

اریتراسما و درماتوزهای غیر عفونی مشابه

● دکتر محمد قهری

دکترای علوم آزمایشگاهی

Ph.D قارچ شناسی پزشکی

ghahri14@gmail.com



خلاصه

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 پاپولوسکوآموس و یک اختلال کراتینیزاسیون پوست است که به صورت لکه‌های کاملاً 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. پاتوژن 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

ضایعات کراتولیز حفره‌دار پا (pitted keratolysis)، تریکوباکتریوزیس ساقه‌های مو در چین‌های 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 چین‌های پوستی و نواحی مرطوب مشخص می‌شود. این ضایعات معمولاً به صورت لکه‌های هیپرپیگمانته 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. پورفیرین‌ها، 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.



□ 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 چین‌های 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. پورفیرین‌ها، عمدتاً کوپروپورفیرین 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 قرمز مرجانی ضایعه اریتراسما در معاینه لامپ وود

□ اپیدمیولوژی

بیشتر موارد اریتراسما در بزرگسالان سالم رخ می‌دهد. عفونت در کودکان کمتر اتفاق می‌افتد. در آب و هوای گرم و مرطوب بیشتر شیوع دارد. افرادی که در مراکز جمعیتی 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 آمریکای‌های 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 (چین‌های 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.



□ هیستوپاتولوژی

برای تشخیص اریتراسما به ندرت نیاز به بیوپسی است. بررسی پوست با میکروسکوپ میکروارگانسیم‌های میله‌مانندی را در لایه شاخی نشان می‌دهد. با این حال گاهی اوقات این موارد دیده نمی‌شوند. ممکن است اشکال کوکسی شکل نیز وجود داشته باشد. هیپرکراتوز همراه با مقداری تجمع لنفوهیستوسیتی در اطراف عروق لایه بالایی پوست وجود خواهد داشت. رنگ آمیزی گرم باسیل‌های گرم مثبت را نشان می‌دهد. اگر کورینه باکتریوم مینوتیسیوموم برای مدت طولانی روی پلیت کشت باقی بماند، در کشت گرم منفی و به اشکال مختلف دیده می‌شود. کورینه باکتریوم مینوتیسیوموم اسید فسفست نیست. از تخمیر دکستروز، ساکارز و مالتوز اسید تولید می‌کند، اما از لاکتوز اسید تولید نمی‌کند. در شرایط آزمایشگاهی به اریترومایسین حساس اما به پنی سیلین مقاوم است. مشاهده این میکروارگانسیم روی اسلایدهای رنگ آمیزی شده با همتوکسیلین و ائوزین دشوار است و بهتر است با رنگ‌های اسید شیف پریدیک (Periodic Acid-Schiff) و گیمسا بررسی شود تا بهتر قابل مشاهده باشد. از رنگ‌های گرم، بلودومتلین و رنگ آمیزی نقره نیز می‌توان استفاده کرد.

□ علائم فیزیکی

اریتراسما بیشتر در لابلای انگشتان پا و به دنبال آن چین کشاله ران مشاهده می‌شود. در زیر بغل کمتر دیده می‌شود. بیماران ممکن است سابقه تغییر رنگ پوست با خارش خفیف در هر یک از آن نواحی را داشته باشند. بیماران همچنین ممکن است از پوسته پوسته شدن پوست شکایت داشته باشند. پوست 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 مینوتیسیوموم شایع‌ترین علت عفونت باکتریایی فضاها بین انگشتی پا است. موجب پوسته پوسته شدن پوست می‌شود. عفونت اغلب بین انگشتان

چهارم و پنجم پا رخ می‌دهد. اغلب بدون علامت است اما می‌تواند خارش دار باشد. گاهی اوقات همراه با عفونت‌های درماتوفیتیسی یا کاندیدیایی دیده می‌شود. آماده سازی لام میکروسکوپی با هیدروکسید پتاسیم برای ارزیابی عفونت‌های همزمان لازم است.

