

## علل اریترودرمی در بیماران بستری در بخش پوست

دکتر عباس درجانی\* - دکتر کاوه فرخیان\*\* - دکتر آرزو عطار ختایی\*\*\*

\* استادیار بیماریهای پوست، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*\* دستیار بیماریهای پوست، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*\*\* دستیار بیماریهای پوست، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### چکیده

اریترودرمی یک بیماری شدید پوستی است که می‌تواند همراه اختلالات متابولیک و خیم باشد و به همین علت نیازمند توجه و رسیدگی فوری است. شناخت علل اریترودرمی در بیماران بستری مشکل و پیچیده است. در مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف این علل متفاوت بوده‌اند. هدف این تحقیق، بررسی علل اریترودرمی در بیماران ارجاعی به بخش پوست بیمارستان رازی رشت (تنها مرکز بستری بیماران پوستی استان گیلان) بود.

این مطالعه بصورت توصیفی و با بررسی گذشته تکر اطلاعات موجود در پرونده‌های بیمارستانی ۶۴ بیمار مبتلا به اریترودرمی که طی سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۹ در بخش پوست بیمارستان رازی رشت بستری شدند، انجام پذیرفت.

سن متوسط بیماران ۵۱ سال و اکثراً بیشتر از ۴۰ سال داشتند. تعداد بیماران مذکر ۳ برابر بیماران مؤنث بود. در این بیماران پسوریازیس با ۴۶/۸٪، واکنش دارویی با ۱۴/۱٪، درماتیت با ۹/۳٪ و لنفوم با ۶/۲٪ شایعترین علل اریترودرمی را تشکیل می‌دادند. در حالیکه پتیریازیس روبراپیلاریس ۳/۱٪ و بیماریهای لیکن پلان، پمفیگوس فولیاسه، ایکتیوز و آکتینیک رتیکولونید هر کدام ۱/۶٪ موارد را شامل می‌شدند. در ۱۴/۱٪ بیماران علت خاصی شناخته نشد. با توجه به امکان شناخت علت در ۸۵/۹٪ بیماران و با در نظر گرفتن این نکته که شایعترین علل اریترودرمی در ماتوزهای قبلی خصوصاً پسوریازیس می‌باشند. لذا شناخت به موقع این عوامل و درمان مناسب و صحیح آنها در پیشگیری از اریترودرمی کمک کننده است.

**کلید واژه‌ها:** التهاب اکسفولیاتیو (التهاب ورقه ورقه شدن پوست)

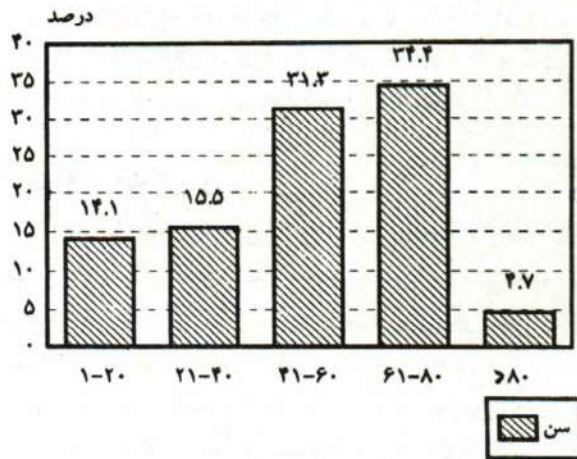
### مقدمه

اریترودرمی یا درماتیت اکسفولیاتیو که برای نخستین بار در سال ۱۸۶۸ توسط Hebra شرح داده شد یک پدیده التهابی است که در آن اریتم و پوسته‌ریزی بیشتر از ۹۰ درصد سطح بدن را گرفتار می‌سازد. این بیماری در هر دو جنس و در هر سنی اتفاق می‌افتد.

اریترودرمی بدون در نظر گرفتن عامل زمینه‌ای، یک بیماری خطرناک است که می‌تواند باعث عوارض مهمی از جمله اختلالات آب و الکترولیت، هیپوآلبومینمی، نارسایی قلبی و هیپوترمی می‌شود (۱ و ۲). میزان مرگ و میر در بیماران خصوصاً افراد مسن بین ۱۸ تا ۶۴ درصد

گزارش شده است، اگرچه با درمانهای جدید و اقدامات سریع این ارقام بسیار کاهش یافته‌اند (۵ و ۴ و ۳). از نظر اتیولوژی می‌توان اریترودرمی را یک تظاهر شدید بسیاری از بیماریهای پوستی و سیستمیک در نظر گرفت. اگرچه در تعدادی از بیماران علیرغم بررسی‌های فراوان علت آن مشخص نمی‌شود. بطورکلی علل اریترودرمی به ۴ گروه عمده تقسیم می‌شود (۱).

