لمفية	مذح فطري	سكري	الإصابة الجنس
23.33	14	4	5	0	4	1	ذكر
16.66	10	1	1	1	4	3	أنثى
40.00	24	5	6	1	8	4	المجموع
		8.33	10	1.66	13.33	6.66	النسبة %

أي أن نسبة 40% من الحالات سجلت ترافقا مع عوامل مؤهبة، تربع على رأسها المذح الفطري يليه الاضطراب الوعائي، ومن ثم الرض الموضعي، يليه السكري. ولدى دراسة العلاقة بين الجنس والإصابات المرافقة لم نجد ارتباطا هاما إحصائيا ($P=0.202$) أي أقل من 0.05.

نتائج المعالجة بالصادات:

تم وصف اللينكومايسين حقنا عضليا بجرعة 600 ملغ مرتين يوميا حتى بدء التحسن ومن ثم المتابعة بعلاج فموي (إضافة إلى إعطاء الأسبرين 500 ملغ 3 مرات يوميا لمدة 5 أيام بوصفه مانع تخثر للوقاية من الخثار الوريدي) وذلك لدى 46 مريضا (22 أنثى و 24 ذكرا). و كانت النتيجة ممتازة لدى 33 مريضا (14 أنثى و 19 ذكرا) حيث حدث التحسن و تراجع العلامات السريرية في خلال 4 أيام تقريبا. في حين أنه لدى 11 مريضا (6 إناث و 5 ذكور) حدث هذا التحسن بشكل أبطأ خلال 6 أيام من بدء المعالجة. في حين أنه لدى مريضين اثنين (ذكر و أنثى) لم يطرأ أي تحسن مما اضطرنا إلى إعطاء البنسلين G وريديا في المشفى. أما لدى 8 مرضى (4 ذكور و 4 إناث) فكانت الحالة العامة سيئة إضافة لترافقها باضطراب وريدي او عملية قلب مفتوح فتم استشفائهم منذ البداية و إعطاؤهم البنسلين G وريديا، أما ما تبقى من المرضى و عددهم 6 معظمهم أطفال و إصاباتهم خفيفة فتمت معالجتهم بالبنسلين مع حمض الكلافلولينيك أو بسيفالوسبورين جيل أول.

الجدول (6) يظهر معدل الاستجابة لدى المرضى المعالجين باللينكومايسين

المجموع	النسبة المئوية	عدم استجابة	النسبة المئوية	متوسطة	النسبة المئوية	ممتازة	الاستجابة المرضى
25	2.17	1	10.86	5	41.30	19	ذكور
21	2.17	1	13.04	6	30.43	14	إناث
46	4.34	2	23.91	11	71.73	33	المجموع

كما نلاحظ من الجدول كانت الاستجابة ممتازة لدى أكثر من 71% من المرضى المعالجين باللينكومايسين بينما عدم الاستجابة كانت فقط لدى 4%

لدى إجراء الاختبار الإحصائي للفرق بين نسبي الاستجابة الجيدة بين الذكور و الإناث تبين عدم وجود فارق هام إحصائيا لتلك الاستجابة تبعا للجنس ($P=0.48$).

المناقشة:

إن المعدل المنخفض نسبيا لحدوث الحمرة بين الأمراض الجلدية عامة يمكن تفسيره بأن نسبة لا بأس بها من هؤلاء المرضى يراجعون اختصاصات أخرى كالجراحة لاسيما الحالات الشديدة منها. عوامل الخطورة المرافقة للإصابة ترأسها المذح الفطري وهذا غير مستغرب نظرا لشيوع هذه الإصابة في مجتمعنا، وهو يشكل بؤرة دخول هامة للحمرة، أما الاضطراب الوعائي فيليه في نسبة الحدوث وهو يساهم في النكس، و يأتي الرض الموضعي في المرتبة الثالثة ومن ثم السكري. أما فيما يتعلق بالمعالجة باللينكومايسين، فقد تم انتقاء الحالات غير المختلطة فكانت النتيجة مشجعة جدا.

