

گزارش یک مورد پورفیری کوتاه تاردا در زمینه هپاتیت C

دکتر رحیم آقازاده^۱، دکتر سیدرضا فاطمی^{۲*}، دکتر امیر هوشنگ محمدعلیزاده^۳، دکتر محمدرضا زالی^۴

^۱دانشیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۲فلوشیپ فوق تخصص گوارش، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۳استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۴استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه

بیمار مردی ۴۲ ساله مبتلا به هپاتیت C بود، که با ضایعات پوستی به صورت قرمزی و درد مختصر همراه ضایعات تاولی شکل در جلوی ساق پای چپ مراجعه نمود. این تاولها به تدریج در عرض یک هفته پاره و دچار پوسته ریزی شدند و تغییر رنگ قهوه‌ای در محل ضایعات ایجاد شد. بیمار، ضایعات مشابه قدیمی نیز در ساق پای راست و داخل پای راست داشت. در بررسیهای به عمل آمده با شک به ضایعات پوستی پورفیری کوتاه تاردا در زمینه هپاتیت C، آزمایش اوروپورفیرینوزن ادراری صورت گرفت که تشخیص مذکور را تأیید کرد. این ضایعه از عوارض پوستی هپاتیت C است که با افزایش حساسیت به نور و شکنندگی پوست خود را نشان می‌دهد. درمان با اینترفرون آلفا شروع شد و در پیگیری بعدی، ضایعات پوستی بعد از ۲ ماه دچار هیپرپیگمانتاسیون شدند و بعضی از ضایعات بهبود کامل پیدا کردند. گوارش، ۱۳۸۳؛ سال نهم: ۲-۱۹۱

واژه‌های کلیدی: پورفیری کوتاه تاردا، هپاتیت C، اوروپورفیرینوزن

مقدمه

بیماران مبتلا به هپاتیت C در طول بیماریشان دچار عوارض پوستی مختلفی می‌شوند که یکی از آنها پورفیری کوتاه تاردا است. این ضایعه که با افزایش شکنندگی و حساسیت به نور و ضایعات تاولی خود را نشان می‌دهد، در مراحل مختلفی در پوست بیماران مبتلا دیده می‌شود. بعضی ضایعات به صورت قرمز ملتهب و برجسته و بعضی به صورت هیپرپیگمانته و پوسته پوسته دیده می‌شوند. این عارضه، علاوه بر ایجاد ضایعات پوستی باعث ایجاد ضایعات پیشرونده کبدی از جمله فیروز و سیروز و سرطان سلول کبدی نیز می‌شود. معمولاً سطح اوروپورفیرینوزن ادراری در این بیماران بالاست. درمان با اینترفرون ضمن بهبود التهاب کبدی باعث بهبود ضایعات جلدی نیز می‌شود. در این مقاله ضمن معرفی یک مورد پورفیری کوتاه تاردا در زمینه هپاتیت C، سیر بعدی بیماری در فاصله چند ماه پیگیری ذکر شده است.

* نویسنده مسئول: دکتر سیدرضا فاطمی - تهران، بزرگراه چمران، خیابان یمن، بیمارستان طالقانی، طبقه هفتم
تلفن: ۲۲۴۱۶۸۴۸ / ۲۲۴۰۲۶۳۹
E-mail: nedafat20@yahoo.com

گزارش مورد

بیمار مردی ۴۲ ساله با سابقه هپاتیت C از ۲ سال قبل است، که تا به حال به علت شمار پایین و نوسان شدید سطح پلاکتها، تحت بیوپسی کبدی و شروع درمان قرار نگرفته است. مراجعه اخیر ایشان به علت ضایعاتی پوستی بود که از ۲ هفته قبل از مراجعه در بخش قدمی ساق پای چپ، به صورت تاولهایی در زمینه قرمزی شدید پوست و درد مختصر ایجاد شده بود؛ که هر از گاه در برابر نور آفتاب تشدید می‌شد. ضایعات در مراحل مختلف در پا دیده می‌شدند. برخی دچار پوسته ریزی و تغییر رنگ قهوه‌ای بودند و برخی ملتهب و تاولی به نظر می‌رسیدند (شکل ۱). همچنین بیمار سابقه‌ای از همین ضایعات را می‌داد که در حدود یک سال قبل ایجاد شده بود و در حال حاضر، به صورت تغییر رنگ شدید قهوه‌ای بود (شکل ۲). در ضمن بیمار در معاینه آسیت وارگانومگالی نداشت و ضایعه پوستی دیگری در سایر نقاط بدن مشاهده نشد.