۱ - بیماریهای پوستی از قبل موجود (پسوریازیس، درماتیت، ...). ۲ - داروها (سولفانامیدها، داروهای آنتی‌مالاریا، ...). ۳ - بیماریهای سیستمیک و بدخیمی‌های



نمودار ۱: توزیع سنی بیماران مبتلا به اریترودرمی

جدول شماره ۱ - توزیع انواع درماتوزهای زمینه‌ای مسئول اریترودرمی در بیماران بستری در بخش پوست بیمارستان رازی رشت (۱۳۷۴ - ۱۳۷۹)

نام درماتوز	تعداد	درصد
۱ - پسوریازیس	۳۰	۴۶/۸
۲ - درماتیت	۶	۹/۳
۳ - پتیریاژیس روبراپیلاریس	۲	۳/۱
۴ - ایکتیوز	۱	۱/۶
۵ - پمفیگوس فولیاسه	۱	۱/۶
۶ - لیکن پلان	۱	۱/۶
۷ - آکنیک رتیکولوئید	۱	۱/۶

**در گروه اول** شایعترین درماتوز زمینه‌ای پسوریازیس بود که در ۳۰ بیمار تشخیص داده شد. در ۱۲ نفر (۴۰٪) از مبتلایان به پسوریازیس، یک عامل احتمالی تحریک کننده و بروز دهنده اریترودرمی وجود داشت. این عوامل عبارت بودند از: قطع متوترکسات ۳ نفر، قطع تیگازون ۱ نفر، درمان با PUVa ۲ نفر، مصرف نادرست و یا قطع ناگهانی استروئیدهای موضعی و سیستمیک ۶ نفر.

**در گروه دوم** علت اریترودرمی در ۹ بیمار دارو بود، که عبارت بودند از: کار با مازپین در ۴ مورد و فنوباریتال، فنی توئین، لامیکتال، جنتامایسین، سفالوسپورین هر کدام در یک مورد.

**در گروه سوم** شایعترین بدخیمی زمینه‌ای مایکوزیس فونگوئید بود که در ۳ بیمار تشخیص داده شد. لنفوم سیستمیک، تنها در یک بیمار وجود داشت.

زمینه‌ای (لوپوس اریتماتوز، لنفوم، ....) ۴ - ایدیوپاتیک. علل فوق در مطالعات مختلف از فراوانی نسبی متفاوتی برخوردار هستند. در کتب مرجع از درماتیت به عنوان شایعترین علت نامبرده شده است (۲) در حالیکه در مطالعات دیگر پسوریازیس علت شایعتری می‌باشد (۹ و ۸ و ۶). لذا این مطالعه جهت شناخت علل اریترودرمی در بیماران بستری در بخش پوست بیمارستان رازی رشت و مقایسه آن با سایر مطالعات انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی با جمع‌آوری اطلاعات به روش گذشته‌نگر انجام شد. جهت دستیابی به اهداف مورد نظر پرونده‌های ۶۴ بیمار مبتلا به اریترودرمی که طی مدت ۶ سال (۱۳۷۹ - ۱۳۷۴) در بخش پوست بیمارستان رازی رشت بستری شده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفت. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، سابقه درماتوز جلدی (پسوریازیس، لیکن پلان، درماتیت، بیماریهای تاوولی، ....) بیماری سیستمیک زمینه‌ای، مصرف دارو، آزمایشات و بیوپسی‌های جلدی بودند که از پرونده‌های استخراج و در یک فرم اطلاعاتی درج و مورد ارزیابی قرار گرفتند. هیچ پرونده‌ای از مطالعه حذف نگردید.

## نتایج

متوسط سن بیماران ۵۱ سال بود. جوانترین بیمار ۱ سال و مسن‌ترین آنها ۹۷ سال سن داشته و ۷۰ درصد بیماران بالاتر از ۴۰ سال بوده‌اند (۱ نمودار). نسبت بیماران مذکر به مونث ۳ به ۱ بود. از نظر اتیولوژی بیماران ما در چهار گروه قرار داشتند که عبارت بودند از ۱ درماتوزهای از قبل موجود ۴۲ نفر (۶۵/۶٪) ۲ داروها ۹ نفر (۱۴/۱ درصد) ۳ بدخیمی‌ها ۴ نفر (۶/۲ درصد) ۴ ایدیوپاتیک ۹ نفر (۱۴/۱ درصد). درماتوزهای زمینه‌ای و از قبل موجود که در ۴۲ بیمار باعث اریترودرمی شده بودند در جدول ۱ ذکر شده‌اند.

