

معرفی یک مورد بیمار مبتلا به دیابت و لیکن پلان درمان شده با SSRI

*دکتر حمزه شاه علی^۱، دکتر محمد حسین شاه علی^۲

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۸/۱۰/۸۷

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۵/۱۰/۸۷

تاریخ اعلام وصول: ۷/۱۰/۸۷

چکیده

سابقه و هدف: دیابت یکی از معضلات پزشکی عصر ما بوده و کنترل مناسب قند خون مهمترین هدف درمان بیماران مبتلا به دیابت است تا بتوان در حد امکان از میزان عوارض بلند مدت هیپرگلیسمی کاسته شود. لیکن پلان نیز به عنوان یک بیماری پوستی مزمن به دلیل درمان‌های بلند مدت و صرفاً علامتی باعث ایجاد مشکلات عدیده‌ای مانند مشکلات زیبایی شده و میزان پذیرش درمان در بیماران پایین است. لذا تحقیق و پژوهش در زمینه کنترل دیابت و لیکن پلان با روش‌های نوین همواره مد نظر پژوهشگران دنیا بوده و هست.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۶۰ ساله است که با تشخیص دیابت تیپ ۲ و سابقه ابتلا به لیکن پلان، تحت درمان دارویی قرار گرفت. علی‌رغم مصرف داروهای خوراکی ضد دیابت و درمان‌های مرسوم لیکن پلان قند خون و علائم لیکن پلان وی به طور کامل کنترل نشد. در ادامه بیمار به دلیل ابتلا به علائم اضطرابی یک دوره تحت درمان ضد اضطرابی با داروهای LUVOX ۱۰۰ mg (فلوکسامین) و XANAX ۰/۵ mg (آلپرازولام) قرار گرفته و مشاهده شد قند خون و علائم لیکن پلان بیمار به خوبی کنترل شده و به تدریج نیاز به درمان دارویی کاهش یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده در این مورد می‌توان امیدوار بود با حذف عامل مهم استرس توسط داروهای ضد اضطرابی مانند لووکس گامی در جهت درمان بیماری‌هایی که به نحوی با استرس مرتبط هستند (مانند: دیابت و لیکن پلان که Stress Dependent می‌باشند) برداشت.

کلمات کلیدی: دیابت تیپ ۲، لیکن پلان، استرس، SSRI

مقدمه

بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که علاوه بر درمان‌های رایج این بیماری‌ها می‌توان از روش‌های دیگری نیز جهت کنترل و درمان این بیماری‌ها بهره جست. اساس این روش‌ها مبتنی بر حذف فاکتور استرس و بهره جستن از حذف تاثیرهای نامناسب آن بر سیستم ایمنی در پاتوژنز این بیماری‌ها می‌باشد که نتیجه مستقیم آن ابداع روش‌های درمانی جدیدی است که نیاز به استفاده از سایر روش‌ها را تقلیل داده و در کنترل علائم و درمان این بیماری‌ها نقش موثری ایفا می‌نماید.

دیابت میلنوس و لیکن پلان از جمله بیماری‌هایی هستند که نقش سیستم ایمنی در ایجاد و بروز علائم بالینی آنها به اثبات رسیده است و در گروه بیماری‌های خود ایمنی (اتو ایمنی) قرار دارند. استرس هم به عنوان مهمترین عامل آگروژن موثر بر عملکرد سیستم ایمنی بدن نقش به‌سزایی در پاتوژنز و سیر بالینی بیماری‌های اتو ایمنی ایفا می‌کند. فلذا به دیابت، لیکن پلان و بیماری‌های مشابه در اصطلاح اختلال‌های stress dependent (وابسته به استرس) گفته می‌شود.

۱- پژوهشگر علوم پزشکی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش (*نویسنده مسئول)

۲- پژوهشگر علوم پزشکی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۰۹۱۲۳۴۰۲۸۰۱ آدرس الکترونیک: shah_box@yahoo.com

