

نامه به سردبیر

مقاله انصاری و صالحی (۱۳۸۶)، تحت عنوان "اختلال انعقادی بعد از گزش عنکبوت در یک کودک شش ساله (گزارش موردی)" که در اسفند ۱۳۸۶ در شماره (۱۲(۶۵) صفحات ۸۷-۸۴ این مجله به چاپ رسیده است را با دقت و علاقه مطالعه نمودم. از این که به چنین موضوع علمی پرداخته شده و جزء موارد معدود گزارش شده از اثرات گزش بندپایان سمی در ایران است، بسیار جالب و مورد توجه است، ولی نکات و سوالاتی چند در مورد مقاله مذکور مطرح گردیده است که در این نوشته مورد بحث قرار می‌گیرد.

لوکسوسلیسم (Loxoscelism) به عارضه ناشی از گزش گروهی از عنکبوت‌های جنس *Loxosceles* اطلاق می‌شود.^۱ این بندپایان به عنکبوت‌های گوشه‌گیر قهوه‌ای (*Brown recluse*) مشهورند و غالباً در مناطق معتدل و گرمسیری آمریکا، اروپا و آفریقا و در برخی مناطق محدودی از آسیا یافت می‌شوند. عنکبوت‌های گوشه‌گیر قهوه‌ای بومی قاره آمریکا بوده و عموماً در نیمکره غربی یافت می‌گردند. در حدود ۱۰۰ گونه از عنکبوت‌های جنس لوکسوسلس شناسایی شده است که بیش از ۸۰٪ آن‌ها در قاره آمریکا وجود دارند. از عنکبوت‌های مذکور همچنین ۱۲ گونه در قاره آفریقا و دو گونه نیز از چین گزارش شده است.^{۲،۳} *Loxosceles rufescens* تنها گونه گزارش شده از اروپا، استرالیا (مناطق محدودی در اطراف آدلاید) و در مدیترانه غربی از فلسطین اشغالی می‌باشد.^۲

عنکبوت‌های گوشه‌گیر قهوه‌ای به رنگ قهوه‌ای روشن تا تیره بوده و طول بدن آن‌ها ۱۵-۸ میلی‌متر می‌باشد که با احتساب پاها به ۳۰-۸ میلی‌متر می‌رسد. این بندپایان عموماً دارای یک طرح برجسته شبیه به ویلون در ناحیه پشتی سرسینه (سفالوتوراکس یا پروزوما) هستند. این عنکبوت‌ها شب فعال بوده و معمولاً مهاجم نیستند.^۳

سم عنکبوت گوشه‌گیر قهوه‌ای دارای آنزیم اسفنگومیلیناز D و گاهاً هیالورونیداز، الکالین فسفاتاز، فسفوئیدرولاز، پروتئاز و برخی آنزیم‌های دیگر می‌باشد.^{۴-۵} علایم عنکبوت‌گزیدگی بر اساس محل گزش، گونه عنکبوت و سایر عوامل بسیار متغیر است و علایمی از قبیل اریتما، درد و ماکولا در محل گزش بسیار شایع است. همچنین التهاب و نکروز پوستی نیز در برخی موارد دیده می‌شود و در موارد

کمتری هم عوارضی از قبیل کوآگولوپاتی و اختلالات انعقادی عروقی (DIC)، خونریزی داخل عروقی و نارسایی کلیوی مشاهده می‌شود که گاهاً ممکن است منجر به مرگ نیز بشود.^{۵-۹}

