

گزارش یک مورد لوپوس جلدی

دکتر افسانه طلایی*

چکیده

گزارش زیر در مورد پسر ۱۷ ساله‌ای است که مبتلا به لوپوس جلدی است. بیمار بدنبال عمل آپاندیسیت در یکماه قبل، دچار ضایعات پوستی منتشر در سراسر بدن و آرتریت درد مفاصل کوچک و بزرگ دست و پا شد. در هنگام مراجعه از بی‌اشتهایی شدید رنج می‌برد. در ضمن بیمار از فوتوفوبی شکایت داشت و در حین بستری شدن دچار ترومبوفلیت ساق پا شد که با درمان، بی‌اشتهایی بیمار بهبود یافت و آرتریت و ترومبوفلیت نیز متعاقباً به درمان لوپوس پاسخ دادند.

گل واژگان: لوپوس، لوپوس جلدی، آرتریت

مقدمه

خستگی در ۷۶٪ بیماران دیده می‌شود. بعضی گزارشها حاکی از آنند که در مواردی که C₃ سرم کاهش یافته ولی سایر شاخصهای سرولوژیک طبیعی هستند، خستگی دیده می‌شود (۴).

ضایعات پوستی این بیماران به اشکال مختلفی دیده می‌شود تفاوت این ضایعات با ضایعات مربوط به لوپوس دیسکوئید در این است که منجر به اسکار نمی‌شوند و ممکن است بطور کامل بهبود یابند.

ضایعات بطور تبییک لبه‌های اریتماتو دارند. مرکز آنها آتروفیک می‌باشد اگرچه گاهی نیز پیگمانتاسیون مرکزی دارند.

ضایعات حلقوی نیز در اینها گزارش شده است که بطور عمده در انتها، سینه و پشت بوجود می‌آیند.

ضایعات واسکولیتی نیز در ۲۰٪ موارد ایجاد می‌شود که بطور عمده در سطوح اکستانسور ساعد و نوک انگشتان بوجود می‌آید.

بیماری لوپوس بطور عمده (۹۰٪) در خانمها و در سنین باروری دیده می‌شود اگرچه لوپوس می‌تواند در هر سنی و در آقایان نیز مشاهده شود. آسیایی‌ها استعداد بیشتری برای ابتلاء به لوپوس دارند.

لوپوس جلدی شکلی از لوپوس می‌باشد که بطور عمده با علائم مفصلی و پوستی بروز می‌کند.

ضایعات کلیوی و سیستم عصبی مرکزی بطور مشخص در این شکل لوپوس نادر هستند (۱).

لوپوس جلدی در ۱۰٪ موارد لوپوس دیده می‌شود اکثریت بیماران زنان میانسال سفید پوست هستند (۲). معمولاً در این شکل لوپوس، درماتیت شدید و وسیع عودکننده وجود دارد و آرتریت، خستگی و بی‌اشتهایی شایع می‌باشند.

لوپوس جلدی تحت حاد در واقع شکل مجزایی از لوپوس است (۱).

در بسیاری از موارد بروز لوپوس به دنبال استرسهای فیزیکی یا عاطفی می‌باشد. سابقه کهیر در بسیاری از بیماران گزارش شده است (۳).

* عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

ضایعات در برابر نور آفتاب تشدید شده و تعدادشان نیز بیشتر می شد.

آرتريت نیز متعاقباً "چند روز بعد از ضایعات پوستی ایجاد شده که بصورت پلی آرتريت قرینه در اندام های فوقانی و تحتانی بود. آرتريت در مفاصل آرنج، مچ دستها، مفاصل بین انگشتی فوقانی (PIP) و مفاصل متاکارپوفالانژیال (MCP)، زانوها و مچ پاها وجود داشت.

Puffiness منتشر در صورت و اندامها نیز وجود داشت. بیمار از بی اشتهایی شدید رنج می برد.

سابقه بیماری قبلی را ذکر نمی کرد، سابقه کهیر گاهگاهی و حساسیت را ذکر می کرد. بیمار سابقه مصرف داروی بخصوصی را نیز نداشت.

در آزمایشاتی که از بیمار گرفته شده بود، آنمی نرموکروم که در بیماریهای مزمن شایع می باشد وجود داشت. نتیجه آزمایشات بیمار به قرار زیر است:

ANA:-، VDRL:-، MCV:85، Ht:30، WBC-diff:N، ADNA:+، C3-C4-CH50: ↓، آزمایش ادرار: منفی، اکوکاردیوگرافی: منفی، سونوگرافی شکم

در بیوپسی از ضایعات پوستی، ادم داخل سلولی و بین سلولی، آکانتوز و کراتینوستیهای نکروزه و اکویولیزاسیون وسیع لایه بازال اپیدرم مشاهده شد.

