اریتراسما و درماتوزهای غیرعفونی مشابه

● دکتر محمد قهری
دکترای علوم آزمایشگاهی
Ph.D قارچ شناسی پزشکی
ghahri14@gmail.com

❑ خلاصه

ضایعات کراتولیز حفره‌دار پا (pitted keratolysis)، تریکوباکتریوزیس ساقه‌های مو در چین های پوستی ناحیه زیر بغل و عانه و اریتراسما سه نوع درماتوز شناخته شده می‌باشند که در اثر گونه‌هایی از جنس کورینه باکتریوم به وجود می‌آیند. تظاهرات بالینی اریتراسما با ضایعات بدون علامت آزار دهنده اغلب در چین های پوستی و نواحی مرطوب مشخص می‌شود. این ضایعات معمولاً به صورت لکه‌های هایپرپیگمانته قرمز یا قهوه‌ای پوست با پوسته ریزی و هیپوپیگمانتاسیون مرکزی مشاهده می‌شوند، همچنین ممکن است کمی برآمده باشند. رایج‌ترین تست تشخیصی اریتراسما معاینه با لامپ وود است. لامپ وود یک منبع نور سیاه با گستره تابش نور بین ۳۲۰ تا ۴۰۰ نانومتر است که البته مناسب‌ترین طول موج معادل ۳۶۵ نانومتر است. تشخیص اریتراسما را می‌توان از طریق مشاهده فلورسانس قرمز مرجانی یا مرجانی صورتی در جریان معاینه لامپ وود بر روی پوست آسیب دیده تایید کرد. پورفیرین ها، عمدتاً کوپروپرفیرین III، که توسط کورینه باکتری‌ها ساخته می‌شوند منشأ این فلورسانس متمایز هستند. اوروپورفیرین I همچنین با فلورسانس کورینه باکتری‌ها در زیر لامپ وود مرتبط است. قابل توجه است که اگر محل ضایعه اخیراً تمیز و با آب شسته شده باشد، آزمایش یا معاینه با لامپ وود، منفی کاذب نشان خواهد داد.

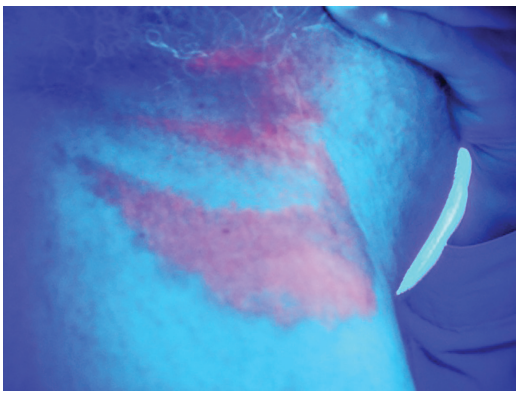
تشخیص‌های افتراقی اریتراسما، به ویژه در ناحیه کشاله ران، شامل عفونت کاندیدا آلبیکنس، عفونت درماتوفیت، عفونت مالاسزیا فورفور (پیتریازیس ورسیکالر یا تینا ورسیکالر)، پیتریازیس روتوندا و درماتوز Terra firma-forme است. این شرایط می‌توانند به صورت پلاک‌های هیپرپیگمانته و با مرزهای مشخص دیده شوند. با این حال، بررسی لامپ وود و یافته‌های لام هیدروکسید پتاسیم و درمان با ایزوپروپیل الکل ۷۰ درصد می‌تواند به تمایز بین این ضایعات کمک کند. پیتریازیس روتوندا از گروه بیماری‌های پاپولوسکواموس و یک اختلال کراتینیزاسیون پوست است که به صورت لکه‌های کاملا دایره‌ای و پوسته‌دار روی تنه و قسمت‌های پروگزیمال اندام‌ها (پاها و بازوها) ظاهر می‌شود. ممکن است با بیماری‌هایی مانند کارسینوم سلول‌های کبدی (هپاتوسلولار) در گروه‌های مستعد نژادی همراه باشد. درماتوز Terra firma-forme با لکه‌ها و پلاک‌های پوستی قهوه‌ای مایل به خاکستری چرکین (dirty) مشخص می‌شود که می‌توان آن‌ها را به سادگی با کشیدن سواب با پدهای الکلی از بین برد. پاتوژنز آن به کراتینه شدن غیرطبیعی و تاخیری نسبت داده شده است. اگر چه بیماران مبتلا با ضایعات معمولی ظاهر می‌شوند، اما این اختلال توسط متخصصان پوست شناخته شده نیست.

