

# کیلیت گرانولومایی و درمان آن با کلروکوئین: گزارش یک مورد

دکتر محمدعلی مایار

استادیار گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

این بیمار تحت درمان با قرص کلروکوئین ۱۵۰ میلی‌گرم سه بار در روز و پماد موضعی اکسید دوزنگ قرار گرفت و در عرض ۴ هفته به‌طور کامل بهبود یافت. در پی‌گیری‌های بعدی تا ۶ ماه از قطع درمان بیماری عود نکرده است.

**واژه‌های کلیدی:** کیلیت گرانولومایی،

کلروکوئین، درمان

کیلیت گرانولومایی یک بیماری نادر با علت نامشخص است که با تورم مزمن یک یا هر دو لب بروز می‌کند و تمایلی به بهبود ندارد. درمان‌های متنوعی برای آن به کار رفته است، که هیچ‌کدام به‌طور کامل مؤثر نبوده است. در این جا یک بیمار مؤنث ۴۰ ساله از یکی از روستاهای اطراف اهواز گزارش می‌شود که از ۸ ماه قبل دچار تورم شدید لب شده و به درمان‌های متعدد پاسخ نداده است.

مترونیدازول، متوترکسات و تالیدوماید (۷-۵ و ۲ و ۱) می‌باشد که هیچ‌کدام تأثیر کامل و رضایت‌بخشی نداشته‌اند. در مواردی که بیماری به هیچ درمانی پاسخ نمی‌دهد، انجام جراحی ترمیمی پیشنهاد شده است (۸).

## معرفی بیمار

خانم ب. ج. چهل ساله، متأهل، بی‌سواد، عرب‌زبان، ساکن یکی از روستاهای اطراف اهواز با شکایت از تورم لب پائین مراجعه کرد. شروع بیماری ایشان از حدود ۸ ماه قبل بود که متوجه تورم لب پائین می‌شود. این تورم تدریجاً افزایش می‌یابد. به پزشکان عمومی در شهر کوچک حمیدیه (۲۵ کیلومتری اهواز) مراجعه کرده و داروهای موضعی مختلف، آنتی‌بیوتیک و آنتی‌هیستامین خوراکی، و تزریقات متیل پردنیزولون و بتامتازون عضلانی دریافت می‌کند. ولی هیچ‌گونه بهبودی حاصل نمی‌شود. ۸ ماه پس از شروع بیماری، به اینجانب در اهواز مراجعه می‌کند. در معاینه بیمار لب پائین کاملاً متورم و قرمز رنگ بود (تصویر ۱) در لمس قوام سفت و لاستیکی داشت. در معاینه سایر قسمت‌ها، زبان، مخاط دهان و چشم و پوست صورت سالم بود و از پارستزی شکایت نداشت. در معاینه سایر قسمت‌های بدن نکته مهمی مشاهده نشده. سابقه، تب، سرفه، بیماری گوارشی، سل یا علامت سیستمیک

کیلیت گرانولومایی یک بیماری بسیار نادر است که اولین بار در سال ۱۹۴۵ توسط Mischer گزارش شد (۱). این بیماری با تورم مزمن یک یا هر دو لب بروز می‌کند. گاهی شروع بیماری با حملات متناوب است. در حملات اولیه، تورم لب بعد از چند ساعت تا چند روز فروکش می‌کند ولی در حملات بعدی و به مرور این تورم حالت مداوم و مزمن پیدا می‌کند (۲). ضایعه معمولاً درد، حساسیت به درد و خارش ندارد ولی باعث تغییر شکل و بدنمایی صورت می‌شود (۳). گاهی هم مشکلاتی در صحبت کردن یا غذا خوردن ایجاد می‌نماید (۱). ضایعه در لمس سفت و قوام غضروفی دارد.

در مطالعه بافتی آن، یک التهاب گرانولومایی بدون نکروز مشاهده می‌شود (۳، ۴). این بیماری در بسیاری از موارد یکی از علائم سندرم Melkersson - Rosenthal است (۲، ۴). عده‌ای نیز معتقدند که یک نوع تک علامتی از این سندرم است. اگر چه احتمال دارد که این‌ها دو بیماری کاملاً مجزا باشند (۲). درمان‌های بسیار متنوعی برای این بیماران به کار رفته است. از جمله آن‌ها تزریق کورتن در ضایعه، تجویز کورتن سیستمیک، آنتی‌بیوتیک، داپسون، کلوفازیمین،

