

Eyelid Sarcoidosis; A Case Report

Bagheri A, MD*; Kanani A, MD; Faghihi M, MD

Ophthalmic Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: abbasbagheri@yahoo.com

Purpose: To describe a patient with eyelid sarcoidosis.

Case Report: A 54 year-old patient was referred for an eyelid mass from 6 months ago. Excisional biopsy showed inflammatory granuloma with tufted giant cells. Chest radiograph demonstrated bilateral hilar adenopathy, increased absorption on gallium scan was noted and bronchoalveolar lavage confirmed a diagnosis of sarcoidosis. Treatment with prednisolone was started leading to clinical improvement.

Conclusion: Sarcoidosis is a multisystemic disorder and may have uncommon manifestations such as skin lesions before pulmonary signs develop.

Key Words: Eyelid Nodule, Gallium Scan, Sarcoidosis

• Bina J Ophthalmol 2011; 17 (2): 182-185.

Received: 11 December 2010

Accepted: 18 April 2011

گزارش یک مورد بیماری سارکوئیدوز با تظاهرات پلکی

دکتر عباس باقری^۱، دکتر آزاده کنعانی^۲ و دکتر محمد فقیهی^۳

هدف: معرفی بیماری با شکایت از یک توده پلکی که منجر به تشخیص بیماری فعال سارکوئیدوز در وی شد.

معرفی بیمار: آقای ۵۴ ساله‌ای با توده پلکی در کانتوس خارجی چشم چپ از ۶ ماه قبل، مراجعه نمود. بیمار تحت نمونه‌برداری از توده قرار گرفت و گزارش آسیب‌شناسی، التهاب گرانولوماتوز همراه با سلول‌های غول پیکر tufted بود. برای بیمار با شک به سارکوئیدوز رادیوگرافی قفسه صدری، گالیم اسکن و نمونه‌برداری ریه انجام شد. بررسی‌های انجام‌شده نشان‌دهنده لنف آدنوپاتی دوطرفه در ناف ریه‌های بیمار و افزایش جذب در اسکن گالیم (ریه‌ها، غدد اشکی و بزاقی) و ابتلای ایشان به بیماری فعال سارکوئیدوز بود. وی با تشخیص بیماری سارکوئیدوز تحت درمان با پردنیزولون قرار گرفت و سیر بهبودی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: در بیماری سارکوئیدوز، اعضا مختلف بدون درگیر می‌شوند و گاهی این بیماری با تظاهرات ناشایع مانند ضایعات پوستی، بیش از ظهور علائم ریوی ظهور می‌کند.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۰؛ دوره ۱۷، شماره ۲: ۱۸۵-۱۸۲.

• پاسخ‌گو: دکتر عباس باقری (e-mail: abbasbagheri@yahoo.com)

۱- استاد- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- دستیار چشم‌پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- استادیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تهران- پاسداران- بوستان نهم- خیابان پایدارفرد (خیابان امیر ابراهیمی)- پلاک ۲۳- مرکز تحقیقات چشم

دریافت مقاله: ۲۰ آذر ۱۳۸۹

تایید مقاله: ۲۹ فروردین ۱۳۹۰

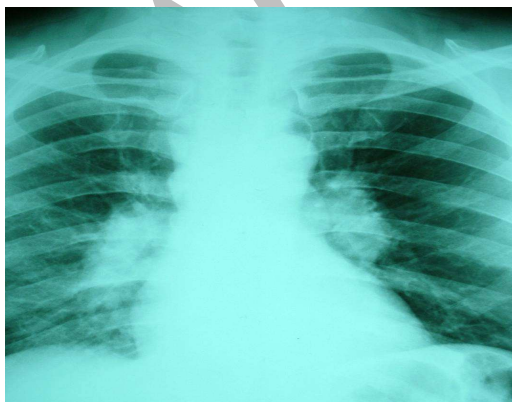
مقدمه

که اعضا مختلف بدن را درگیر کرده و باعث ناتوانی (morbidity) و حتی مرگ و میر (mortality) می‌شود^۱. بنابراین تشخیص صحیح و

بیماری سارکوئیدوز یک بیماری التهابی با علت نامشخص است

خارجی چشم چپ متمایل به پلک تحتانی مشاهده شد (تصویر ۱). دید هر دو چشم و سایر معاینات چشمی طبیعی بودند. برای بیمار نمونه برداری از توده صورت گرفت که گزارش آسیب شناسی نشان دهنده التهاب گرانولوماتوز همراه با سلول های غول پیکر نوع Tuton بود.