کلمات کلیدی: اریتراسما، درماتوز، کورینه باکتریوم، لامپ وود

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

❑ مقدمه

اریتراسما یک عفونت باکتریایی پوست است که معمولاً توسط Corynebacterium minutissimum ایجاد می‌شود. این پاتوژن لایه شاخی را در نواحی گرم و مرطوب پوست دچار عفونت می‌کند. معمولاً نواحی زیر بغل، اینگوینال و بین انگشتی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. بیشتر در افراد دیابتی و افراد مسن دیده می‌شود. در واقع، اریتراسما ۱۷,۶ درصد از عفونت‌های باکتریایی پوست در افراد مسن و ۴۴ درصد از عفونت‌های لای انگشتان پا را در افراد مبتلا به دیابت تشکیل می‌دهد. تظاهرات بالینی اریتراسما با ضایعات بدون علامت اغلب در چین های پوستی و نواحی مرطوب مشخص می‌شود. معمولاً لکه‌های هایپرپیگمانته قرمز یا قهوه‌ای پوست با پوسته ریزی و هیپوپیگمانتاسیون مرکزی مشاهده می‌شود. همچنین ممکن است ضایعات کمی برآمده باشند. رایج‌ترین تست تشخیصی اریتراسما معاینه با لامپ وود است. لامپ وود یک منبع نور سیاه با گستره تابش نور بین ۳۲۰ تا ۴۰۰ نانومتر است و مناسب‌ترین طول موج معادل ۳۶۵ نانومتر می‌باشد. تشخیص اریتراسما را می‌توان از طریق مشاهده منظره فلورسانس قرمز مرجانی یا مرجانی صورتی در جریان معاینه لامپ وود بر روی پوست آسیب دیده تأیید کرد. پورفیرین ها، عمدتاً کوپروپرفیرین III، که توسط کورینه باکتری‌ها ساخته می‌شوند منشأ این فلورسانس متمایز هستند. اوروپورفیرین I همچنین با فلورسانس کورینه باکتری‌ها در زیر لامپ وود مرتبط است. قابل توجه است که اگر محل ضایعه اخیراً تمیز و شسته شده باشد، می‌تواند با معاینه لامپ وود، نتیجه منفی کاذب به دست آید. تشخیص‌های افتراقی اریتراسما، به ویژه در ناحیه کشاله ران، شامل عفونت کاندیدا آلبیکنس، عفونت درماتوفیت، عفونت مالاسزیا فورفور (پیتریازیس یا تینا ورسیکالر) و درماتوز terra firma-forme است. این شرایط می‌توانند به صورت پلاک‌های هیپرپیگمانته و با مرزهای مشخص دیده شوند. با این حال، بررسی لامپ وود، یافته‌های لام هیدروکسید پتاسیم و درمان با ایزوپروپیل الکل ۷۰ درصد می‌تواند به تمایز بین این ضایعات کمک کند.



منظره فلورسانس قرمزمرجانی ضایعه اریتراسما در معاینه لامپ وود

❑ اپیدمیولوژی

بیشتر موارد اریتراسما در بزرگسالان سالم رخ می‌دهد. عفونت در کودکان کمتر اتفاق می افتد. در آب و هوای گرم و مرطوب بیشتر شیوع دارد. افرادی که در مراکز تجمعی زندگی می‌کنند نیز بیشتر در معرض ابتلا به اریتراسما هستند. این مسئله شامل دانشجویان ساکن خوابگاه‌ها، سربازان مستقر در پادگان‌ها و سالمندانی که در مراکز مربوطه پرستاری می‌شوند می‌باشد. بروز اریتراسما ممکن است با افزایش سن افزایش یابد. انتشار جغرافیایی خاصی ندارد و در سراسر جهان مشاهده می‌شود و بیشتر در مردان بروز می‌کند. به طور کلی به نظر می‌رسد که اریتراسما در آمریکایی‌های آفریقایی تبار شایع‌تر است. دو نوع اریتراسما موسوم به اریتراسمای ژنرالیزه و نوع اینتردیجیتال وجود دارد. نوع اینتردیجیتال شایع‌ترین عفونت باکتریایی پا است و به طور معمول هیچ علامتی نشان نمی‌دهد. اریتراسما نه تنها از نظر زیبایی شناختی ناخوشایند است، بلکه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اریتراسمای دیسکی فرم می‌تواند نشانه اولیه دیابت نوع ۲ باشد. اریتراسمای ژنرالیزه بیشتر در دیابت نوع ۲ دیده می‌شود که در آن ضایعات فراتر از نواحی بدن که پوست به هم ساییده می‌شود (چین های بدن) توسعه می‌یابد. در بین افراد دیابتی و چاق و در آب و هوای گرم شایع است. ضایعات اریتراسما در اثر پوشیدن لباس‌های انسدادی بدتر می‌شود.

