

## رتیکولوز نور (آکتینو رتیکولوز)\*

مجله علمی نظام پزشکی  
سال سوم ، شماره ۲ ، صفحه ۸۹، ۱۳۵۲

گنتر حیدر آخوندزاده \*\*

- ۱- حساسیت غیرعادی بیماران بسته به نور.
- ۲- تظاهرات جلدی که منظره آسیب شناسی آن به شکل رتیکولوز یا هماتو درمی جلب توجه می کند .

در سال ۱۹۶۹ نگارنده با تفاصیل R. Degos و J.Civatte اولین مورد هماتو درمی توأم با حساسیت به نور (فوتوسانسی بیلی زاسیون) را به شش مین کنگره درمان و نرولوژی یوگوسلاوی گزارش داد . در همین سال ، IVE و همکاران (۱۶) ، ده مورد فوتودرماتوز جدید 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 ایسر و اسیون قبلی خود اضافه و بنام Actinocytic Reticulose یا نام مختصر آن را گزارش دادند . سپس دو مورد دیگر نیز طی سالهای ۷۱-۱۹۷۰ کشف و بواسیله همین گروه منتشر گردید (۱۳) .

در سال ۱۹۷۱ HEID و همکارانش (۱۸) مورد (Pseudo-lym-phomes actiniques) را شرح دادند و بتدریج موارد دیگر نیز بواسیله هوافین مختلف منتشر شد . مجموع ایسر و اسیون 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 نتار کلینیکی و پارا کلینیکی مشخصات این بیماری جدید را شرح داده ، سپس در مورد مسائل منوط به آنیو پاتولوژی و درمان این کالت بحث کنیم .

اثرات نور آفتاب را بر پوست آدمی از قدیم می شناختند . کراتوز خودشیدی و سرطانی شدن آنرا در نتیجه تابش طولانی نور آفتاب نزد کشاورزان و یاملوانان که مدت های مديدة از عمر خود را زیر آنوار خودشیدی در دامنه سحر اها و یادربه نه در بیان گذار نده اند ، پخوبی می شناسیم .

Hutchinson ا نوع فوتودرماتوزها را نیز از سال ۱۸۷۰ که پروریگوی آفاتی یا Summer Prurigo را شرح داد تا کنون دیده باشیده ایم .

گزارش امروز درباره بیماری جدیدی است که شباخته به هیچیک از امر ارضی که تا کنون شناخته شده ندارد و در عین حال دارای شخصیت کلینیکی و پارا کلینیکی مشخص می باشد .

مقدمتاً توضیح این نکته بی فایده نخواهد بود که رتیکولوزها ا نوعی از سرطان عستند که در آنها سلولهای رتیکولوھیستیو سیتر در پوست و سایر قسمتهای رتیکولو آندوتیال بطور غیرعادی از دیگر توسعه می باند . ولی در بسیاری از موارد بعضی از رتیکولوزها از پوست شروع می گردند و مدت های مديدة نیز فقط در پوست متمرکز می شوند بدون اینکه غدد لیفای و یا سایر اندامها گرفتار شده باشند . علامت مشخصه این رتیکولوزها در آسیب شناسی وجود یک انفیلتر اسیون نسبتاً شدید در داخل درم می باشد که از سلولهای لنفوھیستیو سیتر تشکیل یافته است .

آنکنین رتیکولوز ، این بیماری نوشتاره ، از ترکیب دو عامل تشکیل می گردد .

Actino - reticulose \*

\*\* خیابان تخت جمشید شماره ۳۶۵

دال بر وجود یک «لوبوس اریتماتو» و یا «پورفیری» پیدا شد. از نظر آزمایشگاهی، بغير از علامت ذکر شده نکته قابل ذکری پیدا شد. بدنبال جستجوی عامل خونی این آلتی به نور سعی کردم که فوتوآلرژی بیمار را با طور مصنوعی بوسیله پدیده «پرسنیتر کوستنر» بشخص سالم (شاهد) منتقل کنم<sup>(۳)</sup> و این تست نیز مثبت بود<sup>(۸)</sup>. بدین وسیله ثابت گردید که در سرم بیماری آنتیکوری وجود دارد که در مقابل تابش نور خوردید (آلرژن) سبب بروز علامت فوق میگردد.