با توجه به گزارش آسیب شناسی و با شک به سارکوئیدوز، برای بیمار رادیوگرافی قفسه صدری و تست PPD و ACE و CRP درخواست شد. نتیجه تست PPD منفی بود و $ACE=70\text{ mm/hr}$ و $CRP=+1$ و در رادیوگرافی قفسه صدری، آدنوپاتی دو طرفه ناف ریه ها مشاهده شد (تصویر ۲) که مطرح کننده تشخیص سارکوئیدوز بود. جهت بررسی درگیری غدد اشکی و پاروتید برای بیمار، گالیوم اسکن سر و گردن انجام گرفت (تصویر ۳) که در آن با توجه به افزایش جذب گالیوم توسط غدد اشکی و پاروتید (علامت Panda)، بیماری فعال سارکوئیدوز در این نواحی مطرح گردید. بیمار جهت بررسی و درمان به متخصص ریه معرفی شد. در مشاوره انجام شده بیمار تحت اسپیرومتری ($FEV1/FVC=70/43$)، نمونه برداری ریه ها و CT اسکن با قدرت تفکیک بالا (High Resolution CT) قرار گرفت که وجود لنفادنوپاتی در ناحیه مدیاستن را تایید می کرد (تصویر ۴). گزارش نمونه آسیب شناسی ریه نشان دهنده التهاب مزمن همراه با سلول های اپیتلوئید غول پیکر هیستوسیتیک و تشکیل گرانولوم غیر کازیفیه به نفع سارکوئیدوز بود. با توجه به یافته های فوق و تشخیص بیماری فعال سارکوئیدوز، درمان با پردنیزولون با مقدار 0.5 میلی گرم در هر کیلوگرم وزن بدن آغاز شد و سیر بهبودی مشاهده گردید.

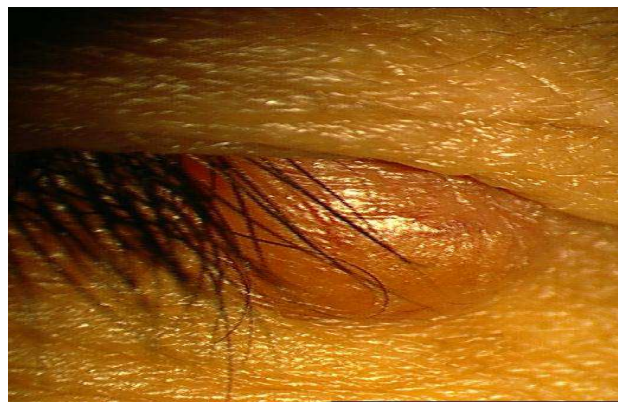


تصویر ۲- آدنوپاتی دوطرفه ناف ریه در رادیوگرافی قفسه صدری

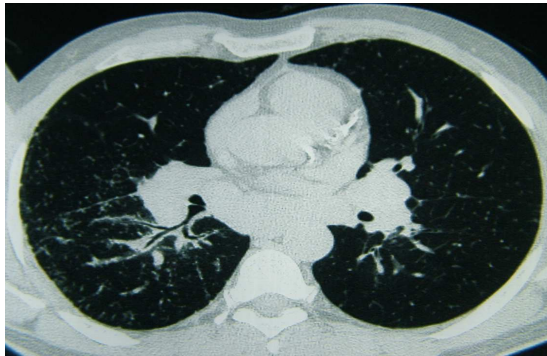
درمان به موقع آن از اهمیت زیادی در جلوگیری از این عوارض برخوردار است. مبتلایان به سارکوئیدوز ممکن است بدون علامت بوده و یا علائم مربوط به نارسایی اعضای مختلف بدن را بروز دهند. شایع ترین عضو درگیر در بیماری سارکوئیدوز، ریه می باشد و پس از آن پوست و چشم در رده های بعدی شیوع درگیری قرار دارند. با توجه به شیوع بالای درگیری چشم در بیماری سارکوئیدوز، آشنایی با علائم متنوع ظهور این بیماری برای چشم پزشکان از اهمیت زیادی برخوردار است تا با شناسایی این بیماری از عوارض وخیم عدم درمان به موقع جلوگیری کنند^{۱۹}. در این مقاله به معرفی یک بیمار که با شکایت ضایعه پوستی اطراف پلک مراجعه نموده و بعد از بررسی های انجام شده، با تشخیص سارکوئیدوز تحت درمان دارویی قرار گرفته بود، می پردازیم.