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

❑ هیستوپاتولوژی

برای تشـــخیص اریتراسما به ندرت نیاز به بیوپسی است. بررسی پوســـت با میکروســـکوپ میکروارگانیسم‌های میله مانندی را در لایه شـــاخی نشان می‌دهد. با این حال گاهی اوقات این موارد دیده نمی‌شوند. ممکن است اشکال کوکسی شکل نیز وجود داشته باشـــد. هیپرکراتوز همراه با مقداری تجمع لنفوهیستوسیتی در اطراف عروق لایه بالایی پوست وجود خواهد داشت. رنگ آمیزی گرم باسیل‌های گرم مثبت را نشـــان می‌دهد. اگر کورینه باکتریوم مینوتیسیموم برای مدت طولانی روی پلیت کشـــت باقی بماند، درکشـــت گرم منفی و به اشـــکال مختلف دیده می‌شود. کورینه باکتریوم مینوتیســـیموم اسید فســـت نیســـت. از تخمیر دکستروز، ساکارز و مالتوز اسید تولید می‌کند، اما از لاکتوز اسید تولید نمی‌کند. در شـــرایط آزمایشگاهی به اریترومایسین حساس اما به پنی سیلین مقاوم است. مشاهده این میکروارگانیسم روی اسلایدهای رنگ آمیزی شده با هماتوکسیلین و ائوزین دشوار اســـت و بهتر است با رنگ‌های اسید شیف پریودیک (Periodic Acid-Schiff) و گیمســـا بررسی شود تا بهتر قابل مشـــاهده باشـــد. از رنگ‌های گرم، بلودومتیلن و رنگ آمیزی نقره نیز می‌توان استفاده کرد.

❑ علائم فیزیکی

اریتراسما بیشـــتر در لابلای انگشـــتان پا و به دنبال آن چین کشاله ران مشاهده می‌شـــود. در زیر بغل کمتر دیده می‌شـــود. بیماران ممکن است ســـابقه تغییر رنگ پوست با خـــارش خفیف در هر یک از آن نواحی را داشـــته باشـــند. بیماران همچنین ممکن است از پوسته پوسته شدن پوست شکایت داشته باشند. پوســـت معمولاً قرمز تیره و مرطوب است. شدت خارش می‌تواند متفاوت باشد. ضایعه پوستی به خوبی به عنوان یک لکه ماکولر دارای حدود مشخص است. پوست مبتلا اغلب ظاهری چروکیده دارد.

❑ ضایعه اینتردیجیتالی (فضای بین انگشتان پا)

کورینه باکتریوم مینوتیسیموم شـــایع‌ترین علت عفونت باکتریایی فضاهای بین انگشـــتی پا اســـت. موجب پوسته پوسته شـــدن پوست می‌شـــود. عفونت اغلب بین انگشتان چهارم و پنجم پا رخ می‌دهد. اغلب بدون علامت اســـت اما می‌تواند خارش دار باشد. گاهی اوقات همراه با عفونت‌های درماتوفیتـــی یا کاندیدیایی دیده می‌شـــود. آماده ســـازی لام میکروســـکوپی با هیدروکسید پتاســـیم برای ارزیابی عفونت‌های همزمان لازم است.

❑ ضایعات اینترتریجینوس Intertriginous

دارای خـــارش خفیف و یا بدون علامت اســـت. این فرم بـــه صورت لکه‌ها یا پلاک‌هایـــی در نواحی اینترتریجینوس ایجاد می‌شود و منجر به ظاهر «کاغذ سیگار» مانند پوست می‌شود. ممکن است پوسته‌های ریز و ظریفی داشته باشد.

ضایعه اینترتریجینوس اریتراسما

❑ اریتراسمای دیسکی فرم

شکل نادر اریتراســـما که ممکن است هر قسمتی از بدن را درگیر کند. بیشـــتر در زنان ســـیاه پوست در آب و هوای گرمسیری دیده می‌شود. مشخصه آن پلاک‌های فلس دار با حدود مشخص روی تنه و قسمت‌های فوقانی (پروگزیمال) اندام‌ها است و در آزمایش لامپ وود دارای فلورسانس قرمز مرجانی است. اریتراسمای دیســـکی فرم نوعی از تظاهرات غیرمعمول عفونت پوســـتی رایج اریتراســـما است که شبیه

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

سایر اختلالات پوستی، از جمله لیکن اسکلروزوس و آتروفیکوس و نوع پلاکی پاراپسوریازیس باشد. این وضعیت با یک سطح ظاهر آتروفیک مشخص می‌شود که در نواحی غیر از چین های پوستی قرار دارد. روش‌های تشخیصی مناسب به راحتی اریتراسما دیسکی فرم را متمایز می‌کند. این روش‌ها شامل معاینه با چراغ وود، تهیه لام مرطوب با هیدروکسید پتاسیم و نمونه برداری از پوست به روش خراشیدن و در صورت لزوم تهیه برش‌های بافتی رنگ آمیزی شده با رنگ آمیزی گرم، اسید پریودیک شیف، گیمسا یا متیلن بلو است.

