

گزارش یک مورد ابتلاء به تب با منشاء ناشناخته به همراه بثورات راجعه جلدی

دکتر مریم دامنش^۱، دکتر خدایار قربان^۲

چکیده

سابقه و هدف: افزایش درجه حرارت بیش از ۳۸/۳ سانتیگراد به مدت بیش از ۳ هفته در صورتی که علیرغم یک هفته بررسی در بیمار بستری به تشخیص قطعی نرسد تب با منشاء ناشناخته اطلاق می‌گردد. در این مقاله به معرفی یک مورد تب با منشاء ناشناخته به همراه بثورات راجعه جلدی که پس از بررسی‌های انجام شده بیماری استیل Adult Onset Still Disease (AOSD) تشخیص داده شد، می‌پردازیم.

معرفی بیمار: بیمار جوان ۲۰ ساله ای است که از حدود سه هفته قبل از مراجعه دچار تب های بالا، لرز و بثورات جلدی ماکولوپاپولر شده است. با هر حمله تب، بثورات تشدید و با قطع تب از بین می‌رفته است. علاوه بر آن از میالژی، آرترالژی، خستگی و بی‌اشتهایی نیز شاکی بوده است.

نتیجه گیری: AOSD نادر می‌باشد و اغلب تشخیص داده نمی‌شود. در این بیماری تب های اینتر میتنت بالا، آرترالژی، میالژی، بثورات عنابی رنگ، آدنوپاتی، هپاتواسپلنومگالی، پلوریت یا پریکاردیت و آنمی دیده می‌شود. در صورت عدم تشخیص و درمان این بیماری بطرف آرتریت مزمن پیشرفت می‌کند.

کلمات کلیدی: بثورات عنابی رنگ، بی‌ماری استیل، تب با منشاء ناشناخته

مقدمه

۳۵ سال دیده می‌شود. علائم بالینی شامل تب های بالا بصورت اینتر میتنت که حتی تا ۴۱ درجه سانتیگراد یا بالاتر افزایش یافته و سریعاً به حالت نرمال بر می‌گردد (۲)، بثورات عنابی رنگ که معمولاً با تب ظاهر شده و با قطع تب از بین می‌رود (۳) و معمولاً خارش ندارد، آدنوپاتی، اسپلنومگالی و هپاتومگالی در بیماران شایع است (۴). در تعدادی از بیماران پلوریت یا پریکاردیت و بندرت پلورال یا پریکاردیال افیوژن دیده می‌شود. دردهای مفصلی و یا آرتریت پلی آرتیکولار می‌تواند هر مفصلی را درگیر سازد (۵). اگرچه بیماری بندرت حیات فرد را تهدید می‌نماید ولی می‌تواند با سایر بیماریهای عفونی و یا بدخیمی‌ها اشتباه گردد. در اکثر موارد بیماری خود محدود شونده است ولی ممکن است مجدداً برگشت نماید. در ۱۰٪

بیش از ۳۰ سال است که تب با منشاء ناشناخته Fever of Unknown Origin (FUO) به بیماری اطلاق می‌گردد که به مدت بیش از سه هفته درجه حرارت بیمار بالاتر از ۳۸/۳ سانتیگراد باشد و علیرغم یک هفته بررسی‌های غیر تهاجمی انجام شده در بیمار بستری به تشخیص قطعی نرسد. اخیراً طبقه بندی تب با منشاء ناشناخته بصورت ۱- FUO کلاسیک ۲- FUO نازو کومیال ۳- FUO در بیماران نوتروپنیک ۴- FUO همراه با عفونت HIV تقسیم بندی می‌گردد (۱).