□ ضایعات اینترتریجینوس Intertriginous

دارای خارش خفیف و یا بدون علامت است. این فرم به صورت لکه‌ها یا پلاک‌هایی 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

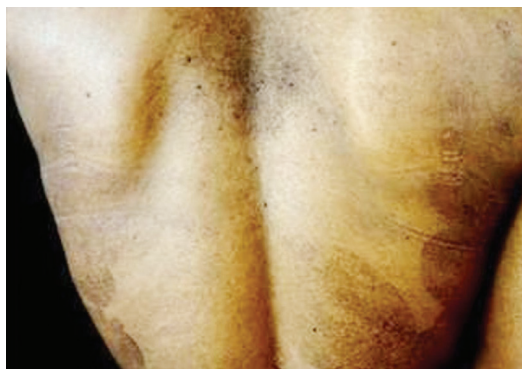
شکل نادر اریتراسما که ممکن است هر قسمتی از بدن را درگیر کند. بیشتر در زنان سیاه پوست در آب و هوای گرمسیری دیده می‌شود. مشخصه آن پلاک‌های فلس دار با حدود مشخص روی تنه و قسمت‌های فوقانی (پروگزیمال) اندام‌ها است و در آزمایش لامپ وود دارای فلورسانس قرمز مرجانی است. اریتراسمای دیسکی فرم نوعی از تظاهرات غیرمعمول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



اریتراسما ممکن است با تینا و رسیکالر اشتباه گرفته شود، اما به پسوریازیس، کاندیدیازیس، لیکن سیمپلکس مزمن و درماتیت سبورئیک 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 سبورئیک 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 سبورئیک 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 پاپولوسکوآموس 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 (هیپاتوسلولار) در گروه‌های مستعد نژادی همراه باشد.



پیتریازیس روتوندا

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 چین‌های 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 پرئودیک شیف، گیمسا یا متیلن بلو است.



فرم دیسکی اریتراسما

□ تشخیص‌های افتراقی

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

- درماتیت سبورئیک
- پسوریازیس معکوس inverse psoriasis
- کاندیدیازیس
- درماتوفیتوزیس
- تینا و رسیکالر
- پاراپسوریازیس
- پیتریازیس روتوندا Pityriasis Rotunda

بدخیمی زمینه‌ای بهبود می‌یابد یا برطرف می‌شوند. درمان علامتی ضایعات با استفاده از رتینوئیدهای موضعی، پماد اسید سالیسیلیک و لوسیون اسید لاکتیک انجام می‌گیرد.



پیتیریازیس روتوندا



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

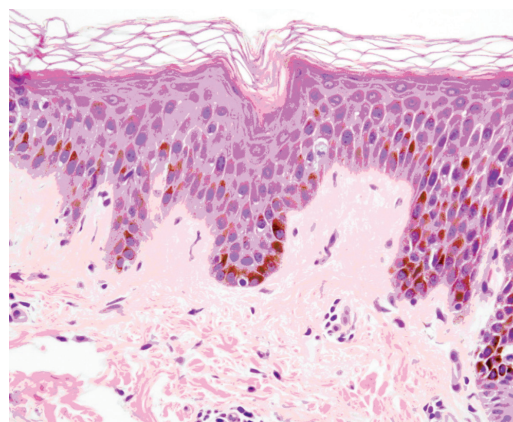
مردی ۴۲ ساله با ضایعات بدون علامت، با مرز کاملاً مشخص، گرد و پوسته پوسته روی ساعد خود که چندین ماه وجود داشت، مراجعه کرد. نمونه بیوپسی پوست با پیتیریازیس روتوندا مطابقت داشت. پیتیریازیس روتوندا یک اختلال کراتینه شدن است که تصور می‌شود نوعی ایکتیوز اکتسابی، تظاهر تاخیری ایکتیوز مادرزادی یا تظاهرات پوستی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

