

乾癬併發系統性及亞急性紅斑性狼瘡

— 病例報告 —

唐信結 顏嘉村 林智一*

中山醫學大學附設醫院 皮膚科 中國醫藥大學附設醫院 病理科*

Psoriasis with Systemic Lupus Erythematosus and Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus

— Report of a Case —

Hsin-Chieh Tang Jia-Tsun Yen Chih-Yi Lin*

Photosensitive disorders should be considered in patients with psoriasis who have photosensitivity. We reported a rare case of psoriasis combined with systemic lupus erythematosus and subacute cutaneous lupus erythematosus. A 27-year-old female presented with several annular plaques on the upper back for one month. Other dermatologic findings revealed erythematous plaques with mild scaling on the scalp. The patient also already has had psoriasis for 8 years. According to the American College of Rheumatology's revised criteria, the patient met the diagnosis of systemic lupus erythematosus. We have also reviewed the literature about the treatment for psoriasis combined with lupus erythematosus. (Dermatol Sinica 22 : 59-63, 2004)

Key words: Psoriasis, Subacute cutaneous lupus erythematosus, Systemic lupus erythematosus

乾癬病患出現光敏感現象要考慮併發光敏感疾病的可能性，我們報告一個乾癬合併系統性紅斑性狼瘡及亞急性皮膚紅斑性狼瘡的罕見病例。一27歲女性在上背部出現數個環形的板塊約一個月，其他皮膚表現還包括了頭皮上一紅色具有脫屑性的板塊。病患原即有乾癬病史八年。根據美國免疫風濕學院修正後的分類標準，病患同時符合了系統性紅斑性狼瘡的診斷。我們也回顧了有關乾癬合併紅斑性狼瘡在治療上的文獻記載。(中華皮誌22 : 59-63, 2004)

*From the Department of Dermatology, Chung Shan Medical University Hospital & Department of Pathology, China Medical University Hospital**

Accepted for publication: October 06, 2003

Reprint requests: Department of Dermatology, Hsin-Chieh Tang, M.D., No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., Taichung, Taiwan, R.O.C.

TEL: 886-4-24739595 ext. 2338

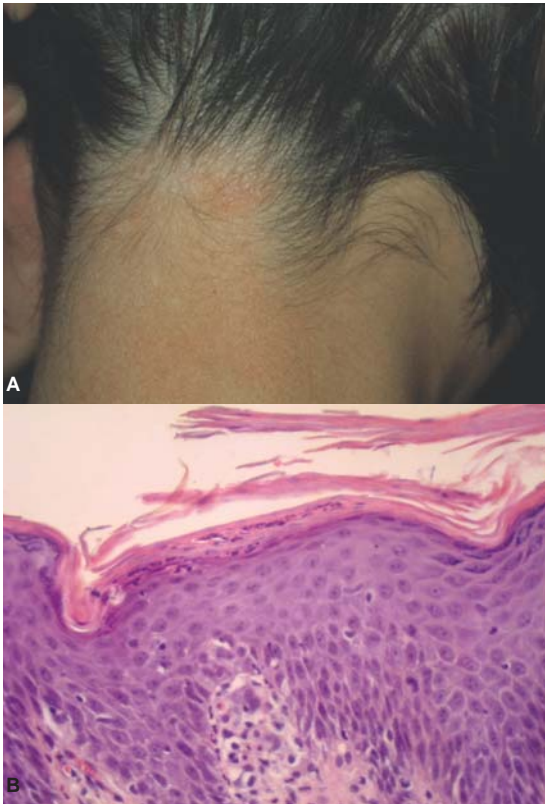


Fig. 1
(A) One erythematous plaque with mild scaling was present on the hairline of occipital scalp.
(B) Mounds of parakeratosis with neutrophils, aggregates of neutrophils in the upper epidermis, and perivascular infiltration of lymphocytes and a few neutrophils. (H & E, x200)