درمانهای فوتوپر و تکتور مختلف مانند آمید اسید نیکوتینیک (ویتابین P. P.) (چهار آمپول داخل دریدی در روز) و آنتی پالودئن‌ها نزد این مريض بی اثر بودند. ایمونوسوپر سورهائی مانند کلر آمینوفن 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 علامت شد، بطوریکه دوبار بسترسیدن در اطاق تاریک (در بخش Grupper) سبب بهبود کامل وی گردید ولی به محض مرخص شدن و تماس با روشنایی روز، بیماری با همان شدت اول عود کرد.

#### بیمار دوم:

آقای آ-س، ۴۶ ساله، کشاورز، از سال ۱۹۶۳ گرفتار اکزمای نواحی مکشوف بدن میباشد که هر بار پس از قرار گرفتن در معرض تابش نور آفتاب عود می‌کند. بعد هابتدۀ بیرونی علامت عادی اکزمای پس از هر تابش خوردیده عوض گشته پلاکهای اریتماتو ظاهر میگردد و روی آنها پاپولهای زیادی پیدا میشود.

هیستولوژی این ضایعات مانند ضایعات بیمار اول نمایشگر یک رتیکولوز 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 تست‌ها نیز عبارت بود از یک ارتashان هماتو درمی شبیه ضایعات خود بخودی. باقی بیلان بالینی و آزمایشگاهی عادی است.

#### سومین مورد:

آقای م - الف، ۲۲ ساله، از سه سال پیش با تشخیص Lucite (فوتو درماتوز) تحت درمان بوده است و در سال ۱۹۶۹ که بمامرا جمعه کرد مانند دو بیمار قبلی گرفتار یک اریتمو درمی بود که در روی آن پاپولهای زیادی گسترده بود. بعضی از این پاپولهای با هم مخلوط گشته صفحات انفیلتره گسترده‌ای را بوجود می‌آورد که کاملاً شبیه یک هماتو درمی بود.

#### اینک خلاصه ۵ ابسر واسیون شخصی:

بیمار اول:

آقای م - آ، ۴۵ ساله، سرایدار مدرسه، از سال ۱۹۵۸ بعلت اکزمای نواحی بازبین، تحت درمان سرپائی بوده، در ماتوز بیمار پس از هر بهبوط نسبی همبینکه در معرض تابش نور خوردید قرار می‌گرفت، عود می‌کرد.

در سال ۱۹۶۷، برای اولین بار منظرة بالینی دیگر گون و علامت جدید ظاهر شد. ابتدا بیمار گرفتار اریتمو درمی شدید گشت، سپس در پشت دستها و در بالای سینه پاپولهای ریزی بر نگ قرمز پدیدار شد. این پاپولهای باندازه ۳-۱۵ میلیمتر کاملاً بر جسته، مدور و بر نگ قرمز در روی پوست سالم ویا در زمینه قرمز تولید شده بودند و از نظر منظره ظاهری شبیه پاپولهای دیستتابولیک (لیکن آمیلوئید و یا موسینو فولیکولر) بودند ولی در هیستولوژی بجای هر گونه ماده سورشارژ یک ارتashان شدید در درم سطحی و میانی از نوع لنفو هیستیو سیتر ملاحظه گردید. این انفیلتر اسیون شدید که در بعضی نقاط بصورت Thèque داخل اپیدرم در آمده بود فکر را متوجه یک هماتو درمی بالنفوم می‌کرد. بیوپسی‌های مکرر این تشخیص را تائید کرد و یک انفیلتر اسیون وسیع و شدید بشکل بازد در تمام طول درم سطحی و میانی نشان دادند. این ارتashان سلولی در اطراف عروق تراکم بیشتری داشت و گاهی تا اعماق درم عميق و حتی در بعضی نقاط تاچربی ذیر جلد ادامه می‌یافت. منظره بیوپسی‌ها، چه آنهاست که از پاپولهای برداشته شده و چه بیوپسی‌هاییکه از نواحی اریتمو درمیک بعمل آمده بود، مشابه بود و تشخیص هماتو درمی را تائید می‌کرد.

در مقابل این تشخیص هیستولوژیکی حال عمومی بیمار خوب بود، از وجود نداشت، غدد لانفاوی 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 غیرقابل تصویری غیر طبیعی بود بطوریکه پس از ۲۴ ثانیه تابش نور پاسخی بدبست می‌آمد که معمولاً پس از ۲۷۰ ثانیه باید تولید گردد (باتکنیک نگارنده) (۱) این تست شدیداً مثبت نمایشگر یک فوتوآلرژی 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 خوردید تولید شده بودند، یعنی یک انفیلتر اسیون بسیار شدید از سلولهای رتیکولو هیستیو سیتر در داخل درم.

