

رتیکولوز نور (آکتینور تیکولوز)*

دکتر حیدر آخوندزاده**

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۲، صفحه ۸۹، ۱۳۵۲

- ۱- حساسیت غیرعادی بیمار نسبت به نور.
 - ۲- تظاهرات جلدی که منظره آسیب شناسی آن به شکل رتیکولوز یا هماتودرمی جلب توجه می کند.
- در سال ۱۹۶۹ نگارنده با اتفاق R. Degoss J. Civatte (۸) اولین مورد هماتودرمی توأم با حساسیت به نور (فوتوسانسی بیلی زاسیون) را به ششمین کنگره درماتولوژی و نورولوژی یوگوسلاوی گزارش داد. در همین سال، IVE و همکاران (۱۶)، ده مورد فوتودرما توجیدید را که با هیستولوژی رتیکولوز توأم بود بنام Actinic reticuloid شرح دادند.
- در سال ۱۹۷۰ نگارنده، Degos و همکاران (۱۲)، دو مورد جدید دیگر نیز به ابرو و اسیمون قبلی خود اضافه و بنام Actino-Reticulose بانجمن متخصصین پوست فرانسه گزارش دادند. سپس دو مورد دیگر نیز طی سالهای ۷۱ - ۱۹۷۰ کشف و بوسیله همین گروه منتشر گردید (۱۳).
- در سال ۱۹۷۰، HEID و همکارانش (۱۸)، ۹ مورد Pseudo-lym (Pseudo-lym-phomes actiniques) را شرح دادند و بتدریج موارد دیگر نیز بوسیله مؤلفین مختلف منتشر شد. مجموع ابرو و اسیمون های منتشر شده در جهان از ۲۸ مورد تجاوز نمی کند.
- با توجه به پنج مورد شخصی و ۲۳ مورد دیگر منتشر شده در جهان، سعی خواهیم کرد از نوار کلینیکی و پاراکلینیکی مشخصات این بیماری جدید را شرح داده، سپس در مورد مسائل مربوط به اتیولوژی و درمان این کسالت بحث کنیم.

اثرات نور آفتاب را بر پوست آدمی از قدیم میشناختند. کراتوز خورشیدی و سرطانی شدن آنرا در نتیجه تابش طولانی نور آفتاب نزد کشاورزان و یاملوانان که مدت های مدیدی از عمر خود را زیر انوار خورشیدی در دامن صحراها و یادرپهنه دریاها گذارنده اند، بخوبی میشناسیم.

انواع فوتودرما توزها را نیز از سال ۱۸۷۰ که Hutchinson پروریگوی آفتابی یا Summer Prurigo را شرح داد تاکنون دیده باشنیده ایم.

گزارش امروز درباره بیماری جدیدی است که شباهتی به هیچیک از امراضی که تاکنون شناخته شده ندارد و در عین حال دارای شخصیت کلینیکی و پاراکلینیکی مشخص میباشد.

مقدمتاً توضیح این نکته بی فایده نخواهد بود که رتیکولوزها انواعی از سرطان هستند که در آنها سلولهای رتیکولوهیستئوسیت در پوست و سایر قسمتهای رتیکولو آندوتلیال بطور غیرعادی ازدیاد و توسعه می یابند. ولی در بسیاری از موارد بعضی از رتیکولوزها از پوست شروع میگردند و مدت های مدیدی نیز فقط در پوست متمرکز میشوند بدون اینکه غدد لنفاوی و یا سایر اندامها گرفتار شده باشند. علامت مشخصه این رتیکولوزها در آسیب شناسی، وجود یک انفیلتراسیون نسبتاً شدید در داخل درم میباشد که از سلولهای لنفوهیستئوسیت تشکیل یافته است.

آکتینور تیکولوز، این بیماری نوشناخته، از ترکیب دو عامل تشکیل میگردد.

* Actino - reticulose

** خیابان تخت جمشید شماره ۳۶۵

اینک خلاصه ۵ اسبر و اسیون شخصی :

بیمار اول :

آقای م - آ، ۴۵ ساله، سرایدار مدرسه، از سال ۱۹۵۸ بعلت اگرزای نواحی بازیدن، تحت درمان سرپائی بوده، درماتوز بیمار پس از هر بهبود نسبی همینکه در معرض تابش نور خورشید قرار می گرفت، عود می کرد.

در سال ۱۹۶۷، برای اولین بار منظره بالینی دیگرگون و علائم جدید ظاهر شد. ابتدا بیمار گرفتار اریترودرمی شدید گشت، سپس در پشت دستها و در بالای سینه پاپولهای ریزی برنگ قرمز پدیدار شد. این پاپولها باندازه ۱۵-۳ میلیمتر کاملاً برجسته، مدور و برنگ قرمز در روی پوست سالم ویا در زمینه قرمز تولید شده بودند و از نظر منظره ظاهری شبیه پاپولهای دیسمتابلولیک (لیکن آمیلوئید ویا موسینوز فولیکولر) بودند ولی در هیستولوژی بجای هرگونه ماده سورشارژ یک ارتشاح شدید در درم سطحی و میانی از نوع لنفو هیستوسیتوملا حظه گردید. این انفیلتراسیون شدید که در بعضی نقاط بصورت Thèque داخل اپیدرم در آمده بود فکر را متوجه یک هماتودرمی یا لنفوم می کرد. بیوپسی های مکرر این تشخیص را تأیید کرد و یک انفیلتراسیون وسیع و شدید بشکل بانند در تمام طول درم سطحی و میانی نشان دادند. این ارتشاح سلولی در اطراف عروق تراکم بیشتری داشت و گاهی تا اعماق درم عمقی و حتی در بعضی نقاط تا جریبی زیر جلد ادامه می یافت. منظره بیوپسی ها، چه آنهایی که از پاپولها برداشته شده و چه بیوپسی هایی که از نواحی اریترودرمیک بعمل آمده بود، مشابه بود و تشخیص هماتودرمی را تأیید می کرد.