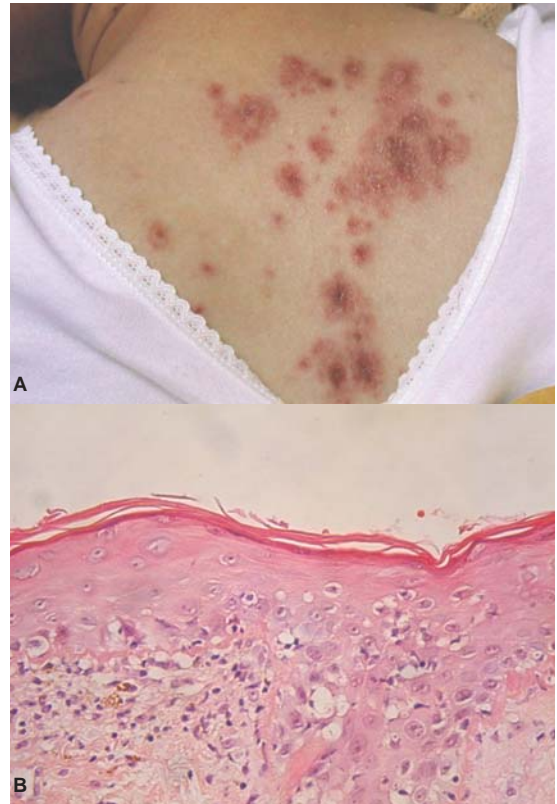


Fig. 2
(A) Multiple variable-sized erythematous macules, papules and annular plaques were present on the upper back.
(B) There is vacuolization of basal cells, thickening of basement membrane and pigment incontinence. (H & E, x200)

前言

乾癬的盛行率因為地理位置的不同，從0.1%到3%不等，男女比例相當；它通常對於日光照射或是紫外線照光治療有改善的效果^{1,2}。但有少數病患因為併發光敏感疾病而出現光敏感現象，包括紅斑性狼瘡(lupus erythematosus，以下簡稱LE)³⁻⁵。LE的患者以女性居多，皮膚表現是LE第二常見的臨床症狀，僅次於關節炎⁶。乾癬合併LE的發生率不高，而且容易造成診斷上及治療上的困難，在此我們報告一個乾癬病人合併系統性紅斑性狼瘡(systemic lupus

erythematosus，以下簡稱SLE)及亞急性皮膚紅斑性狼瘡(subacute cutaneous lupus erythematosus，以下簡稱SCLE)的罕見病例，並回顧相關之文獻記載。

病例報告

一27歲女性患者，於8年前在外院做過皮膚切片檢查診斷確定為乾癬，這次到本院皮膚科求診，主訴最近一個月內在其上背部陸續出現大小不一的紅斑，同時也有發燒的現象。皮膚檢查發現在枕部頭皮之髮際邊緣有一紅色具有脫屑性的板塊(Fig. 1A)，在上背部有許多浸潤不深的暗

紅色斑疹、丘疹及環形板塊(Fig. 2A)。除此之外其他的皮膚檢查沒有什麼特殊的發現。病人曬太陽之後容易有臉部潮紅的現象，但未出現口腔潰瘍、禿髮、關節痛、胸痛、呼吸困難、癲癇或精神異常等症狀。病人過去除了乾癬的病史之外，沒有其他系統性的疾病病史，其家族中也沒有類似的情形出現。

在枕部頭皮之髮際邊緣的病灶處進行皮膚切片檢查，於H & E的染色下，低倍可見表皮有增厚的現象，顆粒層有變薄的情形，上真皮層的血管周圍則有發炎細胞的浸潤。高倍可見角質層有角化不全(parakeratosis)的現象，角質層及上表皮層皆有嗜中性球聚集的情形，血管周圍則有淋巴球及嗜中性球的浸潤(Fig. 1B)。直接免疫螢光檢查的結果呈陰性反應。

在上背部的病灶處進行皮膚切片檢查，於H & E的染色下，低倍時可見表皮有稍微變薄的現象，真皮層有水腫樣的變化。高倍下可見基底層細胞有空泡樣的變化，基底膜有稍微增厚的情形，乳突狀真皮層則有少量的黑色素失禁(Fig. 2B)。直接免疫螢光檢查，在表皮層與真皮層交接處有C3、IgG的沈積。

實驗室檢查方面，抗核抗體(ANA)呈1:640陽性反應，Anti-double-stranded DNA、Anti-SSA(Ro)等抗體也呈現陽性反應；其他如Anti-Sm、Anti-RNP、Anti-SSB(La)、Anti-Jo-1、Anti-Scl-70、Anti-cardiolipin等抗體則呈現陰性反應。WBC: 2360/mm³、Hb: 8.2 gm/dl、Platelet: 96000/mm³、ESR>120 mm/hr (1-20)、C3: 77.4 mg/dl (90-180)、C4: 13.7 mg/dl (10-40)；生化檢查除了AST: 44 IU/l (13-38)、LDH: 779 IU/l (297-537)數值偏高之外，其餘皆