در مقابل این حساسیت به نور هیچگونه علامت بالینی و بیولوژیکی

کرده و فقط در سه مورد سن بیماریین ۳۵-۵۰ سال بوده است. غالباً بیماری بدون سوابق بیماری پوستی قبلی برز کرده ولی وجود اگرمای آتوپیک (۱ مورد) و پسوریازیس (۲ مورد) در ده بیمار IVE و همکارانش خاطر نشان گردیده است. دریک مورد نیز بیمار پنج سال قبل از گرفتار شدن به آکنینورتیکولوز گرفتار از تقریبی بوده که علت آن نامعلوم مانده است.

شروع بیماری غالباً بشکل لکه‌های قرمز رنگی است که پس از تابش نور آفتاب در نواحی بازبدن (صورت، دستها، ساعد، بازو وان و بالاخراً 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 بر جستگی‌هایی با ععاده ۳-۱۵ میلی‌متر کاملاً بر جسته و مدور بر نگ قرمز ظاهر می‌کنند. غالباً این پاپولهای «جزا از هم» می‌باشند و پس از هر تابش نور بشکل حمله‌ای (Par Pousse) ظاهر می‌گرددند. در حملات بعدی بعضی از این پاپولهای بیکدیگر متصل گشته پلاکهای انفیلترهای مانند یک هما تو درمی بوجود می‌آورند.

پلاکهای قرمز که بستر این پاپولهای وباصفات انفیلترهای تشکیل میدهند لاقل در ابتدای امر جدا از یکدیگر هستند و فقط در نواحی بازو و مکشوف بدن یعنی در نقاطی که در عرض 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 (Akhound zadeh, Degos, Civatte, Akhounzadeh, IVE, Heid و همکاران) (۱۱)، (۱۶) و (۱۷) و (۱۸).

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

در بعضی موارد این پاپولهای بظاهر شبیه پاپولهایی هستند که در پیورات دیسمتابولیک مانند موسینوز و یا آمیلوئیدوز دیده می‌شود و لی بیوپسی‌های مکرر و رنگ آمیزی‌های اختصاصی هیچ‌گونه ماده دیسمتابولیک را نشان نمیدهد.

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

در مواردی که لفuo گرافی و بیوپسی گانگلیونی انجام گرفته نتیجه کاملاً طبیعی بوده است.

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

درهیستولوژی این پاپولها یک ارتashاج شدید بشکل نوار طولانی باحد زیرین کاملاً مشخص در درم پیدا شد. این انفیلتر اسیون سلوالی از نوع لنفوهیستیو سیتر با اپیدرم تماس داشت و در بعضی نقاط بداخی آن نفوذ می‌یافتد (Exocytose). بعلت گرفتار بودن تمام سطح پوست و نبودن قسمتهای سالم، تست نور عملی نگرددید. غیر از نکات ذکر شده علامت دیگری نزد بیمار پیدا نشد، بخصوص اینکه حال عمومی بیمار خوب بود.

#### مورد چهارم :

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

#### بیمار پنجم :

آقای و-ت، ۷۲ ساله، از ۱۹۷۰ (گرفتار حساسیت به نور) (فوتوسانسی بیلیز اسیون) در نواحی بازبدن بخصوص صورت می‌باشد. ابتدا این ضایعات شبیه اگرما بودند (اریتماتوز یکولو) ولی بتدریج بسبب بروز پاپولهای زیاد تبدیل به آکنینورتیکولوز می‌گردند. بمو پسی جلدی تشنیم بالینی آکنینورتیکولوز را تأیید کرد. در زین بینی یک ارتashاج شدید از نوع رتیکولوهیستیو سیتر با تعداد کمی اموزنده فبل 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 بچشم می‌خورد:

- حساسیت بیمار نسبت به نور

- عالم جلدی از قبیل اریترودرمی و پیورات پاپولی

- حال عمومی خوب

- در آسیب‌شناسی: انفیلتر اسیون شدید از نوع رتیکولوز

غیر از ۵ مورد فوق، تاکنون ۲۳ ابرساوسیون مشابه در جهان منتشر گردیده است. هدف ما اینست که با توجه به این ۲۸ مورد ضمن مشخص کردن مایه‌یت بالینی و آزمایشگاهی این بیماری در مورد ایوباتوژنی 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 عیا شد (Akhound-Zadeh) (۱۹۱۱).

روشی که برای تست نور بکار رفته تکنیک Saidman (۲۹) میباشد که توسط Jean meyer (۲۶) و نگارنده (۱) تکمیل گردیده است.