فرم دیسکی اریتراسما

❑ تشخیص‌های افتراقی

موارد زیر باید در افتراقی برای اریتراسما در نظر گرفته شود:

- درماتیت سبوروئیک
- پسوریازیس معکوس inverse psoriasis
- کاندیدیازیس
- درماتوفیتوزیس
- تینا ورسیکالر
- پاراپسوریازیس
- پیتریازیس روتوندا Pityriasis Rotunda

اریتراسما ممکن است با تیناورسیکالر اشتباه گرفته شود، اما به پسوریازیس، کاندیدیازیس، لیکن سیمپلکس مزمن و درماتیت سبوروئیک نیز شباهت دارد. تشخیص با فلورسانس صورتی مرجانی زمانی که پوست با لامپ وود مورد تابش قرار می‌گیرد تأیید می‌شود. درمان شامل اریترومایسین خوراکی یا محلول اریترومایسین موضعی ۲ درصد یا کرم کلیندامایسین دو بار در روز تا زمان پاکسازی است. اریتراسما ممکن است عود کند. درماتیت سبوروئیک شامل ضایعات چرب و اریتماتوز در امتداد پوست سر و چین‌های بینی است. پسوریازیس معکوس ظاهری براق دارد. فلورسانس قرمز مرجانی با معاینه لامپ وود به تشخیص اریتراسما از درماتیت سبوروئیک و پسوریازیس معکوس کمک می‌کند. آماده سازی لام با هیدروکسید پتاسیم برای تشخیص اریتراسما از درماتوفیتوزیس لابلای انگشتان پا لازم است. اریتراسمای کشاله ران به دلیل پوسته پوسته شدن مرز ضایعه درماتوفیتی به راحتی از تینا کروریس (کچلی کشاله ران) تشخیص داده می‌شود.

❑ درماتوزهای غیرقارچی که لازم است در تشخیص افتراقی با اریتراسما مورد توجه قرار گیرند

پیتریازیس روتوندا از گروه بیماری‌های پاپولوسکواموس و یک اختلال کراتینیزاسیون پوست است که به صورت لکه‌های کاملاً دایره‌ای و پوسته دار روی تنه و قسمت‌های پروگزیمال اندام‌ها (پاها و بازوها) ظاهر می‌شود. ممکن است با بیماری‌هایی مانند کارسینوم سلول‌های کبدی (هپاتوسلولار) در گروه‌های مستعد نژادی همراه باشد.

پیتریازیس روتوندا

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

به نظر می‌رسد دو نوع پیتریازیس روتوندا وجود دارد: نوع یک عمدتاً در بیماران شرقی و سیاه پوست بالای ۶۰ سال دیده می‌شود و اغلب با بیماری داخلی یا بدخیمی همراه است. پیتریازیس روتوندا نوع اول (پیتریازیس روتوندا پارانئوپلاستیک) اغلب با سرطان کبد و معده رخ می‌دهد. سایر شرایطی که پیتریازیس روتوندا نوع اول با آن‌ها مرتبط دانسته شده است عبارت از بدخیمی‌هایی نظیر لوسمی میلوئید مزمن، کارسینوم سلول سنگفرشی، میلومای متعدد و بیماری‌های سل، بیماری قلبی، بیماری ریوی و نارسایی مزمن کلیه می‌باشند. در مواردی که بیماری به صورت خانوادگی (فامیلیال) دیده شده از طریق یک الگوی اتوزومال غالب به ارث می‌رسد. نوع II در بیماران کمتر از ۴۰ سال و اغلب در چند نفر از یک خانواده رخ می‌دهد. تا به امروز هیچ موردی از پیتریازیس روتوندا نوع II با بیماری داخلی یا بدخیمی مرتبط نبوده است. ظاهر ضایعات بدون توجه به نوع پیتریازیس روتوندا یکسان است. در افرادی که پوست سفید دارند غیر معمول است. لکه‌ها اغلب تقریباً کاملاً دایره‌ای هستند و با پوسته پوسته شدن ایکتیوز مانند (ichthyosis-like) خشک مشخص می‌شوند. ضایعات بین ۰,۵ تا ۲۰ سانتی متر قطر دارند و به طور کلی جدا از هم هستند، اگرچه ادغام ضایعات می‌تواند یک شکل چند حلقه‌ای (polycyclic) ایجاد کند.

رنگ‌ها از صورتی تا قهوه‌ای روشن متغیر است. ضایعات معمولاً تیره‌تر از پوست اطراف (هیپرپیگمانته) در بیماران با پوست تیره و روشن‌تر (هیپوپیگمانته) در بیماران با پوست روشن هستند. معمولاً ضایعات متعددی وجود دارد که بین ۴ تا ۸۰ مورد است. معمولاً روی کپل‌ها، ران ها، شکم، تنه و اندام‌های فوقانی و تحتانی قرار دارند. هنگامی که ضایعات ایجاد می‌شوند، معمولاً در طول زندگی بدون تغییر باقی می‌مانند مگر اینکه بیماری داخلی یا بدخیمی زمینه‌ای درمان شود که در این صورت برطرف یا بهبود می‌یابد. بیماران مبتلا به پیتریازیس روتندا باید معاینات پزشکی و فیزیکی و آزمایش‌های آزمایشگاهی و رادیوگرافی مناسب را برای بررسی بیماری‌های داخلی یا بدخیمی‌ها انجام دهند. هیچ درمان خاصی برای پیتریازیس روتوندا وجود ندارد. ضایعات معمولاً با درمان بیماری داخلی یا بدخیمی زمینه‌ای بهبود می‌یابند یا برطرف می‌شوند. درمان علامتی ضایعات با استفاده از رتینوئیدهای موضعی، پماد اسید سالیسیلیک و لوسیون اسید لاکتیک انجام می‌گیرد.

