

## همراه شدن پیودرماگانگرنوزم با آرتربیت روماتوئید

دکتر فضل الله شریعتی، دکتر برویز طوسی\*

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

ماکولی، کورک مانند و اریتماتو روی ساق و ران هردو پا پیدا کرده است که بسرعت تبدیل بزمبهای بزرگ باندازهای بین ۵ تا ۱۵ سانتیمتر شده است. جوشگاه سه زخم قدیمی بصورت پلاکهای آتروفیک  $10 \times 5$  سانتیمتر روی ران بیمار مشاهده میگردد. ضایعات فعلی روی ساق‌ها بصورت زخمبهایی است که در وسط نکروتیک و از دلمهای قهوه‌ای رنگ پوشیده شده است. اطراف ضایعات مختصر بر جسته 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 برآ رفتن است. آزمایش‌های پاراکلینیک: آزمایش کامل ادرار، قند و اوره سرم، SGPT، SGOT، بیلیروبین توتال و مستقیم، فسفاتاز قلبیانی، پروتئینهای خون و الکتروکاردیوگرام بیمار در حد طبیعی میباشد. سرعنت رسبوب گلولهای قمرمز در ساعت اول ۴ میلیمتر، آزمون Restenberg آزمون سوزن (Pathergy Test) و VDRL و سلول LE منفی است. فاکتور روماتوئید بیمار  $+3$  است. در کشت از ترشحات زخم، کلیسیلا (Klebsiella) و استافیلوکوک بیماریزا (coagulase positive) رشد نمود که به سفالوتین و اریتروماپسین حساس بود. در ترازنیت روده وضع ژوژونوم و ایلئوم طبیعی است. دیورتیکول نسبتاً بزرگی در دودومین قسمت اثنی عشردیده شده است.

در سیگموئید و سکوپی ضایعات دیده نشد.

در پرتوگاری، از فاصله مفاصل کارپ و متاکارپ و فاصله بین استخوان‌های کارپ هر دو دست کاسته شده و نیز تورم نسج نرم پیرامون کپسول و دک‌اسیفیکاکسیون استخوانها گزارش شده است.

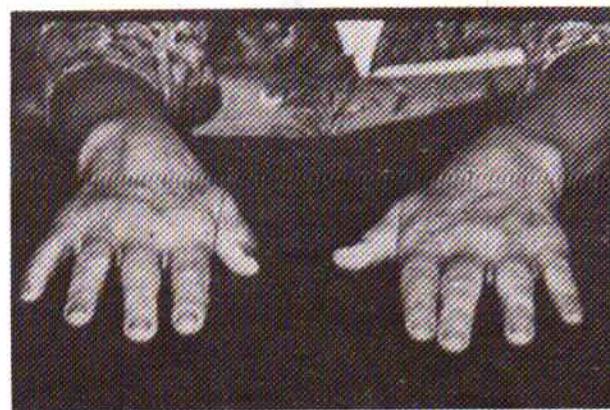
نتیجه آزمایش هیستوپاتولوژی: زخم پوستی با نکروز و واکنش التهابی حاد در مرکز و نسج گرانولاسیون در اطراف گزارش گردیده است که با پیودرماگانگرنوزم مطابقت دارد. نمونه برداری (بیوپسی) از ندول زیر جلدی انگشت شهادت دست چپ بیمار نشان میدهد که اپیدرم ضایعات ندارد و در بخش عمیق درم گرانولومهای متشرک از نکروز فیبرینوئید 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

در این نوشتہ شرح حال یک بیمار مبتلا به پیودرماگانگرنوزم با آرتربیت روماتوئید که در بخش پوست بیمارستان لقمان‌الدوله ادھم 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 مغرب پوستی، نکروتیک، غیرعفونی بشکل ندول کورک مانند شروع شده، ایجاد تاول چرکی یا تاول - هموزاییک مینماید، که بسرعت تبدیل بزمبهایی گاه تا بیشتر از ۱۰ سانتیمتر میشود (۲). ارتباط پیودرماگانگرنوزم با دیگر بیماریهای داخلی بخصوص کولیت اولسزوو بیماری کرون بخوبی شناخته شده است (۱،۰). بیماریهای دیگر مثل لوسومی‌ها، گاماباتی، آرتربیت روماتوئید بندرت همراه این بیماری گزارش شده است. هر چند 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 برانگیزانده بیماری میباشد. Gay Prieto 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 زخمبهای متعدد روی ساق و ران هردو پا مراجعت کرده است. تاریخچه و شرح بیماری: بیمار سابقه درد مفاصل دست و پا را که بدترین منجر بتغییر شکل مختصر درم 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



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 تاولهای همورازیک 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 ظاهر میکند. بیماری کرون نیز در همین حدود مشاهده میشود، گرچه کمتر گزارش شده است (۲ و ۴). همراهی پیودرماگانگرنوزم و آرتربیت روماتوئید توسط Ayres&Ayres گزارش شده است (۹، ۱۰) و نیز فورمهایی که پیودرماگانگرنوزم همراه با آرترازی میباشد، بیانکه آرتربیت روماتوئید مشاهده شود بیان گردیده است (۲، ۱). پاراپروتئینی توسط Rockی گزارش شده است. دیابت یک عامل مستعد کننده بیماری میباشد (۲). Jablonska et al در ۲ بیمار، میلوم را گزارش کردند (۱) که در یک بیمار همراه با لوسومی بوده است (۲).