منبع نوری که نگارنده بکار برده عبارتست از یک لامپ با بخار جیوه که مقدار زیادی اشعه ماوراء بنفش و مقدار خیلی کم اشعه انفرا روئی (مادون قرمز) و مقداری نیز اشعه مرئی (بدون نور قرمز) تولید میکند. اساس روش مادرست نور عبارتست از تاباندن مقادیر تصادعی نور به نقاط مختلف پوست ناحیه سالم بیمار که هر کدام دایره هایی با عادش میلیمتر میباشدند. نتیجه تست چهل و هشت ساعت پس از تابش نور بواسیله لامپ با بخار جیوه معلوم میگردد. نتایج حاصل شده نزد بیمار را با تاییج بدست آمده نزد شخص سالم (شاغد) مقایسه می کنیم. با توجه باین مقایسه که در شرایط کاملاً مساوی انجام میگیرد، اولین نقطه ای از پوست که حالت سرخ نشان بدهد نمایشگر آستانه تحریک پوست ویا (S.E) میباشد. S.E بشكل لکه صورتی رنگی است که ابعاد آن از ابعاد سوراخ اسپاپیک (Sensitomètre) نور از آن وارد پوست شده (شیش میلیمتر) کمتر است. نزد اشخاص سالم ۳۶ در نقطه ای از پوست ظاهر میشود که در آن محل باندازه ۲۶ ثانیه نور تابیده شده باشد. هر قدر مدت تابش اشعه (در نتیجه مقدار اشعه ای که نفوذ کرده) بیشتر باشد بروزت و شدت سرخ افزوده میشود بطور یکه در ناحیه ای از پوست که ۲۷۰ ثانیه در معرض تابش نور واقع شده لکه ای بوجود می آید بزرگتر از شیش میلیمتر و بر نگ بنشش، در ملامسه نیز این ناحیه مختصراً افیلتره بمنظیر میرسد. این حالت را بنام آستانه راکسیون شدید (S.R.F) مینامیم Seuil de reaction forte.

نزد بیماران ماهردوی این آستانهها بخصوص SRF بطور غیر قابل تصوری پائین افتاده بود بطور یکه نزد اولین بیمار بجای ۲۷۰ ثانیه پس از ۲۴ ثانیه تابش نور SRF پیدا میشد و این نشانه یک فوتولرژی میباشد.

از محل چندین تست نور بیوپسی بعمل آمد. همگی کاملاً شبیه ضایعات خود بخودی بودند، یعنی یک 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 افیلتر اسیون 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

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

برای توجیه این حساسیت غیرعادی به نور در غالب ابرسرواسیونها هیچگونه عاملی پیدا نشده است بطور یکه سلول L.E و آنتی کور آنتی نوکلئ متفقی است.

مقدار پورفیرین ادرار و پروتپورفیرین گلو بولهای قرمز بمیزان عادی است (Degos,Civatte,Akhound zadeh, et Coll.) (۱۱)

#### ب- از نثار آسیب شناسی

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

درر زیر اپیدرم غالباً سالم، یک افیلتر اسیون شدید وجود دارد که بصورت یک باند تمام ارتفاع درم سطحی را می پوشاند. این ارتشاج سلولی غالباً از پائین تادرم میانی و در بعضی مواقع تادرم عمقی حتی تاناچیه چربی زیر جلدی نیز ادامه می یابد. در اطراف عروق، تراکم این ارتشاج زیادتر بچشم میخورد. در تعاس با اپیدرم در بعضی موارد یک حالت Exocytose و در بعضی نقاط ایک حالت کاملاً شبیه Theque داخل اپیدرم نیز تولید میگردد.

از نظر سیتو لوژی این افیلتر اسیون در بسیاری از موارد اذنوع لفورد تیکولو هیستیو سیتر میباشد ولی در چند مورد نیز سلولها متنوع و مختلف الشکل بودند و میتوان در میان آنها اوزینوفیل، ماستو سیت و پلاسموسیت را نیز مشخص کرد.

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

در مقابل این منظره آسیب شناسی که کاملاً نمایشگر یک هما تو در می باشد باقی آزمایش های خون از قبیل فرمول و شمارش گلو بولی، پونکسیون لنفاوی، پونکسیون مغز استخوان..... غالباً عادی هستند.