معرفی بیمار

آقای ۵۲ ساله ای با شکایت ایجاد توده صورتی رنگ با حدود مشخص و برجسته، بدون درد با روند رو به رشد در قسمت کانتوس خارجی چشم چپ از ۶ ماه قبل، مراجعه نمود. وی در شرح حال، سابقه بیماری دیابت و فشار خون را از چندین سال قبل ذکر نمود که تحت درمان دارویی قرار داشت. هم چنین از چند سال قبل به دلیل افزایش آنزیم های کبدی بدون علت قابل شناسایی، تحت نظر متخصص گوارش قرار داشت. بیمار سابقه ای از قرار گرفتن در معرض تابش اشعه (Radiation) را نمی داد، ولی در شرح حال سرفه های متناوب بدون تنگی نفس را ذکر می نمود. در معاینه چشم ها، توده ای با حاشیه مشخص و برجسته و صورتی رنگ به ابعاد 2×3 میلی متر، بدون درد در مجاورت کانتوس



تصویر ۱- ندول صورتی رنگ در کنار کانتوس خارجی چشم چپ در ابتدای مراجعه



تصویر ۴- ضایعات کوچک ندولار برونکوواسکولار و هم‌چنین در امتداد شیار ریه همراه با غدد لنفاوی پره‌واسکولار و پاراتراکئال و ناف ریه



تصویر ۳- افزایش جذب ماده رادیواکتیو در گالیوم اسکن به ویژه در غدد پاروتید و اشکی (علامت Panda) و نیز در غدد لنفاوی مدیاسین و ناف ریه (علامت Lambda)

برجسته با اندازه یک سانتی‌متر (اغلب کوچک‌تر از سه سانتی‌متر) بوده و می‌توانند به یکدیگر پیوسته و منطقه وسیعی از پوست را درگیر نمایند. با درمان، رنگ و برجستگی ضایعات از بین می‌رود. تشخیص سارکوئیدوز در این ضایعات اغلب با نمونه‌برداری پوست تایید می‌شود.^۲ هم‌چنان که در بیمار معرفی شده، نمونه‌برداری از ضایعه پوستی منجر به تشخیص شد.

از سالیان قبل رادیوگرافی ساده از قفسه صدری، شایع‌ترین وسیله ارزیابی درگیری ریوی در سارکوئیدوز می‌باشد و براساس یافته‌های آن، بیماری سارکوئیدوز ریوی به چهار مرحله تقسیم می‌شود که از آدنوپاتی ناف ریه شروع و در ادامه ارتشاح ریه‌ها و سرانجام به فیبروز ریه‌ها ختم می‌شود.^۳ آدنوپاتی بیش‌تر از دو سانتی‌متر در ناف ریه‌ها، مطرح‌کننده سارکوئیدوز است. اسکن گالیوم، برای ارزیابی نسج بینابینی ریه‌ها زمانی که نتایج رادیوگرافی از ریه‌ها نامشخص باشند مفید است و نتیجه مثبت آن از تشخیص حمایت می‌کند^۴، به ویژه اگر افزایش فعالیت در غدد پاروتید و اشکی (Panda sign) یا در پاراتراکئال راست و منطقه ناف ریوی چپ (Lambda sign) مشاهده شود.^۵ البته در مطالعات انجام شده، مشاهده شد که جذب گالیوم، یافته اختصاصی نیست و در افراد طبیعی بدون سابقه درگیری چشمی نیز روی می‌دهد.^۶ اگر چه دکتر Sagowski معتقد است که سطوح بالای ACE همراه با سیتی‌گرافی مثبت گالیوم اسکن از اختصاصیت حدود ۹۹ درصد برای تشخیص سارکوئیدوز غدد بزاقی برخوردار است و نیاز به آزمایشات اضافی هیستوپاتولوژی ندارد.^۸ سطوح ACE افزایش یافته سرم در تشخیص سارکوئیدوز مفید است، ولی از اختصاصیت کمی برخوردار است. در ۶۰ درصد بیماران مبتلا به فرم حاد سارکوئیدوز

بحث

بیماری سارکوئیدوز به طور شایع با ایجاد گرانولوم غیرکازیفیه همراه است.^۱ شایع‌ترین عضو درگیر در این بیماری، ریه می‌باشد که نمای درگیری ریوی شامل لنف آدنوپاتی ناف ریه و مدیاستن با یا بدون کلسیفیکاسیون و کدورت‌های چند کانونی نسج بینابینی ریه با اندازه‌های مختلف و کدورت‌های منتشر ندولار یا خطی و فیبروز وسیع می‌باشد. سارکوئیدوز می‌تواند باعث درگیری سایر اعضای بدن شامل پوست، چشم و کبد و قلب و غدد درون ریز و عضلات اسکلتی و سیستم عصبی شود.^۱

