

همراه شدن پیودرماگانگرنوزم با آرتریت روماتوئید

دکتر فضل‌الله شریعتی- دکتر پرویز طوسی

مجله نظام پزشکی
سال نهم، شماره ۲، صفحه ۱۰۳، ۱۳۶۳

در این نوشته شرح حال یک بیمار مبتلا به پیودرماگانگرنوزم با آرتریت روماتوئید که در بخش پوست بیمارستان لقمان‌الدوله ادهم بستری و تحت درمان قرار گرفته است گزارش میشود.

مقدمه:

پیودرماگانگرنوزم نخستین بار در سال ۱۹۳۰ توسط Brunsting شرح داده شده است (۱). این بیماری معمولاً بصورت یک زخم مخرب پوستی، نکروتیک، غیر عفونی بشکل ندول کورک مانند شروع شده، ایجاد تاول چرکی یا تاول -

هموارژیک مینماید، که بسرعت تبدیل بزخمهایی گاه تا بیشتر از ۱۰ سانتیمتر میشود (۲). ارتباط پیودرماگانگرنوزم با دیگر بیماریهای داخلی بخصوص کولیت اولسروزو بیماری کرون بخوبی شناخته شده است (۲، ۱۰). بیماریهای دیگر مثل لوسمی‌ها، گاماپاتی، آرتریت روماتوئید بندرت همراه این بیماری گزارش شده است. هرچند ممکن است این بیماری را بدون همراهی با بیماریهای داخلی نیز مشاهده نمود (۲، ۹).

Restenberg علت بیماری را واکنش شوارتزمن دانسته و معتقد است که ضربه عامل برانگیزاننده بیماری میباشد. Gay Prieto و همکارانش معتقدند که عوامل ویروسی نقش عمده‌ای را در ایجاد این بیماری ایفا میکند (۱).

شرح حال بیمار:

ح-ر، ۳۶ ساله، خانه‌دار که بعلت زخمهای متعدد روی ساق و ران هردو پا مراجعه کرده است.

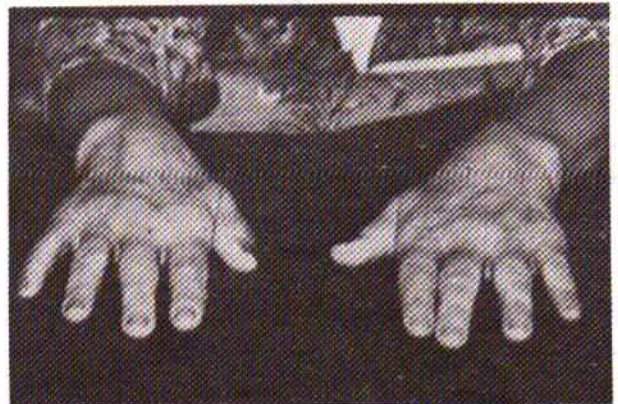
تاریخچه و شرح بیماری: بیمار سابقه درد مفاصل دست و پا را که بتدریج منجر بتغییر شکل مختصر در مچ دستها و انگشت پنجم دست شده است (با انحراف بطرف کوبیتوس) از ۶ سال پیش متذکر میشود (شکل شماره یک). از ۶ ماه قبل بیمار ضایعات

ماکولی، کورک مانند و اریتماتو روی ساق و ران هردو پا پیدا کرده است که بسرعت تبدیل بزخمهای بزرگ باندازه‌های بین ۵ تا ۱۵ سانتیمتر شده است. جوشگاه سه زخم قدیمی بصورت پلاکهای آتروفیک ۱۰×۵ سانتیمتر روی ران بیمار مشاهده میگردد. ضایعات فعلی روی ساق‌ها بصورت زخمهایی است که در وسط نکروتیک و از دلمهای قهوه‌ای رنگ پوشیده شده است. اطراف ضایعات مختصر برجسته و بوسیله هاله اریتماتو احاطه گردیده است. بیمار از سوزش و درد مختصر زخمها شکایت دارد. ضایعات مفصلی بصورت تغییر شکل و درد شدید در مفاصل زانو، مچ پا و ستون فقرات میباشد و بیمار بزحمت قادر براه رفتن است.

