

سندرم کوشینگوئید بدنبال مصرف کورتیکواستروئید موضعی؛

گزارش یک مورد

دکتر خدیجه دانشجو*؛ فوق تخصص عفونی کودکان، دانشیار گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر زهرا حق شناس؛ فوق تخصص غدد کودکان، استادیار گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

هدف: سندرم کوشینگوئید در اثر تجویز طولانی مدت ACTH، هیدروکورتیزون و آنالوگ‌های آن ایجاد می‌شود که از نظر کلینیکی کاملاً شبیه سندرم کوشینگ آندوزن است. به طور معمول این سندرم با مصرف خوراکی یا تزریقی استروئیدها دیده می‌شود. این گزارش در مورد یک شیر خوار مبتلا به سندرم کوشینگوئید در اثر مصرف موضعی کرم‌های استروئید، جهت درمان سوختگی پا (ناحیه کهنه) می باشد.

معرفی بیمار: شیرخوار ۴/۵ ماهه‌ای بود که به علت چاقی تنه‌ای و پرمویی و فشارخون بالا به درمانگاه کودکان ارجاع شد در معاینه صورت گرد، بوفالوهم، شکم بزرگ و چاقی تنه‌ای و پرمویی صورت و تنه داشت. آتروفی شدید پوست ناحیه باسن و پرینه مشهود بود. فشارخون سیستولیک کودک ۹۵ تا ۱۰۰ بود که برای سن و جنس روی منحنی صدک ۹۰ قرار می‌گرفت. مادر بیمار سابقه مصرف داروی موضعی کلوتازول را برای شیرخوار ذکر می‌کرد ولی سابقه مصرف هیچ داروی تزریقی یا خوراکی کورتیکواستروئیدی را نداشت. در بررسی آزمایشگاهی کورتیزول و ACTH سرم خیلی پایین در حد غیر قابل اندازه‌گیری گزارش شد. بعد از قطع دارو به تدریج عوارض ایجاد شده برطرف شده و حدود ۵ ماه بعد در ۹ ماهگی کودک از نظر وزن، قد، فشارخون و پرمویی بهبودی کامل را نشان می‌داد.

نتیجه‌گیری: کورتیکواستروئید موضعی می‌تواند تحت شرایطی جذب بالا داشته باشد و باعث عوارض سیستمیک مثل نارسایی آدرنال و سندرم کوشینگوئید شود.

*مسئول مقاله، آدرس:

تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان
امام خمینی، بخش کودکان

E-mail:

dr_daneshjou@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۳/۱۱/۲۶

تاریخ بازنگری: ۸۴/۱۰/۵

تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۲/۱

واژه‌های کلیدی: سندرم کوشینگوئید، کورتیکواستروئید، کرم استروئیدی موضعی

مقدمه

استروئید بحث شده است. این گزارش در رابطه با یک مورد سندرم کوشینگوئید بدنبال مصرف موضعی داروی کورتیکواستروئید جهت درمان سوختگی ناحیه کهنه می‌باشد.

معرفی بیمار

شیرخوار ۴/۵ ماهه با شکایت چاقی تنه‌ای، پرمویی و فشارخون بالا به درمانگاه کودکان ارجاع شد. در معاینه صورت گرد، بوفالوهم، شکم بزرگ و به‌طور کلی چاقی تنه‌ای داشت (تصویر ۱). پرمویی صورت و تنه واضح بود و فشارخون سیستولیک کودک ۹۵ تا ۱۰۰ بود که تشخیص سندرم کوشینگ را پیشنهاد می‌کرد. در معاینات آتروفی شدید پوست ناحیه باسن و پرینه

سندرم کوشینگ با چاقی، فشارخون بالا، سطح بالای کورتیزول شناخته می‌شود. افزایش سطح خونی کورتیزول می‌تواند وابسته به ACTH، یا غیر وابسته به ACTH باشد. علائم ممکن است حتی در دوره نوزادی شروع شوند. در ابتدای عمر نسبت پسر به دختر ۳/۱ است و بیشتر در نتیجه تومورهای آدرنوکورتیکال ایجاد می‌شود [۱].

