

# حساسیت و تخصصی بودن تست پاترژی در ۵۴۴ بیمار مبتلا به بیماری بهجت و ۱۷۴ نفر گروه کنترل

دکتر پروین منصوری، دانشیار، مدیر گروه بیماریهای پوست و مو و رئیس بیمارستان رازی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر شیدا شمس، دانشیار، مدیر گروه بیماریهای پوست و مو، بیمارستان رازی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر فریدون دواجی، استاد بخش روماتولوژی، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر محمود اکبریان، دانشیار بخش روماتولوژی، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر فرهاد شهرام، استادیار بخش روماتولوژی، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

## SUMMARY

### *Pathergy Test (PT): Sensitivity and Selectivity in 544 Patients with Behcet's Disease (BD) and in 147 Controls.*

The skin hyperreactivity, detected by the pathergy test, is a well known phenomenon in Behcet's disease. Two different methods were used for the pathergy test. a) A needle prick 2) An intradermal injection of normal saline. In this study 83% of Behcet's patients had a positive pathergy test. Where as 44% was of pustule type and 39% of papule type. In 26% of patients the papule formation was observed with both methods. In the control group 16% of subjects had a positive pathergy test. All were of papule type. Only 3% of them demonstrated a positive reaction with both methods. The sensitivity of the pathergy test, in this study, was 83% with a specificity of 84%. From these results we may conclude that a positive pathergy test of pustule type, with one of the major manifestations of Behcet's disease, (as proposed in disease). The papule type reaction, by both methods, may have the same diagnostic value as pustule type.

## مقدمه

(complex multisystem) است که بعلت فقدان تست

بیماری بهجت یک نوع بیماری کمپلکس مولتی سیستم

پوستولی جلدی (cutaneous pustular neutrophilic vascular reaction) پس از ضربه (trauma) داخل درمی نمایانگر آن می باشد (۲).

امروزه، پذیرفته شده که پاتومکانیسم بیماری بهجت دیواره عروق را بطور سیستمیک مبتلا می سازد (۳). ارزیابی هیستوپاتولوژیک ضایعات جلدی اولیه و ضایعات پاترژی در بیماری بهجت یافته‌های مطابق با یک واسکولیت لکوسیتوکللاستیک یا واسکولیت شبیه به سندرم سوئیت را آشکار می سازد (۱، ۴). واسکولیت لکوسیتوکللاستیک با وجود هسته‌های لکوسیتی چند قسمتی (Nuclear dust) در دوران و در اطراف دیواره عروق مشخص می گردد، این اصطلاح برای شکل‌های خفیف آنژیوتی حساسیتی که عروق کوچک را مبتلا می سازد و بیشتر مربوط به داروهایی باشد تا شکل‌های شدیدتر که با پری آرتریت‌ندوزا درهم آمیخته می شوند و ممکن است عروق با اندازه قابل ملاحظه را مبتلا سازد، بکاربرده می شود (۴، ۵). علاوه بر کاربوریکی نوتروفیلها، واسکولیت لکوسیتوکللاستیک با نکروز دیواره عرق خونی کوچک و خروج مقدار زیادی گلبول قرمز از جدار رگ به داخل درم مشخص می شود، درحالی‌که در واسکولیت شبیه به سوئیت (که از نام سندرم سوئیت یا درماتوز نوتروفیک تبار حاد مشتق می شود) نکروز عروقی حداقل بوده یا وجود ندارد و لکوسیتوکللازی و خروج گلبولهای قرمز از جدار عروق کمتر واضح می باشد (۱). تصور می شود که این تغییرات هیستوپاتولوژیک موجود در سندرم بهجت ممکن است ناشی از آسیب عروقی با واسطه کمپلکس‌های ایمنی بوده و یا اینکه ماهیت پوستولی ضایعات پاترژی احتمالاً بستگی به یک فاکتور سرمی نامشخص که مهاجرت موضعی نوتروفیلها را تشدید می نماید داشته باشد (۱، ۲).