مؤلف مسئول: دکتر محمدعلی مایار - اهواز، بیمارستان امام خمینی، درمانگاه پوست

دیگر را نداشت. آزمایشات انجام شده شامل ASO, CRP, SGOT, SGPT, CBC, Diff, ESR, TB Skin Test و رادیوگرافی قفسه سینه نرمال بود. از لب بیمار بیوپسی انجام شد که یک انفیلتراسیون التهابی از نوع گرانولومایی داشت. با توجه به این که بیمار روستایی بود و همراه همسر خود در گرمای طاقت فرسای اهواز در مزرعه کار می کرد، و با توجه به اینکه فقط لب پائین گرفتار شده بود، احتمال تأثیر نور آفتاب در ایجاد بیماری مطرح می شد. برای ایشان به عنوان اولین درمان قرص کلروکوئین ۱۵۰ میلی گرم ۳ نوبت در روز همراه با پماد اکسیددوزنگ جهت استفاده موضعی شروع شد. ۲ هفته بعد علائم بهبود واضح مشاهده می شد و در مدت یک ماه درمان، لب بیمار به طور کامل بهبود یافت (تصویر ۲). تا ۶ ماه بعد از قطع درمان، بیماری وی عود نکرده است.

## بحث

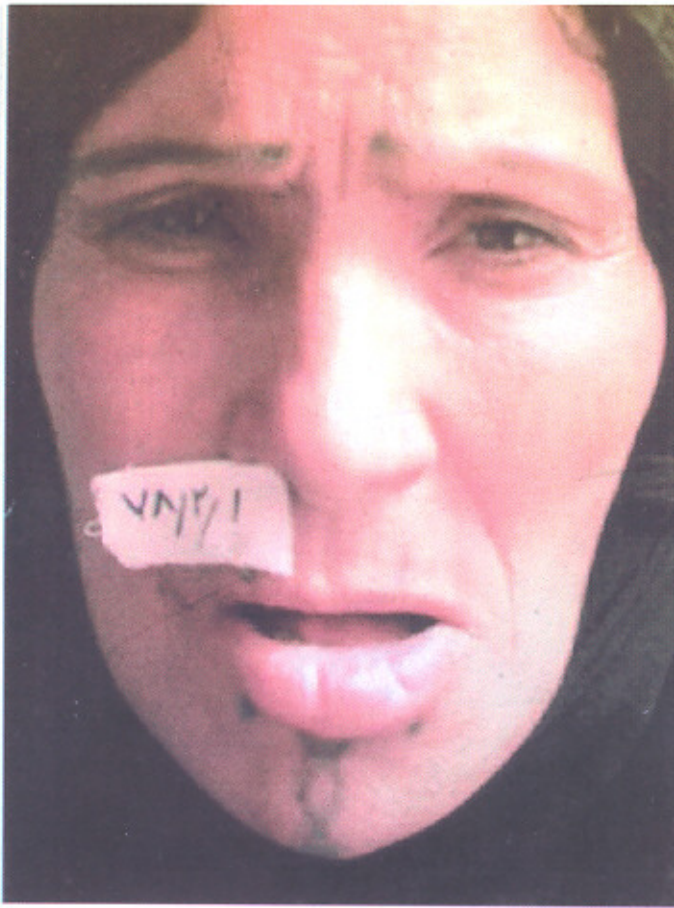
کیلیت گرانولومایی را بعضی به عنوان یک شکل تک علامتی از بیماری Melkersson-Rosenthal Syndrome (MR) و یا یک شکل خارج روده ای از بیماری Crohn و یا یک علامت پوستی از یک بیماری گرانولومایی می دانند (۹). سندرم MR دارای یک تریاد تشخیصی، شامل: ۱- تورم ناحیه دهان و صورت، ۲- فلج عودکننده صورت، ۳- زبان اسکروئال است (۴). فلج صورت غیرقابل افتراق از Bell's Palsy می باشد (۴). این تریاد کلاسیک در همه بیماران بروز نمی کند و گاهی ممکن است این علائم جدا از هم و با فاصله بروز کنند. موارد تک علامتی، یا دو علامتی مکرر دیده می شود. علت بیماری تاکنون روشن نشده است. ممکن است یک زمینه ژنتیکی (۱ و ۲) داشته باشد. عده ای عامل بیماری را عوامل میکروبی می دانند ولی دلیل قطعی که نشان دهد در اثر یک عامل عفونی ایجاد می شود در دست