در مقابل این تشخیص هیستولوژیکی حال عمومی بیمار خوب بود، تب وجود نداشت، غدد لنفاوی بزرگ نبودند، بزرگی کبد و طحال وجود نداشت. هموگرام و میلوگرام طبیعی بودند.

در سال ۱۹۶۸، این بیمار را نسبت به نور آزمایش کردم و تست نور بطور غیر قابل تصویری غیر طبیعی بود بطوریکه پس از ۲۴ ثانیه تابش نور پاسخ بدست می آمد که معمولاً پس از ۲۷۰ ثانیه باید تولید گردد (باتکنیک نگارنده) (۱) این تست شدیداً مثبت نمایشگر یک فوتوآلرژمی بسیار پیشرفته میباشد.

از محل تست نور (پلاک قرمز که در نتیجه تابش نور مصنوعی در یک نقطه از پوست سالم تولید شده) بیوپسی بعمل آمد. نتیجه کاملاً مشابه ضایعاتی بود که خود بخود و در نتیجه تابش نور خورشید تولید شده بودند، یعنی یک انفیلتراسیون بسیار شدید از سلولهای رتیکولوهیستوسیتور در داخل درم.

در مقابل این حساسیت به نور هیچگونه علائم بالینی و بیولوژیکی

دال بر وجود یک «لوپوس اریتماتوس» و یا «پورفیری» پیدانند. از نظر آزمایشگاهی، بغیر از علائم ذکر شده نکته قابل ذکری پیدانند. بدنبال جستجوی عامل خونی این آلرژمی به نور سعی کردم که فوتوآلرژمی بیمار را بطور مصنوعی بوسیله پدیده «پروسیتر کوسنتر» بشخص سالم (شاهد) منتقل کنم (۳) و این تست نیز مثبت بود (۸). بدین وسیله ثابت گردید که در سرم بیماری آنتی کوری وجود دارد که در مقابل تابش نور خورشید (آلرژن) سبب بروز علائم فوق میگردد.

درمانهای فوتوپروتکتور مختلف مانند آمید اسید نیکوتینیک (ویتامین P. P) (چهار آمپول داخل وریدی در روز) و آنتی پالودن ها نزد این مریض بی اثر بودند. ایمونوسوپرسورهای مانند کلرآمینوفن نیز مدتی بدون اخذ نتیجه تجویز گردید. درمان با کورتیکواستروئیدها و رادیوتراپی نیز بی فایده بود. تنها پرهیز بیمار از نور (بدون هیچگونه درمان مخصوص) سبب تخفیف علائم شد، بطوریکه دوبار بستری شدن در اطاق تاریک (در بخش Grupper) سبب بهبود کامل وی گردید ولی به محض مرخص شدن و تماس با روشنائی روز، بیماری با همان شدت اول عود کرد.

بیمار دوم :

آقای آ-س، ۶۹ ساله، کشاورز، از سال ۱۹۶۳ گرفتار اگرزای نواحی مکشوف بدن میباشد که هر بار پس از قرار گرفتن در معرض تابش نور آفتاب عود می کند. بعدها بتدریج علائم عادی اگرما پس از هر تابش خورشید عوض گشته پلاکهای اریتماتوس ظاهر میگرددند و روی آنها پاپولهای زیادی پیدا میشود.

هیستولوژی این ضایعات مانند ضایعات بیمار اول نمایشگر یک رتیکولوژ میباشد. چندین تست نور که در فواصل زمانی متفاوت انجام گرفت همگی یک حساسیت غیر عادی در مقابل نور را نشان دادند و هیستولوژی این تست ها نیز عبارت بود از یک ارتشاح هماتودرمی شبیه ضایعات خود بخودی. باقی بیلان بالینی و آزمایشگاهی عادی است.

سومین مورد:

آقای م - الف، ۷۲ ساله، از سه سال پیش با تشخیص Lucite (فوتودرماتوز) تحت درمان بوده است و در سال ۱۹۶۹ که بمار ارجعه کرد مانند دو بیمار قبلی گرفتار یک اریترودرمی بود که در روی آن پاپولهای زیادی گسترده بود. بعضی از این پاپولها با هم مخلوط گشته صفحات انفیلتره گسترده ای را بوجود می آورد که کاملاً شبیه یک هماتودرمی بود.