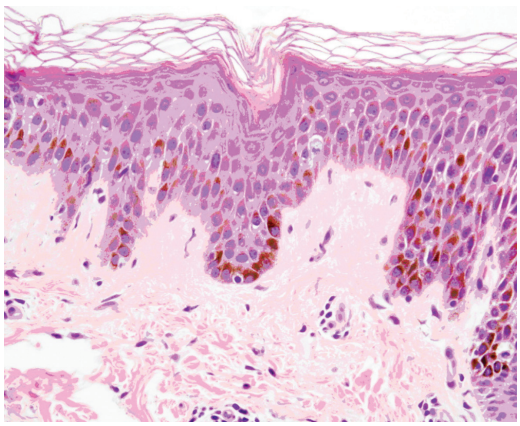
پیتریازیس روتوندا

ضایعه پوسته دار هیپرپیگمانته، با حدود مشخص، کاملاً گرد، خشک و ایکتیوز مانند در قسمت تحتانی شکم

مردی ۴۲ ساله با ضایعات بدون علامت، با مرز کاملا مشخص، گرد و پوسته پوسته روی ساعد خود که چندین ماه وجود داشت، مراجعه کرد. نمونه بیوپسی پوست با پیتریازیس روتوندا مطابقت داشت. پیتریازیس روتوندا یک اختلال کراتینه شدن است که تصور می‌شود نوعی ایکتیوز اکتسابی، تظاهر تاخیری ایکتیوز مادرزادی یا تظاهرات پوستی بیماری سیستمیک باشد. بیماران مبتلا به پیتریازیس روتوندا را می‌توان به یکی از دو گروه

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

طبقه بندی کرد که بر اساس نژاد، تعداد ضایعات، سابقه خانوادگی و ارتباط با بیماری‌های سیستمیک است. درمان چالش برانگیز است، اما استفاده از لوسیون اسید لاکتیک و ویتامین A خوراکی تا حدی امیدوار کننده است.



نمای هیستولوژیک در پیتریازیس روتوندا

❑ هیستوپاتولوژی

تقریباً از بین رفتن کامل لایه گرانولار همراه با اسپونجیوزیس خفیف و ارتشاح لنفوهیستیوسیتیک سطحی و اطراف عروقی وجود دارد. پیگمانتاسیون کراتینوسیت‌های لایه بازال نیز مشاهده می‌شود. پیتریازیس روتوندا یک بیماری پوستی نادر است که با پلاک‌های پوسته پوسته، با مرز مشخص، کروی شکل، هایپرپیگمانته یا هیپوپیگمانته مشخص می‌شود که تنه و اندام‌ها را درگیر می‌کند. این عارضه ابتدا در ژاپن توسط تویاما در سال ۱۹۰۶ توصیف شد و tinea circinata نامیده شد. این یک اختلال کراتینه شدن است که اغلب در میان جمعیت‌های ژاپن، آفریقای جنوبی و هند غربی توصیف می‌شود، اما در سفیدپوستان بسیار کمتر شایع است، به طوری که تنها چند مورد در ایالات متحده پس از سال ۱۹۸۵ گزارش شده است. اگرچه اکثر موارد به صورت پراکنده (اسپورادیک) هستند. یک وقوع خانوادگی در میان گروهی متشکل از ۴۲ نفر در ساردینیا (ایتالیا) برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ گزارش شد. بیماران اغلب با ضایعات مشخصه پیتریازیس روتوندا در سنین ۲۰ تا ۴۵ سال (محدوده ۲ تا ۸۹) مراجعه می‌کنند، به جز در گروه ساردینیا که بیماران در دوران کودکی مشاهده شدند. میزان بروز در بین زنان و مردان برابر است. این بیماری از چند ماه تا بیش از ۲۰ سال طول می‌کشد و گزارش‌هایی مبنی بر تشدید آن در ماه‌های زمستان وجود دارد. تعداد ضایعات ممکن است از یک تا بیشتر از ۱۰۰ متغیر باشد که قطر آن در برخی موارد ممکن است از ۲۰ سانتی متر نیز فراتر رود. علت پیتریازیس روتوندا ناشناخته باقی مانده است. اکثر نویسندگان معتقدند که این نوعی ایکتیوز اکتسابی، تظاهر تاخیری ایکتیوز مادرزادی یا تظاهرات پوستی بیماری سیستمیک است. در سال ۱۹۶۰، در بررسی متون، سرطان ریه، کبد، معده و سایر انواع سرطان در ۱۱ بیمار از ۱۸۲ بیمار آسیایی مشاهده شد. علاوه بر بیماری نئوپلاستیک، تقریباً یک سوم از این بیماران دارای سایر بیماری‌های سیستمیک زمینه‌ای بودند که شامل سوءتغذیه، سل و سیروز می‌شد. چندین نویسنده پیتریازیس روتوندا را با جذام، بیماری‌های کبدی، بیماری‌های ریوی، مولتیپل میلوما، لوسمی میلوئیدی مزمن و بیماری‌های قلبی و بسیاری دیگر مرتبط دانسته‌اند. با این حال، در مطالعات بیماران سفیدپوست، یافته‌های پوستی عمدتاً در غیاب بیماری‌های سیستمیک زمینه‌ای رخ داده است.

