

معرفی یک مورد در ماتومیوزیت همراه پیتر یازیس روبراپیلاریس (PRP)

دکتر علی اصیلیان

دانشیار گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

دکتر فریبا ایرجی

استاد یار گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

تست‌های آزمایشگاهی بیمار به شرح زیر بودند:

Hb=13, WBC=5000, ESR=30

CRP, RF, VDRL, ANA, Anti-DNA, BUN,

Creatine, SGPT, ALKP=Normal

SGOT=151 (Normal=50),

CPK = 4740 (Normal=10-110)

LDH=1100 (Normal=90-180)

آلدولاز=۱۸ گزارش شد که بالای حد طبیعی بود

TSH, T3, T4=Normal

تست‌های رادیولوژیکی قفسه صدری، سونوگرافی کبد و

طحال طبیعی بود. EKG و تست‌های ریوی طبیعی بود.

EMG از سه عضله Tibialis anterior و Gluteus

maximus و Biceps فرم‌های مختل به صورت دامنه پائین

مدت کوتاه early recruitment نشان داد و به نفع بیماری‌های

میوپاتی‌های التهابی بود. آزمایشات برای تشخیص بدخیمی منفی

بود.

آسیب‌شناسی در نمونه برداری از پوست تنه و پای بیمار

اپیدرم پاپیلوماتوز همراه با پاراکراتوز و فولیکولار plugging

گزارش شد که مطابقت با PRP دارد. در نمونه برداری از کف

دست فقط ارتوکراتوز متراکم بدون اپیدرمولیتیک هیپرکراتوز را

نشان داد (تصویر ۲). با در نظر گرفتن کرایتریای تشخیصی

بیماری در ماتومیوزیت نمونه برداری از عضله انجام نشد زیرا

بیمار ضعف عضلانی و علائم پوستی مثل پاپولهای گوترون و

افزایش آنزیم‌های عضلانی و EMG غیرطبیعی داشت که جهت

تشخیص در ماتومیوزیت کافی است (۱). بنابه نظر

روماتولوژیست باید ابتدا MRI انجام شود و بعد از اینکه

عضله گرفتار با MRI مشخص شد از آن نمونه برداری شود که

در این بیمار انجام نشد.

بیمار با تشخیص در ماتومیوزیت تحت درمان با ۳۰mg

پردنیزولون و ۲۵mg ایموران روزانه (یک هفته بعد از شروع

کورتن) قرار گرفت. در مورد ضایعات پوستی بیمار نرم‌کننده و

یک پسر بچه ۹ ساله به علت ضعف عضلانی شدید همراه با اختلال در بلع و تکلم و تشخیص در ماتومیوزیت بوسیله انجام الکترومیوگرافی به همراه علائمی چون قرمزی منتشر بدن با جزائر سالم و هیپرکراتوز کف دست و پا که در نمونه برداری PRP تأیید شده است، معرفی می‌گردد. همراهی این دو بیماری بسیار نادر است.

واژه‌های کلیدی: ۱ - پیتر یازیس روبراپیلاریس

(PRP) ۲ - در ماتومیوزیت

معرفی بیمار:

بیمار ن - س پسر ۹ ساله اهل کردستان عراق ساکن مبارکه اصفهان با بشورات پوستی به صورت پوسته‌ریزی و قرمزی منتشر روی تنه و اندام‌ها همراه با کلفت شدن منتشر کف دست و پا با سابقه ۹ ماهه در بخش پوست بستری گردید. ابتدا پوست کف پا ضخیم شده که همراه با ترک‌های متعدد خونریزی‌دهنده بوده و بتدریج پوست اندام‌ها و تنه بیمار قرمز شده همراه با پوسته‌ریزی سفید رنگ که خارش‌دار بوده است. کف دستها نیز ضخیم شده و پوست سر پوسته‌ریزی شدید به صورت شوره پیدا کرده است. در روی ناخن‌ها تغییرات دیستروفیک خفیف توام با خطوط طولی و در پشت انگشتان دستها پاپولهای کوچک به رنگ پوست دیده می‌شد. (تصویر ۱) در همان زمان بیمار ضعف عضلانی در کمربند شانه‌ای و لگنی پیدا کرده به طوری که در بالا رفتن از پله‌ها و بلند شدن از روی زمین، راه رفتن، شانه کردن موها و بالا بردن دستها دچار مشکل شده است. اختلال در تکلم به صورت صحبت کردن، تودماغی، اختلال در بلع غذا پیدا کرده است. در روی صورت بیمار پوسته‌ریزی خفیف بدون قرمزی و تورم پلک‌ها مشاهده می‌شد. علائم حیاتی بیمار در زمان پذیرش و بستری در بیمارستان طبیعی بود.