کرده و فقط در سه مورد سن بیمارین ۵۰-۳۵ سال بوده است . غالباً بیماری بدون سوابق بیماری پوستی قبلی بروز کرده ولی وجود آگزهای آتوبیک (۱ مورد) و پسوریازیس (۲ مورد) درده بیمار IVE و همکارانش خاطر نشان گردیده است . در یک مورد نیز بیمار پنج سال قبل از گرفتار شدن به آکتینورتیکولوز گرفتار اریترودرمی بوده که علت آن نامعلوم مانده است .

شروع بیماری غالباً بشکل لکه‌های قرمز رنگی است که پس از تابش نور آفتاب در نواحی باز بدن (صورت، دستها، ساعد، بازوان و بالاخره گردن) بوجود می‌آیند . پاپولهای مشخص کننده بیماری گاهی از همان ابتدا و غالباً بتدریج و طی حمله‌های مختلف (پس از هر تابش نور) روی این پلاکهای قرمز ظاهر میگرددند .

این ضایعات بشکل برجستگی‌هایی بابعاد ۱۵-۳ میلیمتر کاملاً برجسته و مدور برنگ قرمز تظاهر میکنند . غالباً این پاپولها هجا از هم میباشند و پس از هر تابش نور بشکل حمله‌ای (Par Poussée) ظاهر میگرددند . درحالات بعدی بعضی از این پاپولها بیکدیگر متصل گشته پلاکهای انفیلتره‌ای مانند یک هماتودرمی بوجود می‌آورند .

پلاکهای قرمز که بستر این پاپولها و باصفحات انفیلتره را تشکیل میدهند لااقل در ابتدای امر جدا از یکدیگر هستند و فقط در نواحی باز و کمکشوف بدن یعنی در نقاطی که در معرض تابش نور بوده است، تولید میشوند ، ولی طی حملات بعدی غالباً به نقاط پوشیده بدن نیز تجاوز می‌کنند . در بسیاری از موارد وجود یک اریترودرمی کامل گزارش گردیده (Degos, Civatte, Akhound zاده و همکاران) (۱۱)، (IVE و همکاران) (۱۶) و (Heid و همکاران)، (۱۸) .

پوست سر نیز غالباً گرفتار میشود و حالتی شبیه پوسته‌های کلفت پسوریازیس تولید میشود .

در بعضی موارد این پاپولها بظاهر شبیه پاپولهای هستند که در بشورات دیسمتابلولیک مانند موسینوز و یا آمیلوئیدوز دیده میشود ولی بیوپسی‌های مکرر و رنگ آمیزی‌های اختصاصی هیچگونه ماده دیسمتابلولیک را نشان نمیدهد .

حال عمومی بیمار خوب است . آدنوپاتی و بزرگی کبد و طحال وجود ندارد ، بیمار تب نمی‌کند .

در مواردی که لنفوگرافی و یا بیوپسی گانگلیونی انجام گرفته نتیجه کاملاً طبیعی بوده است .

نکته مهمی که ارزش تأکید مکرر را دارد وجود رابطه مستقیم بین بروز علائم جلدی و تابش نور خورشید میباشد . قرار گرفتن در

درهستولوژی این پاپولها یک ارتشاح شدید بشکل نوار طولانی باحد زیرین کاملاً مشخص در دم پیدا شد . این انفیلتراسیون سلولی از نوع لنفو هیستوسیت با اپیدرم تماس داشت و در بعضی نقاط بداخل آن نفوذ می‌یافت (Exocytose) . بعلت گرفتار بودن تمام سطح پوست و نبودن قسمتهای سالم ، تست نور عملی نگردید . غیر از نکات ذکر شده علامت دیگری نزد بیمار پیدا نشد، بخصوص اینکه حال عمومی بیمار خوب بود .

مورد چهارم :

آقای ل-ب، ۴۵ ساله، فروشنده در بازار روز، از ۱۶ سالگی گرفتار ضایعات اریتماتو در نواحی باز بدن میباشد که پس از هر تابش نور آفتاب شدیدتر میگردد . روی این صفحات قرمز پوست پاپولهای زیادی بخصوص در گیجگاه و فك و گونه‌ها دیده میشود هیستولوژی ضایعات مانند موارد قبلی نشان دهنده یک رتیکولوز میباشد، تست نور شدیداً مثبت است . تحقیقات بیشتر علامت دیگری نشان نداد .

بیمار پنجم :

آقای و-ت، ۷۲ ساله، از ۱۹۷۰ گرفتار حساسیت به نور (فوتوسانسی بیلینزاسیون) در نواحی باز بدن بخصوص صورت میباشد . ابتدا این ضایعات شبیه اگرما بودند (اریتماتوزیکولو) ولی بتدریج بسبب بروز پاپولهای زیاد تبدیل به آکتینورتیکولوز میگرددند . بیوپسی جلدی تشخیص بالینی آکتینورتیکولوز را تأیید کرد . در ریز بینی یک ارتشاح شدید از نوع رتیکولو هیستوسیت با تعداد کمی ائوزینوفیل بشکل یک باند ممتد در زیر اپیدرم ملاحظه گردید . تست نور نیز یک حساسیت غیر عادی نسبت به نور را نشان داد .