در کوریوم نیز ادم مشخص و انفیلتراسیون سلولهای پلی مورفونوکلئر، اکستراواژشن شدید و تکثیر عروقی، همچنین آتروفی فولیکولهای مو و انفیلتراسیون لمفوسیتیک در ادم ریتکولاریس مشاهده گردید که مجموع این یافته ها قویاً "به نفع تشخیص لوپوس می باشد.

با توجه به اینکه برای تشخیص لوپوس وجود چهار معیار لازم می باشد و در بیمار دارای آرتريت، فوتوسینتوسیتی ضایعات پوستی و سرولوژی مثبت موجود بود، تشخیص لوپوس جلدی برای وی داده شد.

بیوپسی از ضایعات پوستی و یافته های پاتولوژیک

ضایعات واسکولیتی مشابه پورپورا نیز دیده می شود. کهیر و ندول زیر جلدی نیز در این بیماران گزارش شده است. گاهی ضایعات مشابه پورپورایس نیز در بیماران دیده می شود (۳).

از نظر بررسیهای آزمایشگاهی بطور معمول در این شکل لوپوس، ANA که آزمایش اسکرین بیماری می باشد، منفی است. آنمی بسیار مزمن در اکثریت بیماران دیده می شود.

اکثر این بیماران از نظر آنتی بادی (SS-A)RO و AntiDNA مثبت می باشند. HLADR3 نیز در این بیماران شایع است (۱).

در ضایعات واسکولیتی، کمپلمان معمولاً "کاهش می یابد و آنتی فسفولیپید نیز در این موارد دیده می شود (۲).

سیر این نوع لوپوس بهتر از لوپوس سیستمیک است ولی گاهی می تواند به نوع سیستمیک تبدیل شود.

بیماران مبتلا به لوپوس جلدی که علائم نفروپاتی (پروتئینوری، هماتوری)، ارتراژی و افزایش تیتراژ $ANA \geq \frac{1}{320}$ را باید تحت نظر داشت چرا که احتمال خطر تبدیل به نوع سیستمیک را دارند (۶).

لوپوس جلدی ممکن است از علائم سندرومهای پارائتوپلاستیک نیز باشد (۷). در مصرف کلسیم بلوکرها نیز لوپوس جلدی گزارش شده است (۸).

شرح حال

بیمار پسر نوجوان ۱۷ ساله ای بود که یک ماه پیش از مراجعه، تحت عمل آپاندیسیت قرار گرفته و چند روز بعد از عمل دچار ضایعات پوستی پیشرونده و آرتريت در مفاصل اندام فوقانی و تحتانی شده بود.

ضایعات پوستی بصورت پورپورا و اریتم های حلقوی و بیضوی که در مرکز کم رنگ تر بود.

این ضایعات بصورت وسیع در سراسر بدن، سینه، پشت و اندام های فوقانی و تحتانی وجود داشت که بدون خارش و پوسته ریزی بود.

لوپوس ایجاد می شود که مشخصه آن پورپورا است (۳). در ضایعات واسکولیتی، کاهش کمپلمان و آنتی فسفولیپید مثبت گزارش شده است (۲). واسکویت می تواند منجر به ترومبوز نیز شود. علت ترومبوز در لوپوس مربوط به وجود آنتی کواگولان لوپوسی نیز می باشد (۱).

در این بیمار نیز کمپلمان بطور مشخصی کاهش داشت و در مدت بستری نیز دچار ترومبوفلیت گردید. اگرچه امکان بررسی آنتی فسفولیپید و آنتی کواگولان لوپوس در اینجا میسر نبود.

حساسیت به نور (Photosensitivity) در ۳۷٪ بیماران گزارش شده است (۳). این بیمار نیز مبتلا به این مسئله بود و ضایعات پوستی وی بطور مشخص در برابر آفتاب تشدید و تعدادشان بیشتر می شد. ضایعات کلیوی و سیستم عصبی مرکزی در لوپوس جلدی نادر است. ADNA معمولاً در لوپوس جلدی مثبت نمی باشد و در بیمار مانیز ANA منفی بود.

ANA در بیمار مثبت بود که اکثریت بیماران مبتلا به لوپوس جلدی از این نظر مثبت می باشند (۱).