在正常範圍之內。胸部X光、尿液檢查也沒有特殊的發現。根據1982年美國免疫風濕學院修正後之SLE診斷標準⁶，由於病人有光敏感的現象，加上血液學、免疫學方面的異常，抗核抗體(ANA)也呈現陽性反應，所以符合SLE的診斷。

結合臨床表現、病理組織變化及實驗室檢查，我們的診斷是乾癬合併系統性紅斑性狼瘡(SLE)及亞急性皮膚紅斑性狼瘡(SCLE)。由於病人身上的乾癬病灶控制良好，目前僅有枕部頭皮之髮際邊緣有一紅色具有脫屑的板塊，在衡量其他藥物的毒性與可能導致的副作用之後，我們以口服藥物Hydroxychloroquine (Plaquenil[®]) 400 mg/day給予病患治療。治療一個月之後的實驗室檢查，除了C3、C4稍為偏低之外，抗核抗體(ANA)已經降至1:160，WBC、Hb、Platelet等數值皆已恢復到正常範圍之內，病人也已經沒有發燒的症狀出現。治療迄今三個月，病人沒有新的病灶發生，同時乾癬也沒有惡化或是加重的情形出現。

討 論

乾癬合併LE最早的病例報告是在西元1927年由O'Leary所提出。之後陸續有作者報告類似的案例^{5,7,8}。除了LE之外，乾癬也會合併其他光敏感疾病，包括紫質病(porphyrria)、多形性日光疹(polymorphous light eruption)、慢性日光皮膚炎(chronic actinic dermatitis)、日光性蕁麻疹(solar urticaria)、日光性癢疹(actinic prurigo)及藥物引起的光過敏^{5,9-13}。Ros等人統計在1760位乾癬病患之中，合併光敏感現象的人比例為5.5%¹⁴。Zalla等人也統計了9420位乾癬病患，其中65位(0.69%)合併了光敏感

疾病；而在這65個人當中，合併LE的有42位，比率为0.45% (42/9420)⁵。

LE的特異性皮膚表現可以分為三個大類：急性皮膚紅斑性狼瘡 (acute cutaneous lupus erythematosus, ACLE)、SCLE及慢性皮膚紅斑性狼瘡 (chronic cutaneous lupus erythematosus, CCLE)，其中SCLE被歸類為一個獨立的項目不過才20幾年的光景¹⁵。SCLE大約佔所有皮膚紅斑性狼瘡的10%左右¹⁶，其誘發因子主要是藥物或是紫外線的照射，曾經有作者提出乾癬接受光化療法而出現SCLE的案例報告¹⁷。

在SCLE的臨床表現方面，主要可以分為兩個類型：鱗狀丘疹型 (papulosquamous) 與環型 (annular/polycyclic)。大約只有15%的SCLE病人會在其病程中出現ACLE或DLE的病灶。會有將近一半的SCLE病人同時符合SLE的診斷標準；然而此類患者比較不會出現腎炎、中樞神經或是精神異常等嚴重而威脅生命的表徵^{6, 15-16, 18}。

在SCLE的鑑別診斷方面，鱗狀丘疹型的病灶要跟乾癬做區別；而環型的病灶要跟多形性紅斑 (erythema multiforme)、遠心性環狀紅斑 (erythema annulare centrifugum)、匍行性迴紋狀紅斑 (erythema gyratum repens) 及環狀肉芽腫 (granuloma annulare) 做區別⁶。特別值得一提的是，如果一個乾癬病人一開始只有光敏感的現象，且臨床上的病灶又不是典型的LE時，常常會被誤認為是乾癬的板塊而忽略掉合併LE的可能性，甚至造成診斷上與治療上的延誤。因此皮膚切片包括直接免疫螢光染色，加上實驗室的檢查，就變得必須而且重要了^{3-5, 7, 17}。

治療乾癬的方法之中，紫外線照光治療是一種常被使用的治療方法；但是紫外

線照射又是LE的誘發因子之一，因此曾經有作者提出乾癬患者在接受紫外線照光治療之前先進行抽血檢查ANA等自體免疫抗體的構想¹⁹⁻²¹。

Hydroxychloroquine是LE系統性療法的第一線用藥，但這種古老的抗瘧疾用藥有可能會誘發或是加重乾癬的病況²²。回顧文獻記載，乾癬合併LE的病人用Hydroxychloroquine治療造成乾癬病況惡化或是加重的情形差異性相當大，比例從0%到100%都有⁵。其他治療乾癬合併LE的藥物包括Methotrexate等免疫抑制劑，但是這些藥物可能造成的毒性或是副作用也必須謹慎考慮²³。也有作者用維他命A酸Etretinate來治療，但是這類藥物會有致畸胎的危險性，所以在育齡女性的使用上必須特別注意²⁴。我們的病人用Hydroxychloroquine治療迄今三個月，沒有造成乾癬病況惡化或是加重的情形出現，但是後續的密切觀察與追蹤也是極為必要的。