آزمایش‌های پاراکلینیک: آزمایش کامل ادرار، قند و اوره سرم، SGPT، SGOT، بیلروبین توتال و مستقیم، فسفاتاز قلیائی، پروتئینهای خون و الکتروکاردیوگرام بیمار در حد طبیعی میباشد. سرعت رسوب گلبولهای قرمز در ساعت اول ۴۰ میلیمتر، آزمون توبر کولین، آزمون سوزن (Pathergy Test) و VDRL و سلول LE منفی است. فاکتور روماتوئید بیمار ۳+ است. در کشت از ترشحات زخم، کلبسیلا (Klebsiella) واستافیلوکوک بیماریزا (coagulase positive) رشد نمود که به سفالوتین واریترومایسین حساس بود. در ترانزیت روده وضع ژوزونوم و ایلئوم طبیعی است. دیورتیکول نسبتاً بزرگی در دومین قسمت اثنی عشر دیده شده است.

در سیگموئید و سکویبی ضایعاتی دیده نشد. در پرتونگاری، از فاصله مفاصل کارپ و متاکارپ و فاصله بین استخوان‌های کارپ هر دودست کاسته شده و نیز تورم نسج نرم پیرامون کپسول و دکلسیفیکاسیون استخوانها حاککی از آرتریت روماتوئید- گزارش شده است.

نتیجه آزمایش هیستوپاتولوژی: زخم پوستی با نکروز و واکنش التهابی حاد در مرکز و نسج گرانولاسیون در اطراف گزارش گردیده است که با پیودرماگانگرنوزم مطابقت دارد. نمونه برداری (بیوپسی) از ندول زیر جلدی انگشت شهادت دست چپ بیمار نشان میدهد که اپیدرم ضایعاتی ندارد و در بخش عمقی درم گرانولومهایی متشکل از نکروز فیبرینوئید وسیع در مرکز و چند ردیف هیستوسیت، فیبروبلاست با واکنش التهابی مزمن در پیرامون گزارش گردیده و بندرت سلولهای درشت حاوی دویا سه هسته دیده شده که با نمای آسیب شناسی ندول روماتوئید مطابقت داشته است. با توجه به کشت از ترشحات زخم و آنتی



بهبود پیدا کرد، در محل آن جوشگاه آتروفیک مشاهده میگردد (۲، ۱). نقاط شایعی که گرفتار میشود ساق پا، ران، کفل و صورت میباشد. همچنین ضایعات و زیکولی و پوستولی ممکنست روی لب، مخاط دهان و چشم مشاهده گردد. شکل های غیر عادی بصورت تاوهای هموزایک و یا پورپورا فولمینانت شرح داده شده است (۷). پیودرماگانگرنوزم در ۵۰٪ موارد با کولیت اولسروز همراه است که همزمان و یا بعداً علائم آن تظاهر میکند. بیماری کرون نیز در همین حدود مشاهده میشود، گرچه کمتر گزارش شده است (۲ و ۴). همراهی پیودرماگانگرنوزم و آرتريت روماتويد توسط Ayres & Ayres گزارش شده است (۹، ۱) و نیز فورمهائی که پیودرماگانگرنوزم همراه با آرترازی میباشد، بی آنکه آرتريت روماتويد مشاهده شود بیان گردیده است (۲، ۱). پاراپروتئینی توسط Rockl گزارش شده است. دیابت یک عامل مستعد کننده بیماری میباشد (۲). Jablonska et al در ۲ بیمار، میلوم را گزارش کرده اند (۱) که در یک بیمار همراه با لوسمی بوده است (۲).