خلاصه :

در پنج مورد شرح داده شده، چهار نکته چشم میخورد :

- حساسیت بیمار نسبت به نور
- علائم جلدی از قبیل اریترودرمی و بشورات پاپولی
- حال عمومی خوب
- در آسیب‌شناسی : انفیلتراسیون شدید از نوع رتیکولوز
- غیر از ۵ مورد فوق ، تاکنون ۲۳ ابرواسیون مشابه در جهان منتشر گردیده است . هدف ما اینست که با توجه به این ۲۸ مورد ضمن مشخص کردن ماهیت بالینی و آزمایشگاهی این بیماری در مورد اتیوپاتوژنی آن نیز بحث کنیم .

الف - از نظر بالینی

کلیه مواردیکه از این بیماری تاکنون در جهان منتشر شده مربوط به جنس مذکر بوده و غالباً در سنین بالاتر از ۵۰ بروز

شاید علت اینکه پس از حملات متعدد ضایعات جلدی به نقاط پوشیده بدن نیز سرایت میکند حساس شدن بیماران نسبت به اشعه با طول موج بلندتر میباشد (Akhound-Zadeh) (۱ و ۱۱).

روشی که برای تست نور بکاررفته تکنیک Saidman (۲۹) میباشد که توسط Jean meyer (۲۶) و نگارنده (۱) تکمیل گردیده است. منبع نوری که نگارنده بکار برده عبارتست از يك لامپ با بخار جیوه که مقدار زیادی اشعه ماوراء بنفش و مقدار خیلی کم اشعه انفراروژ (مادون قرمز) و مقداری نیز اشعه مرئی (بدون نور قرمز) تولید میکند. اساس روش مادر تست نور عبارتست از تاباندن مقادیر تصاعدی نور به نقاط مختلف پوست ناحیه سالم بیمار که هر کدام دایره‌هایی با بعدش میلیمتر میباشد. نتیجه تست چهل و هشت ساعت پس از تابش نور بوسیله لامپ بخار جیوه معلوم میگردد. نتایج حاصل شده نزد بیمار را با نتایج بدست آمده نزد شخص سالم (شاهد) مقایسه می‌کنیم. با توجه باین مقایسه که در شرایط کاملاً مساوی انجام میگردد، اولین نقطه‌ای از پوست که حالت سرخی نشان بدهد نمایشگر آستانه تحریک پوست و یا (S.E) Seuil erythematel میباشد. S.E بشکل لکه صورتی رنگی است که ابعاد آن از ابعاد سوراخ اسبابیکه (Sensitomètre) نور از آن وارد پوست شده (شش میلیمتر) کمتر است. نزد اشخاص سالم S.E در نقطه‌ای از پوست ظاهر میشود که در آن محل باندازه ۳۶ ثانیه نور تابیده شده باشد. هر قدر مدت تابش اشعه (در نتیجه مقدار اشعه‌ای که نفوذ کرده) بیشتر باشد بر وسعت و شدت سرخی افزوده میشود بطوریکه در ناحیه‌ای از پوست که ۲۷۰ ثانیه در معرض تابش نور واقع شده لکه‌ای بوجود می‌آید بزرگتر از شش میلیمتر و برنگ بنفش، در ملامسه نیز این ناحیه مختصری انفیلتره بنظر میرسد. این حالت را بنام آستانه راکسیون شدید (S.R.F) Seuil de reaction forte مینامیم.

نزد بیماران ماهر دوی این آستانه‌ها بخصوص SRF بطور غیر قابل تصویری پائین افتاده بود بطوریکه نزد اولین بیمار بجای ۲۷۰ ثانیه پس از ۲۴ ثانیه تابش نور SRF پیدا میشد و این نشانه يك فوتو آلرژی میباشد.

از محل چندین تست نور بیوپسی بعمل آمد. همگی کاملاً شبیه ضایعات خود بخودی بودند، یعنی يك رتیکولوز شدید را نشان میدادند. توضیح بیشتر اینکه در جاهایی از پوست که ۲۴ الی ۴۸ ساعت بعد از تابش نور بیوپسی شده بود (زود رس) شدت انفیلتراسیون سلولی خیلی بیشتر از جاهایی بود که چند روز بعد از تابش نور (دیر رس) بیوپسی شده بود.

نتیجه ریز بینی تست نور (تجربی) و مقایسه آن با آسیب شناسی ضایعاتیکه بطور خود بخودی (در نتیجه تابش نور خورشید) نزد

معرض نور آفتاب ولو بمقدار و بمدت خیلی کم، سبب بروز علائم جدید و یا تشدید علائم قبلی میگردد.

برای توجیه این حساسیت غیر عادی به نور در غالباً بسرواسیونها هیچگونه عاملی پیدا نشده است بطوریکه سلول L.E و آنتی کور آنتی نوکلئرها منفی است.

