

(گزارش مورد)

گزارش یک مورد سندروم سوئیت در بیماری کلیوی پیش‌رونده و پريتونیت

زهرا بیگم موسوی^۱، فاطمه حیاتی^۲، سیف‌اله بلادی موسوی^۲، شهره رفیعی^۳، نسترن رنجبری^۴

چکیده

زمینه: سندروم سوئیت با ویژگی‌های تب و شروع ناگهانی ضایعات پوستی مشخص می‌شود. این سندرم در مواردی با سایر بیماری‌ها از جمله بیماری‌های کلیه همراهی دارد. نوع همراهی و فراوانی واقعی آن هنوز مشخص نیست. **معرفی مورد:** ما خانمی را با مراحل آخر نارسایی کلیه و پريتونیت معرفی می‌کنیم که دچار سندروم سوئیت شد.

نتیجه‌گیری: سندروم سوئیت می‌تواند با بیماری کلیوی همراه باشد. تاکنون همراهی آن ثابت نشده است. معرفی موردها می‌تواند اطلاعات را در این زمینه افزایش دهد.

واژگان کلیدی: سندرم سوئیت، پريتونیت، بیماری‌های کلیوی

۱-دانشیار، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۱۱۱۴۴۸۹

moosavi.za@gmail.com

۲- استادیار، گروه نفرولوژی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۳۱۱۴۴۶۵

fatemehhayati93@gmail.com

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۳۰۶۸۰۶۳

beladimusavi@yahoo.com

۳- رزیدنت پوست، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۶۱۱-۲۲۲۲۱۱۴

rafiee.sh@ajums.ac.ir

۴- استادیار، گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۶۱۱-۲۲۲۲۱۱۴

ranjbari-n@ajums.ac.ir

* نویسنده‌ی مسؤل:

شهره رفیعی؛ ایران، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده پزشکی، گروه پوست.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۶۱۱-۲۲۲۲۱۱۴

Email: rafiee.sh@ajums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۲۹

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۱۴

مقدمه

ساعت پس از بستری شدن اخیر رخ داد و دچار ضایعات دردناک روی ساق هر دو پا شد. حرارت بدن $37/5^{\circ}\text{C}$ بود. در معاینه پوست، دو پلاک با حدود مشخص و به رنگ اریتماتوس تیره مشاهده شد (شکل ۱). با تشخیص های کلینیکی سندروم سوئیت و کلسی فیلاکسیس (Calcephylaxis) بیوپسی از ضایعات پوستی انجام شد. یافته های آزمایشگاهی شامل گلبول های سفید خون 6600 که 62% درصد آنها نوتروفیل و 38% درصد لنفوسیت و سرعت رسوب اریتروسیت ($\text{ESR} = 72$) بود. $\text{CRP} +$ $3 =$ و $\text{HB} = 10/7$ پلاکت 215000 ، کلسیم $0/9$ ، فسفر $3/9$ ، $\text{BUN} = 80$ و کراتینین 14 بودند کشت پریتون منفی بود. ویژگی های بیوشیمیایی مایع پریتون شامل شمارش کامل 890 ، آلبومین $0/1$ گرم، پروتئین $0/2$ گرم، گلوکز 149 ، $\text{LDH} = 31$ از همان ابتدای بستری، سفازولین یک گرم وریدی در روز و جنتامایسین 80 میلی گرم در روز شروع شده بود. بررسی میکروسکوپ نوری از نظر آسیب شناسی، ارتشاح نوتروفیل نواری شکل، تعداد کمی ائوزینوفیل، اکستراوازیاسیون گلبول قرمز بدون نشانه ای از واسکولیت واقعی یا کلسیفیکاسیون را نشان داد (شکل ۲). تشخیص سندرم سوئیت از نظر آسیب شناسی نیز مطرح شد. این ضایعات بدون درمان اختصاصی پس از 12 روز بهبود یافتند.

