



● مقاله مروری کد مقاله: ۱۴-۱۰۰

بعد از مطالعه این مقاله خوانندگان محترم قادر خواهند بود:

- پاتوفیزیولوژی اریتم مولتی فرم را بشناسند.
- با اتویلوژی و علل اریتم مولتی فرم آشنا گردند.
- علائم بالینی شایع و غیر شایع اریتم مولتی فرم را بشناسند.
- با تشخیص‌های افتراقی آن آشنا شوند.
- درمانهای رایج این بیماری را دریابند

اریتم مولتی فرم

چکیده

خلاصه: اریتم مولتی فرم یک یافته پوستی ناشی از واکنش افزایش حساسیت به داروها و عفونت‌ها می‌باشد. این حالت به صورت بثورات جلدی چند شکلی شامل ماکول‌ها، پاپول‌ها و ضایعات مشخص هدف مانند (target) با توزیع قرینه به ویژه در نواحی انتهایی اندام‌ها ظاهر می‌کند. معمولاً درگیری مخاطی همراه اندک می‌باشد. مداوای مرسوم شامل درمان عفونت زمینه‌ای موجود یا قطع مصرف داروی احتمالی موثر می‌باشد. موارد خفیف بدون هیچ عارضه‌ای بهبود یافته و نیاز به درمان ندارد. موارد راجعه را می‌توان با مصرف مداوم آسیکلولوپیر پیشگیری نمود. بیمارانی که به آسیکلولوپیر پاسخ نمی‌دهند، ممکن است با تجویز والاسیکلولوپیر به علت فراهمی زیستی بهتر، تنابوت مصرف آسانتر کنترل گرددند. بیماران با اریتم مولتی فرم راجعه علیرغم درمان ضد ویروسی سرکوبگر باید برای درمان بهینه به متخصص پوست ارجاع گرددند.

(Am Fam physician 2006; 74: 1883-8)

دکتر پرویز طوسی^{۱*}

دکتر رضا محمود رباطی^۲

۱. استاد پوست، مرکز تحقیقات پوست،
دانشگاه پزشکی شهید بهشتی،
بیمارستان شهدای تجریش

۲. استادیار پوست، مرکز تحقیقات
پوست، دانشگاه پزشکی شهید بهشتی،
بیمارستان شهدای تجریش

واژگان کلیدی: ضایعات جلدی اریتم مینور- اریتم مازور-HSV

* نشانی تویستنده مسئول: تهران - خیابان شهرداری، بیمارستان شهدای تجریش، مرکز

تحقیقات پوست

تلفن: ۰۲۶۴۴۳۹۳ دورنگار: ۰۲۶۷۴۴۳۹۳

آسیب شناختی اریتم مولتی فرم به طور مشخص مورد مطالعه قرار گرفته و مطابق با یک واکنش افزایش حساسیت تأخیری می باشد (۲۹). بیماری با انتقال قطعات DNA ویروسی به مناطق دوردست پوست بوسیله سلول های تک هسته ای خون محیطی آغاز می شود. ژن های HSV در قطعات DNA بر روی کراتینوپیت ها بروز یافته و $CD4^+ Th1$ منجر به تجمع سلول هایHSV مختص به HSV می گردد که در اینمی سلولی دخالت دارند. سلول های $CD4^+$ با تولید ایترفرون گاما به آنتی ژن های ویروسی پاسخ می دهند که باعث شروع یک روند التهابی می گردد (۳). ضایعات اریتم مولتی فرم مرتبط با داروها دارای تست مثبت فاکتور نکروز تومور آلفا بوده و بر خلاف موارد مرتبط با تب خال ایترفرون گاما در آنها مثبت نمی باشد که این می تواند بیانگر مکانیسم متفاوت آنها باشد (۲۹).

تظاهرات بالینی

اریتم مولتی فرم به صورت بثورات جلدی خود محدود شونده با عالیم پیش زمینه ای اندک تظاهر می یابد. بیماران ممکن است احساس خارش یا سوزش را در محل ضایعات تجربه کنند. ضایعات منفرد به صورت ماکول های قرمز یا صورتی متعدد، با حاشیه مشخص به طور حاد شروع می شود و سپس تبدیل به ضایعات پاپولر می گردد. (شکل ۱) این پاپول ها ممکن است به تدریج بزرگ شود و تبدیل به پلاک هایی با قطر چندین سانتی متر گردد. قسمت مرکزی پاپول ها یا پلاک ها به آرامی به رنگ قرمز تیره، قهوه ای یا پورپوریک درمی آید و کراست یا تاول در مرکز ضایعات پدید می آید.

