

## معرفی یک بیمار مبتلاء به سندرم سوئیت

دکتر محمدرضا فرزانه<sup>۱</sup>، دکتر محمد کاظم نوح پیشه<sup>۲</sup>

استادیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<sup>۲</sup> استادیار گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

طب جنوب / سال سوم؛ شماره دوم / ۱۳۷۹

### چکیده:

سندرم سوئیت اولین بار در سال ۱۹۶۴ بوسیله روبرت سوئیت گزارش شد که علائم آن عبارتند از تب، بروز ناگهانی پلاکهای دردناک اریتماتوز، افزایش قابل توجه سلول های پلی مورف در دم بدون شواهد و اسکولیت. گر چه سندرم سوئیت می تواند بدون بیماری همراه باشد ولی در بسیاری از موارد بیماریهای ایمنولوژیک مثل کولیت اولسرو، آن را همراهی می کنند. در بیمار ما قبل از بروز ضایعات پوستی، علائم شبه آنفولانزا موجود بوده است و سپس بیمار با علائم تیپیک سندرم سوئیت مراجعه نموده است و با استروئید سیستمیک ضایعات پوستی بکلی ناپدید گردید.

واژگان کلیدی: سندرم سوئیت، کورتیکواستروئید، پوست، هیستوپاتولوژی

**مقدمه:**

سندرم سوئیت یک بیماری پوستی غیر شایعی است که مشخصه آن بروز ناگهانی پلاکهای متعدد دردناک به همراه تب، درد مفصلی و لوکوسیتوز می باشد. اولین بار سوئیت در سال ۱۹۶۴ این بیمار پوستی را بنام *Acute febrile neutrophilic dermatosis* گزارش کرد. این بیماری بیشتر در خانمهای ۵۰ - ۳۰ ساله دیده می شود و به نژاد یا منطقه جغرافیایی خاصی بستگی ندارد. گرچه اتیولوژی این بیماری تا کنون مشخص نشده است ولی تعداد زیادی از بیماران، علائم عفونت تنفسی فوقانی و شبه آنفلوآنزا، یک تا سه هفته قبل از علائم پوستی وجود داشته است (۵).

اهمیت دیگر این بیماری همراهی آن با سرطانهای داخلی (بخصوص سرطان خون) در ۲۰ تا ۵۰ درصد موارد است (۲، ۳، ۶).

**معرفی بیمار:**

بیمار خانمی ۳۰ ساله، خانه دار از شهرستان گناوه بود که با تب بالا، بروز ناگهانی ضایعات پوستی التهابی و درد و تورم مفاصل اندام فوقانی به درمانگاه مراجعه نمود. ضایعات وی از یک هفته قبل از مراجعه شروع و به سرعت گسترش یافته بودند؛ وی به عنوان سلولیت با پنی سیلین تحت درمان قرار داشت ولی نتیجه ای حاصل نشده بود. بیمار از یک هفته قبل از بروز علائم سابقه عفونت تنفسی شبه آنفلوآنزا را ذکر می نمود.

در معاینه بیمار بد حال به نظر می رسید. مفاصل هر دو اندام فوقانی دردناک، قرمز و متورم بودند. پاپولها و پلاکهای متعدد قرمز رنگ و دردناک با حاشیه کاملاً مشخص، همراه وزیکولهای کاذب در نواحی شدیداً ادماتوز آنها بر روی پیشانی، اطراف چشم، گردن و بخصوص بر روی سطوح خارجی هر دو ساعد مشاهده می شد در آزمایشات بعمل آمده تعداد گلبولهای سفید ۱۴۸۰۰ در هر میلی متر مکعب با ۸۵٪ پلی مورف، ۱۲٪ لنفوسیت، ۳٪ مونوسیت و  $ESR = 38$  بود و سایر بررسی های انجام

شده از جمله *CXR*، سونوگرافی شکم و لگن طبیعی بودند.

**پاتولوژی:**

در بررسی هیستولوژی از پوست، ضایعات بسیار تبییک بود. بطوریکه اپیدرم، نرمال و تا حدی نازک شده بود ولی در میس شدیداً ادماتوز و کاملاً بوسیله سلولهای پلی مورف انفیلتره شده بود (۷). انفیلتراسیون دور عروقی مشهود بود، بعضی از سلولهای پلی مورف علائم کلوسیتوکلاسیس را داشتند و تعداد کمی سلولهای مونو نوکلئار دیده می شد. سلولهای مونونوکلئار عمدتاً سلولهای لنفوسیت بودند. شدت ادم محدود بود که نمایی شبیه تاوز زیر اپیدرمی را تقلید می کرد (تصویر ۱).

علیرغم علائم لکوسیتوکلاسیس، هیچ نشانه ای از آسیب عروقی یا واسلولیت دیده نشد.

