

## تظاهرات جلدی تب‌روماتیسمی کودکان

دکتر محمد حسین مرندیان <sup>✉</sup> دکتر احمد بهواد <sup>✉</sup> دکتر مرتضی لسانی <sup>✉</sup> دکتر نادر فرامرزی <sup>✉</sup> دکتر محمد جعفر بان <sup>✉</sup>

میتوان برای آنها ارزش تشخیصی قائل شد که با چند نشانه دیگر تب‌روماتیسمی همراه شوند؛ چون بثورات دارویی و آلرژیک هم میتوانند با اشکال فوق تظاهر نمایند.

درباره ندولهای زیر جلدی - که از یک قرن پیش شناخته شده‌اند - مسائل مشابهی وجود ندارد؛ بدین معنی که غالباً وجود آنها را دلیل بروخامت بیماری میدانند ولی موقعی ندولها ارزش تشخیصی پیدا میکنند که بیمار یک علامت ماژور دیگر و یا چند علامت مینور روماتیسمی را - همراه ندولهای پوستی - دارا باشد.

بعد از جنگ جهانی دوم، بیماری روماتیسم بتدریج در کشورهای پیشرفته جهان ریشه کن شد و در نتیجه تظاهرات جلدی آن نیز رو بگاهش رفت. ولی در ممالک در حال رشد، تب‌روماتیسمی هنوز یکی از بیماریهای مهم کودکان و نوجوانان بشمار میرود و زیانهای جانی و اقتصادی ناشی از آن، یکی از مسائل طبی این کشورهاست.

ولی تعجب اینجاست که در این کشورها، تظاهرات جلدی بیماری به ندرت دیده میشود و ظاهراً رنگ پوست دخالتی در این امر ندارد.

مثلاً در کشور سنگال، در بررسی Sankale در ۴۱۸ بیمار مبتلا به تب روماتیسمی - که ۳۸۶ نفر آنان دچار اشکال مختلف کاردیت بوده‌اند - هیچ موردی با تظاهرات جلدی گزارش نشده‌است؛ و مطالعات دیگر در کشور نیجریه و جامائیکا، دست‌آوردهای مشابه داشته‌اند (۸). بنظر پژوهشگران فوق تظاهرات جلدی روماتیسم - در کشورهاییکه آب و هوای معتدل دارند - بیشتر از ممالک گرمسیر است (۸).

از ابتدای قرن بیستم، با نمودهای پوستی تب‌روماتیسمی، مورد توجه پزشکان قرار گرفت (۳). در سال ۱۹۲۲ Lehndorff و Leiner، اریتم حلقوی (اریتم آنولر) را توصیف نمودند. این نویسندگان معتقد بودند که این نوع ضایعه پوستی، فقط در بیماران مبتلا به کاردیت روماتیسمال بوجود می‌آید.

به سال ۱۹۳۷ Perry، ۱۳ مورد بثورات جلدی روماتیسم را - که در عرض ۵ سال مشاهده کرده بود - مورد مطالعه قرار داد و آنها را اریتم مارثیناتم نامید.

به عقیده وی اریتم مارثیناتم و اریتم حلقوی به یک نوع ضایعه اطلاق میشود و این دو اسم مترادف هستند. در سال ۱۹۳۸ Keil از ۵۲۳ بیمار مبتلا به تب روماتیسمی، ۵۳ باز نمود جلدی را گزارش کرد که تظاهرات پوستی در ۱۴ نفر بشکل پاپول و در ۳۹ نفر بصورت اریتم مارثیناتم بوده‌است.

Wallgren از ابتدا، وجود علائم پوستی را دلیل بر وخامت بیماری میدانست؛ و مطالعات نامبرده، از ۸۸ بیمار مبتلا به کاردیت خفیف، ۱۷ نفر ضایعات جلدی داشتند؛ در حالیکه از ۲۷ نفر مبتلا به کاردیت شدید، ۸ نفر دارای این علائم بوده‌اند. عبارات دیگر ضایعات جلدی در کاردیت‌های شدید شیوع بیشتری دارند.

Jone's در سال ۱۹۴۴ تظاهرات جلدی را جزو علائم اصلی بیماری روماتیسمال ذکر نمود؛ ولی ارزش تشخیص این تظاهرات، در تجربه پژوهشگران مکتب‌های مختلف متفاوت میباشد.

Perry و Lehndorff و Leiner و Wallgren اریتم حلقوی و اریتم مارثیناتم را ویژه تب روماتیسمی می‌دانند؛ در حالیکه بعقیده Keil این تظاهرات اختصاصی نبوده و موقعی

در مدت چهار سال از بین بیماران بستری شده در دو بخش کودکان ( بیمارستان پهلوی و بیمارستان لقمان الدوله ادهم ) ۶ مورد تظاهرات جلدی تب روماتیسمی مشاهده و مورد مطالعه قرار گرفته اند . در بخش ۲ کودکان مرکز پزشکی پهلوی، ۱۳۷۱ بیمار از اول فروردین ۱۳۵۰ تا آخر اسفند ۱۳۵۲ بستری شده اند؛ که از بین آنها ۶۰ نفر دچار کاردیت روماتیسمال و ۱۲ نفر مبتلی به روماتیسم حاد مفصلی - بدون گرفتاری قلبی - بوده اند . در نتیجه ، تعداد بیماران روماتیسمی ، ۵/۵ درصد کل بستری-شدگان را تشکیل داده که از بین آنها ۸۳/۴ درصد مبتلا به کاردیت بوده اند .

در بخش کودکان مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم از اول فروردین ۱۳۵۳ تا آخر اسفند ۱۳۵۴، ۱۲۳۰ بیمار بستری شده اند که ۴۱ نفر آنها دچار روماتیسم بوده اند ( ۲۲ مورد همراه کاردیت ۱۹ نفر بدون کاردیت ) . در نتیجه در این مرکز ، بیماران روماتیسمی ۳/۳ درصد کل بستری شدگان را در این مدت تشکیل میدادند که ۵۳/۶ درصد آنها دچار کاردیت بوده اند .

