

تشخیص شما چیست؟

دکتر امیر هوشنگ احسانی^۱، دکتر رضا محمود رباطی^۲، دکتر نیما حجازی^۲، دکتر مریم غیاثی^۲

۱- استادیار، ۲- دستیار، گروه پوست؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمار خانمی ۴۳ ساله اهل و ساکن شهر اردبیل است که به علت ضایعه‌های پوستی در نواحی پشت دست، زانوها، قوزک خارجی پا و آرنج‌ها مراجعه کرده است. این ضایعه‌ها از حدود ۲ سال قبل، ابتدا به صورت پاپول و پلاک‌های بنفش رنگ در سطح پشتی دست روی مفاصل متاکارپوفالانژیال ایجاد شد و به تدریج روی آرنج‌ها، زانوها، قوزک خارجی پا و سطح پشتی پا نیز به وجود آمد (تصاویر شماره ۱ و ۲). این ضایعه‌ها توزیعی نسبتاً قرینه دارند و به صورت پاپول‌ها و پلاک‌هایی بنفش رنگ با قوام سفت و حجم‌دار با حاشیه نامنظم با قطر متوسط ۲۰-۵ میلی‌متر هستند.

بیمار اظهار می‌دارد که این ضایعه‌ها در ابتدا نرم‌تر بودند و به تدریج قوام آن‌ها سخت‌تر شده است. بیمار هیچ‌گونه علامتی از جمله درد، خارش، درد مفصلی و همچنین تب را همراه با ضایعه‌های مزبور ذکر نمی‌کند. همچنین وی سابقه هیچ‌گونه بیماری زمینه‌ای یا مصرف دارو را اظهار نمی‌دارد. در آزمایش‌های به عمل آمده از بیمار، افزایش میزان سدیمانتاسیون اریتروسیستی مشاهده شد. سایر آزمایش‌ها از جمله آزمون‌های عملکرد کبدی و کلیه، کرایوگلوبولین، فاکتور روماتوئید، آنتی بادی ضد هسته‌ای، آنتی بادی ضد DNA دو رشته‌ای، VDRL و سطوح کمپلمان همگی در محدوده طبیعی گزارش شد.

تشخیص شما چیست؟

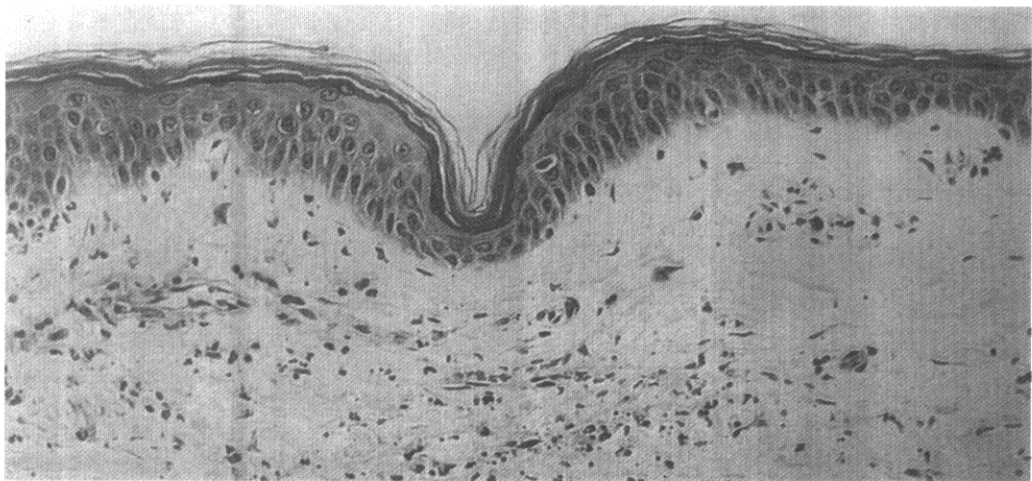
فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۴): ۳۲۲-۳۲۵



تصویر شماره ۱



تصویر شماره ۲



تصویر شماره ۳

هستند (۱). ضایعه‌های قدیمی اغلب بزرگ‌تر و حالتی فیبروتیک با نمایی گزانتومایی دارند. سیر بیماری مزمن است ولی گزارش‌هایی از بهبود خودبخودی وجود دارد. وخیم شدن هم‌زمان بیماری به همراه عفونت باکتریال نیز گزارش شده است (۳). نشانه‌های بیماری در عفونت با ویروس نقص ایمنی اکتسابی به صورت ضایعه‌های ندولار با توزیع پالموپلانتر تغییر می‌کند (۴،۵). علائم بیماری متغیر است و ضایعه‌ها عموماً فاقد علامت و در سایرین دردناک هستند. اغلب یک اختلال سیستمیک وجود دارد که شایع‌ترین آن‌ها درد مفصلی با شدت متفاوت است. برخی بیماران به طور هم‌زمان دچار آرتریت روماتوئید و برخی دیگر کراتیت اولسراتیو می‌شوند. بسیاری از بیماران در برخی گزارش‌ها مبتلا به بیماری التهابی روده بوده‌اند که بیماری پوستی نیز در زمان شعله‌وری بیماری کرون تشدید شده است. تغییرات در دمای محیط به ویژه هوای سرد باعث وخامت ضایعه‌ها یا بروز ضایعه‌های جدید می‌شود (۱).