کورتن موضعی شروع گردید. پس از ۲۰ روز آنزیم‌های عضلانی به خصوص CPK کاهش واضح نشان داد و به ۹۰۰ رسید. نیروی عضلانی بیمار بهبود قابل توجهی نشان داد و اختلال بلع بیمار بهبود یافت. تا حدودی تکلم بیمار نیز به حالت عادی برگشت. قرمزی و پوسته‌ریزی پوست تنه و اندام‌های بیمار کاهش یافت.

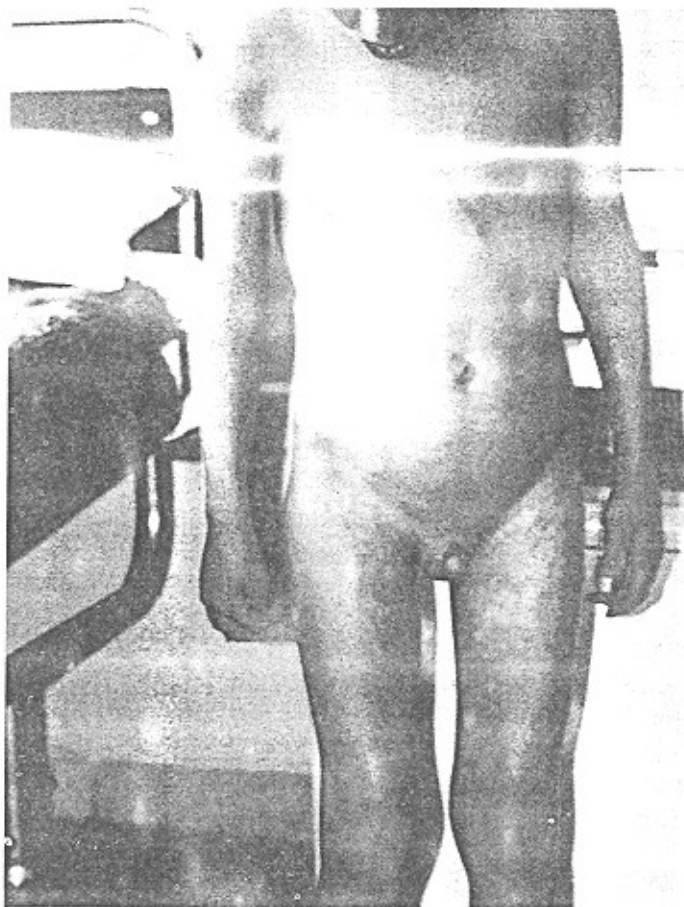
بحث:

تظاهرات پوستی در درماتومیوزیت شامل پاپولهای قرمز روی مفاصل انگشتان دست (پاپولهای گوترون)، تورم پلک فوقانی (راش هلیوتروپ) - که هر دو برای درماتومیوزیت پاتوگنومونیک است (۱ و ۲) -، قرمزی و پوسته‌ریزی صورت و دست‌ها، پوئی کیلودرما (۲ و ۳) کلسینوزیس کوتیس (۴)، واسکولیت (۵ و ۶)، لیسپوآتروفی موضعی (۷)، پانیکولیت (۸ و ۹)، بثورات تاوولی (۱۰)، تغییرات ناخنی بصورت نلائزکنازی کوتیکول (۴) و بندرت بثورات هیپرکراتوتیک (۱) می‌باشد.

اولین بار در سال ۱۹۵۳ توسط Oleary یک بیمار مبتلا به درماتومیوزیت با قرمزی منتشر پوست و هیپرکراتوز کف پاها گزارش شد. یافته‌های آسیب‌شناسی مشخص نشد. (۱۱) در سال ۱۹۵۴ Christianson و همکاران ۲۷ بیمار مبتلا به درماتومیوزیت را بررسی کردند که یک بیمار با بثورات پوستی شبیه PRP گزارش شد. نمونه‌برداری در این بیمار نیز انجام نشده بود. (۱۲) در سال ۱۹۶۹ Wong ۱۱ بیمار با ضایعات فولیکولار هیپرکراتوتیک را در یکسری ۲۳ بیمار مبتلا به درماتومیوزیت گزارش کرد. در ۱۲ بیمار بقیه این سری درماتومیوزیت همراه با بدخیمی‌های داخلی بود. در نمونه‌برداری بثورات فولیکولار هیپرکراتوتیک، افزایش کراتین در اطراف فولیکولهای مو همراه با انفیلتراسیون سلول‌های گرد در درمیس با incontinence pigment در بعضی موارد گزارش شد. Wong عوامل نژادی را در ایجاد این ضایعات دخیل می‌دانست. (۱۳) بعد از Wong فقط ۴ بیمار دیگر با بثورات پوستی PRP در درماتومیوزیت در مقالات آمده است. یک مورد در سال ۱۹۷۶ بوسیله Dupre و همکاران در یک بچه گزارش شد. (۱۴) یک مورد در سال ۱۹۹۱ توسط Cranier و همکاران در زن میانسالی گزارش شد. (۱۵) دو مورد