نکته اول: در مقاله مورد بحث، عنکبوت‌گزیدگی به *brown recluse* یا عنکبوت گوشه‌گیر قهوه‌ای از جنس *Loxosceles* نسبت داده شده است (در متن مقاله در قسمت بحث به اشتباه *Laxasceles* نوشته شده است). لازم به ذکر است که تاکنون فقط گونه *Loxosceles rufescens* در غرب مدیترانه گزارش شده و نیز دو مورد از گزش به وسیله این عنکبوت در غرب ترکیه به ثبت رسیده است،^{۱۱} ولی هیچ‌گونه گزارشی از وجود این عنکبوت در ایران و سایر کشورهای خاورمیانه موجود نیست.^{۱۲} در مقاله مذکور، به استناد مشخصاتی که والدین برای بندپا ذکر کرده‌اند، نویسندگان آن‌را *brown recluse* تشخیص داده‌اند، در حالی که کوچک‌ترین مشخصات مرفولوژیکی و سیستماتیکی از این عنکبوت و گزش آن گزارش نشده است و با وجود این که به استناد نویسندگان عنکبوت فرضی با نام "کشو" در منطقه جنوب شناخته می‌شود، بهتر بود نمونه‌ای از این گونه تهیه می‌شد و مشخصات مرفولوژیکی و سیستماتیکی آن بررسی می‌شد تا واقعاً مشخص گردد که بیمار با کدام گونه مواجه شده است. زیرا نام عامیانه "کشو، دم کشو و یا حشو" در مناطق جنوبی کشور و سواحل خلیج فارس به یک نوع عقرب زرد خطرناک و کشنده با نام علمی همی اسکورپیوس لپتوروس (*Hemiscorpius lepturus*) و معروف به گادیم اطلاق می‌شود.^{۱۱} بنابراین حتی معلوم نیست که واقعاً گزش مربوط به عنکبوت بوده است یا بندپای دیگر. لذا نمی‌توان به استناد گفته‌های عامیانه و با حدس و گمان نام دقیق گونه و یا حتی جنس یک عنکبوت را مشخص نمود، بلکه برای گزارش چنین مواردی نیاز به تشخیص و تایید متخصص حشره‌شناسی و به‌ویژه متبحر در زمینه سیستماتیک عنکبوت‌ها می‌باشد که با شرح مشروح صفات مرفولوژیکی و ذکر مشخصات کامل آن به‌همراه ارائه اشکال مناسب از نمونه آن‌را توصیف نماید و ذکر این نکات در مقاله ضرورت داشته است.

نکته دوم: مهمترین مطلب مقاله مذکور "گزارش اختلال انعقادی" پس از عنکبوت‌گزیدگی می‌باشد، در صورتی که ایجاد اختلالات

از پایه و اساس محکمی برخوردار نیست. عنکبوت شناسان دنیا معتقد هستند که بیش از ۸۰ درصد از مواردی که به عنکبوت گزیدگی و به ویژه brown recluse نسبت داده می‌شود در واقع ارتباطی با این عنکبوت ندارد، در حالی که درمان آن مشابه بسیاری از عفونت‌های رایج است و بسیاری از مردم در تشخیص آن اشتباه می‌کنند.^{۱۲} در نهایت می‌توان گفت که عنکبوت گوشه‌گیر قهوه‌ای در ایران وجود ندارد (حدافل تاکنون گزارش نشده است) و لذا بیمار ممکن است به وسیله عنکبوت یا بندپای سمی دیگری از جمله عقرب گادیم مورد گزش واقع شده باشد اگرچه به‌طور قاطع هم نمی‌توان عوارض ایجاد شده در این کودک را مستقیماً به‌گزش نسبت داد و شاید عفونت‌های ثانویه و یا عوامل دیگری باعث اختلالات انعقادی شده باشند.

مهدی خوبدل - (PhD.)، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)،
مرکز تحقیقات بهداشت نظامی
khoobdel@yahoo.com

