

واسکولیت کرایوگلوبولینمیک ناشی از ویروس هپاتیت C (گزارش مورد)

دکتر محمدباقر اولیاء^۱ دکتر محسن آخوندی^۱ دکتر انوشه حقیقی^۲

^۱ استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ^۲ استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال هفتم شماره سوم پاییز ۸۲ صفحات ۱۵۷ - ۱۶۰

چکیده

مقدمه: واسکولیت های لکوسیتوکلستیک ناشی از رسوب کرایوگلوبولین ها یکی از انواع واسکولیت عروق کوچک هستند که در اثر رسوب کرایوگلوبولین ها در جدار عروق ایجاد می گردند. در این نوشتار یک مورد از واسکولیت کرایوگلوبولینمیک ناشی از ویروس هپاتیت C گزارش می گردد.

مورد: بیمار یک مرد ۴۷ ساله معتاد با علائم پوستی، کلیوی و آرتریت می باشد که مبتلا به واسکولیت کرایوگلوبولینمیک ناشی از ویروس هپاتیت C شده است.

بحث: واسکولیت های کرایوگلوبولینمیک چندان هم نادر نیستند ولی به علت عدم آشنایی با روش سنجش آن کمتر تشخیص داده می شوند.

کلیدواژه ها: واسکولیت - کرایوگلوبولین - هپاتیت C

نویسنده مسئول:

دکتر انوشه حقیقی

بیمارستان شهید محمدی - بخش

داخلی

بندرعباس - ایران

تلفن: ۰۴-۳۳۴۷۰۰۰۰ ۶۶۱ ۹۸+

مقدمه:

واسکولیت های سیستمیک دارای علل مختلفی هستند که پدیده های اتوایمون در اکثر آنها نقش عمده ای دارد. یکی از انواع واسکولیت های سیستمیک، واسکولیت ناشی از حضور مقادیر قابل ملاحظه کرایوگلوبولین ها در خون است. کرایوگلوبولین ها آنتی بادی هایی هستند که در شرایط سرما در سرم رسوب کرده و با گرم کردن مجدد، به صورت محلول درمی آیند (۱، ۲). رسوب این آنتی بادی ها در جدار عروق منجر به واسکولیت های لکوسیتوکلستیک همراه با رسوب C3 و IgM در جدار و اطراف عروق کوچک و متوسط می شود. این آنتی بادیها در شرایط خاص مانند بیماری های اتوایمون، بدخیمی ها و انواع خاصی از عوامل عفونی مانند ویروس هپاتیت C دیده می شود. واسکولیت های کرایوگلوبولینمیک بطور عمده به سه تیپ تقسیم می شوند که در تیپ I بیشتر آنتی بادیها منوکلونال بوده و در زمینه نئوپلاسم های

پلاسماسل دیده می شوند و تظاهرات عروقی بیشتر ناشی از هیپرویسکوزیته است تا واسکولیت (۳، ۴، ۵). در انواع II و III واسکولیت کرایوگلوبولینمیک که مخلوط (Mixed) نامیده می شوند معمولاً آنتی بادیها پلی کلونال بوده و با تست مثبت فاکتور روماتوئید همراه هستند و از نظر بالینی کاملاً بهم شبیه می باشند با این تفاوت که درگیری کلیه بصورت گومرولونفریت تقریباً همیشه در نوع II صورت می گیرد و ضایعات پوستی در تیپ III شایعتر است.

همراهی ویروسی هپاتیت C بیشتر با واسکولیت تیپ II و بعضاً III گزارش شده است (۶، ۷، ۸). تشابه تظاهرات واسکولیت کرایوگلوبولینمیک با سایر واسکولیت ها و غیرمعمول بودن سنجش این آنتی بادیها و در دست نبودن امکانات مناسب آزمایشگاهی باعث می شود موارد ثابت شده واسکولیت کرایوگلوبولینمیک کمتر شناسایی گردد. در این گزارش یک بیمار مبتلا به واسکولیت لکوسیتوکلستیک کرایوگلوبولینمیک در همراهی با