

## گزارش یک مورد بروز واسکولیت گرانولوماتوز و گنر با علائم گوارشی

دکتر مسعود خوش نیا<sup>۱</sup>، دکتر همایون واحدی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دستیار فوق تخصصی گوارش، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

### چکیده

بیمار آقای ۵۵ ساله با شکایت درد شکمی و ضایعات پوستی قابل لمس و کاهش وزن ۱۰ کیلوگرم مراجعه کرد. در گرافی سینه توده ۵ × ۵ سانتی متر در سی تی اسکن سینوس ها، پان سینوزیت و سیتی اسکن شکم، خونریزی داخل جدار روده باریک مشهود است. در آزمایش ها، پروتئینوری،  $ESR > 100$ ، C-ANCA افزایش یافته، همپوری میکروسکوپیکی تیپ گلومرولی دارد. با توجه به مجموعه موارد بالا با تشخیص گرانولوماتوز و گنر تحت درمان با پردنیزولون و سیکلوفسفامید قرار گرفت. حال عمومی بیمار در طی بستری بهبودی قابل ملاحظه ای یافت. پیگیری در ماه سوم نشان داد علائم بیمار از بین رفته و اختلالات آزمایشگاهی کاملاً طبیعی و توده ریوی نیز کوچک تر شده است. در ماه ششم درمان بیمار دچار ترومبوز وریدی عمقی در ران چپ شد.

کلیدواژه: گرانولوماتوز و گنر، واسکولیت، ترومبوز ورید عمقی

گوارش / دوره ۱۳، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷، ۲۵۳-۲۵۶

### زمینه و هدف

دستگاه گوارش در زمینه بیماری های واسکولیتی درگیر می شود و بسته به نوع واسکولیت، دهان، مری، معده، روده کوچک و بزرگ به میزان های متفاوتی به دلیل خود بیماری یا عارضه درمان علامت دار می شوند و علت موربیدیتی و گاه حتی مورتالیتی می گردند. اما درگیری گوارشی به عنوان اولین علامت بروز واسکولیت کمتر رخ می دهد (۱ و ۲) و این مساله در زمینه گرانولوماتوز و گنر نادر گزارش شده است. (۳)

### شرح مورد

بیمار آقای ۵۵ ساله با وزن ۶۲ کیلوگرم و قد ۱۶۴ سانتی متر است که با شکایت درد شکمی و ضایعات پوستی مراجعه کرده است. درد شکمی بیمار از حدود ۳ هفته قبل با کیفیت کولیکی در ناحیه اپی گاسترو دور ناف شروع شده و در طی هفته گذشته شدت یافته است به گونه ای که او را از خواب بیدار می کند و جهت تسکین، نیاز به مصرف مخدر وریدی دارد. درد با غذا خوردن شدیدتر

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات

بیماری های گوارش و کبد، ایران

تلفن و نمابر: ۰۲۱-۸۸۰۱۲۹۹۲

پست الکترونیک: Mkhoshnia@razi.Tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۱۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۷/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۲۶

می شود و توام با تهوع و استفراغ است. بی اشتها و ترس از غذا خوردن و کاهش وزن ۱۰ کیلوگرم در طی یک ماه اخیر دارد. در طی ۲-۱ روز گذشته ۳-۲ نوبت دفع مدفوع سیاه رنگ قیری داشته است. حدود ۲ هفته قبل ضایعات پوستی قرمز رنگ به صورت پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی و ناحیه شان و سر ایجاد شده است. تب و آرترالژی خفیف را نیز گهگاه ذکر می کند. تب بیمار بدون تعریق و در حد ۳۸ تا ۳۸/۵ درجه بوده و در طی شبانه روز یکی دو بار به مدت ۱ تا ۲ ساعت ایجاد شده و خود به خود و گهگاه با استامینوفن کنترل می شده است.

مصرف سیگار از ۳۰ سال قبل یک بسته در روز، سابقه بیماری ایسکمیک قلبی از ۱۰ سال قبل و جراحی فیستول مقعد ۳ ماه قبل که به دنبال آن ۳-۲ روز در CCU بستری بوده است. داروهای مصرفی شامل متورال، نیترات، کلوییدوگرل و انالپریدل است. در معاینه تب ندارد. فشار خون ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه، تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه و تعداد ضربان قلب ۷۰ بار در دقیقه است. بیمار شدیداً بی حال است. در دهان ۳ عدد آفت بزرگ بدون درد در مخاط داخلی لب و ناحیه گلو دارد. در سمع ریه کاهش صدای طبیعی ریوی و افزایش فرمیتوس لمسی در قسمت میانی و تحتانی ریه راست مشهود است. بزرگی غدد لنفاوی، کبد و طحال ندارد.

در لمس درد منتشر شکم بدون ریباند دارد. ضایعات پوستی پورپوریک قابل لمس در اندام تحتانی (شکل ۱)، سر و شان دیده می شود. هم چنین آزمایش های بیمار در جدول آمده است.