بدین ترتیب ، مجموعاً تب روماتیسمی ۴/۴ درصد کل بستری شدگان این دو بخش را - که مختص بیماریهای عمومی کودکان میباشند - تشکیل میدهد .

کاردیت روماتیسمال - که بطور متوسط در ۶۸/۵ درصد این بیماران وجود داشته است و در غالب موارد وخیم و با گرفتاری چند دریچه قلب همراه بوده اند - مسلم است که رقم بالا ، نمودار شیوع واقعی کاردیت در بیماری روماتیسم نمیشد .

بیماران بدون کاردیت معمولاً بستری نمیشوند مگر اینکه نشانه های عمومی و مفصلی تب روماتیسمی شدید بوده و بستری شدن آنها را ایجاب نماید .

از مجموعه ۱۱۳ بیمار مبتلا به روماتیسم ، تظاهرات جلدی در ۶۳/۳ درصد یعنی در ۵۰/۵ درصد این بیماران مشاهده شده ؛ و در این مقاله ابتدا خلاصه شرح حال بیماران را ذکر نموده و سپس به بحث و شرح ویژگی های بالینی و آسیب شناسی تظاهرات جلدی تب روماتیسمی میپردازیم .

## بیمار اول

**حیدر - ۵** . ۷ ساله بعلت تب ، درد زانو ها ، طپش قلب و تنگ نفس هنگام فعالیت ، در تاریخ ۲۶/۵/۵۰ در بخش ۲ کودکان مرکز پزشکی پهلوی بستری شد . طفل مزبور در زمستان سال ۴۹ به درد زانو ها مبتلی میشود و ۲ ماه قبل از بستری شدن دچار گلو درد و مخرمک میگردد . ۱۵ الی ۶ روز قبل از ورود به بیمارستان بعلت طپش قلب و تنگی نفس تحت درمان قرار گرفته ولی بهبودی نیافته است . از یکسال پیش دردهای مفصلی ، گاهی عود میکرده اند .

در معاینه بالینی طفل لاغر و دچار آتروفی عضلانی شدید بوده

است . تعداد زیادی ندول زیر جلدی ( ۴۴ عدد ) به ابعاد ۱۰ الی ۱۵ میلیمتر در ناحیه اکسی پیتال و سطح اکستانسیون مفصل زانو ها و مفصل مچ دست و زائده خاری استخوان کتف و در مسیر تاندون آشیل و زائده خلفی مهره های ستون فقرات جلب توجه مینمایند . این ندولها سفت و بدون درد بوده در زیر پوست سالم قرار دارند . در لمس ناحیه قلب ، تریل حس میشود و در سمع سوفل سیستمیک درجه سه در کانون میترال با انتشار زیر بغل و رولمان دیاستولیک شنیده میشود . صدای دوم قلب دوتا شده و تشدید پیدا کرده ، کبد ۲ عرض انگشت بزرگ و دردناک ، مفصل هر دو زانو و مفصل مچ دست متورم و بسیار دردناک که محدودیت حرکات را بوجود آورده است .

با در نظر گرفتن : تب ، درد و تورم مفاصل و عارضه قلبی و ضایعات جلدی ، تشخیص تب روماتیسمی با ضایعات قلبی داده شده است .

در رادیو گرافی ، سایه قلب بزرگتر از طبیعی بوده در الکترو کاردیو گرام ، هیپر تروفی بطن چپ و دهلیز چپ وجود داشت . سرعت سدیم تا سیون ۸۲ میلیمتر در ساعت اول . میزان ASO ۶۲۵ واحد ، CRP شدیداً مثبت و در فرمول شمارش ، هیپر - لکوسیتوز و پولی نوکلئوز نشان داده است . در بیوپسی ندول زیر پوستی ناحیه آرنج یافته های میکروسکپی با ضایعات نوع روماتیسمال مطابقت داشتند .

کودک ، تحت درمان پردنیزولون و پنی سیلین پروکائین ( ۸۰۰ هزار واحد روزانه ) قرار گرفت . در طول درمان ، تورم و دردهای مفصلی از بین رفت و ندولهای زیر جلدی - در مدت یک هفته - از ۴۴ عدد به ۲ عدد کاهش یافتند و مقدار پردنیزولون به تدریج کم و قطع شد و بیمار با درمان پروفیلاکسی مرخص گردید .

متأسفانه این بیمار از آن تاریخ بیعد جهت کنترل بیماری مراجعه ننموده است .

## بیمار دوم

**احمد - ۳**

۱۳ ساله ، در تاریخ ۲۶/۱۰/۵۰ بعلت درد و تورم مفاصل زانو و مچ هر دو دست و پا در بخش ۲ کودکان مرکز پزشکی بیمارستان پهلوی بستری شد . کودک ۲ ماه قبل از ورود به بیمارستان دچار سرما خوردگی می شود و ۵ الی ۶ روز بعد به درد و تورم مفاصل زانو مبتلی میگردد که متعاقب آن مچ هر دو دست و پا گرفتار میشوند . مدت یک هفته تحت درمان نامشخص قرار میگیرد که از شدت درد کاسته شده و تورم از بین میرود و پس از چند روز با قطع درمان ، درد و تورم مفاصل نامبرده عود میکند .

در معاینه بالینی ، حال عمومی کودک رضایت بخش و قلب و ریه طبیعی بود . مفاصل زانو و مفاصل هر دو دست و پا دردناک و متورم بوده و محدودیت حرکات در آنها دیده میشود . در سطح قدامی زانو ها و سطح اکستانسیون آرنج و زائده خاری کتف و سطح قوزک داخلی



طفل تحت درمان آسپرین (۶۰۰ میلی برای هر کیلو گرم) و پنی سیلین پروکائین (۸۰۰ هزار واحد روزانه) قرار میگیرد. درد و تورم مفاصل از بین میرود و ندولها کوچک میشوند و بیمار با درمان پروفیلاکسی مرخص میگردد. متأسفانه بیمار از آن تاریخ به بعد، جهت کنترل بیماری مراجعه نکرده است.