References

- Coddington JA, Cowell RK. Encyclopedia of Biodiversity, 2007.
- Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. *Clin Dermatol* 2006;24(3):213-21.
- da Silva PH, da Silveira RB, Appel MH, Mangili OC, Gremski W, Veiga SS. Brown spiders and loxoscelism. *Toxicon* 2004;44(7):693-709.
- da Silveira RB, Chaim OM, Mangili OC, Gremski W, Dietrich CP, Nader HB, et al. Hyaluronidases in *Loxosceles intermedia* (Brown spider) venom are endo-beta-N-acetyl-d-hexosaminidases hydrolases. *Toxicon* 2007;49(6):758-68.
- Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. *Clin Dermatol* 2006;24(3):213-21.
- Futrell JM. Loxoscelism. *Am J Med Sci* 1992;304(4):261-7.
- Senff-Ribeiro A, Henrique da Silva P, Chaim OM, Gremski LH, Paludo KS, Bertoni da Silveira R, et al. Biotechnological applications of brown spider (*Loxosceles* genus) venom toxins. *Biotechnol Adv* 2008;26(3):210-8.
- de Souza AL, Malaque CM, Sztajnbok J, Romano CC, Duarte AJ, Seguro AC. Loxosceles venom-induced cytokine activation, hemolysis, and acute kidney injury. *Toxicon* 2008;51(1):151-6.
- Wright SW, Wrenn KD, Murray L, Seger D. Clinical presentation and outcome of brown recluse spider bite. *Ann Emerg Med* 1997;30(1):28-32.
- Akdeniz S, Green JA, Stoecker WV, Gomez HF, Keklikçi SU. Diagnosis of loxoscelism in two Turkish patients confirmed with an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and non-invasive tissue sampling. *Dermatol Online J* 2007;13(2):11.
- شاهی مهران، عزیزی کوروش، انصاریان نادر. بررسی فون عقرب‌ها در مناطق دارای موارد بالای عقرب گزیدگی در استان هرمزگان در سال ۸۶-۱۳۸۵. مجله دانشکده پزشکی هرمزگان، سال ۱۲، شماره ۴، صفحات ۲۰۷ تا ۲۱۴.
- Swanson D, Vetter R. Bites of brown recluse spider and suspected necrotic arachnidism. *N Eng J Med* 2005;352(7):700-7.

پاسخ

۱- در زمان نوشتن مقاله فوق در مورد نوع این حشره و در واقع حشره‌شناسی در ایران پی‌گیر شدیم متأسفانه هیچ کتابی در مورد حشرات به‌خصوص انواع عنکبوت موجود در ایران و به‌خصوص در ناحیه بندرعباس در دسترس نبود. به‌ناچار از مقالات خارجی و اطلاعات والدین و اطرافیان که در آن شهر زندگی می‌کردند استفاده

شد. ۲- نویسنده ادعا کرده‌اند که اصلاً گزشی در کار نبوده، لازم به ذکر است که در کلینیک گرفتن شرح حال اصل عمده و مبنای درمان است. گفته‌های والدین شنیده می‌شود و بر اساس اطلاعات آنها و علم پزشکی تشخیص گذاشته شده و درمان شروع می‌شود. بنابراین وقتی والدین اظهار نظر می‌کنند که کودک توسط عنکبوت گزیده شده

آن‌که با همه توان سعی در نفی این مقاله بکنند و یا فقط به مقاله‌های قدیمی که در سبزواری بررسی شده استناد بکنند بهتر است یک برنامه تحقیقی ترتیب داده و به بررسی عنکبوت‌ها در بندرعباس پردازند شاید همانند بقیه ویروس‌ها و میکروب‌ها که امروزه در کشور ما مشکل‌ساز شده‌اند شاید در مورد حشرات و بندپایان هم این اتفاق افتاده باشد و یک کتاب جامع نوشته شود.

شهلا انصاری، گروه خون و سرطان کودکان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
Shahladamavandi@yahoo.com

و آن‌را دیده‌اند دیگر منکر واقعیت شد. ۳- بیمار از بدو گزش حشره دچار تب و خونریزی و تورم محل گزش شده است و مدت ۲۰ روز در بیمارستان محلی تحت درمان بوده و چون بهبود نیافته به مرکز ما معرفی شده است بنابراین علایم از همان ابتدا ظاهر شده است. ۴- در اکثر مقالات از همولیز صحبت شده در حالی که بیمار ما از کمبود فیبرینوژن رنج می‌برد که قابل گزارش بود. ۵- در پایان امید است که این مقاله بابی شود در مکتوب شدن اطلاعات لازم در مورد حشرات موجود در ایران و شاید عنکبوت نوع *brown recluse* در جنوب ایران هم وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود این همکاران به‌جای