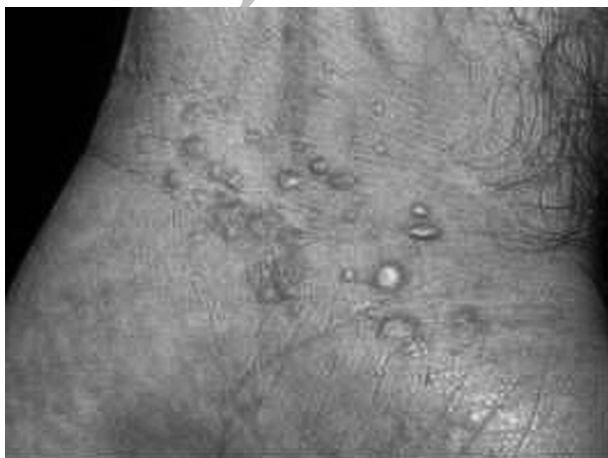
معرفی بیمار

در بررسی سوابق پزشکی بیمار، سابقه multiple trauma به صورت car accident از نوع high energy را در حدود ۲۴ سال قبل داشته که بدون نیاز به اقدام‌های تهاجمی و پس از یک روز بستری در بیمارستان و یک ماه استراحت در منزل بهبود یافته است.

در بررسی سوابق خانوادگی بیمار مشخص شد که برادر بیمار دچار ضایعات پوستی مشابه با شدت کمتر و خارش بیشتر تنها در انتهای اندام تحتانی می‌باشد. در سایر بررسی‌های انجام شده در سوابق بیمار نکته مثبت دیگری مشاهده نشد.

بررسی‌های پاراکلینیکی بدو تشخیص بیمار:

HbA_{1c} = ۹/۱ BS = ۵۲۰ FBS = ۳۲۰



بیمار آقای ۶۰ ساله و متاهلی است که کارمند بازنشسته و دارای مدرک تحصیلی کارشناسی می‌باشد. حدود ۵ سال قبل به دنبال ابتلا به زخم‌های مزمن اندام تحتانی به پزشک خانوادگی خود مراجعه کرده و پس از معاینات بالینی و اقدام‌های تشخیصی مشخص شد که بیمار دارای قند خون بالاست و جهت ادامه درمان و پیگیری‌های لازم به پزشک فوق تخصص غدد و متابولیسم ارجاع شد. بیمار با تشخیص هیپرگلاسمی مزمن تحت درمان با داروهای خوراکی کاهنده قند خون قرار گرفت که شامل: قرص گلی بن گلامید، ۲ عدد روزانه (صبح و ظهر) - قرص متفورمین ۳ عدد روزانه پس از هر غذا.

بیمار جهت بررسی‌های لازم پس از تایید تشخیص دیابت تیپ ۲ به متخصص چشم پزشک مراجعه کرده و با تشخیص رتینوپاتی دیابتی تحت درمان با لیزر تراپی شبکیه قرار گرفت. همچنین بیمار توسط پزشک فوق تخصص بیماری‌های کلیه (نفرولوژیست) جهت بررسی کارکرد کلیوی معاینه گردید و تنها نکته مثبت آن مشاهده میکروآلبومینوری در آزمایش آنالیز ادرار (u/a) بیمار بود که اقدام‌های لازم جهت آن انجام گرفت.

بیمار در سن ۳۵ سالگی (۲۰ سال قبل از تشخیص دیابت تیپ ۲) به دلیل ابتلا به ضایعات پوستی به پزشک متخصص بیماری‌های پوست و مو مراجعه نموده و طی معاینه انجام شده تاول‌های غیر خونریزی دهنده و فاقد درد با ظهور و بهبودی خودبخودی با وسعت حدوداً ۷ × ۱۰ cm در قسمت قوس کف پا رویت شد که چندین بار عود داشته اما علی‌رغم بررسی‌های متعدد (نظیر بررسی‌های آسیب شناسی) انجام شده هیچ علت مشخصی جهت این علائم یافت نشد. حدوداً ۲۰ سال قبل (۱۵ سال قبل از تشخیص دیابت تیپ ۲) به طور ناگهانی ضایعات پوستی خارش دار، بدون پوسته ریزی، با بستر اریتماتو، ملتهب و ترشحات اندک سروزی در انتهای اندام تحتانی از زانو تا روی پاها بدون درگیری کف پا و نیز در انتهای اندام فوقانی از مچ دست تا بند پروگزیمال انگشتان ظاهر شد. در بررسی‌های انجام گرفته توسط پزشک متخصص بیماری‌های پوست و مو با شک بالینی قوی به بیماری لیکن پلان نمونه بافتی ضایعات توسط پاتولوژیست بررسی و در تایید تشخیص بالینی، لیکن پلان پمفیگنویید گزارش گردید.