بیمار مبتلا به آنمی بیماریهای مزمن بود. آزمایش ادرار وی نیز کاملاً طبیعی بود و به ظاهر درگیری کلیوی نداشت.

در واقع لوپوس جلدی بطور عمده با علایم مفصلی و پوستی بروز می کند (۱). شکایات عمده بیمار نیز ارتريت در اندامهای فوقانی و تحتانی و ضایعات پوستی بود.

با توجه به ترومبوفلیت بیمار احتمالاً وی از نظر آنتی کواگولان لوپوسی مثبت می باشد.

بیمار معیارهای لازم برای تشخیص لوپوس را دارا بوده، مضاف بر آنکه شواهد بیوپسی پوست از جمله شواهد واسکولیت و انفیلتراسیون سلولی و واکوئولیزاسیون لایه بازال اپیدرم قویاً لوپوس را تأیید می کردند.

پاسخ با کورتون نیز می تواند شاهد دیگری مبنی بر

نیز قویاً مؤید لوپوس می باشد.

بیمار در بیمارستان ولیعصر (عج) بستری گردید. در طول مدت بستری نیز دچار ترومبوفلیت ساق پای چپ شد که تحت درمان با هپارین قرار گرفت. درمان با NSAID، کلروکین و پردنیزولون انجام شد که منجر به بهبودی سریع اشتهای بیمار و ضایعات پوستی گردید. ضایعات مفصلی نیز متعاقباً پاسخ دادند و علایم بیمار کاملاً برطرف گردید.

بحث

بیماری لوپوس یک بیماری سیستمیک می باشد که علت آن دقیقاً شناخته نشده است. اگرچه مکانیسم های خودایمنی مهمترین علت می باشند. این بیماری غالباً در خانمها (۹۰٪) و در سنین باروری ظاهر می شود اگرچه در آقایان و در هر سنی نیز ابتلا دیده شده است. در جمعیت آسیایی لوپوس شایع می باشد (۱). بیمار مورد بحث نیز اگرچه از نظر سنی با سن شایع لوپوس مطابقت دارد ولی از این جهت که مذکر می باشد جالب توجه می باشد.

در بسیاری از موارد بروز لوپوس به دنبال استرسهای فیزیکی - عاطفی بوده است (۲). در بیمار مذکور نیز استرس عمل آپاندیسیت، عامل بروز لوپوس بوده چراکه بدنال عمل، تظاهرات اولیه بیماری بروز نموده اند.

در سابقه بسیاری از بیماران حساسیت و کهیر گزارش شده است (۲) که در مورد این بیمار نیز این سابقه ذکر می شود.

بی اشتهایی و خستگی نیز بسیار شایع است. خستگی در ۷۶٪ موارد گزارش شده است (۳). بیمار مذکور نیز بطور مشخص از بی اشتهایی شدید رنج می برد.

ضایعات پوستی بیمار بصورت اریتماتووپورپوراکه مشخصه واسکولیت می باشد از تظاهرات بارز لوپوس جلدی است. ضایعات واسکولیتی در ۲۰٪ بیماران

REFERENCES

- 1- Bre, Z., Rsen, S., Epstein, F.H., Renal Ischemia a new prospective of acute renal failure, Kidney Int. 1984, 24, 375-383.
- 2- Hugh r, Brady, M. Brenner, Harrison's Principles of internal medicine, 14th Edition, 270, 1998, Mc Graw Hill, New York, P:1504.
- 3- Goligorsky MS, Leiberthal W, Racusen L/Simon EE, New insights into pathophysiology of acute renal failure, AMJ, physiol 1993, 264(33), F1-F8.
- 4- Rialp,G., Roglan,A., Bethese,A.J., Perez, Marques ,M, Rena,Fail., 18(4), 667-75.
- 5- Higa, E., Dihsa, Mrtins, J., Campos, L., Homsl., E, Renal., Fail., 1997, 19(2), 289-93.
- 6- Homs, S., Barreiro, M.F., Lando,J.M., Higa,E.M., Renal, Fail., 1997, 19(21), 283-8.



وجود لوپوس باشد.
سیر این نوع لوپوس بهتر از لوپوس سیستمیک است
(۶). درمان مناسب ضایعات پوستی کلروکین (۵) و
برای ضایعات مفصلی NSAID می باشد. البته در
ضایعات مقاوم به درمان مفصلی نیز از کلروکین استفاده
می شود.
کورتون نیز جهت کنترل بهتر و سریعتر استفاده
می شود (۱).



شکل - ۱



شکل - ۲