یک طبقه بندی برای در بر گرفتن تمام موارد گزارش شده از پیتریازیس روتوندا پیشنهاد شده است. نوع I شامل بیماران سیاه پوست یا آسیایی با کمتر از ۳۰ ضایعه هیپرپیگمانته، بروز غیر خانوادگی و ارتباط با شرایط بدخیم یا بیماری‌های سیستمیک در ۳۰ درصد موارد است. نوع دوم در بیماران سفید پوست رخ می‌دهد و ضایعات معمولاً هیپوپیگمانته، خانوادگی، متعدد (بیشتر از ۳۰) هستند و با بیماری‌های مزمن همراه نیستند. از زمان انجام این طبقه‌بندی، چند گزارش موردی وجود داشته است که بیمارانی را توصیف می‌کند که ویژگی‌های هر دو نوع I و II را نشان می‌دهند.

از نظر بالینی، تشخیص افتراقی شامل تینا ورسیکالر، کچلی بدن، اگزمای نومولار، اریتراسما، جذام، پیتریازیس روزآ، سارکوئید، پیتریازیس آلبا و واکنش نامطلوب پوستی ایمونولوژیک مربوط به دارو که با ضایعات لیکنوئیدی

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

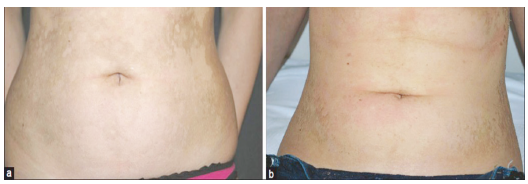
مشـــخص می‌شود، است. آزمایش هیســـتوپاتولوژیک اغلب هیپرکراتوزیس، لایه گرانولار نازک یا غیاب آن، افزایش رنگدانه لایه بازال و یک ارتشاح ســـطحی و اطراف عروقی پراکنده را نشـــان می‌دهد. در برخی موارد، ظاهر هیستوپاتولوژیک ممکن است طبیعی باشـــد. درمان پیتریازیس روتوندا یک چالش اســـت، زیرا گلوکوکورتیکوئیدهـــای موضعی، عوامل ضد قارچ، اسید سالیسیلیک، رتینوئیدهای موضعی و قطران هیچ فایده‌ای نشـــان نداده‌اند. بهبود ضایعات پوســـتی پس از درمان با لوســـیون اســـید لاکتیک و ویتامین A خوراکی مشاهده شده است. در بیماران مبتلا به پیتریازیس روتوندا که با شـــرایط بدخیـــم داخلی یا بیماری‌های سیســـتمیک همراه است، ضایعات پوستی با درمان موفقیت آمیز بیماری زمینه‌ای برطرف شـــده اســـت. در مطالعه‌ای در ســـاردینیا (ایتالیـــا)، رفع بیماری در ۴۰ درصد از کودکان تا زمانی که به بلوغ می‌رسند رخ داده است.

درماتـــوز Terra firma-forme (TFFD) یک درماتوز عجیب، اکتســـابی و ایدیوپاتیک است. این اختلال در ابتدا توســـط دانکن و همکاران در ســـال ۱۹۸۷ بـــه عنوان یک وضعیت متمایز گزارش شد. عبارت لاتین terra-firma به معنای «زمین خشک» است و به تغییر رنگ پوستی شبیه حالت "چرکین" اشاره دارد، از این رو نام دیگر آن درماتوز چرکی دانکن (Duncan's Dirty Dermatosis) است.

درماتوز Terra firma-forme

درماتوز Terra firma-forme

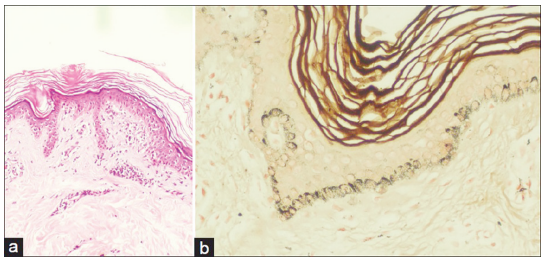
بیمار بانویی ۳۰ ســـاله با سابقه ۶ ماهه لکه‌های پیگمانته پوســـته دار پایدار در زیر بغل و تنه با شکایت خارش شدید و نگرانی از زیبایی پوســـت نواحی فوق بود. معاینه پوســـتی لکه‌های قهوه‌ای مایل به خاکســـتری را در دو طرف شـــکم و زیر بغل نشـــان داد. جزایری از پوســـت نرمـــال در داخل لکه‌ها مشـــاهده می‌شـــود. تشـــخیص‌های بالینی آزمایشی اولیه عبـــارت بودند از درماتوز ترا فیرما فرم، پوســـته پوماد (pomade crust)، پاپیلوماتـــوز مشـــبک و متلاقـــی (confluent and reticulated papillomatosis) و آکانتوز نیگریکانس.