شکل ۱: پلاک اریتماتو و دردناک در ساق پا

شکل ۲: اینفیلتراسیون متراکم نوتروفیل ها در درم فوقانی

بحث

در سندرم سوئیت، بیماری های داخلی و یا درماتوزها یا عواملی دیده می شوند که گاه از همراهی ها هستند، گاه علت بیماری و بالأخره ممکن است یافته ای تصادفی باشند (۳). بیماری های کلیه و از جمله گلوومولونفریت مزانجیوگاپیلر، پروتئینوریا و همآچوریا را از بیماری های همراه سوئیت نام برده اند. با این حال، هنوز شواهد متقاعدکننده ای کافی در اختیار نیست که بیماری های کلیه

سندروم سوئیت با تب، لکوسیتوز، نوتروفیلی محیطی و ظهور ناگهانی پاپول های اریتماتوس دردناک، پلاک یا ندول و یافته های هیستوپاتولوژیک ارتشاح متراکم نوتروفیلی بدون شواهدی از واسکولیت اولیه مشخص می شود. سندروم سوئیت را به سه گروه تقسیم می کنند. گروه اول، کلاسیک؛ گروه دوم همراه بدخیمی؛ و گروه سوم ناشی از واکنش های دارویی. همراهی نوع کلاسیک با عفونت، بیماری های التهابی روده (IBD)، بیماری های اندوکراین و حاملگی دیده شده است. در فرم همراه بدخیمی، بیشتر تومورها از نوع هماتولوژیک هستند. در گروه ناشی از دارو، سندروم سوئیت بیش از همه با G-CSF (Colony-stimulating factor) دیده می شود، اما سایر داروها مانند ترانس-رتینوئیداسید، مینوسیکلین، تری متوپریم-سولفامتوکسازول، کاربامازپین، فوروزاماید، هیدرالازین و کتراتسپتیوهای خوراکی نیز در ایجاد این سندروم نقش داشته اند (۱ و ۲).

به درستی معلوم نیست که بیماری هایی که تاکنون همراه با سندروم سوئیت گزارش شده اند همراهی بوده یا تصادفاً همزمان ظهور کرده اند. در این مقاله، ما بیماری را گزارش می کنیم که مبتلا به نارسایی کلیه مزمن پیشرفته (ESRD) و پریتونیت بود و دچار سندرم سوئیت شد.

معرفی مورد

یک خانم ۲۵ ساله به دلیل درد شکمی و کاهش دفع ادراری به بخش نفرولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز مراجعه کرد. وی مورد شناخته شده ای سندروم نفرروتیک از ۱۲ سال قبل بود. از سال گذشته به دلیل ESRD تحت همودیالیز ورید ژوگولار داخلی قرار گرفته بود. شش ماه بعد به علت انسداد ورید، تحت دیالیز پریتونال (CAPD Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis) قرار گرفت. از آن به بعد دچار دو حمله پریتونیت شد. اولی، سه ماه پس از دیالیز پریتونال و دومی در مراجعه ای اخیر او بیست و چهار

سندرم سوئیت است که هنوز کاملاً روشن نشده است، شاید یک واکنش هایپرسنسیتویتی به عوامل عفونی دارد یا یک آنتی ژن تومورال دیگر باعث ظهور این سندرم گردد. در بیمار ما، علی‌رغم منفی شدن کشت پریتون، نقش عوامل عفونی را نمی‌توان رد کرد و از طرفی مشخص نیست که آیا روند دیالیز باعث شده تا مواد یا عوامل ایجادکننده‌ی احتمالی از بدن خارج و بی‌اثر گردند. شاید علت بهبودی بیمار فرد دیالیز بوده است. نتیجه‌گیری ما این است که فکر می‌کنیم با تعداد کم موارد نمی‌توان به ماهیت واقعی همراهی‌ها پی‌برد و شاید این موارد و سایر موارد در آینده به مجموعه‌ی گزارشات مستند افزوده شود تا در نهایت به تفاسیر مطمئن‌تری از وضعیت این سندرم و همراهی‌های آن برسیم.