به نظر می‌رسد دو نوع پیتیریازیس 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. پیتیریازیس روتوندا نوع اول (پیتیریازیس روتوندا پارائتوپلاستیک) اغلب با سرطان کبد و معده رخ می‌دهد. سایر شرایطی که پیتیریازیس روتوندا نوع اول با آن‌ها مرتبط دانسته شده است عبارت از بدخیمی‌هایی نظیر لوسمی میلوئید مزمن، کارسینوم سلول سنگفرشی، میلوما، 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 پیتیریازیس روتوندا نوع II با بیماری داخلی یا بدخیمی مرتبط نبوده است. ظاهر ضایعات بدون توجه به نوع پیتیریازیس 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 (هیپوپپیگمانته) در بیماران با پوست روشن هستند. معمولاً ضایعات متعددی وجود دارد که بین ۴ تا ۸۰ مورد است. معمولاً روی کپل‌ها، ران‌ها، 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 پیتیریازیس روتوندا باید معاینات پزشکی و فیزیکی و آزمایش‌های آزمایشگاهی و رادیوگرافی مناسب را برای بررسی بیماری‌های داخلی یا بدخیمی‌ها انجام دهند. هیچ درمان خاصی برای پیتیریازیس روتوندا وجود ندارد. ضایعات معمولاً با درمان بیماری داخلی یا



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 پیتیریاژیس روتوندا

هیسټوپاتولوژی

تقریباً از بین رفتن کامل لایه گرانولار همراه با اسپونجیوزیس خفیف و ارتشاح لنفوهیسټیوسیتیک سطحی و اطراف عروقی وجود دارد. پیگمانتاسیون کراتینوسیت‌های لایه بازال نیز مشاهده می‌شود. پیتیریاژیس روتوندا یک بیماری پوستی نادر است که با پلاک‌های پوسته پوسته، با مرز مشخص، کروی شکل، هایپرپیگمانته یا هیپوپپیگمانته مشخص می‌شود که تنه و اندام‌ها را درگیر می‌کند. این عارضه ابتدا در ژاپن توسط توایاما 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 پیتیریاژیس 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 پیتیریاژیس 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 پیتیریاژیس 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 پیتیریاژیس 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 هیپوپپیگمانته، خانوادگی، متعدد (بیشتر از ۳۰) هستند و با بیماری‌های مزمن همراه نیستند. از زمان انجام این طبقه‌بندی، چند گزارش موردی وجود داشته است که بیماران 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، اربتراسما، جذام، پیتیریاژیس روزآ، سارکوئید، پیتیریاژیس آلبا و واکنش نامطلوب پوستی ایمونولوژیک مربوط به دارو که با ضایعات لیکنوئیدی



درماتوز Terra firma-forme

بیمار بانویی ۳۰ ساله با سابقه ۶ ماهه لکه‌های پیگمانته پوسته دار پایدار در زیر بغل و تنه با شکایت خارش شدید و نگرانی از زیبایی پوست نواحی فوق بود. معاینه پوستی لکه‌های قهوه‌ای مایل به خاکستری را در دو طرف شکم و زیر بغل نشان داد. جزایری از پوست نرمال در داخل لکه‌ها مشاهده می‌شود. تشخیص‌های بالینی آزمایشی اولیه عبارت بودند از درماتوز ترا فیروما فرم، پوسته پوماد (pomade crust)، پاپیلوماتوز مشبک و متلاقی (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