### بیمار سوم

#### ابراهیم - ر .

۱۵ ساله، در تاریخ ۱۸/۲/۵۲ بعلت تنگی نفس و ناراحتی قلبی در بخش ۲ مرکز پزشکی پهلوی بستری گردیده است. ناراحتی بیمار از یکسال پیش همزمان با دردهای مفصلی شروع شده که با درد و پیش قلب همراه بوده که بتدریج بر شدت آنها افزوده شده است. از ۲ ماه پیش تورم در مفاصل زانوها و در پشت هر دو پا ظاهر شده که با محدودیت حرکات مفصلی توأم بوده است.

در معاینه بالینی طفل دچار پیش قلب و تنگی نفس بوده که هنگام فعالیت بر شدت آن افزوده میشود. در لمس ناحیه قلب، تریل و در سمع اکلاهی صدای اول و سوفل سیستمیک در کانون میترال و رولمان دیاستولیک وجود داشت.

ضربه نوک قلب در ششیمین فضای بین دنده ای زیر پستان لمس میشود. در سمع ریتمین خشونت صداها و رالهای خشک و تعداد رال مرطوب - بطور پراکنده - بگوش میرسید.

کبد با اندازه ۲-۳ انگشت بزرگ و دردناک بوده انتهای اندامها کمی سیانوزه و در روی پاها و شکم بثورات، به اشکال مختلف وجود داشت که بعضی از آنها برجسته و با فشار از بین نمی رفتند؛ تشخیص بالینی کاردیت روماتیسمال با نارسائی قلبی داده شد. در الکتروکاردیوگرام، هیپرتروفی بطن چپ، افزایش فاصله P-R و دو شاخه شدن موج P، یافته های مثبت بیماری بودند. در رادیوگرافی سایه قلب و دهلیز و بطن چپ بزرگتر از حد طبیعی بود.

در بین آزمون های آزمایشگاهی، فرمول شمارش هیپرلکوسیتوز و میزان ASO ۶۲۵ واحد، سرعت سدیماتاسیون ۳۲ میلیمتر در ساعت اول بود. در بیوپسی پوستی، واسکولیت فیبرینوئید (Fibrinoid Vasculit) یافته اصلی بود.

بیمار تحت درمان پردنیزولون (۲ میلی برای هر کیلو گرم) و پنی سیلین پروکائین - ۸۰۰ هزار واحد روزانه - و دیگوکسین قرار گرفت. دردهای مفصلی و ضایعات پوستی از بین رفتند و در هفته های بعد، کورتیکوئید به تدریج قطع و پروفیلاکسی بیماری ادامه یافت.

### بیمار چهارم

#### دولت - ش .

۱۰ ساله بعلت درد زانوها و مچ دست و پیش قلب در تاریخ ۲۰/۱۰/۵۳، در بخش کودکان مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم بستری شد. بیماری طفل از چهار سال پیش بصورت درد و تورم

مرد پا و زانوها (تصویر شماره ۱) ندولهای سفت، بدون درد و متحرک - با اندازه نیم الی یک سانتیمتر زیر جلد - بچشم میخورد و پوست روی ندولها سالم بود. با در نظر گرفتن درد و تورم مفاصل همراه با ندولهای زیر جلدی، تشخیص روماتیسم حاد مفصلی داده شد؛ ولی الکتروکاردیوگرافی قفسه صدی



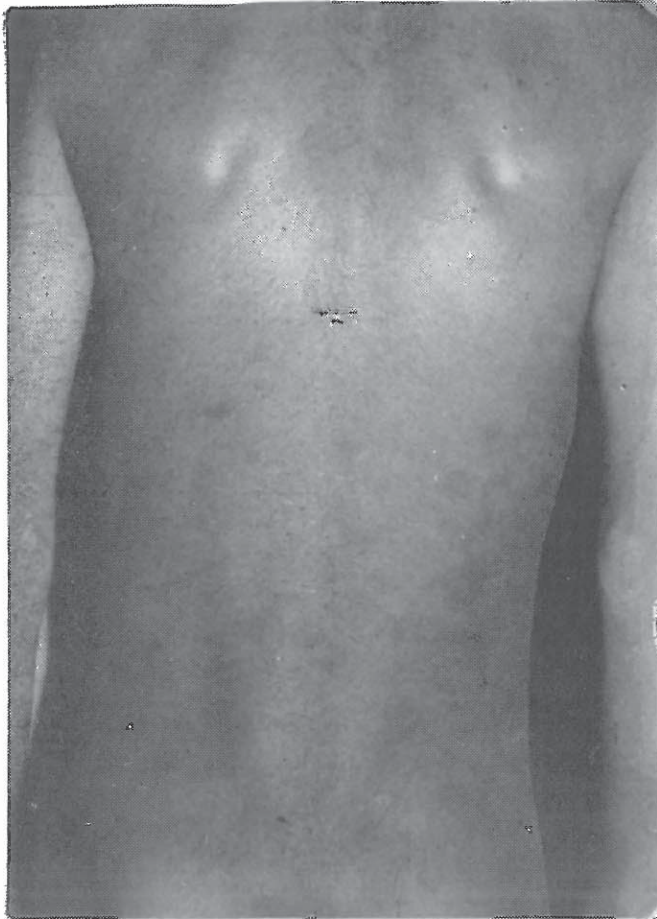
تصویر (۱)

و فرمول شمارش خون، طبیعی و میزان ASO ۱۲۵۰ واحد و سرعت سدیماتاسیون، در ساعت اول ۷۸ میلیمتر بوده است.

از ندولهای قوزک داخلی پا، بیوپسی بعمل آمد که از نظر میکروسکوپی در داخل بافت همبندی ناحیه مرکزی، با نکروز فیبرینوئید وجود دارد و در اطراف آن واکنش سلولر - از نوع ماکروفاژهای اپیتلیوئید - و همچنین ارتشاح سلولهای لنفاوی دیده میشود.

در زمینه بافت همبندی، فیبروز و گشادی عروق جلب توجه مینماید. این یافته ها با تشخیص ندولهای زیر جلدی روماتیسم حاد مفصلی مطابقت دارند.