نیست (۲). تجویز آنتی بیوتیک در بعضی از بیماران بطور نسبی مؤثر بوده است. در یک مورد همراه با Periodontitis گزارش شده که با کشیدن دندان و تجویز آنتی بیوتیک و داروهای ضدالتهاب، بهبود یافته است (۱۰). در یک مطالعه دیگر، در سرم ۱۴ نفر از ۱۸ بیمار مبتلا به کیلیت گرانولومایی پسادتن بر ضد *Borrelia Burgdorferi* پیدا شد. نویسنده نتیجه گرفته که احتمالاً عامل بیماری یک نوع اسپروکت است (۱۱). در یک مطالعه دیگر، ۲ بیمار را با تالیدوماید به مقدار ۱۰۰ میلی گرم در روز درمان کردند. بیمار اول در عرض ۳ ماه بهبود یافت ولی بیمار دوم بعد از ۶ ماه درمان به طور کامل بهبود نیافت (۶). بعضی از بیماران مستعد گرفتار شدن به بیماری کرون هستند. گاهی نیز چند سال بعد از بیماری کرون ایجاد شده است (۴). مواردی نیز گزارش شده که احتمالاً در اثر یک حساسیت غذایی و یا یک حساسیت تماسی بوده است (۴).

در بررسی های آسیب شناسی در مراحل ابتدایی بیماری فقط ادم و انفیلتراسیون لمفوسیتیک دیده می شود. در ضایعات قدیمی تر علاوه بر تغییرات فوق، گرانولوم های کوچک و فوکال تشکیل می شود که از سارکوئیدوز و بیماری کرون غیرقابل افتراق است (۲).

تشخیص های افتراقی زیر برای بیماران مطرح می شود (۱): انژیوادم ارثی یا اکتسابی، سارکوئیدوز، عفونت حاد لب، باد سرخ، حساسیت تماسی، حساسیت غذایی، لمفادمای مزمن لب.

هنگام مواجهه با بیمار، باید دنبال عوامل مهمی که ممکن است در ایجاد آن نقش داشته باشند گشت. در بیمار ما احتمالاً آفتاب در ایجاد آن نقش داشته است و به همین دلیل به درمان با کلروکوئین و اکسیددوزنگ پاسخ داده است.



تصویر ۱ - بیمار قبل از درمان (مربوط به صفحه ۳۷)



تصویر ۲ - بیمار بعد از درمان (مربوط به صفحه ۳۷)

## منابع

- 1 - Demis DJ, Waisman M. Melkersson-Rosenthal syndrome. In: Demis DJ (ed). Clinical dermatology. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1997: (2)-10A:1-3.
- 2 - In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). Rook/Wilkinson / Ebling textbook of dermatology. Orford : Blackwell Science, 1998: 3139-3141.
- 3 - Allen CM, Camisa C, Hamzeh S, Stephens L. Cheilitis granulomatosa: report of six cases and review of literature. J Am Acad Dermatol 1990; 23: 444-50.
- 4 - Rogers RS. Melkersson-Rosenthal syndrome and orofacial granulomatosis. Dermatol Clin 1996; 14:371-9.
- 5 - Williams PM, Greenberg MS. Management of cheilitis granulomatosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72:436-9.
- 6 - Safa G, Joly P, Boullie MC, et al. Melkersson-Rosenthal syndrome treated by thalidomide in 2 cases. Ann Dermatol Venereol 1995; 122: 609-11.
- 7 - Miralles J, Barnadas MA, de Moragas JM. Cheilitis granulomatosa treated with metronidazole. Dermatology 1995; 191: 252-3.
- 8 - Ellitsgaard N, Andersson AP, Worsaae N, et al. Long-term results after surgical reduction cheiloplasty in patients with Melkersson-Rosenthal syndrome and cheilitis granulomatosa. Ann Plast Surg 1993; 31:413-20.
- 9 - Friedrich W, Timmermann J. Miescher's granulomatous cheilitis: Diagnostic and therapeutic aspects. Laringorhinologie 1990; 69: 564-8.
- 10 - Takeshita T, Koga T, Yashima Y. Case report: cheilitis granulomatosa with periodontitis. J Dermatol 1995; 22:804-6.
- 11 - Liu HG, A study on the relationship between cheilitis granulomatosa and Melkersson-Rosenthal syndrome Chung Hua Kou Chiang Hesueh Tsa Chih 1993; 28:323-4, 383.