مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۵، شماره ٤،زمستان ۱۳۸٦: ۵۲۱-۵۱۷

● **مقاله موردی**

معرفی یک مورد نا شایع همراهی بیماری سلیاک و pachydermoperiostosis

دکترشمسا شریعت پناهی*

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

*<u>***نشانی نویسنده مسئول**</u>: تهران – نشگاه شاهد ، دانشکده پزشکی ، خیابان ایتالیا بیمارستان شهید مصطفی خمینی
تلفن: ۸۸۹٦۳۱۲۲ دورنگار:۸۸۹٦۳۱۲۲

پست الکترونیک:
Shariat15@yahoo.com

چکیده

مقدمه: بیماری سلیاک یک علت شایع سندروم سوءجذب در نژاد قفقازی می باشد که با اسهال مزمن و استئاتوره و گاها آنمی فقر آهن و استئوپروماالاسی و آرتریت 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 مچ پاها از ۱,۵ سال قبل مراجعه کرده است و دچار پاکی درما و کلابینگ انگشتان دستها و پاها و ضخیم شدن استخوانی استوانه ای دیستال استخوانهای ساعد وساق پاها و تورم نسبتا شدید زانوها بوده است و در رادیوگرافی راکسیون پری استئال خطی در استخوانهای بلند مشاهده شده است. در بررسی ها مایع مفصلی غیر التهابی و61 ESR و CRP مثبت و RF مثبت ضعیف و کلسیم و فسفر و آلکالن 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

تاریخ دریافت مقاله:۸٦/۵/۲ تاریخ اصلاح نهایی:۸٦/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله:۸٦/۷/٤

Archive of SID

www.SID.ir

مقدمه

بیماری سلیاک (CD) یا آنتروپاتی حساس به گلوتن یک اختلال شایع سوء جذب در نژاد قفقازی می باشد. اتیولوژی بیماری نا شناخته می باشد ولی علل محیطی و ایمینولوژیک و فاکتورهای ژنتیک (HLA DQ2) در آن دخالت دارد.علایم بیماری با شروع مصرف غلات در کودکی شروع می شود و بیمار دچار اسهال و استئاتوره و کاهش وزن و کمبود مواد غذایی شده وگاها بیماری با آنمی فقر آهن و کمبود فولیک اسید ویا استئومالاسی ویا ادم تظاهر پیدا می کند. هال مارک بیماری تغییرات پاتولوژیک روده کوچک بصورت ازبین رفتن و یا کاهش ارتفاع پرزهای روده هیپرپلازی کریپتها وافزایش لنفوسیتهای مخاطی می باشد. تشخیص بیماری به کمک علایم بالینی و IgA antiendomysial antibody و IgA antigliadin و IgA anti-tissue transglutaminase antibody مثبت و علایم پاتولوژیک در روده می باشد (۱). درماتیت هرپتی فرم و هیپواسپلنیسم و سایر بیماریهای اتوایمیون با سلیاک همراه می شود. آرتریت در تعدادی از بیماران (۲۱٫۶-۴۱٪) دیده می شود (۲). ستون فقرات کمری و مفاصل ران و زانو و شانه بیشتر و آرنج و مچ دست و مچ پا کمتر گرفتار می شوند. گرفتاری مفاصل محیطی قرینه با خشکی صبحگاهی همراه می باشد (۳).

هیپرتروفیک 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 ای، اختلالات مدیاستن وبیماری گریوز دیده می شود. علایم 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 هیپرتروفی گسترده پوستی که اصطلاحا pachydermoperiostosis نامیده می شود، همراه است که باعث خشن شدن چهره بیمار و cutis vertices gyrate (حالت مغز مانند در پوست سر) و هیپرهیدروز و سبوره و آکنه دیده می شود. بیماران دچار کلابینگ و پهن شدن دستها و کلفت شدن استوانه ای ساق و ساعد همراه با راکسیون پری است می شود(۴).

همراهی بیماری سلیاک با هیپرتروفیک استئوآرتروپاتی ثانویه دیده می شود. ولی از نظر همراهی بیماری سلیاک با علایم هیپرتروفیک استئوآرتروپاتی اولیه (pachydermoperiostosis) در منابع گزارشی ذکر نشده است.

معرفی مورد

بیمار آقای ۲۲ ساله می باشد که به علت 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 وی با بیوپسی از مخاط ژژونوم تشخیص داده شده است وسپس بیمار تحت رژیم فاقد گلوتن قرار گرفته است و همه علایم وی بهبود یافته است. از ۱٫۵ سال قبل به طور اضافه شونده دچار آرتریت مفاصل زانوی چپ، زانوی راست ومچ پاها گردیده است خشکی صبحگاهی کمتر از ۵ دقیقه طول می کشیده است. بیمار سابقه علایم مشابه در فامیل را ذکر نمی کرد. در معاینه علایم حیاتی در حد نرمال بود. پوست صورت خشن و افزایش چربی پوست صورت و تعریق فراوان اندامها و کاهش رشد موهای صورت داشت. در ناحیه پوست پیشانی و پوست سر cutis vorticis gyrate داشت (شکل ۱). در انگشتان دستها و پاها کلابینگ مشاهده می شد (شکل ۲).