(a) – لکه‌های رنگدانه‌ای قهوه‌ای مایل به خاکستری روی شکم با جزایری از پوست نرمال در بین آن‌ها. (b) پاسخ قابل توجه به پاک کردن لکه‌های رنگدانه با پد اشباع شده با الکل

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

بررسی هیستوپاتولوژیکی هیپرکراتوزیس لایه‌ای برجسته همراه با حلقه‌ها، مسدود شدن کراتوز سوراخ‌های فولیکولی، گلبول‌های کراتین در لایه شاخی، پاپیلوماتوز و فرورفتگی‌های تیز بین پاپیل ها، افزایش رنگدانه ملانین در لایه بازال و مایع‌گرایی لنفوسیتی مینیمال را نشان داد. یافته‌های کانونی در درم مشاهده شد. به عنوان مثال، آدم در درم پاپیلاری، ماکروفاژهای مملو از رنگدانه، ارتشاح لنفوسیتی اطراف عروقی و خارج شدن گلبول‌های قرمز از عروق مشاهده گردید. رنگ آمیزی فونتانا- ماسون نشان داد که رنگدانه ملانین به طور کانونی در لایه بازال اپیدرم افزایش یافته است.

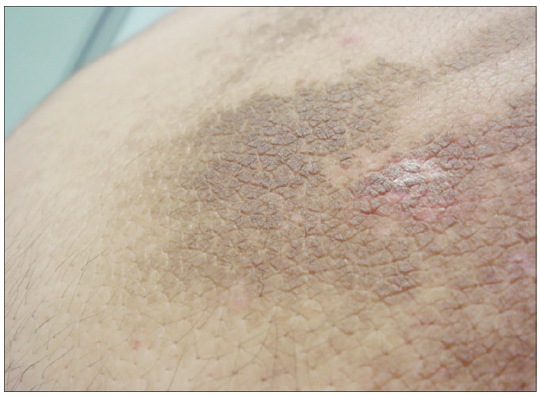


یافته‌های هیستوپاتولوژیک نمونه‌های بیوپسی پوست (a) هیپرکراتوز لایه‌ای برجسته با حلقه‌ها، گلبول‌های کراتین در لایه شاخی، انفیلتراسیون لنفوسیتی دور عروقی کانونی در درم پاپیلاری و مایع سازی لنفوسیتی لایه بازال (H and E, ×100). (b) افزایش کانونی رنگدانه ملانین در لایه بازال اپیدرم. (فونتانا-ماسون، × ۲۰۰)

یک مرد ۲۰ ساله با سابقه ۲ ساله ضایعات پوستی خارش‌دار، ضخیم و تیره مراجعه کرد. او قبلاً چندین داروی موضعی تجویزی و OTC بدون اثرات مفید دریافت کرده بود. سابقه پزشکی او برای درماتیت آتوپیک قابل توجه بود. عادات شستشوی او شامل دوش گرفتن روزانه و استفاده فوری از ۱۰ درصد اوره حاوی نرم کننده‌ها بود.

در معاینه پوستی، پلاک‌های رنگدانه ای مشبک، قهوه‌ای مایل به خاکستری با ظاهر چرم بابونه در گردن و قسمت بالایی پشت وجود داشت. لکه‌های درماتیت آتوپیک نیز مشاهده شد، یعنی چین های پوستی دور چشمی دنی مورگان، براق کننده آلرژیک، خشکی پوست و کراتوز پیلاریس.

بیوپسی انجام نشد، زیرا "تست پاک کردن" با ۷۰٪ اتیل الکل پاکسازی ضایعات را انجام داد. تشخیص TFFD مشخص شد و بیمار با اطلاعات کافی در مورد چگونگی خلاص شدن از شر این ظاهر "کثیف" به خانه فرستاده شد.



پلاک‌های ضخیم، مشبک، قهوه‌ای، شبیه چرم مراکش در پشت. به پوست معمولی انگشت مانند که با الکل پاک شده توجه کنید.

TFFD یک اختلال رنگدانه پوستی است که اخیراً توصیف شده است. احتمالاً شایع‌تر از آنچه در تاریخچه ذکر شده است. این اختلال همه گروه‌های سنی (محدوده سنی: ۳ ماه تا ۷۲ سال) و هر دو جنس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از نظر بالینی، TFFD با لکه‌ها یا پلاک‌های خاکستری قهوه‌ای، مخملی، پیگمانته مشخص می‌شود. درگیری صورت، گردن، تنه یا مچ پاها معمول است، اگر چه نقاط غیر عادی مانند پوست سر، لب‌ها، سینه، زیر بغل، پشت، ناحیه ناف، شرمگاه، بازوها و پاها گزارش شده است. توزیع ممکن است موضعی، تعمیم یافته یا متقارن باشد. به ندرت پلاک‌های وروکوزی یا پاپیلوماتوز قابل لمس، لکه‌های مشبک و پوسته پوسته شدن جزئی کانونی مشاهده شده است. موارد علامت دار نادر هستند. با این حال، TFFD یک علت نگرانی زیبایی است. ضایعات در اولین بیمار ما شامل لکه‌های پوسته دار قهوه‌ای مایل به خاکستری با جزایر پوست طبیعی بود. خارش شدید بارزترین ویژگی در این بیمار بود. پلاک‌های مخملی ضخیم و شبکه‌ای در بیمار دوم ما مشاهده شد.

