

# اسکار کلوئیدی یافته ای نادر در بیماری پیودرماگانگرونوزوم: گزارش یک مورد

دکتر علیرضا فکری<sup>۱</sup>؛ دکتر سعدا... شمس الدینی<sup>۲</sup>؛ دکتر حمید تبریزی<sup>۳</sup>

۱- دانشیار گروه پوست ۲- دانشیار گروه پوست ۳- دانشیار گروه آسیب شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شکل و به صورت آتروفیک بوده‌اند. بیمار شروع برجسته شدن اسکارها را از یک سال قبل و متعاقب مصرف کلوفازیمین ذکر می‌کرد. می‌توان پیدایش آنها را ناشی از تغییر در روند سیستم ایمنی بیمار قلمداد نمود. این یافته در مطالعات قبلی گزارش نشده است.

واژه های کلیدی: پیودرماگانگرونوزوم، اسکار آتروفیک، کلوئید، کلوفازیمین

پیودرماگانگرونوزوم بازخمی تخریبی، غیر عفونی و مزمن آشکار شده و بیشتر در انتهای اندام تحتانی بروز می‌کند ولی در هر جایی ممکن است دیده شود. در این گزارش مرد ۱۸ ساله ای معرفی می‌گردد که به علت پیدایش اسکارهای کلوئیدی متعاقب بهبود زخمهای قبلی پیودرماگانگرونوزوم مراجعه کرده بود. بیمار مورد شناخته شده پیودرماگانگرونوزوم مزمن و عودکننده بوده که اسکارهای قبلی ضایعات پوست وی کاغذی

## گزارش مورد

پسر نوجوان ۱۸ ساله ای اهل جیرفت به علت بروز رشد اضافی اسکارها در محل زخمهای قبلی مراجعه نموده بود. بیمار که مورد شناخته شده از پیودرماگانگرونوزوم مزمن و عودکننده بود، شروع برجسته شدن جوشگاه زخمهای قبلی را از یک سال قبل ذکر می‌کرد.

زمان پیدایش این بیماری به ۷ سال قبل بر می‌گشت که قسمتهای زیادی از تنه و اندام وی دچار زخمهای متعدد و مزمن شده بودند. بیمار قبلاً سه بار در بیمارستان بستری شده و در زمان مراجعه نیز تحت درمان نگهدارنده با داروهای کورتیکواستروئید خوراکی و آزاتیوپرین و کلوفازیمین بود. زخمها تا یک سال قبل با اسکار آتروفیک بهبودی یافته بود. ولی اخیراً با درمانهای انجام شده بر روی بیمار، اسکار زخمهای قبلی که آتروفیک بودند، افزایش حجم پیدا کردند. همچنین زخمهای جدید نیز بعد از بهبودی اسکار به صورت کلوئید بر جای گذاشته بودند (تصاویر ۱ و ۲). ضایعات اسکار خود به خود دردناک نبوده ولی در هنگام فشار به آنها بیمار احساس درد می‌نمود.

در معاینه عمومی بیمار جوانی با قد کوتاه و به گونه افراد کوشینگوئید چاق و دارای بدنی پر از مو بود. اسکارهای

پیودرماگانگرونوزوم یک بیماری پوستی با زخمی تخریبی، غیر عفونی و مزمن می‌باشد. این بیماری بیشتر در انتهای اندام تحتانی بروز می‌کند ولی در هر جایی امکان بروز دارد و چند کانونی آن هم گزارش شده است (۱، ۲، ۳). در سال ۱۹۳۰ برای اولین بار برونستینگ Brunsting و جکرمن Geockerman این بیماری را شرح دادند (۴). اگر چه مکانیسم واقعی بیماری نامشخص است ولی این باور هست که در ایجاد آن یک فتون شوارتزمن دخیل باشد. لذا تعداد زخم می‌تواند منفرد یا متعدد باشد. تشخیص بیماری بر ارزیابی بالینی استوار است و یافته های آزمایشگاهی یا آسیب شناسی اختصاصی تشخیصی وجود ندارد (۳، ۵، ۶). اگر چه والترلور (W.Lever) معتقد است که در نمونه برداری از یک ضایعه جدید فقط نشانی از انفیلترای لنفوسیتی دور عروقی را می‌بینیم. در ضایعات قدیمی تر و نیز در حاشیه اریتماتوی زخم یک واسکولیت لنفوسیتی را مشاهده می‌کنیم که به همراه تورم جدار داخلی عروق می‌باشد. در زخم های قدیمی پوست رسوب فیرینوئید و ترومبوز داخل عروقی و خارج شدن گلبولهای قرمز دیده می‌شود (۷). مختل شدن پاسخ ایمنی در مبتلایان به پیودرماگانگرونوزوم نشانه ای است که این بیماری در زمره بیماریهای همراه با نقص ایمنی می‌باشد (۵، ۶).

باقی مانده از زخمهای پوستی قبلی وی دارای سطحی برجسته و ناصاف بر روی ساق پاها بوده و اغلب به حاشیه زخم قبلی محدود گردیده بودند. در بعضی قسمت ها حاشیه اسکار بر روی پوست سالم پیش رفته و حالت پای کاذب (Pseudopod) به خود گرفته بود. ضایعات اسکار روی شکم و تنه بیمار حالت آتروفنی کاغذ سیگاری را داشت.

بیمار سابقه درد و التهاب مفاصل را در گذشته ذکر می کرد که به گفته خودش تشخیص واسکولیت را برایش گذاشته بودند. پدر و مادر بیمار با یکدیگر خویشاوند نبوده و سابقه بیماری مشابه و دیابت و سایر بیماریهای متابولیک را نمی دادند. بیمار فرزندششم خانواده بوده و ۵ برادر و ۵ خواهر به ظاهر سالم دارد.