ضدالتهابی غیراستروئیدی، پنی سیلین، فنوتیازین ها و سولفانامیدها می باشند (۲). علاوه بر این، بروز اریتم مولتی فرم همراه باکسن ها (دیفتری-کزاز) (۱۳)، هپاتیت B (۱۴)، آبله مرغان (۱۵)، سایر ویروسها (واریسلا-زوستر) (۱۶)، هپاتیت C (۱۷)، سیتوомگالوویروس (۱۸، ۱۹) و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) (۲۰) و برخی داروهای جدیدتر (rofecoxib, cilexetil) (۲۱-۲۶) گزارش شده است.

اریتم مولتی فرم راجعه اغلب ثانویه به فعال شدن مجدد HSV ۱, ۲ می باشد گرچه ممکن است HSV از نظر بالینی خاموش باشد (۲۶). در یک مطالعه بر روی ۶۳ بیمار دچار اریتم مولتی فرم، HSV DNA با استفاده از واکنش زنجیره پلی مراز (PCR) بر روی نمونه بیوپسی پوست در ۶۰ درصد بیماران با تشخیص بالینی اریتم مولتی فرم راجعه مرتبط با ویروس و ۵۰ درصد بیماران با تشخیص اریتم مولتی فرم راجعه ایدیوپاتیک (بدون علایم بالینی تب خال یا مصرف دارو) یافت شد (۱۹). در مطالعه ای دیگر، ژنوتیپ HSV در ضایعات پوستی بیماران مبتلا به اریتم مولتی فرم بررسی شد. ۶۶/۷ درصد افراد دارای HSV1، ۲۷/۸، HSV2 و ۵/۶ درصد عفونت همزمان ۲ و HSV1 را نشان دادند (۲۷). با این وجود بسیاری از بیماران مبتلا به عفونت HSV دچار اریتم مولتی فرم نمی گردند. علاوه بر این بیماران مبتلا به اریتم مولتی فرم ممکن است دچار عود عفونت HSV بدون ایجاد اریتم مولتی فرم یا دچار اریتم مولتی فرم بدون بروز عفونت باز HSV گردد (۲۸).

مقدمه

اریتم مولتی فرم یک یافته پوستی حاد، خود محدود شونده و گاهی عودکننده است که می تواند به عنوان یک واکنش افزایش حساسیت به برخی داروها یا عفونت ها در نظر گرفته شود (جدول ۱) (۳). در گذشته، این حالت بخشی از طیف بالینی بیماری ها شامل اریتم مینور، اریتم مازور (عدمتأ موسوم به سندرم استیونس جانسون (SJS) * و نکرولیز سمی اپیدرم (TEN) ** در نظر گرفته می شد (۴). براساس مطالعه ای در سال ۱۹۹۳، یک طبقه بنده مفید بالینی در مورد اریتم مولتی فرم، سندرم استیونس جانسون و نکرولیز سمی اپیدرم براساس الگوی ضایعات پوستی و میزان سطح جداشده گردید. (جدول ۲) (۱-۶). اگرچه می توان SJS و TEN را به عنوان یک روند مشترک با درجه و خامت متفاوت در نظر گرفت (۶)، اریتم مولتی فرم به علت درگیری اندک مخاطی و جداشده گردیدی کمتر از ۱۰ درصد سطح بدن امروزه به عنوان یک یافته مجزا پذیرفته شده است.