تصویر (۳)

درالکتروکاردیوگرافی، موج P بزرگ و در رادیوگرافی، بزرگی دهلیز چپ، احتقان ناف هر دوریه، برجستگی قوس میانی و بزرگی قلب با تشخیص بیماری میتراک مطابقت داشته است.

CRP منفی و ASO ۳۳۳ واحد و سدیمانتاسیون ۶۰ میلیمتر در ساعت اول گزارش شده است.

تحت درمان با پنی سیلین پروکائین و پردنیزولون (۲ میلی برای هر کیلو گرم) نشانه های مفصلی و پوستی از بین رفتند و سدیمانتاسیون طبیعی گردید و طفل تحت درمان با کورتیکوئید مرخص شد.

در هفته های بعد، درمان کورتیکوئید بتدریج قطع گردید و درمان پیش گیری ادامه یافت؛ ولی در تمام مدت درمان تغییری در علائم قلبی مشاهده نگردید.

### بیمار پنجم

افسانه - ج .

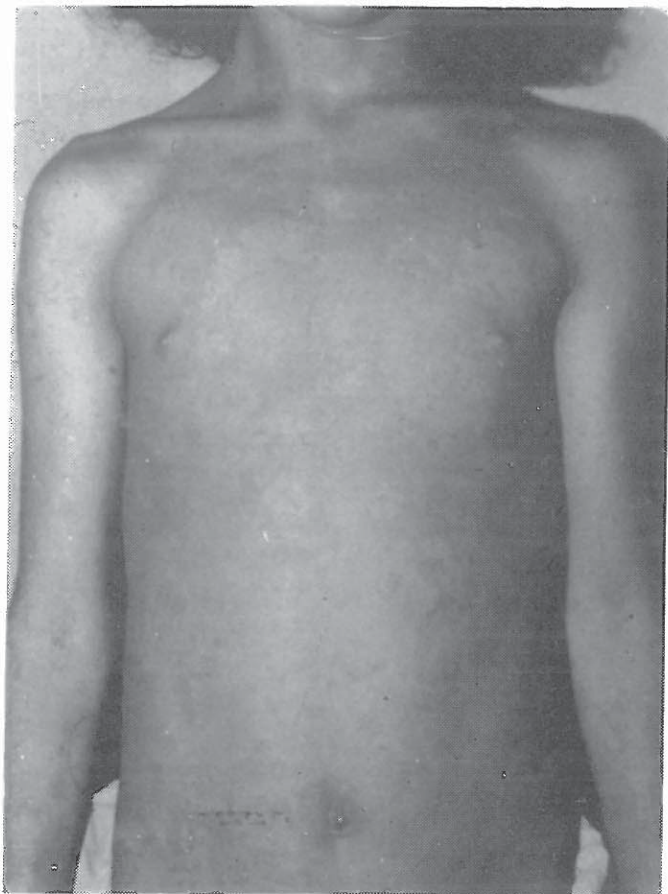
۷ ساله در تاریخ ۵۳/۶/۱۵ بعلت درد مفاصل زانو در بخش اطفال مرکز پزشکی لقمان الدوله ادم بستری شد. بیمار از چهار ماه پیش به درد زانوها مبتلی میشود و متعاقب آن ندولهای زیر-جلدی، در سطح قدامی زانوها جلب توجه میکند. طفل سرپائی

و محدودیت زانو شروع شده بود. گرفتاری مفصلی گاهی بصورت حمله عود کرده و در فواصل حملات طفل سالم بوده است.

چگونگی درمانهای انجام شده معلوم نیست. چهار ماه قبل دردهای مفصلی عود میکند و سه ماه قبل از ورود به بیمارستان سرفه و تنگ نفس ظاهر میشود.

در طی مدت چهار سال - بگفته کودک و اطرافیان - گاهی بثورات جلدی همزمان با تب و دردهای مفصلی بمدت چند روز ظاهر میشود که پزشکان آن را به سرماخوردگی نسبت میداده اند.

در معاینه ورودی، یافته های مثبت عبارت بودند از: بزرگی و تورم لوزه ها، خشونت صدا های ریوی، رالهای کرپتان قاعده ریتمین، سوفل پانسیستولیک  $\frac{3}{4}$  در کانون میتراک با انتشار زیر بغل همراه رولمان دیاستولیک با تشدید صدای دوم در کانون ریوی، لمس تریل دوزمانه در کانون میتراک. نبض های محیطی کمی پر و جهنده بوده که با از عرض چهار انگشت از زیر دنده ها تجاوز می کرده است. در معاینه اندامها، لاغری شدید عضلانی، تورم و محدودیت حرکات مفاصل مچ هر دو دست جلب توجه می نمود. در روی تنه و اندامها بثورات قرمزی مشاهده میشود. این بثورات بصورت لکه های قرمز رنگ بودند که با فشار انگشت تغییر رنگ داده ولی از بین نمی رفتند ( تصویر شماره ۳۹۲ ).

