



## گزارش یک بیماری پوستی



### بحث

درماتیت سبوریک از نظر بالینی به شکل اریتم با پوسته ریزی چرب زرد رنگ بیشتر در پوست اسکالپ، ابرو، مژه ها، چین نازولابیال و پشت گوش ها پدیدار می شود. ضایعات مشابه در ناحیه پره استرنال، زیر بغل، ناف و کشاله ران نیز می تواند رخ دهد. بیشتر در نوجوانان و جوانان شایع بوده ولی در شیرخواران در دو وضعیت ویژه پدیدار می شود که عبارتند از بیماری اسکالپ که به آن کلاهک گهواره ای و وضعیت دیگر، درماتیت منتشر اکسفولیاتیو که به آن بیماری لینر (leiner disease) گفته

بیمار آقای ۲۹ ساله ای است که از ۲ سال قبل دچار قرمزی، پوسته ریزی چرب و خارش پوست سر شده است، که به تدریج به پیشانی، گونه ها، بینی و ابروها گسترش یافته است. بیمار در طول این مدت بارها دچار حملات عود و فروکش ضایعات شد. بیماری در فصل پاییز و زمستان تشدید می یافت. بیمار در این مدت چندین بار تحت درمان با داروهای موضعی ضد قارچ قرار گرفته که بهبود نسبی داشته ولی با قطع درمان، دچار عود شدید بیماری شده است. سابقه بیماری خاصی ندارد. مصرف سیگار، الکل و دارو را ذکر نمی کند.

در معاینه، پوسته ریزی ظریف زرد رنگ و چرب منتشر در زمینه اریتم پوست اسکالپ وجود داشت. پوسته ریزی مشابه در ناحیه ابروها مشهود بود. پیچ و پلاک های نازک اریتماتو با پوسته های زرد رنگ چرب فوکال در منطقه بین ابروها و گونه های دوطرف دیده شد. ضایعات مشابه در قسمت جلو و مرکز قفسه سینه وجود داشت. پاپول، پوسچول و کومدون دیده نشد. بیمار با تشخیص های افتراقی بالینی درماتیت سبوریک، روزاسه، درماتیت تماسی و لوپوس حاد بیوپسی شد. (شکل های ۱ و ۲)

در بررسی میکروسکوپی آسیب شناسی، پاراکراتوز به همراه انباشت نوتروفیل ها در لایه شاخی با تمرکز بیشتر کنار اوستیوم فولیکول مو، اسپونژیوزو آگزوسیتوز مختصر لنفوسیتی در اپیدرم به همراه کالکشن مخمرهای پترسپورم در فولیکول موی دیلاته دیده شد. درم زیرین، التهاب مختصر دور عروقی را نشان داد. با نمای ریزبینی فوق تشخیص درماتیت سبوریک برای بیمار گذاشته شد. (شکل های ۳ تا ۶)

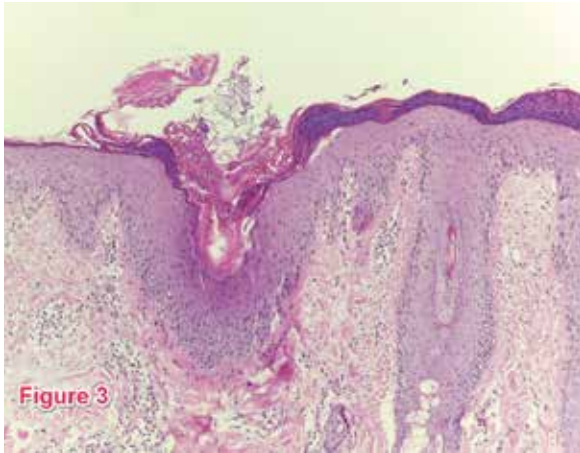


Figure 3

می شود. در بیماری ایدز درماتیت سبوریک می تواند شدت یابد و توزیع غیر معمول داشته باشد. این بیماری می تواند همراه با بیماری پارکینسون، سکنه، مصرف داروهای خاص، شامل آرسنیک، طلا، هالوپریدول و سایمتیدین نیز دیده شود.

نقش ارگانسیم های مالاسزیا در بروز این بیماری ذکر شده است. درمان شامل کورتون های موضعی، داروهای ضد قارچ و مهار کننده های کلسی نورین است.