مقدار پورپورین ادرار و پورپورین گلوبولهای قرمز بمیزان عادی است (Degos, Civatte, Akhound zadeh, et Coll.) (۱۱)

ب- از نظر آسیب شناسی

علامت دوم مشخص کننده بیماری منظره ریز بینی ضایعات پوستی میباشد که در طی بیوپسی‌های مکرری که نزد هر بیمار بعمل آمده غالباً بطور یکدست بشرح زیر بوده است:

در زیر اپیدرم غالباً سالم، يك انفیلتراسیون شدید وجود دارد که بصورت يك باند تمام ارتفاع درم سطحی را می‌پوشاند. این ارتشاح سلولی غالباً از پائین تادرم میانی و در بعضی مواقع تادرم عمقی حتی تا ناحیه چربی زیر جلدی نیز ادامه می‌یابد. در اطراف عروق، تراکم این ارتشاح زیادتر بچشم می‌خورد. در تماس با اپیدرم در بعضی موارد يك حالت Exocytose و در بعضی نقاط يك حالت کاملاً شبیه Theque داخل اپیدرم نیز تولید میگردد.

از نظر سیتولوژی این انفیلتراسیون در بسیاری از موارد از نوع لنفورتیکولو هستیوسیت می‌باشد ولی در چند مورد نیز سلولها متنوع و مختلف الشكل بودند و میتوان در میان آنها ائوزینوفیل، ماستوسیت و پلاسموسیت را نیز مشخص کرد.

سلولهای غیر عادی و حالت میتوز، غالباً در کمتر از ۱۰-۱۵٪ سلولها ملاحظه میگردد (IVE و همکاران) (۱۶).

در مقابل این منظره آسیب شناسی که کاملاً نمایشگر يك هماتودرمی میباشد باقی آزمایش‌های خون از قبیل فرمول و شمارش گلوبولی، پونکسیون لنفوی، پونکسیون مغز استخوان..... غالباً عادی هستند.

ب- از نظر حساسیت به نور

سومین علامت مشخص بیماری عبارتست از حساسیت بسیار شدید و غیر عادی کلیه بیماران نسبت به نور. طول موج نوری که سبب بروز بیماری میگردد کاملاً مشخص نشده ولی در ۵ موردی که تحت مطالعه نگارنده بوده اشعه ماوراء بنفش مقصر بوده است. نزد بیمار اول که مدت ده روز بانویاکین تحت درمان بود نه تنها حساسیت به اشعه اولترایوله (U.V) نقصان پیدا نکرد بلکه بیمار نسبت به نور مرئی نیز حساس گردید. (طول موج بلندتر از 4000A°) چنانکه میدانیم اشعه مرئی و بخصوص اشعه مادون قرمز دارای طول موج بلندتر هستند و قابلیت نفوذ بیشتری دارند.

ضایعات به نقاط پوشیده بدن نیز سرایت می‌کند. تنها در روزهاییکه هوا ابری است حال بیمار بهبود نسبی مییابد .

درمانهای مختلف نتیجه‌ای نمیدهد و تنها راه علاج بیماری قرار دادن بیمار در اتاق تاریک است . زندگی در تاریکی بمدت زیاد گاهی تولید حالات عصبی نسبتاً وخیمی می‌کند که حتی در بعضی موارد منجر به خودکشی گردیده است. (۲ مورد در بیماران IVE) (۱۶) .
۱ مورد نزد بیماران HEID (۱۸) .

با وجود این سیر زجر دهنده برای بیمار که حتی ویرا از ابتدائی ترین نعمت الهی یعنی نور خورشید محروم می‌کند هیچگونه انتشار رتیکولوز به غدد افقوای و یا مغز استخوان و یا نقاط دیگر بدن دیده نشده ولی باید دانست که از شناسائی این بیماری مدت زیادی نگذشته و قضاوت در این مورد عجولانه خواهد بود .

بحث در باره اتیوپاتوژنی بیماری

شرح علائم بالینی و آزمایشگاهی بیماری با توجه به آنچه ذکر گردید دو نکته زیر را مورد بحث قرار میدهد :

– نقش اشعه خورشید در تولید تظاهرات پوستی .

– رابطه‌ای که ممکن است بین نور خورشید و فیلتراسیون سلولی که بشکل رتیکولوز دیده میشود ، وجود داشته باشد .

۱- نقش نور در بروز علائم جلدی

تأثیر نور خورشید بنظر غیر قابل انکار است زیرا :

– در تمام موارد تظاهرات بالینی پس از تابش نور آفتاب بروز کرده است .

– درماتوز در نواحی باز بدن (نقاطی که در معرض تابش نور بوده) شروع میشود .

– هر تابش نور ، حتی تابش شدید نور از پشت شیشه پنجره سبب تشدید علائم گشته است .

– تستهای متعدد نور همگی بدون استثنا مثبت بوده‌اند .

– موقعی که بیمار از نور آفتاب بدور بوده و یا در تاریکی زندگی کرده‌اند بهبود یافته‌اند .

باید نظر گرفتن دلایل فوق، در تأثیر نور خورشید در بروز علائم بیماری‌شکی باقی نمی‌ماند ولی این سؤال مطرح میشود که نحوه تأثیر آن بصورت فوتوآلرژیک است و یا بشکل فوتوسانسی بیلی‌زاسیون؟

در بسیاری از موارد يك فوتوآلرژیک در کار است . در این حالت نور همانند يك آنتی‌ژن اختصاصی کامل عمل می‌کند و از طرف دیگر هیچگونه ماده فوتوسانسی بیلی‌زان دخالت ندارد . (۱۱)
(Degos, Civatte, Akhoundzadeh) از طرف دیگر مسا

بیمار تولید میگردید (مرضی) شباهت کاملی بین ضایعات مرضی و تجربی را نشان میداد .