فرضیه مورد قبول در مورد پاتوژنز EED یک واسکولیت با واسطه‌ی کمپلکس ایمنی است که به دلیل مواجهه مزمن آنتی‌ژنی حاصل می‌شود. همراهی EED با گاموپاتی‌های مونوکلونال (به ویژه Iga)، عفونت HIV، بیماری سلیاک و عفونت‌های استرپتوکوکی مزمن این فرضیه را حمایت می‌کند (۳). با این یادآوری که اختلال مهاجرت نوتروفیل‌ها در پاسخ به اینترلوکین ۸ و پپتیدهای باکتریایی نیز توصیف شده است (۶). یافته‌های هیستوپاتولوژیک شکلی از واسکولیت لکوسیتو کلاستیک را مطرح می‌کند. این یافته‌ها شامل فیبرین، نوتروفیل‌ها و تکه‌های نوتروفیلی داخلی و اطراف دیواره‌ی عروق کوچک در درم فوقانی و میانی است (۳). ضایعه‌های قدیمی‌تر می‌توانند یک پاسخ گرانولاسیون را همراه تکثیر سلول‌های رتیکولار درمی و تجمع لیبید داخل سلولی نشان

تشخیص : Erythema Elevatum Diutinum

یافته‌های آسیب شناسی

ارتشاح سلولی اطراف عروق و داخل دیواره‌ی عروقی عمدتاً نوتروفیلی است و همچنین تورم سلول‌های اندوتلیال مشاهده می‌شود. دیواره‌ی عروق و همچنین اطراف آن توسط نوارهای اتوزینوفیلی و فیبری پوشانده شده و بسیاری از قطعات هسته‌ای به صورت غبار هسته‌ای بوده و در مجموع الگوی یک واسکولیت لکوسیتو کلاستیک مطرح است (تصویر شماره ۳).

بحث

(Erythema Elevatum Diutinum [EED]) یک

بیماری مزمن نادر پوستی است که با پاپول و پلاک و ندول‌های قرمز، ارغوانی و زرد مشخص می‌شود و اغلب به صورت قرینه در نواحی انتهایی و سطوح اکستانسور مشاهده (۱) و از نظر بافت شناسی با یک واسکولیت لکوسیتو کلاستیک مشخص می‌شود. تمایلی به درگیری پوست روی مفاصل، باسن و تاندون آشیل دارد (۲). این بیماری اغلب در افراد بالغ رخ می‌دهد ولی امکان دارد در هر سنی روی دهد. ضایعه‌ها شامل پاپول‌های متعدد هستند که به سمت پلاک و ندول پیش‌رفت می‌کنند. تجمع ضایعات ممکن است به بروز اشکال نامنظم و حلقوی منجر شوند.

ضایعه‌های اولیه اغلب صورتی یا زرد رنگ هستند و ممکن است با گذشت زمان قرمز یا ارغوانی شوند. ضایعه‌های اولیه نرم است و امکان دارد به لمس، حساس باشند ولی ضایعه‌های قدیمی‌تر، ضخیم و سخت هستند. ضایعه‌ها توزیعی بسیار ویژه دارند. اغلب به صورت قرینه در نواحی اکستانسور توزیع می‌شوند. علاوه بر قسمت‌های ذکر شده در قبل، صورت و گوش نیز ممکن است درگیر شود اما تنه و پرده‌های مخاطی اغلب عاری از ضایعه‌ها

موارد، خط اول درمان شامل داپسون و سولفاپیریدین است. اثربخشی داپسون در ضایعه‌های فیبروتیک کم است و ضایعه‌ها با قطع درمان تمایل به عود دارد. سایر درمان‌ها که در حد گزارش موردی است شامل گلوکوکورتیکوئیدها، کلروکین، نیکوتین اسید و تتراسیکلین و کلشی سین است (۱).

دهند (۷). بیماران مبتلا به EED را باید از لحاظ بیماری‌های همراه مانند عفونت HIV، هپاتیت و اختلال‌های خود ایمنی ارزیابی کرد. در موارد لزوم الکتروفورز پروتئین، فاکتور روماتوئید و آنتی‌بادی اندومیزیال باید بر اساس علائم بالینی باید بررسی گردد (۳). در بیماران مبتلا به حالت‌های زمینه‌ای، درمان این موارد اغلب باعث بهبودی EED می‌شود (۸). در سایر

References

- 1-Katz SI. Erythema elevatum diutinum. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill; 2004.
- 2-Gibson L, El-azhary R. Erythema elevatum diutinum. *Dermatol Clin* 2000; 18: 295.
- 3-Burnett PE, Burgin S. Erythema elevatum diutinum. *Dermatol Online J* 2003; 9: 37.
- 4-Muratori S, Carrera C, Govani A, Alessi E. Erythema elevatum diutinum and HIV infection: A report of five cases. *Br J Dermatol* 1999; 141: 335.
- 5-Martin J, Avkiran M, Quirlan RA, et al. Erythema elevatum diutinum: A clinical entity to be considered in patients infected with HIV-1. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 725.
- 6-Grabbe J, Hans N, Moller A, Henz BM. Erythema elevatum diutinum dependent leukocyte alterations and response to dapsone. *Br J Dermatol* 2000; 143: 415.
- 7-Kanitakis J, Gozzani E, Lyonnet S, Thivolet J. Ultrastructural study of chronic lesions of erythema elevatum diutinum; *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 363.
- 8-Suarez M, Miguelez M, Villaba R. Nodular erythema elevatum diutinum in an HIV-1 infected woman: response to dapsone and antiretroviral therapy. *Br J Dermatol* 1998; 138: 717.