یافته های مثبت آزمایشگاهی بیمار شامل  $Hb=11$ ،  $RF=+$ ،  $ESR=21$  بود. در نتیجه حاصله از یک نمونه بیوپسی از ضایعات قبلی بیمار انفیلتراسیون سلولی شدید به صورت حاد و مزمن در اطراف عروق، رسوب فیبرین، هسته های شکسته شده سلولی گزارش شده بود که به نفع تشخیص واسکولیت و پیودرماگانگرنوزوم بود. در نمونه برداری پوستی که از یکی از اسکارهای برجسته فعلی بیمار به عمل آمد، علاوه بر آکانتوزیس و هیپرکراتوزیس در اپیدرم، ضخیم شدن درمیس و وجود باندهای هیالینیزه و موازی همدیگر کلاژن دیده شد که تشخیص کلوئید را تأیید می نمود.

بررسی های ایمنی شناسی بر روی  $CD3$  (مارکر pan T cell) و  $CD4$  (مارکر T helper) در حد طبیعی گزارش شده ولی  $CD8$  (مارکر T suppressor) بیشتر از میزان طبیعی و  $CD20$  (مارکر pan B cell) مختصری کمتر از حد معمول گزارش شد.

نسبت لنفوسیت های ایمنی کمکی به لنفوسیت های مهاری ( $CD4/CD8$  Ratio) در حد طبیعی گزارش گردید.

### بحث

شروع بیماری پیودرماگانگرنوزوم با علامت اصلی درد می باشد که حداقل در ۵۰٪ موارد دیده می شود (۸). اسکار آتروفیک مشبک (Cribriform Scar) یکی از یافته های است که به طور معمول متعاقب بهبود زخمها در بیماری پیودرماگانگرنوزوم دیده می شود. در این بیمار نیز اسکارهای وسیع بر روی دست، پا، تنه و صورت دیده می شد که همه آتروفیک و به شکل کاغذ سیگار نازک بودند. ولی پس از اینکه بیمار تحت درمان با کلوفازیمین قرار گرفت اسکارهای قبلی شروع به رشد اضافی کرده و نمای کلوئید به خود گرفتند (تصاویر ۱ و ۲). افزایش سلولهای لنفوسیت مهاری ( $T$  Suppressor =  $CD8$ ) در شرایطی که اسکارها هیپرتروفیک شده بودند، می تواند نشانه استقرار نقص ایمنی در وی باشد. در بیماری پیودرماگانگرنوزوم اسکارها معمولاً حاشیه ای تیره و مرکزی بدون رنگدانه دارند، ولی اسکار آتروفیک در این بیماری یافته ای ثابت بوده به طوری که می تواند ارزش تشخیصی داشته باشد (۸، ۹). در مطالعه موارد گزارش شده قبلی این بیماری ذکری از اسکار کلوئیدی نشده است. تغییر شکل اسکارهای آتروفیک به اسکارهای هیپرتروفیک کلوئیدی و طبیعی شدن نسبت لنفوسیت های ایمنی کمکی به لنفوسیت های مهاری ( $CD4/CD8$ ) در این بیمار می تواند نشانه تغییر در روند بهتر شدن پاسخ ایمنی بیمار و بهبودی بالینی متعاقب مصرف دارو باشد.

## منابع

- 1- Callen JP. Pyoderma gangrenosum. In: Callen JP(ed). Cutaneous aspects of internal disease . Chicago : Year Book Medical Publishers , 1981:161-6.
- 2- Klein JD, Biller SA, Leaper LL, et al . Pyoderma gangrenosum occurring at multiple surgical incision sites . Gastroentology 1987;92:810-3.
- 3- Keltz M,Lebwohl M, Bishop S . Peristomal pyoderma gangrenosum. J Am Acad Dermatol 1992;27:360-4.
- 4-Brunsting LA, Geockerman WHO, Bveary PA. Pyoderma (ecthyma) gangrenosum : clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. Arch Dermatol Syph 1930; 22 :655-80.
- 5- Patricia P, Wyhinny F, Malkinson D. Pyoderma gangrenosum. In: Demis DJ (ed). Clinical dermatology . Philadelphia : JB Lippincott Company . 1993:Vol 1, Section 12-1,20-9.
- 6- Ryan T J . Cutaneous vasculitis . In: Champion RH , Burton JL, Ebling FJG (eds). Textbook of dermatolgy. Oxford : Blackwell Scientific Publications,1992 :1922-7.
- 7- In: Lever WF, Schaumburg - Lever G.(eds) Histopathology of the skin . Philadelphia: JB Lippincott Co. 1990:214-5.
- 8- Hickman JG, Lazarus GS. Pyoderma gangrenosum : new concept in etiology and treatment . In: Moschella SL (ed) . Dermatology update : review for physician. New York : Elsevier ,1979:325-42.
- 9- Schwaegerte SM, Bergfeld WF, Senitzer D, et al . Pyoderma gangrenosum: a review. J Am Acad Dermatol .1998;18:559-68.



تصویر ۱ - اسکارگلوئیدی در ساعد و شکم بیمار مبتلا به پیودرماگانگرنوزوم (ر. ک. صفحه ۲۸)



تصویر ۲ - اسکارگلوئیدی در صورت بیمار مبتلا به پیودرماگانگرنوزوم (ر. ک. صفحه ۲۸)