توضیح دوم اینکه هرگز نزد اشخاص سالم بیوپسی تست نورچنین ضایعاتی را نشان نمیدهد.

در مقابل این آلرژی به نور نگارنده (۲) سعی کرد بوسیله انتقال مصنوعی با استفاده از پدیده Prausnitz-Kustner وجود آنتی‌کور اختصاصی را در سرم بیمار ثابت کند و نتیجه نزد اولین بیمار ما کاملاً مثبت بود .

تکنیک ابداعی نگارنده (۳) بشرح زیر بوده است :

تکنیک

در دو نقطه از بازوی بیمار بطور انترادرمیک $\frac{1}{10}$ سانتی‌متر مکعب از سرم بیمار تزریق می‌شود. یکی از تزریقات بعنوان شاهد (S) (یعنی سرم تنها) بکار میرود و در محل تزریق دیگر چهار و هشت ساعت پس از تزریق، با اندازه Suberythematous بالامپ بخارجیوه (همان وسیله‌ایکه برای تست نور بکار میرود) نور می‌تابانیم (S+L) (یعنی نور + سرم) و در همان جلسه در نقطه مجاور دیگری نیز بهمان اندازه و با همان وسیله نور تابانده میشود (L) (یعنی نور تنها). نتیجه را چهار و هشت ساعت بعد مورد مطالعه قرار میدهیم. تست مثبت است اگر فقط نقطه‌ایکه هم سرم تزریق شده و هم در معرض تابش نور قرار گرفته قرمز شود، در حالیکه دو نقطه دیگر یعنی دو شاهد (S) و (L) تغییری نشان ندهند .

انتقال مصنوعی فوتوآلرژیک به شخص شاهد نشان داد که در خون این بیمار آنتی‌کوری وجود دارد که در مقابل نور که بمنزله آنتی‌ژن خالص و کامل عمل می‌کند عکس‌العمل نشان داده، علائم جلدی را بوجود می‌آورد.

علائم آلرژیک به نور که تاکنون شناخته شده از قبیل Eczema solare و یا Urticaria solare و یا Prurigo solare و یا بطور کلی آنچه که آنگلو ساکسونیها بنام Polymorphus light eruption مینامند کاملاً با علائمی که قبلاً ذکر شده متفاوت است و تاکنون هرگز رتیکولوز و یا هامتودرمی که در نتیجه تابش نور تولید گردد گزارش نگردیده است و علت توصیف و گزارش این بیماری جدید نیز وسیله نگارنده همین نکته است.

ت - از نظر سیر بیماری

مشی بیماری کاملاً تابع شدت نور آفتاب مییابد . در روزهای آفتابی حال بیمار بدتر میگردد. پس از هر تابش نور خورشید يك حمله جدید بروز می‌کند . بتدریج حملات بیماری بهم نزدیک تر گشته

در مورد سؤال سوم - با توجه باینکه ارتشاح سلولی فقط در پوست جایگزین شده و غدد لنفاوی و سیستم رتیکولو آندوتلیال گرفتار نشده آیا میتوان تصور کرد که رتیکولوز حقیقی در کار نیست و فقط حساسیت به نور به شکل نوظهوری که شبیه رتیکولوز میباشد بروز کرده است؟ ولی باید توجه داشت که هنوز مدت کافی از شناسایی این بیماری نگذشته و شاید زمان برای سرایت رتیکولوز به سایر نقاط بدن کافی نبوده است. در این صورت مرور زمان چگونگی امر را روشن خواهد کرد.

درمان

کلید طرق درمانی بکار رفته بی ثمر بوده اند. تنها راه معالجه عبارتست از قرار دادن بیمار در اطاق تاریک بمدت لازم برای درمان و متأسفانه چنانکه قبلاً اشاره شد این وضعیت بسبب تولید حالات روحی و خیم در چند مورد منجر به خودکشی گردیده است. کورتیکوتراپی بی ثمر بوده است. ایمونوسوپرسورها گاهی بطور موقت مؤثر بوده اند ولی تأثیر آنها پایدار نیست و بتدریج اثر خود را از دست میدهند. در یک مورد از بیماران «متموتر گسات» بطور موقت سبب بهبود نسبی گردید.

Vincalucoblastine و Cyclophosphamide در یک مورد از بیماران Heid (۱۸) که گرفتار ارتیرودرمی شدید بوده اند اثرات مطلوبی بخشیده.

فوتوپروتکتورهای کلاسیک بی فایده هستند. (آنتی پالودگن ها: «نیواکین، رزوشین» ویتامین P.P. یا آسیدنیکوتی نیک (۸)، رادیوتراپی نیز در مواردیکه بکار رفته اثرات خوبی نداشته است (۱۱).