REFERENCE

1. Nall L: Epidemiology of psoriasis: a global view. In: Farber EM, Nall L, Morhenn V, *et al.*, eds. Psoriasis: Proceeding of the Fourth International Symposium. New York: Elsevier, 265-282, 1987.
2. Farber EM, Nall L: Epidemiology: natural history and genetics. In: Roenigk HH Jr, Maibach HI, eds. Psoriasis. 2nd ed. New York: Marcel Dekker, 209-258, 1991.
3. Hays SB, Camisa C, Lugar MJ: The coexistence of systemic lupus erythematosus and psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 10: 619-622, 1984.
4. Hu CH, O'Connell BM, Farber EM: Coexistent psoriasis and lupus erythematosus: What's happening? *Cutis* 36: 449-450, 1985.
5. Zalla MJ, Muller SA: The coexistence of psoriasis with lupus erythematosus and other photosensitive disorders. *Acta Derm Venereol Suppl* 195: 1-15, 1996.
6. Sontheimer RD: Lupus erythematosus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, *et al.*, eds.

- Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1993-2009, 1999.
7. Millns JL, Muller SA: The coexistence of psoriasis and lupus erythematosus: an analysis of 27 cases. *Arch Dermatol* 116: 658-663, 1980.
 8. Rongioletti F, Casciaro S, Boccaccio P, *et al.*: Annular pustular psoriasis and systemic lupus erythematosus. *Int J Dermatol* 29: 290-292, 1990.
 9. Doyle JA: Photosensitive psoriasis. *Australas J Dermatol* 25: 54-58, 1984.
 10. Elder GH: The cutaneous porphyries. *Semin Dermatol* 9: 63-69, 1990.
 11. Toback AC, Anders JE: Phototoxicity from systemic agents. *Dermatol Clin* 4: 223-230, 1986.
 12. Elmetts CA: Drug-induced photoallergy. *Dermatol Clin Apr* 4: 231-241, 1986.
 13. Takashima A, Yamamoto K, Kimura S, *et al.*: Allergic contact and photocontact dermatitis due to psoralens in patients with psoriasis treated with topical PUVA. *Br J Dermatol* 124: 37-42, 1991.
 14. Ros AM, Eklund G: Photosensitive psoriasis: an epidemiological study. *J Am Acad Dermatol* 17: 752-758, 1987.
 15. David-Bajar KM: Subacute cutaneous lupus erythematosus. *J Invest Dermatol* 100 (Suppl. 1): 25-28, 1993.
 16. Sontheimer RD: Subacute cutaneous lupus erythematosus: a decade's perspective. *Med Clin North Am* 73: 1073-1090, 1989.
 17. Dowdy MJ, Nigra TP, Barth WF: Subacute cutaneous lupus erythematosus during PUVA therapy for psoriasis: case report and review of the literature. *Arthritis Rheum* 32: 343-346, 1989.
 18. Jones SK, Coulter S, Harmon C, *et al.*: Ro/SSA antigen in human epidermis. *Br J Dermatol* 118: 363-367, 1988.
 19. Kulick KB, Mogavero H, Provost TT, *et al.*: Serologic studies in patients with lupus erythematosus and psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 8: 631-634, 1983.
 20. Hays SB, Camisa C, Luzar MJ: The coexistence of systemic lupus erythematosus and psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 10: 619-622, 1984.
 21. Picascia DD, Rothe M, Goldberg NS, *et al.*: Antinuclear antibodies during psoralens plus ultraviolet A (PUVA) therapy – are they worthwhile? *J Am Acad Dermatol* 16: 574-577, 1987.
 22. Christophers E, Mrowietz U: Psoriasis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, *et al.*, eds. *Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1993-2009, 1999.
 23. Lynch WS, Roenigk HH: Lupus erythematosus and psoriasis vulgaris. *Cutis* 21: 511-525, 1978.
 24. Green LS, Saperia D, Lowe NJ: Coexistence psoriasis and lupus erythematosus: successful treatment with etretinate. *J Dermatol Treat* 1: 19-22, 1989.