#### پ- از نثار حساسیت به نور

سومین علامت مشخص بیماری عبارتست از حساسیت بسیار شدید و غیرعادی 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 مقصص بوده است. نزد بیمار اول که مدت ده روز بانیواکین تحت درمان بود نه تنها حساسیت به اشعه اولترادیوبله (U.V) نهان پیدا نکرد بلکه بیمار نسبت به نور مرئی نیز حساس گردید. ( طول موج بلندتر از ۴۰۰۰A°) 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 روزهایی که هوا ابری است حال بیمار بهبود نسبی می‌باشد.

در مانهای مختلف تئیجه‌ای نمیدهد و تنهاراه علاج بیماری قراردادن بیماران در اطاق تاریک است. زندگی در تاریکی بمدت زیاد گامی تولید حالات عصبی نسبتاً خیمی می‌کند که حتی در بعضی موارد منجر به خودکشی گردیده است. (۲) مورد در بیماران IVE (۱۶) و ۱۸ 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 بگذشتگاهی و یامن استخوان و بانقطاط دیگر بدن دیده نشده ولی باشد دانست که از شناسائی این بیماری مدت زیادی نگذشته و قضاؤت در این مورد عجولانه خواهد بود.

#### بحث درباره اتیوپاتوژنی بیماری

شرح علامت بالینی و آزمایشگاهی بیماری با توجه به آنچه ذکر گردید دونکته زیر را مورد بحث قرار میدهد:

- نقش اشعه خورشید در تولید تظاهرات پوستی.
- رابطه‌ای که ممکن است بین نور خورشید و انفلتراسیون 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.

- در ماتوز در نواحی بازبدن (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 استثنای مثبت بوده‌اند.

- موقعی که بیماران از نور آفتاب بدوز بوده و با درمان داریکی زندگی کرده‌اند بهبود یافته‌اند.

بادرنظر گرفتن دلایل فوق، در تأثیر نور خورشید در بروز علائم بیماری شکی باقی نمی‌ماند ولی این سؤال مطرح می‌شود که نحوه تأثیر آن بصورت فوتولارژی است و یا بشکل فتوتوسانسی بیلی زاسیون؟ در بسیاری از موارد یک فوتولارژی درکاراست. در این حالت نور همانند یک آنچه زن اختصاصی کامل عمل می‌کند و از طرف دیگر هیچگونه ماده فتوتوسانسی بیلی زان دخالت ندارد. (۱۱) از طرف دیگر مسا

بیمار تولید می‌گردد (مرضی) شbahat کاملی بین ضایعات مرضی و تجربی را نشان میداد.

توضیح دوم اینکه گز نزد اشخاص سالم بیوپسی تست نور چنین ضایعاتی را نشان نمیدهد.

در مقابل این آرژی به نور نگارنده (۲) سعی کرد بوسیله انتقال مصنوعی با استفاده از پدیده Prausnitz-Kustner وجود آنچه کور 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  $\frac{1}{\text{ب}} \text{ سانتی متر مکعب}$  از سرم بیمار تزریق می‌شود. یکی از تزریقات بعنوان شاهد (S) (یعنی سرم تنها) بکار میرود و در محل تزریق دیگر چهل و هشت ساعت پس از تزریق، باندازه Suberythemal بالاپ بخار جبوه (همان وسیله‌ایکه برای تست نور بکار میرود) نور می‌تابانیم (S+L) (یعنی نور + سرم) و در همان حلقه در نقطه مجاور دیگری نیز بهمان ازداجه و با همان وسیله نور تابانده می‌شود (L) (یعنی نور تنها). نتیجه را چهل 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 قمزشود، درحالیکه دونقطه دیگر یعنی دوشاهد (S) و (L) تغییری نشان ندهند.

انتقال مصنوعی فوتولارژی به شخص شاهد نشان داد که در خون این بیمار آنچه کوری وجود دارد که در مقابل نور که بمترله آنچه زن خالص و کامل عمل می‌کند عکس العمل نشان داده، علائم جلدی را بوجود می‌آورد.