یافته‌ها

بیمار به طور اتفاقی به جای مصرف قرص گلی بن گلامید از آلپرازولام با دوز تراپیوتیک (۰/۵mg - BID) استفاده کرده و متعاقب آن دچار افت قند خون و علائم هیپو گلیسمی (تریاد ویپل) شد. همچنین به دلیل ابتلا به حملات اضطرابی و با شک بالینی به stress dependent بودن دیابت و بروز علائم لیکن پلان، تحت درمان با داروی Luvox (فلوکسامین) با دوز mg ۱۵۰ روزانه قرار گرفت. بر مبنای پروتکل درمانی در دو هفته اول همزمان بیمار تحت درمان با داروی Xanax (آلپرازولام) با دوز mg ۰/۵ bed time قرار گرفت. بیمار به مدت ۳ ماه تحت درمان بوده و پس از این مدت تدریجاً میزان قند خون وی تقلیل یافته و متعاقب هر حمله افت قند خون یک قرص گلی بن گلامید از رژیم درمانی حذف شد. پس از گذشت ۴ ماه از شروع درمان، به دلیل کاهش چشمگیر قند خون مصرف گلی بن گلامید و هر سه قرص متفورمین تدریجاً قطع شد. لازم به ذکر است BS² HPP و FBS به صورت روزانه تا یک هفته و سپس به صورت هفتگی و پس از حداقل زمان ناشتای ۶ ساعت با دستگاه گلوکومتر دیجیتال اندازه گیری شده است. پس از ۴ هفته درمان FBS = ۱۸۰ و BS = ۲۸۸، ۳ ماه بعد FBS = ۱۷۰ و BS = ۲۶۵، ۶ ماه بعد FBS = ۱۵۷ و BS = ۲۳۱ نهایتاً پس از ۹ ماه از شروع درمان FBS = ۱۱۹ و BS = ۱۹۷ رسید. و این در حالی است که بیمار از هیچ داروی ضد دیابت، ورزش و رژیم غذایی در طی این مدت استفاده نکرده است. ضایعات پوستی لیکن پلان نیز به طور چشمگیری بهبود یافته و شدت، وسعت ضایعات به طور محسوسی کاهش یافته است. همچنین علائم آزار دهنده بیماری مثل: خارش و ترشح سروزی واضحاً کاهش داشت. میزان کاهش بروز علائم در اندام تحتانی بیش از اندام فوقانی بود.

پیگیری مداوم

در ابتدا FBS و BS بیمار با استفاده از گلوکومتر دیجیتال به صورت روزانه به مدت یک هفته چک شد. در ادامه به صورت هفتگی برای یک ماه و بعد هر ۲ هفته یک بار برای ۳ ماه و در پایان ماه چهارم به صورت ماهانه به مدت ۵ ماه چک شد. به دلیل نیاز به حداقل فاصله زمانی ۳ تا ۶ هفته‌ای جهت بررسی HbA_{1c} بررسی آن به صورت ماهانه و از ابتدای ماه سوم انجام گرفت. کلیه مراحل follow up در جدول ذیل به تفصیل توضیح داده شده است.

DATE	FBS	BS 2hpp	HbA _{1c}
بدو تشخیص	۳۲۰	۵۲۰	۹/۱
۱ ماه بعد	۱۸۰	۲۸۸	اندازه گیری نشده است
۳ ماه بعد	۱۷۲	۲۶۵	۸/۷
۶ ماه بعد	۱۵۷	۲۳۱	۸/۲
۹ ماه بعد	۱۱۹	۱۹۷	۷/۸

بحث و نتیجه گیری

باعنایت به نتایج به دست آمده در این مورد خاص می توان امیدوار بود تا در سایر موارد نیز با حذف عامل مهم استرس توسط داروهای ضد اضطرابی مانند لووکس گامی مهم در جهت درمان بیماری هایی که به نحوی با استرس مرتبط هستند (مانند: دیابت و لیکن پلان) برداشت. تحقیق در زمینه این طرح پژوهشی همچنان توسط مجریان آن ادامه داشته و نتایج تکمیلی پس از تایید در نشریات معتبر مشابه به چاپ خواهد رسید.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای مهندس محمد حسین آقایی میبیدی که ما را در تهیه و تدوین این مقاله یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References

- Harrison's, principles of internal medicin, endocrine and metabolic disease. 17 th edition, 2008.
- Skin disease diagnosis and treatment / Thomas p habif md / 2 th edition, 2005.
- Kaplan and sadock's pocket handbook of clinical psychiatry, anxy disorder. 4 th edition, 2005.
- Harrison's, principles of internal medicin, cardiovascular disease. 17 th edition, 2008.
- Rashtak S, Pittelkow MR. Curr Dir Autoimmun: Skin involvement in systemic autoimmune diseases. 2008;10:344-58. Review.
- Seyhan M, Ozcan H, Sahin I, Bayram N, Karincaoglu