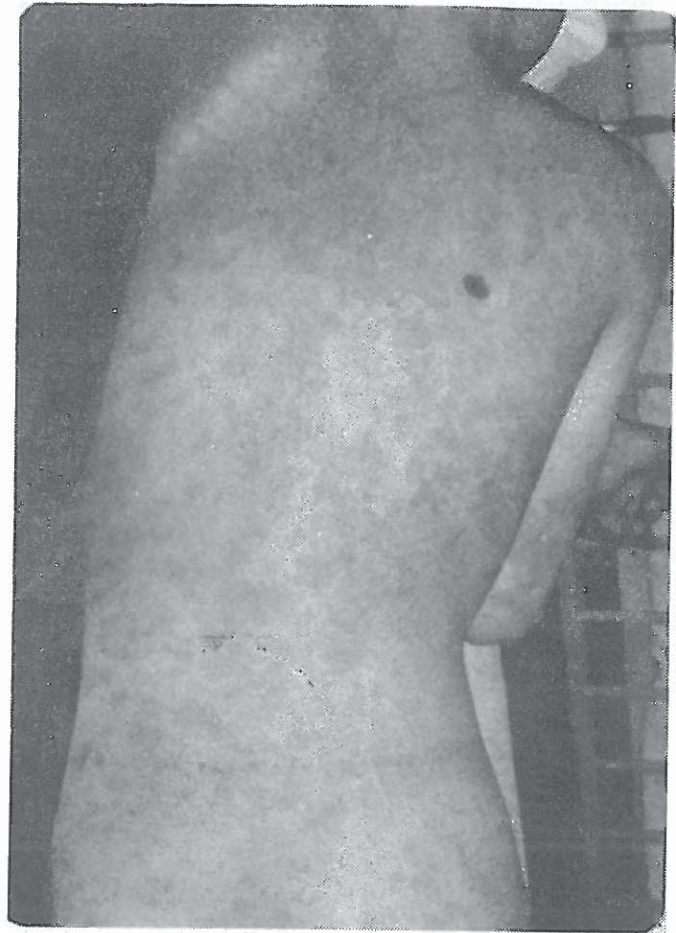


تصویر (۲)









تصویر (۵)



تصویر (۶)

**بحث :**

**شیوع تظاهرات جلدی**

درممالک متحده آمریکای شمالی ، شیوع ندولهای زیر جلدی را در ۷/۴ درصد و بثورات جلدی را در ۹ درصد بیماران روماتیسمی گزارش داده اند (۵). بعلت عوامل ناشناخته شایع، شرایط اقلیمی شیوع تظاهرات جلدی درممالک مختلف یکسان نیست؛ مثلا در انگلستان ندولهای زیر جلدی را در ۲۱/۷ درصد بیماران روماتیسمی مشاهده کرده اند. در حالیکه درممالک آفریقائی و آمریکای جنوبی - علیرغم شیوع و شدت بیماران روماتیسمال - ندول و بثورات جلدی ، پدیده استثنائی بیماری میباشد (۸). با توجه به تظاهرات جلدی روماتیسم - بدلیل جایگزینی و تغییرات خودبخودی آن- امتحان دقیق روزانه بیمار، جهت پیدا کردن این تظاهرات ضروری میباشد (۷).

**اشکال بالینی :**

باز نمودهای جلدی روماتیسم، دونوع می باشد : ندولهای زیر جلدی و اریتم مارژیناتم .

گرم در روز ) و پنی سیلین پروکائین ( ۸۰۰ هزار واحد روزانه ) قرار گرفت . گرفتاری مفصلی بکلی از بین رفت و سدیمان به ۸۰ میلیمتر در ساعت اول، کاهش پیدا کرد . بثورات جلدی تغییر رنگ دادند و برنگ قهوه ای درآمدند. در تاریخ ۲۸/۱۲/۵۳ با تجویز بنزاتین پنی سیلین بادوز یک میلیون و دو بیست هزار واحد هر ماه و همچنین تجویز آسپیرین به اصرار اولیاء کودک مرخص گردید. در تاریخ ۲۰/۱/۵۴ این بیمار پس از قطع خودسرانه درمان ، دوباره بعلت درد و تورم مفصل ولکه های پوستی در بیمارستان دیگری بستری گردید. کودک دچار علائم زیر بوده است: تب ۴۰/۵ درجه، مفصل مچ پای راست متورم و دردناک ولکه های پوستی در سراسر بدن وجود داشته که با متخصص بیماریهای پوست مشورت بعمل آمد و بثورات جلدی مربوط به روماتیسم، تأیید گردید. ASO ۸۵۰ واحد و سدیمان ۲۶ میلیمتر در ساعت اول بوده است . طفل مجدداً در بیمارستان تحت درمان با آسپیرین قرار می گیرد و پس از مدتی گرفتاری مفصلی بهبود می یابد؛ ولی ضایعات پوستی در مدت درمان تغییری پیدا نکرده اند .



به برنشکتازی، یک مورد در گلو مریولونفریت استرپتوتوکسیک و مورد دیگر در نوزادی هفت روزه مبتلا به اسهال بدون اینکه دارویی دریافت کرده باشد - مشاهده کرده اند و اینان یک طفل ۷ ساله مبتلا به زرد زخم استرپتوکوکسیک گروه B همولیتیک، مورد دیگر یک دختر سه ساله را که مبتلی به آئزین بوده است، ذکر مینمایند. از طرف دیگر ندولهای زیرجلدی در ۲۰ درصد بیماران مبتلی به آرتریت روماتوئید و ۲۵ درصد کودکان مبتلا به گرانولوم آنولر دیده شده است.

و همچنین شبیه این ندولها را در چپه‌هایی مشاهده کرده اند که هیچگونه علامتی حاکی از ابتلا به تب روماتیسمی نداشته اند. Mesara و همکاران این ندولها را ندولهای شبه روماتیسمی (پسودوروماتوئید ندول) مینامند (۲).

عده‌ای آنها را فقط از تظاهرات بالینی گرانولوما آنولر میدانند.

در  $\frac{1}{4}$  کودکان مبتلا به ندول پسودوروماتوئید، سابقه ضربه و  $\frac{1}{4}$  دیگر علائم جلدی گرانولوما آنولر دیده شده است. سن این کودکان بین سه الی شش سال بوده و هیچ کدام از آنها نشانه بالینی دیگری نداشته اند.

این ندولهای روماتیسمی کاذب در ناحیه سر و کف دست و بازو و ساعد و پشت پاها جایگزینی میکنند و در اثر درمان استروئید یا سالیسیلات محو میشوند؛ ولی عود آنها دیده شده است. سر ندولها طولانی و از چندماه تا چندسال ممکن است باشد، ولی هرگز علامتی که دلیل بر بیماری کلاژن باشد، در این بیماران بوجود نیامده است. از نظر میکروسکوپی ندولهای پسودوروماتوئید، از کانوهای متعدد دژنرسانس کلاژن همراه با پرولیفراسیون هیستوسیت و لنفوسیتها در اطراف مویرگها و احتمالا پرولیفراسیون آندوتلیوم عروق مویرگی، مشخص میشوند.