ارزیابی جایگاههای تست پاترژی با میکروسکپ نوری معمولی و ایمونوفلورسانس پس از تزریق داخل درمی هیستامین رسوب ایمونواکتانت‌ها، IgA، IgG و همراه با کمپلمان C<sub>۳</sub>، C<sub>۴</sub> را در دیواره عروق خونی و همچنین رسوب C<sub>۳</sub>

آزمایشگاهی پاتوگنومونیک، باید با استفاده از معیارهای بالینی تشخیص داده شود. معیارهای کلینیکی مورد نیاز جهت تشخیص شامل: آفت دهانی عودکننده، آفت عودکننده تناسلی، یووئیت، سینوئیت، واسکولیت جلدی (پاترژی) و مننگوآنسفالیت در بیمارانسی که علامتی از بیماری التهابی روده یا بیماریهای اتوایمون دیگر ندارند می باشد (۱). برحسب طبقه‌بندیهای مختلف تعدادی از معیارهای فوق از نظر تشخیص بکار می روند.

تست پاترژی که نمایانگر واکنش شدید (hyper-reactivity) پوستی است، یک علامت مشخصه بیماران مبتلا به بیماری بهجت می باشد که معمولاً در مبتلایان به این بیماری در ژاپن، کشورهای خاورمیانه و آنهایی که در حاشیه دریای مدیترانه زندگی می کنند مشاهده می گردد، حال آنکه در بیماران ساکن ایالات متحده و انگلستان بندرت وجود دارد. این تفاوت و احتمال وجود پدیده (phenomenon) پاترژی در سایر واسکولیتها سبب گردید که اگرچه بعضی آن را بعنوان یک وسیله تشخیص کلینیکی مورد دفاع قرار دهند، سایرین اعتبار تست پاترژی را بعنوان یک وسیله کمک تشخیصی در بیماری بهجت زیر سؤال ببرند.

براین اساس، مطالعه‌ای با هدف مشخص نمودن حساسیت و تخصصی بودن تست پاترژی در تعداد زیادی از بیماران مبتلا به بیماری بهجت و گروه کنترل در واحد تحقیقاتی بیماری بهجت انجام شد.

## تعریف

پاترژی عبارت از حالتی است که کاربرد یک محرک بطور غیرطبیعی، ارگانیسم را در وضعیتی نگه می دارد که به محرکهای از نوع دیگر زیاد از حد عکس العمل نشان می دهد و این پدیده در بیماری بهجت با ایجاد ضایعات پاپولر پوستولی جلدی ۲۴ ساعت پس از ترومای جلدی به وسیله سوزن یا تزریق داخل درمی سرم فیزیولوژی (سالین) یا هیستامین مشخص می گردد و یا بعبارتی، یک واکنش (reaction) عروقی نوتروفیلی

تحت مطالعه قرار گرفتند. گروه کنترل شامل ۱۰۱ فرد سالم، ۴۶ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، ۵ مورد اسپوندیلیت آنکلیوزان، ۱۸ نفر مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، ۳ مورد اسکرودرمی و ۱ مورد درماتومیوزیت بود.

در جدول (۱) دو روش متفاوت برای تست پاترژنی بکاربرده شده است. روش اول شامل سوزن زدن با یک سر سوزن شماره ۲۵ در پوست ناحیه ساعد بوده و در روش دوم تزریق داخل درمی سرم فیزیولوژی (سالین نرمال) بعد از سوزن زدن در روی همان ساعد انجام شده است که نتایج ۲۴ و ۴۸ ساعت بعد خوانده شد. واکنش شدید پوست چنانچه وجود داشت سبب ایجاد یک پاپول با یک پوستول در جایگاه تزریق سوزن می‌گردید.

را در منطقه غشای پازال چهار ساعت پس از انجام تست نشان داده است (۱، ۶) که آشکار می‌سازد آسیب عروقی با واسطه کمپلکس ایمنی احتمالا<sup>۱</sup> یک واکنش دینامیک با پیدایش زودرس ایمونوراکتانت‌ها در واکنش می‌باشد و این مواد بظاهر دوائر برداشته شدن پس از ۲۴ ساعت که در این مرحله واکنش با انفیلتراسیون نوتروفیلی شدید و صدمه عروقی مشخص می‌گردد قابل نشان دادن نیستند، بنابراین بدلیل انتشار بعدی و برداشتن سریع ایمونوراکتانت‌ها از ضایعات عروقی نقص در مشاهده آنها در بعضی از نمونه‌های بیوپسی در جهت مخالف با مکانیسم احتمالی فوق نیست (۱).