### یافته های میکروسکوپی

درماتیت سبوریک به صورت درماتیت اسپونژیوتیک حاد، تحت حاد و مزمن نمود می یابد. اگرچه، بیشتر وزیکولاسیون داخل اپیدرم به اندازه درماتیت تماسی حاد نیست. ضایعات کاملاً رشد یافته گرایش به نمود آکانتوزی دارد که به طور مشخصی پسوریازیس فرم هستند. امکان دارد پاراکراتوز و نوتروفیل های پراکنده در لایه شاخی به ویژه در کنار اوستیوم فولیکول مو، و همچنین اسپونژیوز و اگزوسیتوز لنفوسیتی در اپیدرم دیده شود.

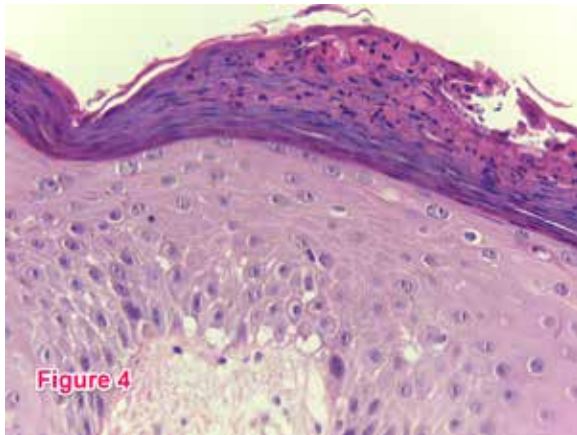


Figure 4

### تشخیص افتراقی

مشکل های اصلی در تشخیص افتراقی درماتیت سبوریک، افتراق آن از پسوریازیس می باشد. البته هنگامی که آکانتوز نامنظم باشد یا ورقه های سوپراپاپیلری نازک نباشد، و اسپونژیوز و اگزوسیتوز لنفوسیتی بارز باشد و پوسچول های اسپونژیفرم دیده نشود، افتراق کار سختی نخواهد بود. اگرچه وقتی پسوریازیس تروماتیزه شود یا به گونه ی ثانویه اگزوماتیزه شود، می تواند به طور قابل توجهی شکل های میکروسکوپی مشابه داشته باشد. در این نمونه ها، تطابق با یافته های بالینی و حتی بیوپسی دوباره، ممکن است ضرورت یابد. بیمار های دیگر که از نظر بالینی می توانند شباهت قابل توجه با درماتیت سبوریک داشته باشند شامل درماتوفیتوز، گال نروژی و انواعی از هیستوسیتوز سلول لانگرهانس (letterer-Siwe type) هستند. این موارد در آزمون میکروسکوپی با یافتن هایفه های قارچی، ارگانسیم های سارکوپس و سلول های نئوپلاستیک لانگرهانس افتراق می یابد.

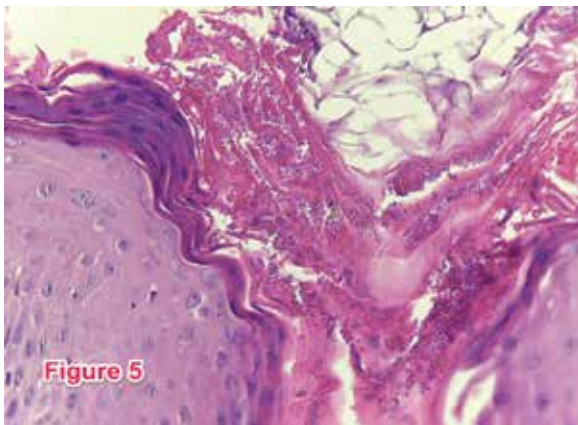


Figure 5

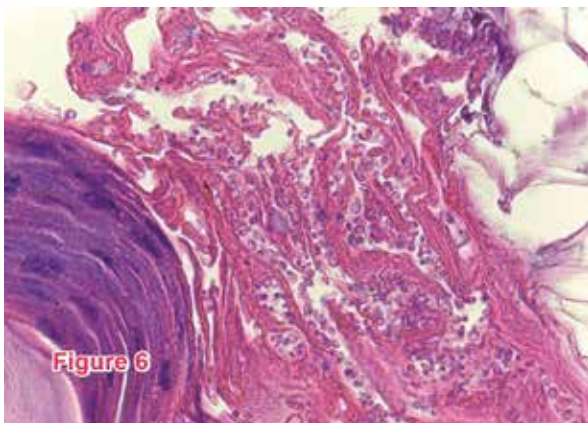


Figure 6

### منابع

1-Patterson James W., Practical Skin Pathology, 1st ed, 4-5