بیماری استیل (Adult Onset Still Disease) : AOSD بیماری نادر با اتیولوژی نامعلوم می‌باشد که بعنوان یک بیماری اتوایمیون شناخته شده است و می‌تواند بصورت FUO تظاهر نماید. این بیماری در بزرگسالان بین سنین ۲۰ الی

۱- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری، مرکز آموزشی - درمانی ۵۰۱ (نویسنده

مسئول)

۲- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه ایمنی شناسی

جدول ۱ - نتایج آزمایشات فرد مبتلا به تب با منشأ ناشناخته به همراه بثورات راجعه جلدی

WBC=22800 (PMN = %98 , LYM= %5)	Anti rubella , Anti measles = Neg
ESR = 50 , Hb=12/2 , PLT=330000	HIV=Neg
BS = 94 , BUN = 94 , Cr = 1	ANA , RF , LE Cell= Neg
TIBC = 228 , Fe = 201 , Ferritin = 750	HBSAG = Neg Ast= 270 Alt =90 Alp = 856
CRP = 3+ , Wright, Widal= Neg	Bone Marrow Aspiration = Normal
VDRL ,FTAabs=Neg	Borrelia and Malaria = Neg
ASO=Normal , Monotest= Neg	PPD= Neg

لازم به ذکر است نامبرده جهت پیگیری درمان به بخش روماتولوژی بیمارستان لقمان مراجعه نمود و تحت درمان توام استروئید و متوترکسات قرار گرفت.

بیماری AOSD می تواند مسئول مواردی از علل FUO باشد. در بیماری AOSD پیک هایی از تبهای بالا تا ۴۰ درجه که می تواند به حالت نرمال بر گردد (۶) و به همراه خستگی زیاد دیده می شود. تورم مفاصل می تواند مدت زمانی بعد از تب و بثورات ایجاد گردد (۷و۴).

جدول ۲ - معیارهای تشخیص بیماری AOSD بر اساس یافته های Yamaguchi و Cush و همکارانش

Cush و همکاران	Yamaguchi و همکاران
همه موارد زیر جهت تشخیص ضروری می باشد. تب < ۳۹ درجه سانتی گراد ، آرتریت یا آرترالژی RF > ۱/۸۰ ANA > ۱/۱۰۰	وجود ۵ علامت یا بیشتر که حداقل ۲ علامت مازور باشد جهت تشخیص ضروری است علائم مازور: تب بالاتر از ۳۹ درجه سانتی گراد به مدت بیش از یک هفته آرترالژی / آرتریت < ۱ هفته راش تیپیکال لکوسیتوز < ۱۰ هزار با ارجحیت PMN علائم مینور: گلسودرد ، آدنوپاتی ، افزایش آنزیمهای کبدی منفی بودن ANA ، منفی بودن RF
۲ تا از علائم زیر جهت تشخیص ضروری می باشد . لکوسیتوز < ۱۵۰۰۰ راش استیل پلوریت یا بریکاردیت هپاتومگالی یا اسپلنومگالی	

بیماران پلی آرتریت مزمن و تغییر شکل مفصلی رخ می دهد (۶).

معرفی بیمار

بیمار جوان ۲۰ ساله ای است که از حدود سه هفته قبل از مراجعه دچار حملات تب های بالا ، لرز و بثورات جلدی عنابی رنگ شده است. بثورات بصورت ژنرالیزه بوده و خصوصیت comes and goes داشته است (۷). در بدو بستری درجه حرارت ۳۹/۵ با فشار خون ۹۰/۶۰ میلیمتر جیوه، تعداد نبض ۱۱۵ و تعداد تنفس ۲۸ در دقیقه بوده است. در معاینه بالینی بیمار هوشیار و به خوبی به سوالات پاسخ می داد. در معاینه گردن آدنوپاتی متعدد در زنجیره قدامی، در قلب کاهش صداهای قلبی و در شکم اسپلنومگالی داشت. بثورات منتشر ماکولو پاپولر در سطوح تنه، شکم و اندام ها مشاهده می گردید. بیمار از آرترالژی ژنرالیزه و میالژی و بی اشتها شکایت می کرد.

نتایج آزمایشات انجام شده به اختصار در جدول ۱ آمده است. در سونوگرافی شکم اسپلنومگالی و در اکوی قلب بریکاردیت گزارش شد ، عکس سینه و CT قفسه صدی طبیعی بود. تعدادی از آزمایشات منفی تکرار شد و نتایج آن نیز مجدداً منفی گزارش گردید.