با در نظر گرفتن خصوصیات بالینی ندولها و تغییرات نسجی آنها، باید قبول کرد که تشخیص نهایی بیماری موقعی مطرح میشود (تب روماتیسمی + آرتریت روماتوئید و غیره) که سایر نشانه‌های بالینی و آزمایشگاهی همراه این ندولها باشند.

### اهمیت تظاهرات جلدی از نظر پیش آنگهی بیماری روماتیسمال:

بروز تظاهرات جلدی در یک بیمار مبتلا به روماتیسم دلیل بر وخامت بیماری است و آمارهای مختلف - بدون استثناء - این موضوع را تأیید کرده اند. در اکثر موارد تظاهرات جلدی با گرفتاری قلبی - از نوع کاردیت و خیم - همراه میباشد (۱-۳-۵-۷-۹).

### یافته‌های آسیب شناسی:

ندولهای تب روماتیسمی در امتحان ریز بینی (۴) از ماده فیبرینوئید غیریکتواخت با مقدار کمی سلول تشکیل یافته اند؛ سلولها از نوع هیستوسیت، فیبروبلاست بوده و در زمینه نسج همبندی متورم قرار دارند.

ندولهای زیرجلدی روماتیسم سفت و بدون درد بوده و قطر آنها از چند میلیمتر تا یک سانتیمتر متفاوت است و بندرت اندازه آنها از یک سانتی متر تجاوز میکند (۹۰۷).

این ندولها در زیر پوست سالم و روی برجستگی‌های استخوانی و در مسیر تاندونها - بویژه در سطح اکستانسیون مفاصل آرنج، بندانگشتان، زانوها و همچنین زائنده خارجی مهره‌ها و محل اتصال تاندونها به استخوان - قرار میگیرند.

وضعیت و شکل ندولها در مفاصل نسبت به خط وسط متقارن است؛ گاهی ندول افزایش حجم پیدامیکند که در این صورت سفتی خود را از دست میدهد. این ندولها کوچکتر از ندولهای آرتریت - روماتوئید هستند و هر چند که درد و بیماری شایع‌ترین محل ضایعه سطح خلفی آرنج میباشد، ولی ندولهای تب روماتیسمی در روی Olecranon و ندولهای آرتریت روماتوئید، ۳ الی ۴ سانتیمتر پایین‌تر از آن قرار میگیرند. تعداد آنها معمولاً ۳ الی ۴ عدد و به ندرت یک ندول و یا بیشتر از ۳۰ ندول گزارش شده است.

اریتم مارثیناتم (۹) بصورت بثورات پوستی بدون خارش، قرمز رنگ و یا مایل به زرد میباشد که معمولاً به تنه و گاهی در اندامها دیده میشوند؛ ولی هرگز صورت را فرامیگیرد. ضایعه ابتدایی بصورت اریتم سفتی است که بتدریج از مرکز به محیط گسترش پیدامیکند، قسمت میانی آن کم رنگ میگردد و بدین ترتیب شکل حلقوی بخود میگیرد. برخی از پژوهشگران را عقیده بر اینست که اریتم مارثیناتم - با توجه به خاصیت گسترش تدریجی آن - از اریتم آنولار که بصورت ماکول باقی می ماند متمایز میباشد؛ ولی اغلب محققین تمایزی بین اریتم مارثیناتم و اریتم آنولار قائل نیستند. این بثورات بسرعت تغییر پیدامیکند و گاهی در عرض چند ساعت محو میشوند و دوباره ظاهر میگرددند. عوامل خارجی نظیر استحمام با آب گرم سبب تولید اریتم و یا تشدید ضایعات قبلی میگرددند. در هر حال تغییر پذیری خود بخودی بثورات یکی از مهمترین خواص آنها میباشد که اشکالات تشخیصی نیز بوجود میآورد.

### ارزش تشخیصی تظاهرات جلدی:

همانگونه که یاد آوری شد، ندولهای زیرجلدی و اریتم - مارثیناتم در ضوابط JONES، از جمله نشانه‌های اصلی بیماری میباشد (۹۰۷).

بنظر عده‌ای از نویسندگان، اریتم مارثیناتم به تنهایی ارزش تشخیصی دارد ولی عده‌ای دیگر معتقدند که ارزش تشخیصی اریتم مارثیناتم موقعی است که یک یا چند علامت دیگر تب روماتیسمی، در بیمار وجود داشته باشند (۳).

عقیده مؤلفین گروه دوم منطقی و قابل قبول بنظر میرسد، چون اریتم مارثیناتم را در بیماری دیگر نیز میتوان جستجو نمود. مثلاً Burke و همکاران (۳) پنج مورد اریتم مارثیناتم تبیک را در بیماران مختلف - در غیاب تب روماتیسمی - مشاهده کرده اند. این مؤلفین، یک مورد متعاقب تزریق پنی سیلین در بیمار مبتلا



باسالیسیلات بوده‌اند - بیشتر از مواردی بوده است که با A.C.T.H. و یا استروئید درمان شده‌اند. ولی در هر سه گروه - گاهی از اوقات - ندولهای جدید در بیماران تحت درمان بوجود آمده است.

مطالب فوق درباره اریتم مارژیناتم نیز صدق مینماید (۵۳). بثورات جلدی گاهی بعد از بهبود علائم جلدی، در حالیکه درمان ضد التهابی ادامه دارد (سالیسیلات و استروئید) بروز مینمایند.

درمان ضد التهابی در بعضی بیماران موثر و در برخی از آنان بدون نتیجه است. بثورات جلدی به سیر مستقل خود همراه با مراحل شدت وضعف و حتی بهبودی کامل ادامه میدهد. گاهی از اوقات اریتم مارژیناتم ماهها بعد از شروع بیماری به روند خود ادامه میدهد.