بیمار سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر به صورت تزریقی و استنشاقی و همچنین سابقه مصرف الکل نیز داشت. علائم حیاتی بیمار به شرح زیر بود:
T: ۳۶/۸ °C و PR: ۷۸/min, RR: ۱۴/min, BP: ۱۳۰/۸۰ mmHg
معاینه سایر ارگان‌ها طبیعی بود.

دکتر آقازاده و همکاران

دوز سه میلیون واحد سه بار در هفته قرار گرفت. بعد از ۲ ماه از درمان، ضایعات به تدریج کاهش پیدا کردند و بعضاً دچار هیپرپیگمانتاسیون شدند. پس از این مدت بیمار جهت پیگیری و ادامه درمان مراجعه نکرد.

بحث

ضایعات پوستی که در زمینه هپاتیت C ایجاد می شوند شامل واسکولیت های لکوسیتوکللاستیک، لیکن پلان و پورفیری کوتانه تاردا می باشند که در بیمار ما با توجه به خصوصیات ضایعات محتملترین تشخیص بالینی PCT یا همان پورفیری کوتانه تاردا بود. این بیماری در اثر کاهش سطح فعالیت اوروپورفیرینوژن دکربوکسیلاز کبدی ایجاد^(۱) و باعث افزایش حساسیت به نور، شکنندگی پوست، ایجاد ضایعات تاوولی و پوسته ریزی در پوست می شود که گاه می تواند حالت خونریزی دهنده پیدا کند^(۲). ارتباط قوی بین نوع اسپورادیک پورفیری کوتانه تاردا و هپاتیت C وجود دارد؛ اما مکانیسم قطعی که توجیه کننده علت این ضایعه پوستی در زمینه هپاتیت C است، مشخص نشده است.

ضایعات هیپرپیگمانته یا گاه هیپوپیگمانته، همچنین هیرسوتیسم و ضایعات اسکرودرماتوئید ممکن است به مرور زمان ایجاد شوند. تشخیص پورفیری کوتانه تاردا با شک بالینی به این ضایعه است که با افزایش سطح اوروپورفیرینوژن ادراری تأیید می گردد.

پورفیری کوتانه تاردا سبب ساز ضایعات کبدی پیشرفته از جمله استئاتوز و فیروز و سیروز و همچنین سرطان کبد می شود^(۳،۴).

سطح طبیعی اوروپورفیرینوژن ادراری روزانه حدود ۵۰-۱۰ میکروگرم در روز در ادرار است و سطح بالاتر از ۸۰۰ گرم همراه با حساسیت به نور دیده می شود^(۵).

همچنین تشخیص با اندازه گیری مستقیم سطح UROD که اوروپورفیرینوژن دکربوکسیلاز کبدی است به دست می آید (در صورت در دسترس بودن).

تمام بیماران مبتلا به پورفیری کوتانه تاردا باید از نظر هپاتیت C بررسی شوند.

درمان با اینترفرون آلفا در موارد ثانویه به هپاتیت C باعث بهبود ضایعات جلدی نیز می شود. درمانهای دیگر مثل فلبوتومی و درمان با هیدروکسی کلروکین هم گزارش شده است^(۶-۸).

با توجه به شرح حال فوق، لازم است پزشکان در برخورد با بیمار مبتلا به هپاتیت C که دچار ضایعات پوستی شده است، تشخیص پورفیری کوتانه تاردا را به عنوان یکی از تشخیص های مطرح در نظر داشته باشند.