سندرم بهجت نیز با این بیماری مشاهده شده است (۱۰). البته بیماری بطور مستقل نیز بدون وجود بیماریهای دیگر دیده میشود (۵، ۴).

در مورد علت بیماری عقاید مختلفی وجود دارد که ضربه یا ویروسها از گروه آبله مرغان (Varicella) را مسئول آن میدانند. دلائلی وجود دارد که بیماران مبتلا به پیودرماگانگرنوزم دچار اختلال ایمنی خلطی (هومرال) و سلولی میباشد. همچنین اختلال کمپلمان و نوتروفیل و منوسیت نیز وجود دارد (۷، ۳، ۱). بعقیده Rostenberg از نظر پاتوژنز این بیماری یک واکنش (راکسیون) شوارتز من میباشد (۶).

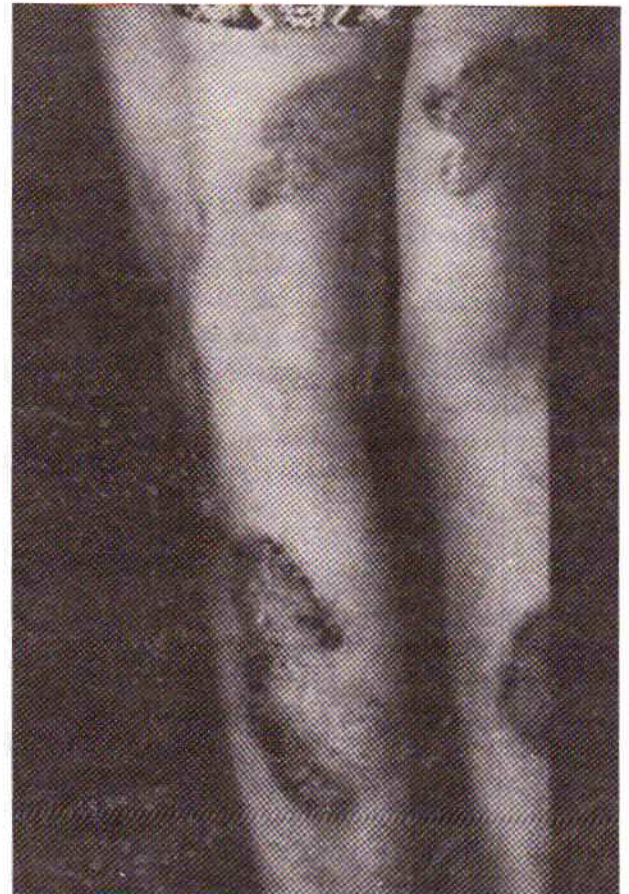
از نظر بافتی نقاط نکروزه که در زیر آن عروق کوچک افزایش پیدا کرده است، و نیز یک واکنش التهابی حاد دیده میشود که بعداً در قسمتهای عمقی تر درم انفیلتراسیون سلولهای لنفوئید، پلاسموسیت، هیستوسیت، فیبروبلاست و تعدادی سلولهای ژانت جسم خارجی مشاهده میگردد. اپیدرم در محل زخمی شده از بین رفته است. آسیب شناسی نسجی ممکنست راهنمای تشخیص نباشد (۶).

درمان پیودرماگانگرنوزم با داروهای مختلف و با نتایج متفاوت انجام شده است از جمله کورتیکواستروئید خوراکی با مقادیر (Doses) بسیار زیاد (Pulse Therapy) تزریق تری آم سینولون در داخل ضایعه و مصرف سیتوتوکسیکها مثل آزاتیوپرین، سولفاپریدین و اکسیژن با فشار زیاد (هیپرباریک) (۱ و ۹). همچنین DDS (diamino-diphenyl sulfone) یا Dapsone با مقادیر کمتری از آنچه در جذام بکار برده میشود. در این بیماری ضایعات پوستی بیمار را بسرعت بهبود میبخشد. مکانیسم اثر داپسون تاثیر بر واکنش التهابی در عروق محل ضایعه میباشد که خاصیت سیتوتوکسیتی نوتروفیلیا- را احتمالاً با واسطه آنزیمی بنام میلوپروکسیداز - هیدروژن پروکسیدها لید کاهش داده و سبب بهبود بیماری میگردد (۸).