علائم آرژی به نور که تاکنون شناخته شده از قبیل Eczema solaire و یا Urticaria solaire و یا Prurigo solaire و یا بطور کلی آنچه که آنگلوساکسونهاینام Polymorphus light eruption مینامند کاملاً باعلافی که قبله ذکر شده متفاوت است و تاکنون هر گز رتیکولوز و یا هماتودرمی 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 می‌باشد. در روزهای آفتابی حال بیمار بدتر می‌گردد. پس از هر تابش نور خورشیدیک حمله جدید بروز می‌کند. بتدریج حملات بیماری بهم تزدیک تر گشته

**در مورد سؤال سوم - با توجه به اینکه ارتashاج سلولی فقط در پوست جایگزین شده و عدد لنفاوی و سیستم رتیکولوآندوتیال گرفتار نشده آیا میتوان تصور کرد که رتیکولوز حقیقی در کار نیست و فقط حساسیت به نور بشکل 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

کلیه طرق درمانی بکار رفته بی‌ثمر بوده‌اند. تنها راه معالجه عبارتست از قراردادن بیمار در اطاق تاریک بمدت لازم برای درمان و متاسفانه چنانکه قبل اشاره شد این وضعیت بسبب تولید حالات روحی و خیم در چند مورد منجر به خودکشی گردیده است. کورتیکوتراپی بی‌ثمر بوده است. ایمونوپرپرسورها گاهی بطور وقت مؤثر بوده‌اند ولی تأثیر آنها پایدار نیست و بتدریج اثر خود را ازدست میدهند. دریک مورد از بیماران «ماه متوتر گستاخ» بطور وقت سبب بهبود نسبی گردید.

بیماران (۱۸) که گفتار ارتبه در عین شدید بوده‌اند اثرات مطلوبی بخشمیده.

فوتوپرتوکتورهای کالاسیک بی‌فایده هستند. (آنچه بالودئن‌ها: «نیواکین، رزوژین» وینامین P.P. یا آسید نیکوتی نیک (۸)، رادیوتراپی نیز در مواردیکه بکار رفته اثرات خوبی نداشته است (۱۱)).

#### خلاصه

نگارنده با توجه به ۵ مورد شخصی و با بررسی ۲۳ مورد مفترض 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 ازهم و در نواحی باز بدن تولید میشوند که بعداً بهم پیوسته و بشکل ارتبه در عین شدید بروز میکنند. روایین زمینه قرمز با پلهای اختصاصی بروز میکند. تست نور نمایشگر یک حساسیت غیرعادی نسبت به نور است.

در بیوپسی عالم رتیکولوز ملاحظه میگردد. در مانهای مختلف بی‌ثمر هستند و فقط قراردادن بیمار در اطاق تاریک سبب بهبود میشود.

توانستم در اولین بیمار خویش وجود آنچه کور اختصاصی را بوسیله پدیده پروسنیتر کوستنر ثابت کنم. (۲)

در بعضی موارد دیگر نیز یک فوتوسانسی بیلی زاسیون سبب بروز بیماری بوده است و در این موارد نور یمنزله آلتیز احتصاصی عمل نکرده بلکه استعمال بعضی مواد فوتودینامیک از جمله پماد مولنی فونزین (محتوی ۴-Chloranilide-Bromosalicyl) در یک مورد مربوط 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, Chloropromazine) حساسیت بیمار نسبت به نورشده که بوسیله HEID (۱۸) و همکارانش گزارش گردیده است.

#### ۳- رابطه هماتو درمی با نور

برای روشن شدن این مطلب سه سؤال مطرح میشود:  
- آیا دو بیماری جداگانه در کار است؟ یک فوتوآلرژی و یک هماتو درمی؟

- آیا ارتashاج سلولی شبیه هماتو درمی 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 فوتوآلرژی و یک رتیکولوز کدام بطور مستقل از هم بسیر خود ادامه میدهند پس جراحتیات در نقاط آفتاب‌زده بیشتر است؟ چرا تابش نور سبب بروز عالم میشود؟ چرا قراردادن 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 آمده‌اند کاملاً شبیه ضایعات اجربی یعنی ضایعاتیکه در نتیجه تابش نور مصنوعی تولید شده‌اند میباشند؟ اگر یک هماتو درمی مستقل در کار است چرا در مانهای اختصاصی مانند رادیوتراپی، کورتیزون درمانی و ایمو نو سوپرسورها بی اثر بوده‌اند؟

در مورد سؤال دوم - آیا هماتو درمی در نتیجه تابش نور تولید میشود؟ تبدیل بعضی بیماریها را که سالها مشی مزمن داشته‌اند (مانند پسوریازیس - اگزما) به هماتو درمی، مؤلفین مختلف گزارش داده‌اند. 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 هماتو درمی 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 fluorescent 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<sup>e</sup> 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 fungoides et reticuloses cutanées précédées 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 photosensibilité: 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 hématopoïétiques, 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, erythème 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 épitheliomas cutanés professionnels (Rapport presente au X<sup>e</sup> congrès 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 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 à 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 allergie solaire. J. Invest. Dermat., 1960, 34, 103.