شکل ۱: افزایش چین های پوستی و خشن شدن صورت



Archive of SID
www.SID.ir



شکل ۲: کلابینگ در انگشتان دست

در معاینه اندامها افزایش قطر استخوانی دیستال ساعد وساق پا مشاهده می شد. در مفاصل تندرنس + ومحدودیت + در اکستانسیون آرنج طرف چپ stress pain درمچ دست طرف چپ و در زانوها تورم +۳ و تندرنس + وافیوژن فراوان بدون محدودیت حرکتی داشت (شکل ۳). درمچ پای طرف چپ تورم + و تندرنس + و در کمر نکته غیر طبیعی نداشت.



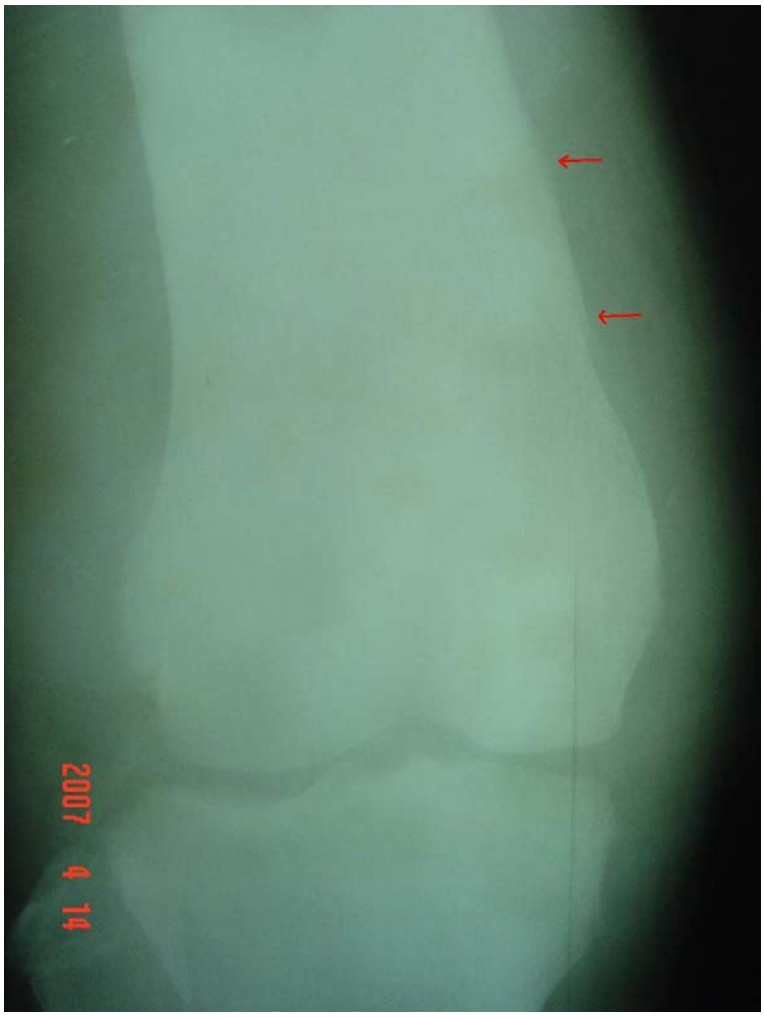
شکل ۳: تورم زانوی دو طرف

در آزمایشات WBC 5000 و PMN 50% و Hb 13.5 و Plat 152000 و ESR 61 داشت. در بیوشیمی FBS 80 و Cal 9 و P 4.2 و Alk P 203 و LFT نرمال و TFT نرمال و Testost و LH نرمال و Cortisol 8 AM نرمال داشت. در آنالیز مایع مفصلی مایع مفصلی زرد کم رنگ و شفاف با ویسکوزیتی نرمال و WBC 200 و MN 80% و 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.

Archive of SID

www.SID.ir

(شکل۴). راکسیون پری استئال



بحث

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 کلاپینگ انکشتان و راکسیون پری استال و فقدان سابقه فامیلی از بیماری HOA اولیه نمی توان نوع ثانویه HOA را رد نمود که در این صورت نمای pachydermoperiostosis در ایشان غیر معمول می باشد گرچه شدید بودن علائم پوستی دلیل بر اولیه بودن بیماری و رد نوع ثانویه نمی باشد ودر 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.

www.SID.ir

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. Enteropatic 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.*

Archive of SID

www.SID.ir