توصیف هیستوپاتولوژیک شامل هیپرکراتوز لایه‌ای

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]

برجسته با نواحی کانونی ارتوکراتوز حلقه‌دار فشرده، پاپیلوماتوز، آکانتوز خفیف و رسوب مواد کراتوز در فرورفتگی‌های بین پاپیل ها است. پاراکراتوزیس وجود ندارد. التهاب پوستی بی اهمیت است. سایر یافته‌ها با رنگ آمیزی های خاص عبارتند از افزایش محتوای ملانین در نواحی فشرده هیپرکراتوز و نواحی بازال اپیدرم (فونتانا-ماسون)، گلبول‌های کراتین پراکنده در سراسر لایه شاخی (تولویدین آبی) و سلول‌های مخمر گاه به گاه نشان دهنده پیتروسپوروم (پریودیک اسید شیف) هستند.

مکانیسم دقیق TFFD همچنان مبهم است. داده‌های موجود از غلبه خانوادگی یا حساسیت ژنتیکی پشتیبانی نمی‌کند. یک فرضیه TFFD را به عنوان یک اختلال کراتینه شدن غیر طبیعی و تاخیری نشان می‌دهد و بلوغ ناقص کراتینوسیت، احتباس ملانین و تجمع و فشرده شدن پوسته‌ها را در پاتوژنز متهم می‌کند. بر این اساس، TFFD نشان دهنده احتباس، به جای هیپرکراتوز پرولیفراتیو است.

برخی گزارش‌ها بر قرار گرفتن در معرض نور خورشید به عنوان یک عامل محرک متمرکز شده‌اند. تشخیص TFFD با مالش شدید با یک گاز پد غوطه ور در الکل ایزوپروپیل ۷۰٪ یا الکل اتیلیک تأیید می‌شود. این تست تشخیصی از انجام کارهای آزمایشگاهی یا بیوپسی غیر ضروری جلوگیری می‌کند. علاوه بر این، یک درمان درمانی جادویی و سریع برای این اختلال ارائه می‌دهد. یک پوست معمولی صورتی رنگ زیر آن پس از پاک کردن ظاهر می‌شود. هنگامی که پوست فاقد ظاهر «کثیف» باشد، ظهور مجدد غیرمعمول است. مصرف پیشگیرانه هفتگی الکل برای موارد مقاوم یا عود کننده توصیه شده است. به بیماران باید در مورد ماهیت خوش خیم TFFD اطمینان داده شده و در مورد روش تمیز کردن آموزش داده شود.

تشخیص افتراقی شامل آکانتوز نیگریکانس، پاپیلوماتوز متلاقی و مشبک، پیتریازیس ورسیکالر، خال‌های اپیدرمی، سندرم گردن کثیف، درماتیت آتوپیک و درماتوز نگلکتا است. اکثر این اختلالات را می‌توان با آزمایش سواب الکل رد کرد. درماتوز نگلکتا ناشی از "بی توجهی" است، به عنوان مثال، بهداشت ضعیف یا پاکسازی ناکافی پوست می‌تواند موجب بروز این حالت بشود. TFFD به طور اختیاری با وجود بهداشت کافی، عدم وجود پوسته‌های قهوه‌ای مانند کورن فلیک و ریشه کنی موفق پیگمانتاسیون با ایزوپروپیل الکل و پاکسازی مؤثر ضایعات با آب و صابون از درماتوز نگلکتا متمایز می‌شود. با این حال، ایزوپروپیل الکل در هر دو اختلال پوستی عمل می‌کند. از نظر بافت شناسی، درماتوز نگلکتا شبیه TFFD است، به جز اینکه در درماتوز نگلکتا هیپرکراتوز چرخشی وجود ندارد. با این وجود، تمایز بین TFFD و درماتوز نگلکتا مبهم است و به نظر می‌رسد همپوشانی بالینی و بافتی قابل توجهی بین این دو اختلال پوستی وجود دارد.

References:

1- Pityriasis rotunda. Priya Batra, Wang Cheung, Shane A Meehan, Miriam Pomeranz Dermatology Online Journal 2009 15 (8): 14

2- Erkek E, Sahin S, etin ED, Sezer E. Terra firma-forme dermatosis. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012;78:358-360

3- John B. Groves; Ali Nassereddin; Andrew M. Freeman. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513352/

4- Parnia Forouzan, Philip R Cohen. Erythrasma Revisited: Diagnosis, Differential Diagnoses, and Comprehensive Review of Treatment. Cureus. 2020 Sep; 12(9): e10733. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7599055/

[Downloaded from labdiagnosis.ir on 2026-09-08]