مشخص می‌شود، است. آزمایش هیستوپاتولوژیک اغلب هیپرکراتوزیس، لایه گرانولار نازک یا غیاب آن، افزایش رنگدانه لایه بازال و یک ارتشاح سطحی و اطراف عروقی پراکنده را نشان می‌دهد. در برخی موارد، ظاهر هیستوپاتولوژیک ممکن است طبیعی باشد. درمان پیتریازیس روتوندا یک چالش است، زیرا گلوکوکورتیکوئیدهای موضعی، عوامل ضد قارچ، اسید سالیسیلیک، رتینوئیدهای موضعی و قطران هیچ فایده‌ای نشان نداده‌اند. بهبود ضایعات پوستی پس از درمان با لوسیون اسید لاکتیک و ویتامین A خوراکی مشاهده شده است. در بیماران مبتلا به پیتریازیس روتوندا که با شرایط بدخیم داخلی یا بیماری‌های سیستمیک همراه است، ضایعات پوستی با درمان موفقیت آمیز بیماری زمینه‌ای برطرف شده است. در مطالعه‌ای در ساردینیا (ایتالیا)، رفع بیماری در ۴۰ درصد از کودکان تا زمانی که به بلوغ می‌رسند رخ داده است.

درماتوز Terra firma-forme (TFFD) یک درماتوز عجیب، اکتسابی و ایدیوپاتیک است. این اختلال در ابتدا توسط دانکن و همکاران در سال ۱۹۸۷ به 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 Dermatitis) است.



درماتوز Terra firma-forme



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.

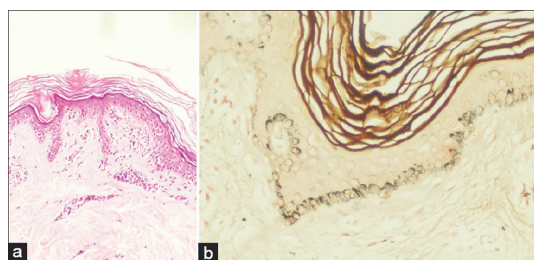


پلاک‌های ضخیم، مشبک، قهوه‌ای، شبیه چرم مراکش در پشت. به پوست معمولی انگشت مانند که با الکل پاک شده توجه کنید.

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

بررسی هیستوپاتولوژیکی هیپرکراتوزیس لایه‌ای برجسته همراه با حلقه‌ها، مسدود شدن کراتوز سوراخ‌های فولیکولی، گلبول‌های کراتین در لایه شاخی، پاپیلوماتوز و فرورفتگی‌های تیز بین پاپیل‌ها، 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 مایع‌سازی لنفوسیتی لایه بازال (b). (H and E, $\times 100$). (فونتانا-ماسون، $\times 200$)

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 درمانیت اتوپیک قابل توجه بود. عادات شستشوی او شامل دوش گرفتن روزانه و استفاده فوری از ۱۰ درصد اوره حاوی نرم‌کننده‌ها بود.

در معاینه پوستی، پلاک‌های رنگدانه‌ای مشبک، قهوه‌ای مایل به خاکستری با ظاهر چرم بابونه در گردن و قسمت بالایی پشت وجود داشت. لکه‌های درمانیت اتوپیک نیز مشاهده شد، یعنی چین‌های پوستی دور چشمی دنی مورگان، براق‌کننده آلرژیک، خشکی پوست و کراتوز پیلاریس.

برجسته با نواحی کانونی ارتوکراتوز حلقه‌دار فشرده، پاپیلوماتوز، آکانتوز خفیف و رسوب مواد کراتوز در فرورفتگی‌های بین پاپیل‌ها است. پاراکراتوزیس وجود ندارد. التهاب پوستی بی اهمیت است. سایر یافته‌ها با رنگ آمیزی‌های 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 غوطه‌ور 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 سریعی برای این اختلال ارائه می‌دهد. یک پوست معمولی صورتی رنگ زیر آن پس از پاک کردن ظاهر می‌شود. هنگامی که

پوست فاقد ظاهر «کشیف» باشد، ظهور مجدد غیرمعمول است. مصرف پیشگیرانه هفتگی الکل برای موارد مقاوم یا عودکننده 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، پیتربازیس و رسیکالر، خال‌های اپیدرمی، سندرم گردن کشیف، 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/>