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

در مورد علت بیماری عقاید مختلفی وجود دارد که ضربه با ویروسها از گروه آبله مرغان (Varicella) را مسئول آن میدانند. دلائلی وجود دارد که بیماران مبتلا به پیودرماگانگرنوزم ۵ چار اختلال اینمی خلطی (هومزال) وسلولی میباشدند. همچنین اختلال کمپلمان ونوتروفیل و منتوسیت نیز وجود دارد (۲، ۳، ۱۱). بعقیده Rostenberg از نظر پاتوزن این بیماری یک واکنش (رآکسیون) شوارتز من میباشد (۶).

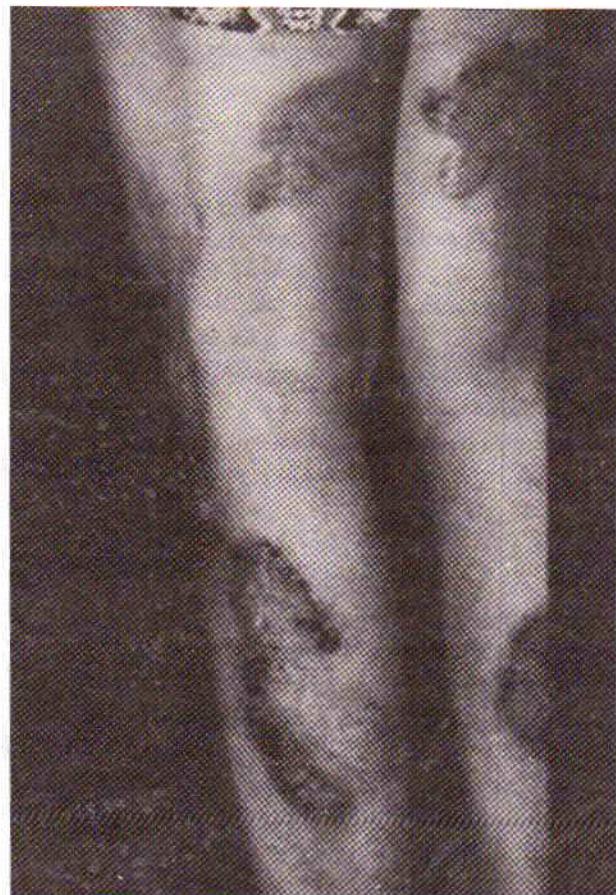
از نظر باقی نقاط نکروزه که در زیر آن عروق کوچک افزایش پیدا کرده است، نیز یک واکنش التهابی حاد دیده میشود که بعداً در قسمتهای عمقی تر درم انفیلتراسیون سلولهای لنفوئید، پلاسموسیت، هیستیوسیت، فیبروبلاست و تعدادی سلولهای رانت جسم خارجی مشاهده میگردد. اپیدرم در محل زخمی شده از بین رفته است. آسیب شناسی نسجی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

درمان پیودرماگانگرنوزم با داروهای مختلف و با نتایج متفاوت انجام شده است از جمله کورتیکواستروئید خوراکی با مقدار Doses (Doses) بسیار زیاد (Pulse Therapy) تزریق تری آم سینولون در داخل ضایعه و مصرف سیستوتوكسیکها مثل آرأتیپرپین، سولفپریدین و اکسیژن با فشار زیاد (هیپرباریک) (۱۰ و ۹). همچنین DDS (diamino-diphenyl sulfone) یا Dapsone با مقدار کمتری از آنچه در جذام بکار برده میشود. در این بیماری ضایعات پوستی بیمار را بسرعت بهبود میبخشد. مکانیسم اثر دapsone تاثیر بر واکنش التهابی در عروق محل ضایعه میباشد که خاصیت سیستوتوكسیتی نوتروفیلها را احتمالاً با واسطه آنزیمی بنام میلوپروکسیداز- هیدرورزن پروکسیدهالید کاهش داده و سبب بهبود بیماری میگردد (۸).

#### خلاصه و نتیجه:

بیمار ما یکی از موارد نادر همراه شدن پیودرماگانگرنوزم با آرتربیت روماتوئید میباشد که با درمان بیماری پوستی وی با دapsone تحت کنترل درآمده است.

بیوگرام بیمار بسмет 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 دapsone شروع شد. میزان دارو استدا ۵ 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 دapsone ضایعات با ایجاد جوشگاه ظرفی بکلی بهبود یافت. همچنین دردهای مفصلی بیمار با مصرف ۳ گرم آسبیرین روزانه بهبود پیدا کرد بطوریکه هنگام مرخص شدن بیمار از درد مفصلی شکایت زیادی نداشت.

بحث: شروع این بیماری معمولاً بین ۴ تا ۶۰ سالگی میباشد که بدو صورت عمدۀ 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 وزیکول و پوستول که شبیه آکنه، فولیکولیت یا درماتیت هریتی فورم میباشدند 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 ضایعه‌ای (مثل آکنه) وجود داشته است، دیده شود. ضایعات در پیودرماگانگرنوزم بصورت زخمهای است متوجه که بسرعت وسعت یافته تا ۱۰ سانتی‌متر و گاهی بیشتر میرسد سپس برای مدت زیادی بهمین صورت باقی مانده یا کمی بهبود پیدا میکند. مرکز زخمها نکروتیک و پیرامون آن بر جسته و آبی رنگ است که توسط یک هاله اریتماتو پوشیده شده است. وقتیکه زخمها

## REFERENCES:

- 1- Andrews, Diseases of the Dkin Clinical Dermatology, 1033-1034, 1982.
- 2- Perry, H.Q. & Winkelmann, 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 Dermathology, Vol. 118, No. 2, 76, Feb. 1982.
- 10- Fromer, J.L.: Archs Derm: 102-116, 1970.