تجویز طولانی مدت ACTH، هیدروکورتیزون یا آنالوگ‌های آن منجر به علائم کلینیکی مشابه این اختلال می‌شود که به سندرم کوشینگوئید معروف است [۱، ۲]. سندرم کوشینگوئید بیشتر در رابطه با مصرف خوراکی یا تزریقی داروهای کورتیکو-

می‌شوند. کورتیزون استات به آهستگی جذب می‌شود و نمک‌ها و استرهای تریامسینولون ممکن است در عرض ۳ تا ۶ هفته جذب شوند. جذب استروئیدی که موضعی تجویز می‌شود بستگی به محل دارو دارد برای مثال جذب در نواحی بین چین‌ها بیشتر از پیشانی است و پیشانی از پوست سر و پوست سر بیشتر از پوست صورت و پوست صورت بیشتر از پوست ساعد است. قدرت جذب استروئید در نواحی مختلف بدن به ترتیب عبارتند از: پوست ساعد، پوست صورت، پوست سر، پوست پیشانی، نواحی بین چین‌ها. موادی مانند اوره و دی متیل سولفواکسید، یا سالیسیلیک اسید جذب پوستی را افزایش می‌دهد. همچنین پانسمان بسته جذب را تا حدود ۱۰ برابر افزایش می‌دهد. شیرخواران که Stratum corneum نازک تر دارند استروئید موضعی را بیشتر جذب می‌کنند. بنابراین مصرف استروئید موضعی هر چند که به نظر بی خطر می‌رسد با توجه به شرایط جذب داروی موضعی می‌تواند با عوارض همراه باشد [۲].

در شیرخواران بدلائل نازک تر بودن پوست شیرخوار، استفاده دارو در چینهای پوستی و استفاده معمول در شیرخواران در محل کهنه که مشابه پانسمان بسته عمل می‌کند جذب افزایش دارد. بنابراین استفاده طولانی مدت از این داروها منجر به عوارض شدیدی مثل سندرم کوشینگوئید می‌شود که همراه با نارسایی آدرنال گذرا می‌تواند برای سلامت کودک خطر آفرین باشد [۳، ۵، ۶].

گزارش‌های دیگری هم در رابطه با موارد نارسایی آدرنال و عدم پاسخ آدرنال به تست‌های تحریکی و سندرم کوشینگوئید بدنبال مصرف داروی موضعی داریم که از آنها گزارش ۶ مورد نارسایی آدرنال و سندرم کوشینگوئید در کودکانی که به دلیل پسوریازیس استروئید موضعی مصرف کرده‌اند و یک مورد پسر یازده ساله که جهت درمان یووئیت قطره چشمی استروئید مصرف کرده است، می‌باشد [۷، ۸].

نتیجه گیری

کورتیکواستروئید موضعی می‌تواند تحت شرایطی جذب بالا داشته باشد و باعث عوارض سیستمیک مثل نارسایی آدرنال و سندرم کوشینگوئید شود. در درمان سوختگی پای شیرخواران (Diaper rash) نباید کورتیکواستروئید خط اول درمان باشد و در صورت نیاز از انواعی که جذب کمتر دارند استفاده شود و حتی‌الامکان کوتاه مدت مصرف شود و پانسمان به‌صورت بسته انجام نشود.

مشهود بود (تصویر ۲). مادر بیمار سابقه مصرف داروی موضعی کلوبتازول برای شیرخوار ذکر می‌کرد ولی سابقه مصرف هیچ داروی تزریقی یا خوراکی کورتیکواستروئیدی در کودک وجود نداشت. وزن و قد تولد به ترتیب ۳ کیلوگرم و ۵۰ سانتیمتر بود و در موقع مراجعه وزن ۸ کیلوگرم و قد ۵۶ سانتیمتر داشت که با توجه به سن و جنس، وزن بالای منحنی صدک ۹۰ برای سن و قد روی منحنی صدک ۵ برای سن بود. فشارخون کودک برای سن و جنس روی منحنی صدک ۹۰ قرار می‌گرفت. در بررسی آزمایشگاهی، آزمایشات روتین و الکتrolیت‌ها طبیعی گزارش شد. کورتیزول سرم خیلی پایین در حد غیر قابل اندازه‌گیری (مقدار طبیعی ۵ تا ۲۳ نانوگرم در میلی لیتر) و ACTH نیز غیر قابل اندازه‌گیری گزارش شد.

علائم و نشانه‌ها به نفع سندرم کوشینگوئید بود که استروئید از طریق مصرف پماد موضعی و پانسمان بسته (محل کهنه) افزایش جذب پیدا کرده بود. بعد از قطع دارو و مراقبت‌های لازم جهت سرکوب آدرنال و ترمیم پوست ناحیه کهنه، به تدریج عوارض ایجاد شده برطرف شده و حدود ۵ ماه بعد در ۹ ماهگی کودک از نظر وزن، قد، فشارخون و پرمویی بهبودی کامل را نشان داد.