- Y.Diabetes Res Clin Pract. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus: 2007 Aug;77(2):198-202. Epub 2007 Feb 1.
- 7- Seyhan M, Ozcan H, Sahin I, Bayram N, Karıncaoğlu Y. Diabetes Res Clin Pract. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus :2007 Aug;77(2):198-202. Epub 2007 Feb 1.
- 8- Romero MA, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz-Dios P, Garcia-Pola MJ. Med Oral. Prevalence of diabetes mellitus amongst oral lichen planus patients. Clinical and pathological characteristics.: 2002 Mar-Apr;7(2):121-9. English, Spanish.
- 9- Petrou-Amerikanou C, Markopoulos AK, Belazi M, Karamitsos D, Papanayotou P. Oral Dis. Prevalence of oral lichen planus in diabetes mellitus according to the type of diabetes: 1998 Mar;4(1):37-40.
- 10- Van Dis ML, Parks ET. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus: 1995 Jun;79(6):696-700. Borghelli RF, Pettinari IL, Chuchurru JA, Stirparo MA.
- 11- Bagan JV, Donat JS, Penarrocha M, Milian MA, Sanchis JM. Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol. Oral lichen planus and diabetes mellitus. A clinico-pathological study.: 1993 Mar-Jun;36(1-2):3-6.
- 12- Boyd AS, Neldner KH. J Am Acad Dermatol. Lichen planus: 1991 Oct;25(4):593-619. Review.
- 13- Nigam PK, Sharma L, Agrawal JK, Singh G, Khurana SK. Dermatologica. Glucose tolerance studies in lichen planus: 1987;175(6):284-9.
- 14- Vallania G, Valentini AF, Cavalli A, Pellegrino G, Re G, Calabrese L. Minerva Stomatol. Case of oral lichen planus associated with diabetes mellitus: 1986 Dec;35(12):1139-42. Italian. No abstract available.
- 15- Patrone P, Ricci G, Andriani GC, Patrizi A. G Ital Dermatol Venereol. A case of lichen ruber planus associated with vitiligo, diabetes mellitus and thyroid goiter: 1985 Mar-Apr;120(2):133-5. Italian. No abstract available.
- 16- Lundström IM. Int J Oral Surg. Incidence of diabetes mellitus in patients with oral lichen planus.: 1983 Jun;12(3):147-52.
- 17- Halevy S, Feuerman EJ. Acta Derm Venereol. Abnormal glucose tolerance associated with lichen planus: 1979;59(2):167-70.
- 18- Smith MJ. J Oral Med. Oral lichen planus and diabetes mellitus: a possible association: 1977 Oct-Dec;32(4):110-2. No abstract available.
- 19- Powell SM, Ellis JP, Ryan TJ, Vickers HR. Br J Dermatol. Glucose tolerance in lichen planus: 1974 Jul;91(1):73-5. No abstract available.
- 20- Jolly M. Med J Aust. Lichen planus and its association with diabetes mellitus: 1972 May 6;1(19):990-2. No abstract available.

Archive of SID

Patient with Diabet's Type 2 and Lichen Planus Cured with SSRI

*Shahali. H; MD¹, Shahali. M, H; MD²

Received: 27 Dec 2008

Accepted: 7 Jan 2009

Abstract

Objective: Diabet is one of the great problems in our age and important goal of cure it , is control of blood sugar in order to decrease hyperglycemic long time adverse effects. Also, lichen planus is a chronic skin disease with only conservative and long term treatments that happens many cosmetic and psychiatric problems in patients. Thus, discover and research about control of diabetes type 2 and lichen planus with modern methods is will of the scientists in all the time.

Report: Patient is a 60 years old man with diabetes type 2 and lichen planus that treat with antidiabetic oral drugs and routine lichen planus treatments. But blood sugar and lichen planus not controlled. Also patient treated with Luvox 100mg and Xanax 0.5 mg in order to anxiety disorder and seen lichen planus and diabetes controlled.

Conclusion: Pay attention to results will hope that stress dependent disorders, such as diabetes type 2 and lichen planus, improved by removing stress factor.

Keywords: diabetes type 2 , lichen planus , stress , SSRI

1- (*Corresponding author) Medical Researcher, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Medical Researcher, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 09123402801

E-mail: shah_box@yahoo.com