## بیماران و روشها

۵۴۴ بیمار مبتلا به بیماری بهجت با ۱۷۴ نفر گروه مقایسه

۵۴۴	بیماری بهجت
۱۷۴	گروه کنترل
۱۰۱	افراد سالم
۴۶	آرتریت روماتوئید
۵	اسپوندیلیت آنکلیوزان
۱۸	لوپوس اریتماتوز سیستمیک
۳	اسکرودرمی
۱	درماتومیوزیت

مشاهده شده، در صورتیکه در ۶/۵٪ پاپول با سوزن تنها و در ۶/۵٪ دیگر فقط به نرمال سالین (سرم فیزیولوژی) دیده شد (جدول ۲).

هشتاد و سه درصد از بیماران مبتلا به بیماری بهجت یک تست پوستی مثبت داشتند که ۴۴٪ از نوع پوستول و ۳۹٪ از نوع پاپول بود. در ۲۶٪ از بیماران تشکیل پاپول با هر دو روش

تست مثبت در بیماری بهجت	
کل	٪۸۳
پاپول با سر سوزن	٪۶/۵
پاپول با سرم فیزیولوژی	٪۶/۵
پاپول با هر دو روش	٪۲۶
پوستول	٪۴۴

در گروه مقایسه، ٪۱۶ از افراد یک تست پاترزی مثبت داشتند که تماماً از نوع پاپول بوده فقط ٪۳ از آنها یک واکنش مثبت با هر دو روش نشان دادند. واکنش با سوزن تنها فقط در ٪۹ و با سالیین نرمال در ٪۴ افراد مقایسه دیده شد (جدول ۳). مهم است خاطر نشان کنیم که هیچگونه واکنش پوستولی در گروه کنترل مشاهده نشد.

تست مثبت در گروه کنترل	
کل	٪۱۶
سر سوزن	٪۹
سرم فیزیولوژی	٪۴
هر دو روش	٪۳
شدت: پاپول کوچک	

در ٪۱۶ از گروه مقایسه دیده شد، اما همانطوریکه قبلاً بیان گردید هیچگاه از نوع پوستولی نبود. Specificity برای نوع پوستولی واکنش ٪۱۰۰ بود (جدول ۳).

### بحث

حساسیت تست پاترزی در این مطالعه ٪۸۳ با میزان تخصصی بودن (Specificity) ٪۸۴ بود. واکنش مثبت کاذب

ارزش تشخیصی	
حساسیت	٪۸۳
تخصصی بودن	٪۸۴
مثبت	٪۱۶
نوع پوستولی	٪۵
ریسک نسبی	٪۲۶
فرکسیون اتیولوژیک	٪۸

از ارقام حاصل ممکن است نتیجه بگیریم که یک تست پاترزی مثبت از نوع پوستول با یکی از تظاهرات مازور بیماری بهجت ممکن است برای تشخیص بیماری کافی باشد. واکنش نوع پاپولی با هر دو روش فقط در ٪۳ از گروه مقایسه دیده شد. اگر

که تست پاترژی همیشه با این دو روش انجام شود تا حداکثر اعتبار را در موارد مشکوک داشته باشد. نتایج ما همچنین قابل اعتماد بودن معیار تشخیصی Dilsen را تأیید می‌نماید که او خاطر نشان می‌کند یک تست پاترژی مثبت با یک معیار ماژور یا یک معیار بالینی مینور برای تشخیص بیماری بهجت کافی است.

بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک را مستثنی نمائیم این عدد به ۱٪ سقوط می‌کند. واضح است که امکان اشتباه لوپوس اریتماتوز سیستمیک با بیماری بهجت خیلی شایع نیست، بنابراین واکنش نوع پاپولر چنانچه با هر دو روش سوزن و تزریق سرم فیزیزلوژی ایجاد گردد ممکن است همان ارزش تشخیصی واکنش نوع پوستولی را داشته باشد. پیشنهاد می‌شود

## REFERENCES

- 1) Jorizze, J.L., & solomon, A.R. (1985). Immunopathologic and histopathologic assessment of pathergy lesions? Arch. Patholab. Med., 90.
- 2) Jorizze, J.L. (1987). Behcet's disease. Neurologic Clinics, 3.
- 3) Schmit, U. & Huebener, Z. Endothelial dysfunction in Behcet's disease. University of Meenster: Department of medicine. Muehster, F.R.G.
- 4) Giundula, WFl., & Shumburg, I.. (1983). Histopathology of the Skin, (6th. ed.).
- 5) Mehregan, A.M. (1986). Pinkus Guide to Dermato-histopathology, (4th. ed.).
- 6) Arbesfeld, S.J, Kurban, A.K, & Beston, M.A. (1988). Behcets disease. J. Am. Acad. Der., 19, 5.