### خلاصه و نتیجه :

در مدت پنج سال از ۲۶۰۰ بیمار، ۱۱۳ بیمار مبتلا به تب روماتیسمی بوده که ۶۸/۸ درصد آنان دچار کاردیت بوده‌اند؛ و از کل بیماران روماتیسمی ۶ بیمار (۵۵/۳ درصد) با تظاهرات جلدی در دو بخش بیمارهای عمومی کودکان مشاهده و مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

باز شناخت تظاهرات پوستی تب روماتیسمی، مستلزم معاینه بالینی دقیق این بیماران میباشد (۷). و شاید تعدادی از بیماران مبتلا به روماتیسم دارای تظاهرات جلدی بوده‌اند ولی شناخته نشده‌اند. در هر حال رقم فوق نشان میدهد که هر چند شیوع تظاهرات جلدی در کودکان ایرانی به نسبت شیوع آن در بیماران انگلیسی و آمریکائی نیست (۷/۵ الی ۱۰ درصد) ولی بیشتر از مقداری است که در کشورهای افریقائی و آمریکائی جنوبی گزارش داده‌اند (۸).

از بررسی و مطالعه نوشته‌های فرهنگستان پزشکی، چند نکته اساسی روشن میگردد:

۱- تظاهرات جلدی چه بصورت اریتم وجه بشکل ندول، یک تشخیص بالینی است و نمیتوان در این راه از آسیب شناسی کمک مؤثری انتظار داشت.

۲- ارزش تشخیصی این تظاهرات موقعی است که نشانه‌های بالینی و آزمایشگاهی دیگری به نفع تب روماتیسمی وجود داشته باشند.

۳- علائم جلدی روماتیسم در موارد وخیم تب روماتیسمی و در بیماران مبتلا به کاردیت، شیوع بیشتری دارند.

۴- سیر و تظاهرات جلدی تب روماتیسمی متغیر و طولانی بوده و تا حدی بستگی به درمانهای ضد التهابی ندارد.

۵- نشانه‌های جلدی گاهی شدید و زمانی خفیف هستند؛ در حالت اول ممکن است سبب اشتباهات تشخیصی گردند و در حالت دوم پزشک، غالباً با امتحان بالینی بوجود آنها پی نمیرد.

از شش بیمار معرفی شده، سه نفر مبتلا به ندول و ۳ نفر مبتلا به اریتم مارژیناتم بوده‌اند و در سه مورد از این شش بیمار کاردیت

در مجاورت جزایر عروقی، سلولهای لنفوسیت و سلولهای چند هسته‌ای دیده میشود. در بعضی موارد ماده فیبرینی کم و یا اصلاً وجود ندارد. از نظر آسیب شناسی - در موارد واضح بیماری - ندولهای روماتیسمی را از ندولهای آرتريت روماتوئید میتوان مشخص نمود. ندولهای روماتیسمی معمولاً از سه لایه تشکیل یافته است.

۱- لایه خارجی شامل ماده فیبرو، کدر لایه‌ای آن ارتشاح سلولهای لنفوسیت و پلاسموسیت و ندرتاً چند هسته‌ای و ائوزینوفیل، قرار گرفته‌اند.

۲- لایه داخلی از ماده نکر و تیک و گاهی مواد فیبرینوئید تشکیل یافته ولی در بیشتر موارد عناصر گرانولر و فیبرینوئید در زمینه بافت همبند همراه بقایای هسته‌های سلولی نکر و تیک و گلبولهای چربی و گلبولهای مشاهد میشود.

۳- بین لایه داخلی و خارجی، یک لایه سلولی متشکل از فیبر و بلاستها با هسته‌های بزرگ و کانونهای نکر و تیک وجود دارد ولی نمای آسیب شناسی همیشه مشخص نیست و در اغلب موارد نمیتوان از نظر پاتولوژی ندول روماتیسمی را بطور قطع از ندول آرتريت روماتوئید تمیز داد و یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی مهمترین راهنمای تشخیص میباشد.

یافته‌های آسیب شناسی در اریتم مارژیناتم غیر اختصاصی بوده و ارزش چندانی ندارند (۱۰)؛ و در اغلب موارد منظره ریزینی نمای یک درمیت غیر اختصاصی تحت حاد و یا مزمن را نشان میدهد. در لایه درم، ارتشاح دور عروقی با سلولهای تک هسته‌ای و گاهی ائوزینوفیل در قسمت سطحی و میانی درم وجود دارد و در لایه اپی درم، تصاویر هیپر کراتوز و آکانتوزوم - پاپیلوماتوز - که از یافته‌های شایع این ضایعات پوستی میباشد - مشاهده میگردد.

### سیر تظاهرات جلدی تب روماتیسمی :

ندولهای زیر جلدی بندرت در نخستین روزهای حمله بیماری و همزمان با تب تظاهر مینمایند. این ندولها قاعدتاً چند هفته یا چند ماه بعد از شروع بیماری در طی شدت بیماری و یا در جریان عود بیماری دیده میشوند.

طول مدت و سیر آنها از شش روز تا شش ماه گزارش شده و عودهای مکرر نیز دیده شده است (۱). درمانهای ضد التهابی، زمان سیر آنها را کوتاه مینمایند ولی نتیجه درمانی چندان چشمگیر نمیشد.

پژوهشگران آمریکائی و انگلیسی (۵) در مطالعات خود ثابت کرده‌اند که ماهیت درمان ضد التهابی در روند ندولهای زیر جلدی تقریباً بی اثر است.

در این مطالعه در سه گروه بیمار که یکی با (ACTH)، گروه دوم با کورتیزون و دیگری با اسپیرین درمان شده بودند، ندولهای زیر جلدی در اکثر این بیماران بعد از شش هفته و در تعداد محدودی بعد از ۹ هفته و در تعداد کمی بعد از ۱۷ هفته ناپدید شده‌اند. در همین مطالعات موارد برگشت و عود ندولها - در گروهی که تحت درمان



شدید وجود داشته است .

در بیمار اول تعداد ندوئهای زیر جلدی - علیرغم وجود سایر نشانه‌های روماتیسم - تشخیص را بمدت چند روز بتعویق انداخته و تشخیص بیماریهای دیگری را در این مورد مطرح نموده است .

در این بیمار و همچنین در بیمار دوم - آسیب‌شناسی - یافته - های بالینی را تأیید میکرد . درحالیکه در بیمار سوم بی‌پوسی جز یک واسکولیت فیبری نوئید غیراختصاصی ، ضایعه دیگری را نشان نداد ؛ ولی بدلیل وجود نشانه‌های بالینی دیگری تب روماتیسمی و بویژه کاردیت ، ماهیت تظاهرات جلدی رامشخص نموده است .