درگیری چشم‌ها در سارکوئیدوز با نژاد مرتبط است و در نژادهای مختلف، شیوع درگیری بین ۷۰-۳۰ درصد متفاوت می‌باشد. شایع‌ترین تظاهر چشمی سارکوئیدوز، یووئیت قدامی بوده که از علایم آن می‌توان ایجاد Mutton Fat Kps و ندول‌های عنبیه و مردمک را نام برد. وریدهای شبکیه در این بیماری درگیر شده و نمای "اشک چکیده شده از شمع" (Candle wax dripping) را ایجاد می‌کنند. ابتلا چشم در بیماری سارکوئیدوز می‌تواند منجر به کوری شود.^۲

درگیری پوست در بیماری سارکوئیدوز به صورت اریتم ندوزوم و ضایعات ماکولوپاپولار و هایپر و هایپو پیگمانته و ایجاد کلویید و ندول‌های زیر پوستی است که در بیمار معرفی شده در این مقاله، درگیری پوستی به صورت ندول زیر پوستی در ناحیه کانتوس خارجی چشم چپ بود. ضایعات اریتم ندوزوم اغلب با آدنوپاتی ناف ریه‌ها و یووئیت (سندرم Lofgren) همراه است و بیش‌تر در زنان دیده می‌شود. ضایعات ماکولوپاپولر، شایع‌ترین تظاهر فرم مزمن بیماری است. ابتدا این ضایعات به صورت پاپول‌های ارغوانی،

کرد. داروهایی نظیر هیدروکسی کلروکین و مینوسیکلین برای درگیری پوستی سارکوئیدوز مفیدند^۱. در بیمار معرفی شده بعد از تشخیص سارکوئیدوز فعال در ریه‌ها و غدد اشکی و پاروتید و پوست، بیمار تحت درمان سیستمیک با کورتیکواستروئید توسط همکاران متخصص ریه قرار گرفت و سیر بهبودی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری

در توده‌های پلکی باید سارکوئیدوز را نیز در تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفت و اگر علائم بالینی دیگر به ویژه در ریه و غدد بزاقی به نفع این بیماری مشاهده شد، بررسی دقیق‌تری مورد نیاز خواهد بود.

و در ۲۰ درصد بیماران مبتلا فرم مزمن، سطح ACE افزایش می‌یابد. در نهایت تشخیص سارکوئیدوز نیاز به ترکیب تظاهرات بالینی و یافته‌های آسیب‌شناسی اعضا درگیر دارد. در نمونه‌برداری از ریه‌ها و سایر اعضا، گرانولوم غیر کازیفیه مطرح‌کننده تشخیص سارکوئیدوز است. در لاواژ برونکو آلوئولاژ (BAL) که توسط برونکوسکوپی انجام می‌شود، افزایش درصد لنفوسیت‌ها و نسبت CD_4/CD_3 بالاتر از ۳/۵، مطرح‌کننده سارکوئیدوز است^۱.

درمان این بیماری براساس علائم آن است. درمان موضعی هنگامی که تنها یک عضو و درمان سیستمیک در درگیری چند عضو توصیه می‌شود. درمان انتخابی، گلوکوکورتیکوئیدها هستند. البته به علت اثرات جانبی این داروها، از سایر داروهای جایگزین مانند متوتروکسات، آزاتیوپرین و کلرامبوسیل نیز می‌توان استفاده

منابع

1. Johns CJ, Michele TM: The clinical management of sarcoidosis. A 50-year experience at the Johns Hopkins Hospital. *Medicine* 1999; 78:65-111.
2. Bonofoli AA, Orefice F. Sarcoidosis. *Semin Ophthalmol* 2005;20:177-182.
3. Marchiori E, Zanetti G, Hochhegger B, Carvalho JF. Sarcoid Cluster sign and the reversed halo sign: Extending the spectrum of radiographic manifestation in sarcoidosis. *Eur J Radial* 2011;80:567-568.
4. Karm A, Poukkola AA, Ruokonen AO. Assessment of activity of ocular sarcoidosis by gallium scanning. *Br J Ophthalmology* 1987;71:361-367.
5. Peterson EA, Hgmas DC, Prott DV. Sarcoidosis with orbital tumor outside the lacrimal gland; initial manifestation in 2 eldey white women. *Arc Ophthalmol* 1998;116:804-806.
6. Kurdziel KA. The panda sign. *Radiology* 2000;215:884-885.
7. Rossa AH, Herbert HM, Kabala J, Malhotra R. Lacrimal gland up take of gallium (67GA) citrate in patients without ocular pathology. *Orbit* 2009;28:120-123.
8. Sagowski C, Ubmuller J. Clinical diagnosis of saliva gland sarcoidosis. *HNO* 2000;48:613-615.