سبب شناسی و آسیب شناختی

اریتم مولتی فرم معمولاً در بالغین ۲۰ تا ۴۰ ساله روی می دهد (۶) اگرچه بروز آن در تمامی سنین مشاهده شده است (۱). ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) شایعترین عامل سببی شناخته شده در بیش از ۵۰ درصد موارد است (۷-۱۰). مایکوپلاسما پنومونیه و عفونت های قارچی از عوامل مسبب دیگر بویژه در کودکان می باشند (۱۱، ۱۲). داروهای موثر در ایجاد اریتم مولتی فرم شامل باریتورات ها، هیدانتوئین ها، داروهای

*(SJS): Stevens-Johnson Syndrome

**(TEN): Toxic epidermal necrolysis

شكلی، کهیز، واسکولیت کهیزی، اگزانتم های ویروسی و سایر واکنشهای افزایش حساسیت می باشد(۳۱). (جدول ۳) به دلیل شباخت اریتم مولتی فرم با کهیز در مراحل اولیه بیماری، افتراق بالینی آنها حائز اهمیت است. هر یک از ضایعات در اریتم مولتی فرم در موارد تبییک حداقل به مدت یک هفته باقی مانده و در برخی موارد به ضایعات هدف تبدیل می شود (۳۲). در مقایسه، ضایعات کهیزی در هر ناحیه به مدت کمتر از ۲۴ ساعت باقی مانده و مرکز ضایعات نمای طبیعی یا همنگ حاشیه دارد (۶). ضایعات هدف با مرکز پورپوریک قرمز ممکن است با پیتیریازیس روزه آ، لوپوس اریتماتو، واسکولیت یا اریتم فیگوریت اشتباه گردد (۳۱). در موارد وجود ضایعات تاولی باید اریتم مولتی فرم را از بیماری های تاولی اتوایمون افتراق داد (۳۰).

درمان

مداوای اریتم مولتی فرم شامل تعیین عامل سببی در صورت امکان می باشد. قدم اول در این موارد، درمان بیماری عفونی زیسته ای یا قطع دارویی موثر است. موارد خفیف بیماری نیازی به درمان ندارد (۶). آنتی هیستامین های خوارکی و استروئید موضعی می تواند باعث بهبود عالایم گردد (۸). در افراد مبتلا به عفونت همزمان یا اخیر HSV، درمان زودرس با آسیکلولویر خوارکی ممکن است تعداد و مدت ضایعات جلدی را کم کند (۳۳). آسیکلولویر موضعی از بروز اریتم مولتی فرم پس از یک ضایعه تب خالی مانع نمی کند (۱۶). پردنیزولون خوارکی را می توان در بیمارانی با ضایعات متعدد با دوز ۴۰-۸۰ میلی گرم در روز به مدت یک تا دو هفته تجویز نمود و سریع آنرا کاهش داد (۶). به هر حال مصرف پردنیزولون در این بیماری

نمونه هایی از ضایعات اریتم مولتی فرم با توزيع به سمت پروگزیمال اندام فوقانی



تشخیص

تشخیص اریتم مولتی فرم بالینی است. در بیماران دارای ضایعات هدف و یک عفونت تب خالی قلی یا همزمان تشخیص آسان می باشد (۳۰). بیوپسی پوستی در موقعی که نمای بالینی مشخص است، لازم نمی باشد زیرا یافته های موجود برای اریتم مولتی فرم اختصاصی نمی باشد. در موارد نامشخص بیماری مانند تظاهرات غیرمعمول یا اریتم مولتی فرم راجعه بدون عفونت تب خالی تایید شده انجام بیوپسی پوست می تواند در کنار گذاشتن سایر تشخیص ها مفید باشد. ارزیابی آزمایشگاهی مانند ایمونوگلوبولین G و M بر ضد HSV۱ و HSV۲ می تواند سایر مشکوک عفونت تب خالی را تایید کند ولی عموماً به انجام آنها نیازی نیست.

نتایج بیوپسی پوست بر حسب اشکال بالینی و مدت درمان ضایعات و ناحیه ای از ضایعه (مرکز یا حاشیه) که تحت تکه برداری قرار گرفته است، تغییر می کند. مرحله اولیه ماکول و پاپول های قرمز یک ارتشاح تک هسته ای دور عروقی را نشان می دهد. تکه برداری از ناحیه ادماتویی ضایعات هدف نمایانگر ادم واضح درم می باشد. کراتینوسيت های نکروتیک یا تغیرات اپیدرمی عموماً در مرکز ضایعات هدف روی می دهد (۳۰، ۳۱).

تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم شامل واکنش های دارویی، ضایعات نوری چند

ضایعات هدف مانند (target) یا ایریس (iris) (دارای نمای حلقه ای منظم و سه منطقه مرکزی باشد: یک ناحیه قرمز تیره مرکزی، ناحیه صورتی کمرنگ و ادما تو و یک حلقه قرمز محیطی. برخی ضایعات هدف تنها دارای دو ناحیه می باشند: ناحیه قرمز تیره مرکزی و یک حاشیه قرمز کمرنگ یا صورتی (۳۰). ضایعات هدف ممکن است تا چندین روز پس از بروز ضایعات پوستی با نمایان گردد. به علت وجود ضایعات پوستی با نمای بالینی متفاوت در سیر بیماری، این حالت به اریتم مولتی فرم موسوم است (۱۰). ضایعات جلدی اریتم مولتی فرم عموماً به صورت قرینه در دیستال اندام ها نمایان گشته، به سمت پروگزیمال گسترش می یابد (۲). ضایعات سطح دور سال دست ها و سطوح اکستانسور اندام ها کاملاً کاراکتریستیک می باشد (شکل ۲). کف دست و پا نیز ممکن است در گیر گردد (۸). ضایعات مخاطی نیز ممکن است روی دهد ولی عموماً محدود به حفره دهانی است (۱). اریتم مولتی فرم عموماً در طی سه تا پنج هفته بدون عارضه بهبود می یابد ولی امکان عود آن وجود دارد (۳). در موارد راجعه، امکان چندین نوبت عود در طی سال وجود دارد. در مطالعه بر روی ۶۲ بیمار دچار اریتم مولتی فرم راجعه، متوسط تعداد حملات برابر شش و دامنه آن از ۲ تا ۲۴ حمله در سال بود. متوسط مدت بیماری نیز ۹/۵ سال بود (۲۸).

شکل ۱-۱ ضایعات هدف مانند متعدد (Target) در اریتم مولتی فرم در کف دست



(۳۵). دوز داروی ضدوبروسی را می توان در صورت فقدان عود به مدت چهار ماه، کاهش داد و در نهایت ممکن است دارو قطع گردد. دوز دارو در بیماران دچار نارسایی کلیه باید تنظیم گردد.
بیماران دچار اریتم مولتی فرم راجعه علیرغم درمان ضدوبروسی باید برای ادامه درمان به متخصص پوست ارجاع می گردند.

بر نقش HSV درمان نمود (۶). آسیکلولویر خوراکی در سرکوب اریتم مولتی فرم راجعه در مطالعات کنترل دار با دارونما و دوسویه کور موثر بوده است (۳۴).

والاسیکلولویر (Valacyclovir) (۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی گرم در روز) و فامسیکلولویر (Famcyclovir) (۱۲۵ تا ۲۵۰ میلی گرم در روز) فراهمی زیستی بهتری نسبت به آسیکلولویر داشته، می توانند در بیماران مقاوم به آسیکلولویر تجویز گردند

مورد توافق نمی باشد (۲). تاکنون مطالعات کنترل شده ای در مورد اثر بخشی پردنیزولون در اریتم مولتی فرم وجود ندارد. از طرفی مصرف آن می تواند مقاومت بیماران به ویروس تب خال را کم کرده و باعث افزایش عود عفونت HSV و متعاقب آن اریتم مولتی فرم راجعه گردد (۱۶).

اریتم مولتی فرم را می توان با آسیکلولویر خوراکی (۴۰۰ میلی گرم دو بار در روز) به صورت مداوم حتی در غیاب شواهدی مبنی

جدول ۱- علل اریتم مولتی فرم

عفونت ها (به ترتیب شیوع)