در بیمار چهارم بثورات جلدی به مدت چهارسال ، همزمان باعودهای مکرر بیماری روماتیسمال ظاهر میشدند و بگفته خود بیمار هر وقت دچار سرماخوردگی می‌گشته ، همزمان با آن دردهای مفصلی و بثورات جلدی ظاهر میشده است ؛ و بنظر میرسد که وجود این علائم جلدی پزشک معالج را گمراه کرده است . بیمار پنجم بعنوان استافیلوکوکسی جلدی درمان میشده و علیرغم دردهای مشخص مفصل ، تشخیص روماتیسم داده نشده است .

در بیمار ششم بثورات جلدی شدید و منتشر و با سیر طولانی و مقاوم به درمان بوده حتی پس از محوشدن علائم التهابی بیماری ، این بثورات باقی مانده اند . و این امر باعث شد که طفل برای بار دوم ، در بیمارستان دیگری بستری شود . در این بیمارستان تشخیص‌های دیگری برای بیمار مطرح گردید ، زبامتخصص پوست مشاوره بعمل آمد ؛ ولی بعد از چندین روز تظاهرات جلدی تب روماتیسمی همراه با نشانه‌های مفصلی و علائم آزمایشگاهی ، تشخیص مسلم بیماری را در این بیمارستان

روشن نمود .

میدانیم که در سال ۱۹۴۳ Jones تظاهرات جلدی را در زمره علائم اصلی بیماری قرار داده و در سال ۱۹۶۰ سازمان جهانی بهداشت تغییراتی در ضوابط تشخیصی Jones بعمل آورد . ولی بنظر کارشناسان این سازمان ، هیچ ضابطه‌ای جانشین امتحان بالینی دقیق قدرت قضاوت و موشکافی پزشک نمیتواند باشد (۸) .

تجزیه و تحلیل شرح حال بیماران نشان میدهد که تظاهرات جلدی بیماری روماتیسم ، درحقیقت یک علامت فراموش شده است و بنظر می‌رسد که آنها سبب انحراف تشخیص میگردد . علت این امر را باید در نادر بودن این علائم و عدم آشنائی پزشکان با این نشانه‌ها دانست و همچنین باید اذعان نمود که هرگز نشانه‌های جلدی بطور دقیق و سیستماتیک در بیماران مبتلا به روماتیسم مورد مطالعه قرار نمیگیرد . از طرف دیگر بعلمت ازدیاد مصرف دارو بعضی از پزشکان این بثورات را بعلمت آلرژی دارویی دانسته که در واقع ممکن است این بثورات ربطی با مصرف داروی مورد نظر نداشته باشند و علت آنها تب روماتیسمی باشد .

نتیجه میگیریم که در برابر هر بیمار مشکوک به تب روماتیسمی ، باید در جستجوی ضایعات پوستی بیماری بود ؛ چون این ضایعات هر چند که نادر میباشند ولی جزو نشانه‌های اصلی بیماری هستند . از طرف دیگر وجود ندول و یا ریتم جلدی - در نزد بیماری که با تب ، ضعف ، خستگی ، بی‌اشتهائی ، رنگ پریدگی و درد مفصل مراجعه میکند - در مرحله اول تشخیص تب روماتیسمی را مطرح میکند و مقاومت به درمان ، جزو خصوصیات و سیر بالینی این تظاهرات پوستی می‌باشند .

Manifestations cutanées du rhumatisme articulaire aigu MARANDIAN M.H., DJAFARIAN M. LESSANI M., FARAMARZI

Sur 2601 admissions, chez 113 enfants atteints de la maladie de Bouillaud, hospitalisés en cinq ans dans deux services de pédiatrie de Téhéran (C.H.U. de Pahlavi, C.H.U. de Logmandoleh Adham) 6 cas de manifestations cutanées (trois cas de nodules, trois cas d'érythème marginatum) ont été constatés, trois d'entre eux souffrant d'une cardite sévère et évolutive.

En Iran l'incidence des signes cutanés du RAA (5,3% des cas) semble plus faible par rapport aux pays anglo-saxons (7-11%) et plus élevée par rapport à certains pays d'Afrique et d'Amérique Latine où elle voisine 0%.



## REFERENCES

- 1— BALDWIN J.S., KERR J.M., KUTTNER A.G., DOYLE E.F.  
Observation on Rheumatic nodules over a 30-year period J. of Pediat. 8960, 56, 465 — 470
- 2— BURREINGTON J.D.  
Pseudo Ruhmatoïd nodules in children: Report of ten cases Pediatrics 1970, 45, 473 — 478
- 3— BRUKE J.B.  
Erythema Marginatum  
Arch. Dis. Child. 30, 359, 1955, 359 — 365
- 4— BYWATERS E.G.L., GLYN L.E., ZELDIS A.  
Subcutaneous nodules of Still's Disease  
Ann. Rheum. 1958, 17, 278 — 285
- 5— COOPERATIVE STUDY: The Treatment of Acute Rheumatic Fever in Children. A cooperative clinical trial of ACTH, cortisone and Aspirin  
Circulation, 1955, 11, 343 — 371
- 6— MARKOWITZ  
Rheumatic Fever  
Saunders Comp. Pub. Toronto, 1972, P. 72 — 73
- 7— SANKALE M., KOATE P., QUENUM C., TONDUT A., BASSABI S.  
La maladie rhumatismale et ses localisations cardiaques chez le noir africain (A propos de 418 cas observés en six ans à Dakar)  
Sem. Hôp. Paris, 1969, 45, 3015 — 3027
- 8— TARANTA A.  
Arthritis and Allied conditions. Text-book of Rheumatology Hollander — McCarty 8e Ed. — Lea and Fbiger Ed. 1972, P. 777 — 779
- 9— ROBBINS S.  
Pathology  
Saunders Comp. 3rd Edition, 1967, P. 1379