است (جدول ۲). احتمالاً بخشی از این اختلاف آماری ناشی از امکانات تشخیصی کشورهای مختلف و پیگیری‌های بعدی بیماران می‌باشد. در ۹ نفر از بیماران ما (۱۴/۱ درصد) با بررسی‌های بالینی و آزمایشگاهی علتی یافت نشد که این رقم در مطالعات قبلی از ۹ تا ۴۷ درصد متغیر بود (جدول ۲). هر ۹ بیمار ما مرد و متوسط سن آنها ۷۰ سال بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی یکسان بودند (۹) متحمل است این حالت بیانگر یک مرحله پیش بدخیمی باشد که رسیدن به تشخیص قطعی نیازمند پیگیری‌های بالینی و آزمایشگاهی از جمله بیوپسی‌های متعدد می‌باشد (۹ و ۸ و ۷).

به علت اهمیت بیماری و امکان پیدایش عوارض خطرناک برای بیمار و با توجه به مطالعه فوق که در اغلب موارد (۸۵/۹٪) علت اریترودرمی قابل شناخت است و در بین علل مختلف، درماتوزهای قبلی شایعترین عوامل می‌باشند، لذا آشنایی بیماران و پزشکان با علائم و نشانه‌های اریترودرمی و تشخیص بموقع و درمان مناسب درماتوز قبلی می‌تواند در پیشگیری از اریترودرمی نقش مهمی ایفا کند. این امر در زمینه شایعترین علت، یعنی پسوریازیس، اهمیت ویژه‌ای دارد و با انتخاب درمان مناسب توسط پزشک (مخصوصاً احتیاط در مورد درمان با PUVa) و آموزش کافی، به بیمار در جهت مصرف صحیح و عدم قطع خود سرانه درمان، کمک به مقابله با عوامل تسریع کننده اریترودرمی در این گروه از بیماران می‌نماید. در هنگام استفاده از داروهای ضد تشنج بخصوص کاربامازپین باید پیدایش اریترودرمی را به عنوان یکی از عوارض احتمالی این داروها مدنظر داشت. نهایتاً در بیمارانی که علتی برای اریترودرمی آنها موجود نباشد، پیگیری طولانی مدت برای احتمال بدخیمی امری لازم بنظر می‌رسد.

**در گروه چهارم** علیرغم مطالعات بالینی و آزمایشگاهی در ۹ نفر از بیماران، علتی برای اریترودرمی شناخته نشد. این بیماران تماماً مرد و سن متوسط آنها ۷۰ سال بود.

### بحث و نتیجه گیری

در جدول شماره ۲ علل اریترودرمی در بیماران ما با مطالعات دیگر مقایسه شده است. بخشی از اختلافات موجود بنظر می‌رسد که به تفاوت‌های سرشتی، جغرافیایی و اجتماعی مربوط باشد. در مطالعه ما، درماتوزهای از قبل موجود شایعترین علت اریترودرمی را تشکیل می‌دادند و از بین این درماتوزهای بیماری پسوریازیس از شیوع بالاتری برخوردار بود که این یافته‌ها با نتایج مطالعات انجام شده در هند، پاکستان، اسپانیا یکسان بود (۹ و ۸ و ۶).

علت افزایش شیوع پسوریازیس در مطالعه حاضر می‌تواند از یک طرف احتمالاً ناشی از شیوع پسوریازیس در جامعه در رابطه با فاکتورهای ژنتیکی و از طرف دیگر ناشی از عوامل محرک بروز اریترودرمی در این بیماران از جمله قطع دارو و درمان نادرست توسط بیمار و پزشک و یا استفاده از بعضی روشهای درمانی مثل PUVa باشد. علل دارویی در بیماران ما با مطالعه ابراهام و همکاران تقریباً برابر بود (۳) و در مقایسه با ۵ مطالعه (۸ و ۷ و ۶ و ۵ و ۴) شیوع کمتر و نسبت به یک مطالعه (۹) شیوع بیشتر داشتند. علیرغم مصرف زیاد دارو در جامعه ما علت شیوع پایین اریترودرمی دارویی چندان مشخص نمی‌باشد. اما نکته قابل توجه این است که در مطالعه حاضر داروهای ضد تشنج در ۷۷٪ موارد، عامل ایجاد اریترودرمی دارویی بودند و در این بین کاربامازپین شایعترین علت بود. شیوع بدخیمی‌ها در مطالعه حاضر ۶/۲٪ بوده است که در مقایسه با تحقیقات انجام شده این رقم از ۰ تا ۲۰٪ متفاوت بوده