ویروس تب خال ۱ و ۲

مايكوپلاسمما پنوموینه

عفونت های قارچی

داروها

باربیتوراتها

هیدانتوئین ها

داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی

پنی سیلین ها

فتوتیازین ها

سولفانامیدها

جدول ۲- افتراق اریتم مولتی فرم ، سندروم استیونس جانسون و نکرولیز سمی اپیدرم

حالت	الگوی بالینی	درصد جداسدگی اپیدرم از سطح بدن
اریتم مولتی فرم	خایعات هدف مانند تیپیک، خایعات هدف مانند بر جسته آتیپیک، حداقل درگیری مخاطی	کمتر از ۱۰ درصد
SJS	فقدان خایعات هدف مانند تیپیک، خایعات هدف مانند آتیپیک صاف، مأکول های پورپوریک تجمع یافته روی صورت و تنہ ، درگیری شدید یک یا بیشتر از سطوح مخاطی	کمتر از ۱۰ درصد
TEN SIS	فقدان خایعات هدف مانند تیپیک ، خایعات هدف مانند آتیپیک صاف	۱۰ تا ۳۰ درصد
TEN	فقدان خایعات هدف تیپیک ، خایعات هدف مانند آتیپیک صاف ، شروع با درگیری شدید مخاطی و گسترش یابنده ، جداسدگی منتشر اپیدرم	بیش از ۳۰ درصد

جدول ۳- تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم

بیماریهای اتوایمون تاولی	
واکنش دارویی	
اریتم فیگوریت	
لوپوس اریتماتو	
پیتیریازیس روزه	
خایعات نوری چند شکلی	
سندروم استیونس - جانسون	
نکرولیز سمی اپیدرم	
کهبر	
واسکولیت	
اگزانتم ویروسی	
سایر موارد واکنش های افزایش حساسیت	



مراجع

1. Ayangco L, Rogers RS III. Oral manifestations of erythema multiforme. *Dermatol Clin* 2003;21:195-205.
2. Volcheck GW. Clinical evaluation and management of drug hypersensitivity. *Immunol Allergy Clin North Am* 2004;24:357-71.
3. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J* 2003;9:1.
4. Williams PM, Conklin RJ. Erythema multiforme: a review and contrast from Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Dent Clin North Am* 2005;49:67-76.
5. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol* 1993;129:92-6.
6. Habif TP. Hypersensitivity syndromes and vasculitis. In: *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. 4th ed. New York, N.Y.: Mosby, 2004: 626-34.
7. Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schroder W, Roujeau JC, for the SCAR Study Group. Severe cutaneous adverse reactions. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. *Arch Dermatol* 2002;138:1019-24.
8. Shin HT, Chang MW. Drug eruptions in children. *Curr Probl Pediatr* 2001;31:207-34.
9. Leaute-Labreze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taieb A. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dis Child* 2000;83:347-52.
10. Huff JC. Erythema multiforme and latent herpes simplex infection. *Semin Dermatol* 1992;11:207-10.
11. Lam NS, Yang YH, Wang LC, Lin YT, Chiang BL. Clinical characteristics of childhood erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Taiwanese children. *J Microbiol Immunol Infect* 2004;37:366-70.
12. Villiger RM, von Vigier RO, Ramelli GP, Hassink RI, Bianchetti MG. Precipitants in 42 cases of
19. Ng PP, Sun YJ, Tan HH, Tan SH. Detection of herpes simplex virus genomic DNA in various subsets of erythema multiforme by polymerase chain reaction. *Dermatology* 2003;207:349-53.
20. Schechner AJ, Pinson AG. Acute human immunodeficiency virus infection presenting with erythema multiforme. *Am J Emerg Med* 2004;22:330-1.
21. Ejaz AA, Walsh JS, Wasiluk A. Erythema multiforme associated with candesartan cilexetil. *South Med J* 2004;97:614-5.
22. Sarkar R, Kaur C, Kanwar AJ. Erythema multiforme due to rofecoxib. *Dermatology* 2002;204:304-5.
23. Burger DE, Goyal S. Erythema multiforme from metformin. *Ann Pharmacother* 2004;38:1537.
24. Beuthien W, Mellinghoff HU, von Kempis J. Skin reaction to adalimumab. *Arthritis Rheum* 2004;50:1690-2.
25. Lineberry TW, Peters GE Jr, Bostwick JM. Bupropion-induced erythema multiforme. *Mayo Clin Proc* 2001;76:664-6.
26. Hallgren J, Tengvall-Linder M, Persson M, Wahlgren CF. Stevens-Johnson syndrome associated with ciprofloxacin: a review of adverse cutaneous events reported in Sweden as associated with this drug. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(5 suppl):S267-9.
27. Sun Y, Chan RK, Tan SH, Ng PP. Detection and genotyping of human herpes simplex viruses in cutaneous lesions of erythema multiforme by nested PCR. *J Med Virol* 2003;71:423-8.
28. Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. *Br J Dermatol* 1993;128:542-5.
29. Kokuba H, Aurelian L, Burnett J. Herpes simplex virus associated erythema multiforme (HAEM) is mechanistically distinct from drug-induced erythema multiforme: interferon-gamma is expressed in HAEM lesions and tumor necrosis factor-alpha in drug-induced erythema multiforme lesions. *J Invest Dermatol* 1999;113:808-15.
30. Erythema and urticaria. In: Odom RB, James WD, Berger TG, eds. *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders, 2000:146-51.
31. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF,

