

● مقاله موردي



معرفی یک مورد نا شایع همراهی بیماری سلیاک و pachydermoperiostosis

چکیده

مقدمه: بیماری سلیاک یک علت شایع سندروم سوءعذب در نژاد قفقازی می باشد که با اسهال مزمن و استئاتوره و گاهآ آنمی فقر آهن و استئوپرولالاسی و آرتربیت تظاهر پیدا می کند. بیماری سلیاک می تواند منجر به استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک ثانویه شود که در این صورت با کلابینگ و راکسیون پری استئال استخوانهای بلند مشخص می شود.

معرفی مورد: بیمار یک آقای ۲۲ ساله با سابقه بیماری سلیاک از ۱۰ سال قبل می باشد که به علت تورم زانوها و مج پاهای از ۱,۵ سال قبل مراجعت کرده است و دچار پاکی درما و کلابینگ انگشتان دستها و پاهای و ضخیم شدن استخوانی استوانه ای دیستال استخوانهای ساعد و ساق پاهای و تورم نسبتاً شدید زانوها بوده است و در رادیوگرافی راکسیون پری استئال خطی در استخوانهای بلند مشاهده شده است. در بررسی ها مایع مفصلی غیر التهابی و ۶۱ ESR و CRP مثبت و RF مثبت ضعیف و کلسیم و فسفر و آکالان فسفاتاز نرمال و بدون مشکلات غدد داخلی بوده است.

بحث: همراهی بیماری سلیاک با استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک ثانویه دیده می شود ولی همراهی بیماری سلیاک با نمای استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک اولیه (pachydermoperiostosis) در منابع ذکر نشده است و به نظر می رسد علت تورم مفاصل بیمار استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک باشد.

واژه گان کلیدی: بیماری سلیاک - استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک - پاکی درموپری اوستوزیز - راکسیون پریوست

دکتر شمسا شریعت پناهی*

*متخصص بیماریهای داخلی و فوق تخصص روماتولوژی، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

*نشانی نویسنده مسئول: تهران - نشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، خیابان ایتالیا بیمارستان شهید مصطفی خمینی
تلفن: ۸۸۹۶۳۱۲۲ دورنگار: ۸۸۹۶۳۱۲۲

پست الکترونیک:
Shariat15@yahoo.com

مقدمه

تورم زانوها به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شهید مصطفی خمینی در سال ۱۳۸۶ مراجعه کرده است. بیمار مورد شناخته شده بیماری سلیاک از ۱۲ سالگی می باشد. آن زمان بیمار دچار حملات درد شکم، لاغری، آنمی فقر آهن بوده است و بیماری اوی با بیوپسی از مخاط ژئونوم تشخیص داده شده است وسپس بیمار تحت رژیم فاقد گلوتن قرار گرفته است و همه عالیم وی بهبود یافته است. از ۱۵ سال قبل به طور اضافه شونده دچار آرتیریت مفاصل زانوی چپ، زانوی راست و مچ پاها گردیده است خشکی صبحگاهی کمتر از ۵ دقیقه طول می کشیده است. بیمار سابقه عالیم مشابه در فامیل را ذکر نمی کرد. در معاینه عالیم حیاتی در حد نرمال بود. پوست صورت خشن و افزایش چربی پوست صورت و تعريف فراوان اندامها و کاهش رشد موهای صورت داشت. در ناحیه پوست پیشانی و پوست سر (۱). در انگشتان دستها و پاها کلابینگ مشاهده می شد (شکل ۲).

شکل ۱: افزایش چین های پوستی و خشن شدن صورت



ای، اختلالات مدیاستن و بیماری گریوز دیده می شود. عالیم بیماری به صورت یک طیف از کلابینگ خفیف تا درد سوزشی استخوانی شدید متغیر می باشد. در نوع اولیه زمینه خانوادگی وجود دارد و در ۳۳٪ موارد یکی از بستگان نزدیک گرفتار است. در این نوع مردان ۹ برابر بیشتر از زنان گرفتار می شوند و با هیپرترووفی گسترده پوستی که اصطلاحا pachydermoperiostosis می شود، همراه است که باعث خشن شدن cutis vertices gyrate چهره بیمار و (حالات مغز مانند در پوست سر) و هیپرھیدروز و سبوره و آکنه دیده می شود. بیماران دچار کلابینگ و پنهن شدن دستها و کلفت شدن استوانه ای ساق و ساعد همراه با راکسیون پری است می شود^(۴). همراهی بیماری سلیاک با هیپرترووفیک استئوآرتروپاتی ثانویه دیده می شود. ولی از نظر همراهی بیماری سلیاک با عالیم هیپرترووفیک استئوآرتروپاتی اولیه (pachydermoperiostosis) گزارشی ذکر نشده است.

معرفی مورد

بیمار آقای ۲۲ ساله می باشد که به علت

هیپرترووفیک استئوآرتروپاتی (HOA) سندرومی است که با پرولیفراسیون غیر طبیعی بافت‌های پوست و استخوانی در انتهای اندامها مشخص می شود در این بیماری پری اوستیت مزمن و کلابینگ و سینوویت وجود دارد. بیماری به دو صورت اولیه و ثانویه ناشی از بیماریهای ریوی، قلبی، کبدی، روده



شکل ۲: کلابینگ در انگشتان دست
در معاینه اندامها افزایش قطر استخوانی
دیستال ساعد و ساق پا مشاهده می شد. در
مفاصل تندرنس + و محدودیت + در
اکستانسیون آرنج طرف چپ
درمچ دست طرف چپ و در زانوها تورم ۳+ و
تندرنس + و افیوژن فراوان بدون محدودیت
حرکتی داشت (شکل ۳). درمچ پای طرف
چپ تورم + و تندرنس + و در کمر نکته غیر
طبیعی نداشت.