در یک پسر و دختر توسط Tribonniere و همکاران در سال ۱۹۹۵ گزارش شد. (۱۶) در همه این موارد ضایعات اساساً در اطراف فولیکول موها بودند و هیپرکراتوز فولیکولار یک یافته ثابت هیستولوژیکی بوده است. Dupre و همکاران پیشنهاد کرده بودند که یک اختلال رشد در منفذ فولیکولار مو باعث افزایش کراتین شده و نقص در توانایی انقباضی عضله راست‌کننده مو وجود دارد زیرا میوزیت در عضله راست‌کننده مو در نمونه‌های پوست دیده شد. (۱۶ و ۱۵) در سال ۱۹۹۷ L.Requena یک بیمار را با درماتومیوزیت و بثورات پوستی PRP گزارش کرد که هیپرکراتوز در اطراف فولیکول مو وجود نداشت و میوزیت عضله راست‌کننده مو نیز مشاهده نشد. (۱۷) در بیمار ما نیز افزایش کراتین در اطراف فولیکول مو وجود نداشت و التهاب عضله راست‌کننده مو مشاهده نشد. در مورد درمان این دو بیماری با هم در حقیقت با درمان درماتومیوزیت بیماری پوستی نیز بهبود می‌یابد و فقط استفاده از نرم‌کننده و کورتن موضعی کافی است.

- 1 - Miller O F, Newman ED. Dermatomyositis and polymyositis. In: Arndt KA, Leboit PH, Robinson JK, Wintroub BU. (eds) Cutaneous medicine and surgery, Philadelphia: Saunders, 1996: 283-6.
- 2 - Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. N Engl J Med 1975; 292: 345-7.
- 3 - Frank AG Jr. Important cutaneous marker of dermatomyositis. J Musculoskeletal Med 1988; 5:39-63.
- 4 - Spencer-Green G, Schlesinger M, Bove KE, et al. Nail fold capillary abnormalities in childhood rheumatic diseases. J Pediatr 1983; 102:341-6.
- 5 - Winkehmenn RK. Dermatomyositis in childhood. Clin Rheum Dis 1982; 8:353-68.
- 6 - Bovlan RC, Sokoloff L. Vascular lesions in dermatomyositis. Arthritis Rheum 1960; 3:379-86.
- 7 - Commens C, O'Neill P, Walker G. Dermatomyositis associated with multifocal lipoatrophy. J Am Acad Dermatol 1990; 22:966-9.
- 8 - Weber FP, Gray AMH. Chronic relapsing polydermatomyositis with predominant involvement of the subcutaneous fat. Br J Dermatol 1924; 36:544-60.
- 9 - Neidenbach PI, Sahn EE, Helton I. Panniculitis in juvenile dermatomyositis. J Am Acad Dermatol 1995; 33:305-7.
- 10 - Peck SM, Lefkovits AM. Bullous pemphigoid with polymyositis and co-existing contact dermatitis. Arch Dermatol 1966; 94:672-4
- 11 - O'Leary P. Dermatomyositis. Arch Dermatol 1953; 68:101-2.
- 12 - Christianson HB, Brunsting LA, Perry HO. Dermatomyositis: unusual features, complications and treatment. Arch Dermatol 1954; 74:581-9.
- 13 - Wong KO. Dermatomyositis: A clinical investigation of 23 cases in Hong Kong. Br J Dermatol 1969; 81:544-7.
- 14 - Dupre A, Floutard X, Christol B, et al. Dermatomyosite avec spinulosisme. Etude histologique: essai d'interpretation pathogenique. Ann Dermatol Syphiligr 1975; 103:141-9.
- 15 - Granier H, Bressollette L, Morand C, et al. Dermatomyosite de type Wong chez une femme de 50 ans. Ann Med Int (Paris) 1991; 142:389.
- 16 - Tribonniere X, Delaporte E, Alfandari S, et al. Dermatomyositis with follicular hyperkeratosis. Dermatology 1995; 191:242-4.
- 17 - Requena L, et al. Dermatomyositis with a pityriasis rubra pilaris-like eruption. Br J Dermatol 1997; 136:768-771.



شکل ۱ - نمای بالینی بیمار



شکل ۲ - نمای آسیب شناسی ضایعه بیمار