- erythema multiforme. Eur J Pediatr* 1999;158:929-32.
13. Frederiksen MS, Brenoe E, Trier J. *Erythema multiforme minor following vaccination with paediatric vaccines. Scand J Infect Dis* 2004;36:154-5.
 14. Loche F, Schwarze HP, Thedenat B, Carriere M, Bazex J. *Erythema multiforme associated with hepatitis B immunization. Clin Exp Dermatol* 2000;25:167-8.
 15. Cono J, Casey CG, Bell DM, for the Centers for Disease Control and Prevention. *Smallpox vaccination and adverse reactions. Guidance for clinicians. MMWR Recomm Rep* 2003;52(RR-4):1-28.
 16. Prais D, Grisuru-Soen G, Barzilai A, Amir J. *Varicella zoster virus infection associated with erythema multiforme in children. Infection* 2001;29:37-9.
 17. Dumas V, Thieulent N, Souillet AL, Jullien D, Faure M, Claudy A. *Recurrent erythema multiforme and chronic hepatitis C: efficacy of interferon alpha. Br J Dermatol* 2000;142:1248-9.
 18. Seishima M, Oyama Z, Yamamura M. *Erythema multiforme associated with cytomegalovirus infection in nonimmunosuppressed patients. Dermatology* 2001;203:299-302.
 - Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill, 2003:585-96.
 32. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. *Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. J Am Acad Dermatol* 1983;8:763-75.
 33. Lemak MA, Duvic M, Bean SF. *Oral acyclovir for the prevention of herpes-associated erythema multiforme. J Am Acad Dermatol* 1986;15:50-4.
 34. Tatnall FM, Schofield JK, Leigh IM. *A double-blind, placebo-controlled trial of continuous acyclovir therapy in recurrent erythema multiforme. Br J Dermatol* 1995;132:267-70.
 35. Kerob D, Assier-Bonnet H, Esnault-Gelly P, Blanc F, Saiag P. *Recurrent erythema multiforme unresponsive to acyclovir prophylaxis and responsive to valacyclovir continuous therapy. Arch Dermatol* 1998;134:876-7.

آزمون

۵- تمامی گزینه های زیر در مورد اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:

(الف) در تمامی موارد اریتم مولتی فرم مراجعه شواهد بالینی عفونت HSV وجود دارد.

(ب) واکسن هپاتیت B می تواند باعث بروز اریتم مولتی فرم گردد.

(ج) سلولهای T از نوع CD4+ در بروز اریتم مولتی فرم نقش اساسی دارد.

(د) مکانیسم بروز اریتم مولتی فرم ویروسی و دارویی متفاوت است.

۶- تمامی گزینه های زیر در مورد تظاهرات بالینی اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:

(الف) کاراکتریستیک ترین ضایعات در سطح اکستنسور اندام ها دیده می شود

(ب) کف دست ها ممکن است درگیر شود.

(ج) ضایعات مخاطی عمدتاً محدود به مخاط ملتحمه چشم می باشد

(د) ضایعات معمولاً در طی سه تا پنج هفته بهبود می یابد.

۷- در اریتم مولتی فرم میزان جدادگی اپیدرم نسبت به سطح کل پوست بدن در چه حدود می باشد؟

(الف) کمتر از ۱۰ درصد

(ب) بین ۱۰ تا ۳۰ درصد

(ج) بیش از ۳۰ درصد

(د) کمتر از ۱ درصد

۸- در تظاهرات بالینی اریتم مولتی فرم کدام مورد کمتر مشاهده می شود؟

(الف) ضایعات هدف مانند تیپیک

(ب) ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف

۱- تمامی گزینه های زیر در مورد علل اریتم مولتی فرم

صحیح است بجز:

(الف) شایعترین علت مشخص آن ویروس تب خال می باشد.