جزو همراهی‌ها هستند و یا یافته‌ی تصادفی همراه به‌علاوه، اطلاعات کافی از نظر نوع بیماری‌های کلیوی همراه با سوئیت در دسترس نیست. همودیالیز وریدی که در بیمار ما انجام شد به‌دلیل پیشرفت نارسایی کلیه‌ی وی بود. با این‌حال، ۶ ماه بعد به‌علت ناکارآمد شدن این روش، دیالیز پریتونئال شروع شد. بیمار، در نوبت اخیر که بستری شده بود، دچار سندرم سوئیت شد. در همه‌ی انواع این سندرم انتظار می‌رود که علایم و نشانه‌ها پس از حذف علت ایجادکننده از بین بروند (۱ و ۳). اما مؤثرترین دارو در موارد کلاسیک به‌خصوص پردنیزولون خوراکی است و آنتی‌بیوتیک‌ها عموماً بی‌اثر هستند؛ مع‌الوصف چنانچه علت بیماری عفونت باشد، درمان آنتی‌بیوتیک مناسب منجر به بهبود سوئیت می‌شود (۱ و ۲). آنچه تشخیص همراهی‌های واقعی را مشکل‌تر می‌نماید، پاتوژن

References

- 1-Cox NH , Jorizzo JL, Bourke JF , Savage COS. Vasculitis , Neutrophilic Dermatoses and related disorders. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths CH. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Chichester: Willy-Blackwell; 2010. P. 5074-82
- 2-Moschella S, Davis MD. Neutrophilic Dermatoses. In: Bologna J, Jorizzo JL, Rapini R. Dermatology. 2nd ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2008. p. 379 -83.
- 3-Cohen PR , Kurzrock R. Sweet's syndrome: a neutrophilic dermatosis classically associated with acute onset and fever. Clin Dermatol 2000;18(3):265-82.
- 4-López de Maturana D, Delpiano A, Aspillaga S, Moreno F, Benedetto J. [Sweet syndrome associated with articular and renal involvement]. Rev Med Chil 1999;127 (4):463-7. [In Spanish]
- 5-Akovbyan V, Talanin N, Tukhvatullina Z. Sweet's syndrome in patients with kidney and liver disorders. Cutis 1992;49(6):448-50
- 6-Monaghan TM, Thomas J, Goddard W. A painful rash. BMJ 2009;339:b2293.

(Case Report)**Sweet's syndrome in a patient with end-stage renal disease and peritonitis****Zahra Beigom Moosavi¹, Fatemeh Hayati², Seifolah Beladi Moosavi², Shohreh Rafeiee^{3*}, Nastaran Ranjbary⁴**

1-Associated professor, Department of Dermatology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2-Assistant professor, Department of Nephrology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3-Resident in Dermatology, Department of Dermatology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-Assistant professor, Department of Pathology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding Author:
Shohreh Rafeiee; Resident in Dermatology, Department of Dermatology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tell: 0611-2222114
Email: rafiee.sh@ajums.ac.ir

Abstract

Background: Sweet's syndrome which is characterized by fever and acute onset of skin lesions is in many times associated with other conditions including renal disease. Type of association and true rate is not yet clear.

Case report: We report a woman with end stage renal disease and peritonitis who developed Sweet's syndrome.

Conclusion: Sweet's syndrome can be associated with renal diseases, yet true association is not established. Case reports can add to field and increase data on this issue.

Keywords: Sweet's Syndrome, peritonitis, kidney disorders.

► Please cite this paper as:

Taheri N, Rashidi Ondi M, Shaeri Karimi Z, Sabiei MR. The Relationship between Burnout and public Health in High School Teachers in Abadan in 2011. *Jentashapir* 2013;4(2):171-174

Received: 05.10.2012

Accepted: 19.11.2012