**سیر بیماری:**

بیمار با مصرف روزانه ۴۰ میلی گرم پردنیزولون خوراکی تحت درمان قرار گرفت. حال عمومی و علائم وی بسیار سریع رو به بهبودی گذاشت. به طوری که تب وی در عرض ۴۸ ساعت، علائم مفصلی در عرض ۴ روز و ضایعات پوستی در عرض ۱۰ روز بدون به جا گذاشتن جوشگاه، کاملاً بهبودی یافتند. مقدار دارو بتدریج کاهش داده شد و در عرض ۶ هفته قطع گردید. در پیگیری بیمار، تا کنون (۶ ماه پس از قطع دارو)، ضایعه جدیدی مشاهده نگردیده است.

**بحث:**

سندرم سوئیت، در شکل کامل خود با بروز ناگهانی تب، ضایعات پوستی قرمز یا ارغوانی رنگ دردناک با حاشیه کاملاً واضح، درد مفاصل و لوکوسیتوز مشخص می شود و دیدن وزیکول یا تاویل کاذب بر سطح ضایعات که ناشی از ادم شدید درم است در تشخیص بسیار کمک کننده است. در این سندرم علاوه بر پوست و مفاصل، مخاط دهان، چشم، کبد، کلیه ها و ریه ها نیز ممکن است درگیر شوند. گرچه در بسیاری از موارد، بیماری بدنبال عفونت

یک نوع واکنش افزایش حساسیت نسبت به آنتی ژن باکتریها، ویروسها و یا تومورها است و پاسخ مناسب به استروئید این عقیده را تقویت می کند (۵ و ۷ و ۹).

از نظر کلینیکی، ضایعات اولیه سندرم سوئیت ممکن است با اریتم مولتی فرم اشتباه شود ولی الگوی متقارن ضایعات در اریتم مولتی فرم و درگیری مخاطی و هیستوپاتولوژی خاص، این دو را از یکدیگر قابل تمایز می سازد. تشخیص افتراقی دیگر اریتم ندوزوم است ولی ضایعات در این بیماری نادر، عمقی و بیشتر از همه بر روی اندام تحتانی است، جایی که در سندرم سوئیت کمتر درگیر می شود (۲ و ۱۰).

تنفسی فوقانی یا شبه آنفولانزا رخ می دهد، ولی مدرک دال بر نقش یک عامل باکتریال در پیدایش آن در دست نیست (۵ و ۶). تشخیص صحیح این بیماری از دو جنبه حائز اهمیت است: اولاً از مصرف بی مورد آنتی بیوتیکها اجتناب می شود، چون اینگونه داروها هیچگونه اثری بر سیر بیماری ندارند. ثانیاً، طبق گزارشات مختلف، این بیماری در ۲۰ تا ۵۰ درصد موارد با یک سرطان داخلی همراهی دارد و حتی ممکن است ماهها تا سالها قبل از تشخیص سرطان بروز نماید. در مطالعات انجام شده، بیشترین ارتباط را با سرطانهای خون، بخصوص لوسمی میلوئید حاد داشته است (۲ و ۹ - ۷). لذا پیگیری چنین بیمارانی از نظر تشخیص بموقع واجد اهمیت است. احتمالاً این سندرم



تصویر (۱) نمای هیستوپاتولوژیک از پوست بیمار مبتلا به سندرم سوئیت

REFERENCES:

1. Sweet RD. *An acut febrile neutrophilic dermatosis. Br J Dermatol* 1967;76:349-56.
2. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. *Textbook of dermatology. 5th ed. London: Black well Scientific Publications, 1992,1928-29.*
3. Bural B. *Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). Dermatol J* 1999;5:8-10.
4. Sweet RD. *Acut febrile neutrophilic dermatosis. Br J Dermatol* 1979;100:93-9.
5. Saxe N, Saxe N, Gordan W. *Acute febrile neutrophilic dermatosis. ( Sweet's syndrome). S Afr Med* 1978;53:253-6.
6. Gunawardena DA, Gunawardena KA, Rana yaka RM, et al. *The clinical spectrum of sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). Br J Dermatol* 1985;92:363-73.
7. Kemmett D, Hunter JAA. *Sweet's syndrome: A clinicopathologic review of twenty-nine cases. Am Acad Dermatol* 1990; 23:503-7
8. Kemmett D, Hunter JAA, Berth J, et al, *Sweet's Syndrom and malignancy. a case associated wich muletiple myeloma and review of literature. Br J Dermatol* 1989;121:123-80.
9. Cohen PR, Kurzrock R. *Sweet's syndrome and malignancy. Am J Med* 1987;82:1220-16.
10. Lever WF, Lever GS. *Histopathology of the skin. 7th ed. Philadelphia: Lippincot Company, 1990,1960.*