(ب) مایکوپلاسمای پنومونیه از علل شایع در کودکان است.

(ج) عفونت های قارچی از عوامل شایع به ویژه در بالغین هستند.

(د) باریتورات ها یکی از گروه های دارویی شایع سبب اریتم مولتی فرم می باشد.

۲- بیماری دچار ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف متعدد

می باشد. در معاینه بالینی در حدود ۲۰٪ از سطح پوست،

اپیدرم جدا شده است. کدام تشخیص بالینی بیشتر مطرح است؟

(الف) اریتم مولتی فرم (ب) سندرم استیونس جانسون

(ج) نکرولیز سمی اپیدرم (د) همپوشانی سندرم استیونس

جانسون و نکرولیز سمی اپیدرم

۳- الگوی اصلی آسیب شناختی اریتم مولتی فرم کدام نوع از

واکنش های ایمونوژیک می باشد؟

(الف) افزایش حساسیت نوع IgE

(ب) افزایش حساسیت نوع ۲ (آنٹی ژن- آنٹی بادی)

(ج) افزایش حساسیت ناشی از کمپلکس ایمنی

(د) افزایش حساسیت تاخیری (ایمنی سلولی)

۴- در نمونه بیوبسی پوست ضایعات اریتم مولتی فرم ناشی از دارو و ویروس به ترتیب کدامیک از بیومارکرهای زیر وجود دارد؟

(الف) ایتروفرون گاما، ایتروفرون گاما

(ب) فاکتور نکروز تومور آلفا، ایتروفرون گاما

(ج) ایتروفرون گاما، فاکتور نکروز تومور آلفا،

(د) فاکتور نکروز تومور آلفا، فاکتور نکروز تومور آلفا

- ج) عدم عود در طی یکسال د) عدم عود در طی ۱ ماه
- ۱۴- تمامی گزینه های زیر در مورد درمان با اسیکلولویر در اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:
- الف) آسیکلولویر خوراکی در درمان اریتم مولتی فرم راجعه حتی در غیاب عفونت HSV موثر است.
 - ب) در بیماری مقاوم به آسیکلولویر می توان از فامسیکلولویر استفاده کرد.
 - ج) مصرف همزمان پردنیزولون و آسیکلولویر خوراکی در درمان اریتم مولتی فرم راجعه مورد توافق است.
 - د) بسیاری از موارد خفیف اریتم مولتی فرم نیازی به درمان ندارد.
- در مورد سوالات ۱۵ تا ۲۰ در مورد هر یک گزینه درست یا نادرست را به کار ببرید گزینه الف درست و گزینه ب نادرست:
- ۱۵- ضایعات پوستی اریتم مولتی فرم به صورت قرینه بوده و از دیستان اندام ها شروع می شود.
- ۱۶- علایم پیش زمینه ای و مقدماتی در اریتم مولتی فرم شایع است.
- ۱۷- ضایعات هدفی شکل با نمای پورپوریک در اریتم مولتی فرم در تشخیص افتراقی پی تیریازیس روزه آ قرار می گیرد.
- ۱۸- در صورت بروز ضایعات تاولی، بیماری های اتوایمون تاولی در تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم مطرح است.
- ۱۹- در ضایعات حلقوی کهیری همانند ضایعات هدف اریتم مولتی فرم مرکز ضایعات قرمزتر از اطراف آن می باشد.
- ۲۰- در اریتم مولتی فرم راجعه ویروسی، سلول های $CD4^+T$ با تولید فاکتور نکروز تومور آلفا به آنتی ژن ویروسی پاسخ دهنده.