خلاصه و نتیجه:

بیمار ما یکی از موارد نادر همراه شدن پیودرماگانگرنوزم با آرتريت روماتويد میباشد که با درمان بیماری پوستی وی با داپسون تحت کنترل درآمده است.

پیوگرام بیماریار بمدت ۱۴ روز کپسول سفالوتین - بمقدار ۴ گرم در روز دریافت نمود که بهبود در وضع زخمهای بیمار مشاهده نگردید، لذا سفالوتین قطع گردید و با تشخیص پیودرماگانگرنوزم درمان با داپسون شروع شد. میزان دارو ابتدا ۵۰ میلیگرم روزانه بود که بعد از ۴ روز به ۱۰۰ میلیگرم سپس به ۱۵۰ میلیگرم افزایش داده شد و بعد از ۲۰ روز ضایعات بیمار رو به بهبود رفت (شکل شماره ۲) و هنگام مرخص شدن یکماه پس از



شروع قرص داپسون ضایعات با ایجاد جوشگاه ظریفی بکلی بهبود یافت. همچنین دردهای مفصلی بیمار با مصرف ۳ گرم آسپیرین روزانه بهبود پیدا کرد بطوریکه هنگام مرخص شدن بیمار از درد مفصلی شکایت زیادی نداشت.

بحث: شروع این بیماری معمولاً بین ۴۰ تا ۶۰ سالگی میباشد که بدو صورت عمده بالینی تظاهر میکند: اول بشکل یک ندول اریتماتو و حساس که ابتدا قرمز رنگ سپس از مرکز آبی شده بعد زخمی میگردد. دوم شروع با چند زیکول و پوستول که شبیه آکنه، فولیکولیت یا درماتیت هرپتی فورم میباشد و گاهی هر دو شکل بالینی بطور مخلوط مشاهده میگردد (۱). این اشکال بالینی ممکن است بصورت زخمهایی روی ساق پا یا هر نقطه دیگر که در معرض ضربه است ایجاد گردد و یا اینکه بصورت مجتمع در محلی که قبلاً ضایعاتی (مثل آکنه) وجود داشته است، دیده شود. ضایعات در پیودرماگانگرنوزم بصورت زخمهایی است متورم که بسرعت وسعت یافته تا ۱۰ سانتی متر و گاهی بیشتر میرسد سپس برای مدت زیادی بهمین صورت باقی مانده یا کمی بهبود پیدا میکند. مرکز زخمها نکروتیک و پیرامون آن برجسته و آبی رنگ است که توسط یک هاله اریتماتو پوشیده شده است. وقتیکه زخمها

REFERENCES:

- 1- Andrews, Diseases of the Skin Clinical Dermatology, 1033-1034, 1982.
- 2- Perry, H.Q. & Winkelman, R.K.: Archs Derm 106, 901, 1972.
- 3- Lewis, SJ et al: Atypical: Pyoderma Gangrenosum with Leukemia JAMA. 239935, 1978.
- 4- Gordon, C., Saver: Manual of Skin Diseases, 226, 1980.
- 5- Skin and Internal Medicine, Cutis 21 June 1978.
- 6- Walterf. Lever: Histopathology of The Skin, 273, 1975.
- 7- Shore, R.N.: Archs Derm, 112, 1792, 1976.
- 8- Medical Clinics of North America. Vol. 66, No. 40, 947, 1982.
- 9- Archives of Dermatology, Vol. 118, No. 2, 76, Feb. 1982.
- 10- Fromer, J.L.: Archs Derm: 102-116, 1970.