

# معرفی یک مورد در ماتومیوزیت همراه پیتریازیس روبراپیلاریس (PRP)

دکتر علی اصیلیان

دانشیار گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

دکتر فریبا ایرجی

استاد یار گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

تست‌های آزمایشگاهی بیمار به شرح زیر بودند:

Hb=13, WBC=5000, ESR=30

CRP, RF, VDRL, ANA, Anti-DNA, BUN,

Creatine, SGPT, ALKP=Normal

SGOT=151 (Normal=50),

CPK = 4740 (Normal=10-110)

LDH=1100 (Normal=90-180)

آلدولاز=۱۸ گزارش شد که بالای حد طبیعی بود

TSH, T3, T4=Normal

تست‌های رادیولوژیکی قفسه صدری، سونوگرافی کبد و

طحال طبیعی بود. EKG و تست‌های ریوی طبیعی بود.

EMG از سه عضله Tibialis anterior و Gluteus

maximus و Biceps فرم‌های مختل به صورت دامنه پائین

مدت کوتاه early recruitment نشان داد و به نفع بیماری‌های

میوپاتی‌یک انتهایی بود. آزمایشات برای تشخیص بدخیمی منفی

بود.

آسیب‌شناسی در نمونه‌برداری از پوست تنه و پای بیمار

ایبدرم پایلوماتوز همراه با پاراکراتوز و فولیکولار plugging

گزارش شد که مطابقت با PRP دارد. در نمونه‌برداری از کف

دست فقط ارتوکراتوز مشترک بدون ایبدرمولیبیک هیپرکراتوز را

نشان داد (تصویر ۲). با در نظر گرفتن کراتربرای تشخیصی

بیماری در ماتومیوزیت نمونه‌برداری از عضله انجام شد زیرا

بیمار ضعف عضلانی و علائم پوستی مثل پاپولهای گوترون و

افزایش آنزیم‌های عضلانی و EMG غیرطبیعی داشت که جهت

تشخیص در ماتومیوزیت کافی است (۱). بنایه نظر

روماتولوژیست باید ابتدا MRI انجام شود و بعد از اینکه

عضله گرفتار با MRI مشخص شد از آن نمونه‌برداری شود که

در این بیمار انجام شد.

بیمار با تشخیص در ماتومیوزیت تحت درمان با ۳۰mg

پردنیزولون و ۲۵mg ایموران روزانه (یک هفته بعد از شروع

کورتون) قرار گرفت. در مورد ضایعات پوستی بیمار نوم‌کننده و

یک پسر بچه ۹ ساله به علت ضعف عضلانی شدید همراه با اختلال در بلع و تکلم و تشخیصی در ماتومیوزیت بوسیله انجام الکترومیوگرافی به همراه علائمی چون قرمزی منتشر بدن با جزائر سالم و هیپرکراتوز کف دست و پا که در نمونه‌برداری PRP تأیید شده است، معرفی می‌گردد. همراهی این دو بیماری بسیار نادر است.

واژه‌های کلیدی: ۱ - پیتریازیس روبراپیلاریس

(PRP) ۲ - در ماتومیوزیت

## معرفی بیمار:

بیمار ن - س ۹ ساله اهل کردستان عراق ساکن میارکه اصفهان با بشورات پوستی به صورت پوسته‌ریزی و قرمزی منتشر روی تنه و اندام‌ها همراه با کلفت شدن منتشر کف دست و پا با سابقه ۹ ماهه در بخش پوست بستری گردید. ابتدا پوست کف پا ضخیم شده که همراه با ترک‌های متعدد خونریزی‌دهنده بوده و بتدریج پوست اندام‌ها و تنه بیمار قرمز شده همراه با پوسته‌ریزی سفید رنگ که خارش‌دار بوده است. کف دستها نیز ضخیم شده و پوست سر پوسته‌ریزی شدید به صورت شوره پیدا کرده است. در روی ناخن‌ها تغییرات دیستروفیک خفیف توام با خطوط طولی و در پشت انگشتان دستها پاپولهای کوچک به رنگ پوست دیده می‌شد (تصویر ۱) در همان زمان بیمار ضعف عضلانی در گمربند شانه‌ای و لگنی پیدا کرده به طوری که در بالا رفتن از پله‌ها و بلند شدن از روی زمین، راه رفتن، شانه کردن موها و بالا بردن دستها دچار مشکل شده است. اختلال در تکلم به صورت صحبت کردن تودماغی، اختلال در بلع غذا پیدا کرده است. در روی صورت بیمار پوسته‌ریزی خفیف بدون قرمزی و تورم پلک‌ها مشاهده می‌شد. علائم حیاتی بیمار در زمان پذیرش و بستری در بیمارستان طبیعی بود.