بحث و نتیجه گیری

علت تب و بثورات اغلب برای پزشکان یک معضل تشخیصی می باشد. وجود یک سری عوامل خاص می تواند پزشک را در جهت شناسایی علل ایجاد کننده راهنمایی کند. در این بیمار با توجه به علائم بالینی، وجود تبهای بالای اینترمیتنت، بثورات عنابی رنگ، درد های مفصلی اسپلنومگالی، آدنوپاتی، بریکاردیت و بالا بودن سدیماتاسیون، لکوسیتوز، افزایش آنزیم های کبدی، افزایش فریتین (۸) و منفی بودن RF ، ANA ، LE سل و بارد سایر بیماریهای عفونی و بدخیمی، تشخیص AOSD داده شد و تحت درمان با استروئید قرار گرفت و با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

ایمونوساپرسیوها کنترل می گردد (۷ و ۳). در صورتی که بیماری به درمانهای فوق جواب ندهد از آنتاگونیستهای TNF مثل Enbrel(etanercept) توصیه می شود (۱۰).

نشانه‌گان تشخیص AOSD بر اساس یافته های Yamaguchi و Cush و همکارانشان (جدول ۲) استوار است (۹). بیماری استیل می تواند ایجاد ضایعات جدی در مفاصل مخصوصا مچ دست نموده و عملکرد قلب و ریه را مختل نماید. در این بیماران بسیاری از علائم با داروهای NSAID، استروئید و

References

- 1) Harrison's Principles of Internal Medicine, 16 th edition, 2005.
- 2) Banh J, Marbo CC. Myocarditis in AOSD Arthritis & Rheumatism. 1985; 28(2) : 452-8
- 3) Clinical Primer of Rheumq. Lippicott Williams & Wilkens, Edited By William Koopman, et al. 2003.
- 4) Kazajan PH. Fever of Unknown origin, review of 86 Patients treated in Community Hospitals. Clin Infect Disease: 1992; 968 – 73.
- 5) Kelly' s Text book of Rheumatology, WB Saunders Co, edited By Shaun Ruddy, et al 2003.
- 6) Calabro JF. AOSD. Journal of Rheumatology: 1986; 13(2): 827 – 8.
- 7) Bambery P, Thomus RJ, Malhotre Hs. Adult Onset Still Disease. Annals Rheumatic Disease 1992; 51(2): 529 – 32.
- 8) Valente RM Banks PM. Corn Pl. Characterization of Lymph Node histology in AOSD. J Rheumatology: 1989; 16 (6):349-54.
- 9) Yamaguchi Mohte A. Preliminary Criteria for Classification of AOSD. Journal of Rheumatology 19(6):1992; 424 – 30.
- 10) Van Reeth C, le Moel G. Iqshe Y.Tevenant MC. Serum Ferritin is tool for diagnosis of AOSD. Journal of Rheumatology: 1996; 21 (8):890 – 5.

Fever of Unknown Origin with recurrent skin rash: a case report

*Dadmanesh M; MD, M.P.H¹, Ghorban Kh; PHD²

Abstract

Background: Fever of Unknown Origin (FUO) is defined as temperatures of $>38/3^{\circ}\text{c}$ and duration of fever of > 3 weeks with failure to reach a diagnosis despite 1 week of inpatient investigation.

Case report: A 20 year-old man presented with FUO and skin rash from 3 weeks ago. Physical examination revealed cervical adenopathy, decreased sound of heart, splenomegaly with generalized maculopapular rash. Echocardiography study revealed pericarditis. In abdominal sonography, splenomegaly and in laboratory test leukocytosis with CRP3+, increased liver function test, increased ferritin and other serologic study was normal. In this case with above findings, Adult onset still disease was diagnosed .

Conclusion: Although rare, Adult onset still disease can manifest as Fever of unknown origin and if diagnosed rapidly, it would be possible to prevent joint deformity.

Keywords: Adult still disease, Fever of Unknown Origin, Salmon-colored rash

1- (*Corresponding author) Assistant professor, Army University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Infectious Disease, 501 Medical Center

2- Assistant professor, Army University of Medical Science, Faculty of Medicine, Department of Immunology