شکل ۱: ضایعه تاوولی در زمینه التهاب و قرمزی پوست در فاز حاد بیماری



شکل ۲: ضایعات پوسته ریزی دهنده همراه با تغییر رنگ قهوه ای که در فاز مزمن بعد از حدود ۲ هفته در پای بیمار ایجاد شده است.

آزمایشهای بیمار بدین گونه بود:

WBC: ۵۵۰۰/μL	MCV: ۱۰۸ fL
Hb: ۱۲/۶ g/dL	PLT: ۸۶۰۰۰/μL
BS: ۹۹ mg/dL	ALT: ۱۳۲ U/L
AST: ۱۷۸ U/L	Creatinine: ۰/۸ mg/dL
BUN: ۱۰ mg/dL	PT: ۱۳"
Bilirubin (Total): ۱/۷ mg/dL	
Serum Albumin: ۳/۸ g/dL	

ضمناً HCV RNA به روش PCR کیفی مثبت و ژنوتیپ ویروس Ia گزارش شده بود. ادرار ۲۴ ساعته نیز جمع آوری شد که اوروپورفیرینوژن (uroporphyrinogen) ادراری بالا گزارش شد. بیمار تحت بیوپسی کبد قرار گرفت که نتیجه آن stage II و Grade IV گزارش شد. وی سپس تحت درمان با اینترفرون آلفا با

مراجع

1. De verneail. Aitken, Nordmann G. porphyria, cutanea tarda; two different diseases. *Hum Genet* 1976; **44**: 145.
2. Cripps DJ. Diet and Alcohol effect on the manifestation of hepatic prophyrias. *Fed Proc* 1987; **46**: 1894.
3. Di padova, Marchesi C, Carnell L *et al.* Effect of phelebotomy on urinary prophyrin pattern and liver histology in patient with prophyria cutanea tarda. *Am J Med Sci* 1983; **285**: 2.
4. Siersema PD, ten Kate FJ, Mulder PG *et al.* Hepatocellular carcinoma in porphyria cutanea tarda: Frequency and Factors related to its occurrence. *liver* 1992; **12**: 56-61.
5. Bissel DM. Haem metabolism and the porphyries. Liver and Biliary Disease. Philadelphia: 1985. p. 398.
6. Lundvall. The effect of replishment of iron stores after phelebotomy therapy in porphyria cutanea tarda. *Acta Med Scand* 1971; **189**: 51-3.
7. Kordac V, Papezova RS. Chloroquine in the treatment of prophyria cutanea tarda. *N Engl J Med* 1977; **296**: 949.
8. Siegel Eber B. Porphyria cutanea tarda remission. *Ann Intern Med* 1994; **121**: 308-11.

A Case Report of Porphyria Cutanea Tarda in Hepatitis C

Aghazadeh R

Research Center for
Gastroenterology and Liver
Disease, Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Fatemi SR

Research Center for
Gastroenterology and Liver
Disease, Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Mohamad Alizadeh AH

Research Center for
Gastroenterology and Liver
Disease, Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Zali MR

Research Center for
Gastroenterology and Liver
Disease, Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Corresponding Author:

*Seyed Reza Fatemi MD, Research
Center for Gastroenterology and
Liver Disease, Taleghani
Hospital, Yaman St, Chamran
Highway, Tehran, Iran.
Tel: +98 21 22416848
Fax: +98 21 22402639
E-mail: nedafat20@yahoo.com*

ABSTRACT

A 42-year-old male with history of HCV, presented with cutaneous lesions which were initiated from 2 weeks ago.

Lesions presented with tenderness and red bulla in anterior aspect of left leg. The lesion gradually began to rupture and desquamation.

Patient had similar lesions during the last year. Hyperpigmentation in old lesions was seen. Porphyria cutanea tarda was suspected.

Diagnosis was confirmed with high urinary levels of uroporphyrinogen. *Govareh* 2004; **9**: 191-3

Keywords: Porphyria cutanea tarda, Hepatitis C, Uroporphyrinogen