خلاصه

نگارنده با توجه به ۵ مورد شخصی و بابررسی ۲۳ مورد منتشر شده در جهان (از سال ۱۹۶۹ تاکنون) بیماری جدیدی بنام آکتینورتیکولوز را شرح میدهد:

در نتیجه تابش نور خورشید پلاکهای قرمز رنگ که ابتدا جدا از هم و در نواحی باز بدن تولید میشوند که بعداً بهم پیوسته و بشکل ارتیرودرمی درمی آیند بروز میکنند. روی این زمینه قرمز با پولهای اختصاصی بروز میکنند. تست نورنمایشگر یک حساسیت غیر عادی نسبت به نور است.

در بیوپسی علائم رتیکولوز ملاحظه میگردد. درمانهای مختلف بی ثمر هستند و فقط قرار دادن بیمار در اطاق تاریک سبب بهبود میشود.

توانستیم در اولین بیمار خویش وجود آنتی کور اختصاصی را بوسیله پدیدهٔ پروسنیتز کوستنر ثابت کنیم. (۲)

در بعضی موارد دیگر نیز یک فوتوسانسی بیلی زاسیون سبب بروز بیماری بوده است و در این موارد نور بمنزله آلرژن اختصاصی عمل نکرده بلکه استعمال بعضی مواد فوتودینامیک از جمله پماد مولتی فونژین (محتوی 5-Bromosalicyl-4Chloranilide) در یک مورد مر بوط به بیمار Guix Melcior (۱۵) و یک ماده گیاهی (Frulania) و مواد حساس به نور که در رنگ لباس و یا در داروهای مصرفی بیمار بکار رفته از قبیل:

(Procaine, Prometazine, Chlorpromazine) باعث تشدید حساسیت بیمار نسبت به نور شده که بوسیله HEID (۱۸) و همکارانش گزارش گردیده است.

۲- رابطه هماتودرمی با نور

برای روشن شدن این مطلب سه سؤال مطرح میشود:

- آیا دو بیماری جداگانه در کار است؟ یک فوتو آلرژی و یک هماتودرمی؟

- آیا هماتودرمی بسبب تابش نور پیدا میشود؟

- آیا ارتشاح سلولی شبیه هماتودرمی یکی از تظاهرات نوظهور حساسیت به نور میباشد که تاکنون شناخته نشده است؟

در مورد سؤال اول - اگر دو بیماری بطور جداگانه وجود دارد یعنی یک فوتو آلرژی و یک رتیکولوز که هر کدام بطور مستقل از هم بسیر خود ادامه میدهند پس جراحیات در نقاط آفتاب زده بیشتر است؟ چرا تابش نور سبب بروز علائم میشود؟ چرا قرار دادن بیمار در اطاق تاریک سبب بهبود بیماری میگردد؟ چرا قرار گرفتن مجدد بیمار در معرض تابش نور سبب عود بیماری میشود؟

در این صورت چرا از نظر آسیب شناسی ضایعاتیکه خود بخود در نتیجه تابش نور آفتاب بوجود آمده اند کاملاً شبیه ضایعات تجربی یعنی ضایعاتیکه در نتیجه تابش نور مصنوعی تولید شده اند میباشد؟ اگر یک هماتودرمی مستقل در کار است چرا درمانهای اختصاصی مانند رادیوتراپی، کورتیزون درمانی و ایمونوسوپرسورهای اثر بدهاند؟

در مورد سؤال دوم - آیا هماتودرمی در نتیجه تابش نور تولید میشود؟ تبدیل بعضی بیماریها را که سالها مشی مزمن داشته اند (مانند پسونریازیس - اگرما) به هماتودرمی، مؤلفین مختلف گزارش داده اند. اگر قبول کنیم که یک بیماری قبلی ممکن است تبدیل به یک بیماری بعدی گردد در این صورت باید توجه کرد که حساسیت به نور نزد بعضی بیماران بتدریج تبدیل به هماتودرمی میگردد.

REFERENCES:

- 1- AKHOUND ZADEH. : Contribution à l'étude sur les rayons ultraviolets et la photosensibilisation. Monographie dactylographiée, 1969. Paris.
- 2- AKHOUND. ZADEH (H): Transfert passif de photo-allergie. comm. 8em congrés. Eur. d'allergologie 20 Oct. 1971. Marseille. France.
- 3- AKHOUND ZADEH (H). Photo allergie et son Transfert passif. Iran. Journ. of. derm. Vol. 4, No 1,2 page. 1-8, 1972.
- 4- BEAL P.: Etude sur l'urticaire solaire. J. Invest. Dermat., 1948, 11, 415.
- 5- BINET J.L. et Coll.: Effets du rayonnement ultraviolet sur les lymphocytes du sang. Inhibition de l'incorporation de l'uridine. Compte rendu de l'Academie des Sciences de Paris, 1967, 265, 173.
- 6- BROWN S. et Coll.: skin photosensitivity from fluorescint lighting. Brit. J. Derm., 1969, 8, 421.
- 7- BRUNSTING L.A. et EPSTEIN I.H. Solar urticaria, Dermatologica, 1957. 115, 171.
- 8- CIVATTE (J), AKHOUND-ZADEH (H) et DEGOS (R) Photosensibilité et infiltrat hématodermique VI^e Congrès des Dermatologistes Yougoslaves, Ohrid, 1969.
- 9- CRONN E.: Lymphoma with light sensitivity. Brit. J. Derm., 1966, 78, 547.
- 10- DEGOS R. et TOURANE R.: Mycosis fongoides et reticuloses cutanés précédés de dermatoses chroniques. Minerva Dermatologica, 1959, 34, 161.
- 11- DEGOS (R.), CIVATTE (J), AKHOUND-ZADEH (H), DANIEL (F), LARREGUE (M) et AUDEBERT (G): Actino- reticulose. Photoallergie avec infiltrat hematodermique. Ann. Derm, 1970. 57, 121.
- 12- DEGOS (R.), CIVATTE (J), AKHOUND-ZADEH (H). et Coll: Actino-reticulose (4em cas personnel). Bull. Soc fr. derm. syph., 1970, 77, 301.
- 13- DEGOS (R.), CIVATTE (J), AKHOUND-ZADEH (H) et Coll: Actino-reticulose. Nouveau cas. Bull. Soc. fr. derm. syph., 1971, 78, 217.
- 14- DUKE: Physical allergy. J Amer Med. Ass, 1925, 84, 736.
- 15- GUIX Melcior J.R. et Coll. : La photoallergie existe-t-elle Medicina Cutanea, 1969, 489.
- 16- Mc GORWNE V.I. Mecanisme de la photosensibilite: études experimentales. Arch. Derm., 1963, 83, 40.
- 17- HARBER et Coll. : Etude immunologique et biologique dans L' urticaire solaire. J. Invest. Dermat., 1963, 41, 439.
- 18- HEID E. et coll.: Les dermites photoallergiques chroniques: (pseudo-lymphomes actiniques). Bull. Soc. fr. Derm. syph., 1970. 77, 16.
- 19- IVE F. A. and al : «Actinic reticuloid» A chronic dermatosis associated with severe photosensitivity and the histological resemblance to lymphoma. Brit. J. Derm., 1969, 81, 469.
- 20- JAUSION H. et Pages F.: Les maladies de lumière et leur traitement, I Vol., Masson, édit., paris. 1933.
- 21- JENSEN N.E. and SNEDDON I.B.-Actinic reticuloid with lymphoma. Buit. J. Derm., 1970, 82, 287.
- 22- KAPLAN H. S. : The nature of the neoplastic transformation in carcinogenesis, Ciba Foundation Symposium, I Vol , Churchill, edit., London, 1959.
- 23- KELLER PH.: Réaction immédiate de la peau consecutive a l'irradiation par les rayons U.V. Ann. Inst, Actinol , 1932. 6, 121.
- 24- MATHE G. et BÉRNARD J.: La sensibilité aux réactions ionisantes des cellules normales du sang et des organes hématopoiétiques, in «Lesions provoquées par les radiations ionisantes», I Vol., Masson, édit., 1960, P. 28.
- 25- LEPINE (J), AKHOUND-ZADEH (H): Les eczemas du Visage. 1971 Roussel. Paris (Monographie).
- 26- MEYER J.: Photosensibilisation et photoallergie. Rev. fr. Allergie, 1965, 5, 210.

- 27- PASTEUR VALLERY-RADOT et Coll.: Urticaire solaire. Bull. Soc. Méd, Hôp. Paris, 1928
- 28- SAIDMAN J.: Les rayons U.V. en thérapeutique, I Vol. G. Doin edit., paris, 1925.
- 29- SAIDMAN J.: Pigmentation, erytheme et sensitometrie cutanee. Premiere Conference Internationale de la Lumière, Lausanne_Leysin, 1928.
- 30- SAMS W.M. et Coll.: Solar urticaria. Arch. Derm., 1969, 99,390.
- 31- TEMIME P. et Coll.: Action...reticulose, Bull. Soc. fr. derm. et syph., 1971, 78, 266-273
- 32- TOURAINE A.: Les épithéliomas cutanés professionnels (Rapport presente au X^e congrés des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue française, Alger, 1959. Masson, edit., paris, 1961, P. 309.
- 33- THIERS H.: Manuel d'Allergologie. I Vol., Masson edit., paris, 1964.
- 34- TUBIANA M.: Les radio-leucoses chez l'homme, in Symposium sur les radioleucoses humaines et experimentales, Le Sang, 1958, 9, 721.
- 35- UNNA et ROFFO, cites par A. Touraine: In epitheliomas et etats pre-epitheliomateux., I Vol., Masson, edit., paris.
- 36- UPTON A. C.: Studies on the mecanisme of leucohemogenesis by ionizing radiation in carcinogenesis. Ciba foundation Symposium, I Vol. Churchill, edit., London, 1959.
- 37- URBACH E. And GOTTLIB P.M.: Allergy, I Vol., Grume et Stratton edit., New York, 1949.
- 38- WILKINSON D.S.: Photodermatiits due to tetra_chlorosalicylanilide, Brit. J. Derm., 1961, 73, 213.
- 39- WINKELMANN R. K. et Coll.: Tumeurs á cellules squameuses induites chez des souris glabres avec de la lumière ultraviolette. J. Invest. Dermat., 1960, 34, 131.
- 40 WRIGHT E.T. et WINER L.H. : Histologie des dermatoses par allérgie solaire. J. Invest. Dermat., 1960, 34, 103.