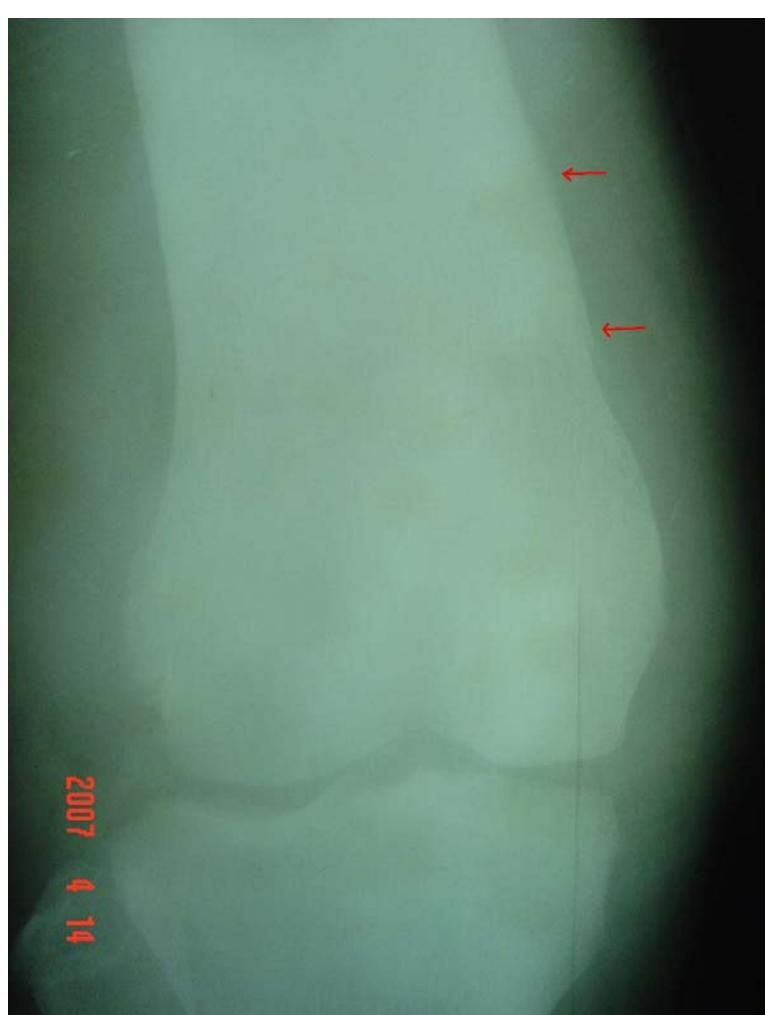
2007 4 8

شکل ۳: تورم زانوی دو طرف
در آزمایشات ۵۰۰۰ و WBC PMN ۵۰% و Plat ۱۵۲۰۰۰ و Hb ۱۳.۵ و ۵۰٪ FBS ۸۰ ESR ۶۱ داشت. در بیوشیمی Testost و Alk P ۴.۲ و Cal ۹ و P ۲۰۳ و LFT نرمال و TFT نرمال و Cortisol ۸ AM و LH نرمال و نرمال داشت. در آنالیز مایع مفصلی مایع مفصلی زرد کم رنگ و شفاف با ویسکوزیتی نرمال و WBC ۲۰۰ و MN ۸۰٪ و ۸۰٪ کشت مایع مفصلی منفی بود. در رادیوگرافی زانوها پهن شدن استوانه ای انتهای استخوانهای فمور و تیبیا و راکسیون پری استئال خطی مشاهده می شد.



2007 4 8

(شکل ۴). راکسیون پری استئال



با توجه به سابقه بیماری سلیاک در بیمار که هم اکنون تحت رژیم غذایی بدون گلوتن قرار دارد ، فعال به نظر نمی رسد و با توجه به ایجاد آرتریت و کلابینگ انکشتان و راکسیون پری استئال و فقدان سابقه فامیلی از بیماری HOA اولیه نمی توان نوع ثانویه HOA را رد نمود که در این صورت نمای pachydermoperiostosis غیر معمول می باشد گرچه شدید بودن علائم پوستی دلیل بر اولیه بودن بیماری و رد نوع ثانویه نمی باشد و در منابع نیز مورد مشابه ای ذکر نشده است. همچنین چون مایع مفصلی غیر التهابی بوده است، تورم مفاصل بیمار با بیماری HOA بیشتر قابل توجیه می باشد.

A
B

مراجع

1. Binder H J. Disorders of absorption In: Kasper D L. Harrison's principles of internal medicine; 16 ed. McGraw-Hill, 2005; 1770-1771.
2. Lubrano E. et al. The arthritis of celiac disease: prevalence and pattern in 200 adult patients. *Br J Rheumatol.* 1996 Dec; 35(12):1314-8.
3. Veys E M and Miclans H. Enteropathic arthropathies. In: Hochberg M C. *Rheumatology*; 3 ed. Mosby, 2003; 1271.
4. Lavin M. and Pineda C. Hypertrophic osteoarthropathy. In: Hochberg M C. *Rheumatology*; 3 ed. Mosby, 2003; 1763-1764.
5. Shim YW. Suh JS. Primary hypertrophic osteoarthropathy accompanied by Crohn's disease: a case report. *Yonsei Med J.* 1997 Oct; 38(5):319-22.