جدول شماره ۲ - مقایسه بروز نسبی علل اریترودرمی در مطالعات مختلف

علل	بروز نسبی به درصد						
	ابراهام و همکاران (۳)	نیکولیس و هلویگ (۴)	حسن و جانسن (۵)	سگال و سرواستاوا (۶)	کینگ و همکاران (۷)	بوتلاستراد و همکاران (۸)	سابریناپال و همکاران (۹)
درماتوز قبلی	۳۲	۲۵	۴۲	۵۲/۵	۳۰	۶۲/۵	۷۴/۴
واکنش دارویی	۱۴	۴۲	۲۲	۲۴/۷	۳۴	۱۶	۵/۵
بدخیمی	۸	۲۱	۴	۰	۲۰	۱۲/۵	۵/۵
ایدیوپاتیک	۴۶	۱۲	۳۲	۲۲/۵	۱۶	۹	۱۴/۶

منابع

1. Richard AF. The Other Eczemas. In: Moschella SL, Hurley HJ. Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1992: 489 - 493.
2. Burton JL, Holden CA. Eczema, Lichenification, Prurigo and Erythroderma. In: Champion RH, Burns DA, Breathnach SM (eds). Rook, Wilkinson, Ebling Text book of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998: 673 - 675.
3. Abrahams I, Mc Carthy JT, Sanders SL. 101 Cases of Exfoliative Dermatitis. Arch Dermatol 1963; 87: 96 - 101.
4. Nicolis GD, Helwig EB. Exfoliative dermatitis: a Clinicopathologic Study of 135 Cases. Arch Dermatol 1973; 108: 788-797.
5. Hasan T, Jansen CT. Erythroderma: a Follow up of 50 Cases. J Am Acad Dermatol 1983; 8: 836 - 840.
6. Sehgal VN, Srivastava G. Exfoliative dermatitis: a prospective Study of 80 patients. Dermatologica 1986; 173: 278-284.
7. King LE, Dufresne RG, Lovett G, Rosin MA. Erythroderma: Review of 82 Cases. South Med J 1986; 79: 1210 - 1215.
8. Botella - Estrada R, Sanmartin O, Oliver V, et al. Erythroderma: a clinicopathological Study of 56 Cases. Arch Dermatol 1994; 130: 1503 - 1507.
9. Pal S, Haroon TS. Erythroderma: a Clinico - etiologic Study of 90 Cases. Int J Dermatol 1998; 37 (2): 104 - 107.

## Etiologies of Erythroderma on Patients Admitted in Dermatology Department

Darjani A, Farrokhian K, Attarkhataie A.

### ABSTRACT

Erythroderma is a severe skin disease that can be associated with serious metabolic disorders and so it requires immediate care. The difficulty with erythroderma lies in finding the underlying cause. Several studies in other countries, that reported a different incidence of each etiologic group. The aim of this study was to evaluate various causes of erythroderma in Gilan and compare the findings with previous studies. This descriptive study was done retrospectively by reviewing the existing records of 64 erythrodermic patients admitted in skin diseases ward of Razi Hospital in Rasht in 1995-2000.

The mean age of onset was 51 years, and majority of patients were older than 40 years, with a male female ratio of 3/1. The most frequent causes of erythroderma were psoriasis (46.8%), drug reactions (14.1%), dermatitis, (9.3%) and lymphoma (6.2%) followed by PRP (3.1%) and lichen planus, Pemphigus foliaceus, Ichthyosis, actinic reticuloid each in 1.6%. No cause could be found in 14.1%.

With regard to the possibility of recognizing the etiology in 85.9% of patients and consideration of this point that the most common etiologies of erythroderma are the underlying dermatitis, especially psoriasis, early recognition and appropriate treatment of these underlying causes is recommended in order to prevent erythroderma.

**Keywords:** Dermatitis Exfoliative