بحث

سندرم کوشینگوئید در کودکان به طور معمول بدنبال مصرف خوراکی یا تزریق استروئیدها ایجاد می‌شود که بیشتر با دوزهای فارماکولوژیک و طولانی مدت دیده می‌شود. از ابتدای کشف داروی معروف کورتن این دارو جهت درمان بسیاری از بیماری‌ها استفاده شده است و تا حدود بالایی هم موفق بوده است. عوارض ناخواسته مثل چاقی تنه‌ای، فشارخون بالا و پرمویی و ضعف عضلانی با آن دیده می‌شود که به سندرم کوشینگوئید معروف است و علائم کلینیکی از کوشینگ واقعی غیرقابل تشخیص است [۱، ۳].

در مورد قدرت جذب و خواص بیولوژیک داروی کورتیکواستروئید نکاتی وجود دارد که علت کوشینگوئید شدن کودک به دنبال مصرف داروی موضعی را توضیح می‌دهد [۴]. استروئید که به‌صورت خوراکی مصرف می‌شود بعد از ۳۰ دقیقه به‌طور تقریبی کامل جذب شده است. جذب استروئید تزریقی بر حسب شرایط فرق می‌کند. نمک‌های هیدروکورتیزون سریع از محل تزریق عضلانی جذب می‌شوند و استرهای هیدروکورتیزون که قابلیت حل شدن کمتری دارند در عرض یک ساعت جذب

Cushingoid syndrome following of local steroid administration for diaper rash; a case report

Kh Daneshjou*; MD, Associate Professor of Pediatrics, Tehran University of Medical Sciences
Z Haghshenas; MD, Assistant Professor of Pediatrics, Tehran University of Medical Sciences

*Correspondence author,
Address: Imam Khomeini
Hospital- Keshavarz Bulvar
Tehran-Iran
E-mail:
dr_daneshjou@sina.tums.ac.ir

Received: 15/2/2005
Revised: 26/12/2005
Accepted: 20/2/2006

Abstract

Objective: Prolonged exogenous administration of ACTH or hydrocortisone or its analogs results in a clinical pattern identical to the spontaneous disorder and is frequently referred to as Cushingoid syndrome. This syndrome is generally reported as a result of oral or parenteral steroids administration.

Case Report: Our report presents a five-month old baby with typical Cushingoid changes following local steroid application due to diaper rash. Clobetasol was used for diaper rash, but had not used systemic corticosteroid. Serum Cortical and ACTH was very low and no detectable. After discontinuation of local steroid, Skin complication recovered gradually and after 5 months, completely.

Conclusion: Local corticosteroids may be high absorption and cause systemic complication such as Adrenal insufficiency and cushingoid syndrome.

Key Words: Cushingoid syndrome, Topical steroid cream
Corticosteroid

REFERENCES:

1. Stewart PM. The adrenal cortex. In: Larson PR, Kronenberg H, Melmed S. Williams Textbook of Endocrinology. 10th ed. Philadelphia, Saunders. 2003 Pp: 491-532
2. Levine LS, White PC. Cushing syndrome. In: Behrman RB, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia, Saunders. 2004 Pp:1916-8.
3. Iglesias P, Gonzalez J, Diez JJ. Acute and persistent iatrogenic Cushing's syndrome after a single dose of triamcinolone acetonide. J Endocrinol Invest. 2005;28(11): 1019-23.
4. David N, Orth DN, Kovacs WJ. The adrenal cortex. In: Larson PR, Kronenberg H, Melmed S. Williams Textbook of Endocrinology. 9th ed. Philadelphia, Saunders. 1998 Pp:607.
5. Mckensie AW, stoughton RB. methods for comparing cutaneous absorbtion of steroids. Arch Dermatol. 1962; 86: 608-10.
6. Feldman RJ, Maibach HI. Penetration of 14 C-hydrocortisone through normal skin: The effect of stripping and occlusion. Arch Dermatol. 1965: 91: 661-6.
7. Nilsson JE, Gip LJ. Systemic effect of local treatment with high doses of potent Corticosteroids in psoriatics. Acta Derm Venereal. 1979; 59(3): 245-58.
8. Ozerdem U, Levi L, Cheng L, et al. Systemic toxicity of topical and periocular corticosteroid therapy in 11-year - old male with posterior uveitis. Am J Ophthalmol. 2000; 130(2): 240-1



تصویر ۱- چاقی تنه و صورت گرد در شیرخوار مبتلا به سندرم کوشینگوئید ناشی از مصرف استروئید موضعی



تصویر ۲- آتروفی شدید پوست ناحیه باسن و پرینه شیرخوار معرفی شده