الدراسات المقارنة:

لدى مقارنة دراستنا بدراسة فرنسية أجريت في كانون الأول 2011 [10] كانت النتائج متفاوتة من حيث متوسط العمر، إذ كان لديهم العمر المتوسط للمريض 63 سنة، فيما كان في دراستنا 43 سنة. أما بالنسبة لأرجحية إصابة الطرف السفلي فكانت لديهم النسبة 83.3% بينما بلغت لدينا 96% من الحالات، و لدى مقارنة عوامل الخطورة المرافقة تبين وجودها لدى 76% من الحالات لديهم و على رأسها الوزمة الوعائية لديهم يليها المذح الفطري، فيما وجدت هذه العوامل لدينا عند 40% من المرضى، و كان على رأسها المذح الفطري يليه الاضطراب الوعائي ومن ثم الرض الموضعي و بعده السكري.

أما الدراسة الثانية المجراة عام 2010 [11] فكان العمر المتوسط 54.5 سنة، مع أرجحية إصابة الطرف السفلي بنسبة 76% و وجدت بؤرة دخول لدى 62%.

ولدى المقارنة مع دراسة ثالثة أجريت في البرازيل عام 2010 [12] تبين أن العمر المتوسط للإصابة هو 58.6 سنة وأن عامل الخطورة الأهم هو السكري بنسبة 41% يليه الاضطراب الوعائي بنسبة 36.2%.

الاستنتاجات والتوصيات:

نستنتج مما سبق الدور الهام للعوامل المؤهبة في حدوث الحمرة وكذلك فعالية اللينكومايسين في علاجها . ونوصي بما يلي:

- ضبط سكر الدم وعدم إهمال أي مذح فطري إذ قد يكون نقطة دخول للعامل المسبب للحمرة.
- تبني العلاج باللينكومايسين حقنا عضليا كبديل للبنسلين الوريدي و ذلك في حالات الحمرة غير المختلطة و ما يوفره ذلك على المريض من جهد ومال.
- إجراء دراسات ممتمة لمتابعة الحالات غير المستجيبة للعلاج و البحث عن الأسباب المحتملة لهذا الفشل.

المراجع:

- 1- BOLOGNIA, J;JORRIZZO,J;RAPINI,R. *Dermatology*.2 °ed, Mosby,Elsevier, Spain,2008:2391.
- 2- DUBERTRET,L.;ARACTANGI,S.; BACHELEZ,H.; BODEMER,C.;CHOSIDOW,O.; CRIBIER,B.; JOLY,P. *Therapeutique dermatologique*.2°ed, Medecine-sciences, Flammarion, Paris, 2001:1288.
- 3-DUPUY,A;BENCHIKHI,H;ROUJEAU,JC .*Risk factors for erysipelas of the leg(cellulitis):case control study*.Br Med J,1999,318:1591-1594.
- 4-SAURAT,J.H;GROSSHAND,E;LAUGIER,P;LACHAPELLE,JM.*Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*.4 °ed,Masson,Paris,2004,1131.
- 5-OIEN,RF;AKESSON ,N.*Bacterial cultures,rapid strep test, and antibiotic treatment in infected hard-to-heal ulcers in primary care*.Scand J Prim Health Care,2012 Dec 30,40:245-8.
- 6-WOLFF,K;JOHNSON,R.*FITZPATRICK'S.Clinical dermatology*.fifth ed,McGraw-Hill, U.S.A, 2005,1085.
- 7-BERNARD,P;PLANTIN,P;ROGER,H.*Roxithromycin versus penicillin in the treatment of erysipelas in adults: a comparative study*.Br J Dermatol,1992,127:155-159.
- 8-BERNARD,P;RISSE,L; BONNETBLANC,JM.*Traitement des dermohypodermes aigues bacteriennes de l'adulte par la pristinamycine. Etude ouverte chez 42 malades*.Ann Dermatol Vénéréol,1996,123:16-20.
- 9-LUCHT,F. *Quelle prise en charge pour l'érysipèle ?Traitement antibiotique; molecules; voies d'administration.Médecine et maladies infectieuses.vol°30,N°4.Nov 2000,343-346.*
- 10-LARIVIERE,D.*prise en charge de l'erysipele en médecine générale: enquête de pratique*.La revue de Médecine interne,France,vol.32,N ° 12,2011,730-735.
- 11-KRASAGAKIS,K. *Analysis of epidemiology,clinical features and management of erysipelas*.Int J Dermatol Greece,vol.49,N °9,2010,1012-7.
- 12-PERETRA DE GODOY,JM.*Epidemiological data and comorbidities of428 patients hospitalized with erysipelas*.Angiology.Brazil,Vol.61,N °5,2010,492-4.