- ج) درگیری اندک مخاطی
د) ضایعات پاپولر
- ۹- کدام گزینه در مورد اقدامات تشخیصی در اریتم مولتی فرم صحیح است؟
- الف) بیوپسی در اکثر موارد کمک کننده است
 - ب) سرولوژی HSV در بسیاری از موارد موردنیاز است.
 - ج) یافته های موجود در بیوپسی اختصاصی است
 - د) بیوپسی از ضایعات ماقولی در مراحل اولیه عمدتاً ارت Shannon tehbahi دور عروقی را نشان می دهد.
- ۱۰- کدامیک از بیماری های زیر در تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم کمتر مطرح می شود؟
- الف) لیکن پلان
 - ب) کهیر
 - د) لوپوس اریتماتو
 - ج) پمفیگوس
- ۱۱- تمامی گزینه های زیر در مورد درمان اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:
- الف) قام اول درمان، بررسی وجود عفونت زمینه ای است.
 - ب) در بسیاری از موارد بدون درمان بهبود می یابد.
 - ج) مصرف آسیکلولویر موضعی بر روی محل تب خال بروز اریتم مولتی فرم را کاهش می دهد.
 - د) فراهمی زیستی والاسیکلولویر بهتر از آسیکلولویر است.
- ۱۲- دوز داروی آسیکلولویر در درمان اریتم مولتی فرم در مبتلایان به نارسایی کدام ارگان باید تنظیم گردد؟
- الف) کبد
 - ب) قلب
 - ج) کلیه
 - د) عروق شریانی
- ۱۳- بیماری مبتلا به اریتم مولتی فرم راجعه تحت درمان با آسیکلولویر خوراکی مداوم می باشد. در چه صورتی می توان دوز آسیکلولویر وی را کم و یا حتی دارو را قطع نمود؟
- الف) عدم عود در طی ۴ ماه
 - ب) عدم عود در طی ۶ ماه

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را به طور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی خود ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سوالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظرخواهی، نسبت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداقل تاریخ ۱۳۸۸/۴/۱۶ به آدرس: تهران، خیابان کارگر شمالی، خ فرش مقدم (شانزدهم)، روبروی داشکده کارآفرینی، پلاک ۶ و ۸ صندوق پستی ۳۷۵۹-۱۱۳۶۵، تلفن ۰۸۸۲۳۱۰۸۰۰ اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سوالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مدام جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

نام نشریه: مجله علمی سازمان نظام پزشکی

عنوان مقاله: اریتم مولتی فرم

نام خانوادگی: نام: نام پدر:
شماره شناسنامه: صادره از: تاریخ تولد:
محل فعالیت: استان: شهرستان: روستا:
نوع فعالیت:	<input type="checkbox"/> هیأت علمی <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> طرح <input type="checkbox"/> سایر
قطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:
رشته تحصیلی در مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکترا:
تخصص: فوق تخصص:
آدرس دقیق پستی:
شماره تلفن: شماره نظام پزشکی:
تاریخ تکمیل و ارسال فرم:	<u>امضاء، و مهر متقارضی:</u>
امضاء و مهر مسئول ثبت نام	

شماره: آ/۶/۱۳۲۴۶

تاریخ: ۱۳۸۷/۴/۱۶

با سمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

مجوز تخصصی امتیاز آموزش مداوم به شرکت‌کنندگان در برنامه‌های خودآموزی

سلام علیکم

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۷/۱۶۴۳۵ مورخ ۱۳۸۷/۳/۲۷ در مورد تخصصی امتیاز به مقاله «اریتم مولتی فرم» به استحضار می‌رساند که اعطای ۱/۵ امتیاز آموزش مداوم به پژوهشکار عمومی و متخصصین پوست به عنوان شرکت در برنامه خودآموزی (موضوع نوع پنجم بند ۵ ماده ۳ ضوابط نحوه اجرای برنامه‌ها) مورد تأیید می‌باشد.

این مجوز از زمان صدور به مدت یک سال اعتبار دارد.

کد برنامه: ۵۱۰۰۳۷۸

کد سازمان برگزار کننده: ۱۱۶۲۰

خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه
مربوطه اعلام نمایید.

نظری ندرام	کاملاً مخالفم	نایابی مخالفم	نایابی موافقم	کاملاً موافقم
				۱- محتوای مقاله براساس منابع جدید علمی ارائه شده است.
				۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه‌ای من تناسب داشته است.
				۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.
				۴- در محتوای مقاله شیوه‌ای و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است.

سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارائه مقالات خودآموزی ذکر نمایید.

.۱

.۲

.۳

همکار گرامی لطفاً با ارائه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خودآموزی، برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم را یاری فرمایید.

لطفاً با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه صحیح به سوالات پرسشنامه مقاله خودآموزی پاسخ دهید:

الف	ب	ج	د	الف	ب	ج	د
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۲۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۳۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۵