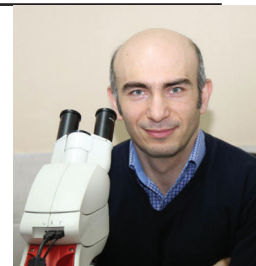




دکتر آرش دریاکار- بورد تخصصی آسیب شناسی تشریحی و بالینی
دکتر مانده رعیتی دماوندی (بورد تخصصی پوست و مو)



گزارش یک بیماری پوستی

غالب و اتوزومال مغلوب در آن وجود دارد. اگرچه ظاهراً موارد تک گیر هم دیده شده است. در این بیماری ضربه سطحی مثل خراش باعث بوجود آمدن پاپول های کراتوتیک سر سوزنی شده که سپس نافدار شده و در عرض ۴ هفته به اندازه ۵ تا ۱۰ میلی متر می رسد. این ضایعات به تدریج پسرفت کرده و ماکول هیپرپیگمانته به جای می گذارند. پاپول ها بیشتر در صورت، پشت دست و بازوها و ساق پا به وجود می آیند. معمولاً خطی شدن ضایعات در محل خراش وجود دارد (پدیده کوپنر).



ضربات عمیق ضایعه ایجاد نمی کند اگرچه می تواند به دنبال آکنه یا خودبخود بوجود آید. شواهدی از افزایش وقوع این بیماری در هوای سرد وجود دارد. ترتینوئین موضعی در درمان این بیماری موثر واقع می شود. در سال های اخیر همراهی این بیماری بصورت اکتسابی با نارسایی مزمن کلیه دیده شده است.

یافته های میکروسکوپی

یافته اولیه شامل تغییر بازوفیلی شدن درم پاپیلری است. سپس آتروفی ورقه سوپراپاپیلری بوجود آمده و کلاژن از طریق شکاف بین سلولهای اپیدرم از آن خارج می شود. ضایعه با رشد کامل یک فرورفتگی فنجانکی شکل در اپیدرم

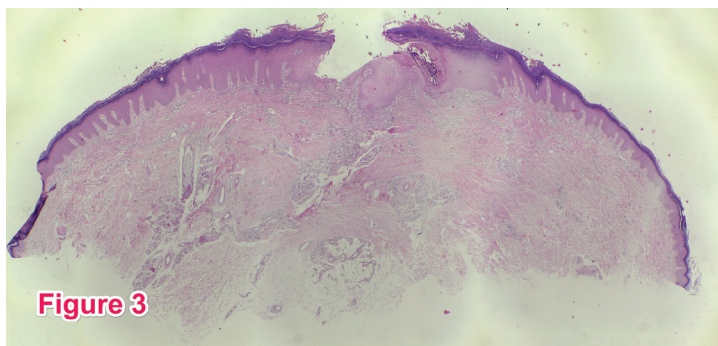


Figure 3

بیمار آقای ۳۵ ساله که از کودکی به دنبال ضربه، ضایعات پوستی بدون علامت در ناحیه دست و ساعد پیدا کرده است. سابقه بیماری مشابه در دو برادر بیمار وجود دارد. در معاینه پاپول ها و ندولهای اریتماتو با زخم مرکزی بصورت پراکنده در سطح دورسال دست ها و اکستانسور ساعد دیده می شود (شکل ۲ و ۳). بیمار باتشخیص های افتراقی زیر بیوپسی شد:

1. Reactive perforating collagenosis
2. Prurigo nodularis
3. Folliculitis
4. Insect Bite

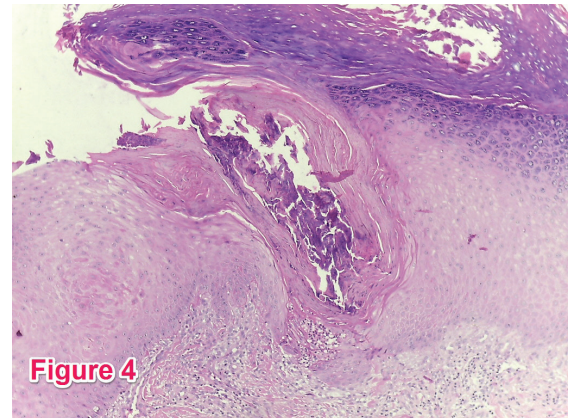
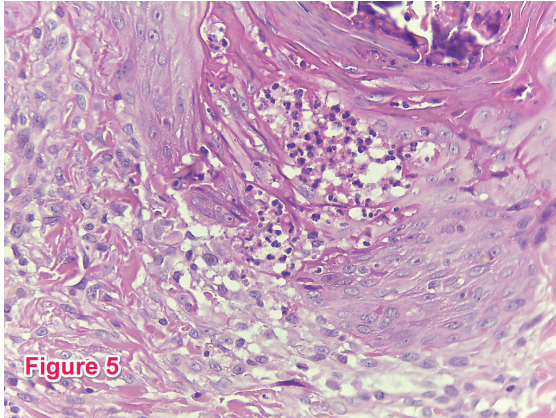
در بررسی میکروسکوپی بافت پوست پوشیده شده از اپیدرم آکانتوتیک مشاهده شد. در قسمت مرکزی یک فرورفتگی با شکل فنجان پر شده از مواد کراتینی و باقیمانده های سلول های التهابی روی باقیمانده اپیدرم نازک شده قرار داشت. در رنگ آمیزی تری کروم در این ناحیه سوراخ شدگی اپیدرم به همراه خارج شدن عمودی الیاف کلاژن درم به داخل اپیدرم مشهود بود. در رنگ آمیزی orcein اثری از الیاف الاستین در ناحیه سوراخ شدگی مشاهده نشد. با یافته های میکروسکوپی فوق تشخیص Reactive perforating collagenosis برای بیمار گذاشته شد. (شکل ۳ تا ۷)

بحث

یک بیماری اختصاصی است که بیشتر در خردسالی ظاهر می شود. در اعضاء خانواده دیده شده و شواهد اتوزومال



Figure 2



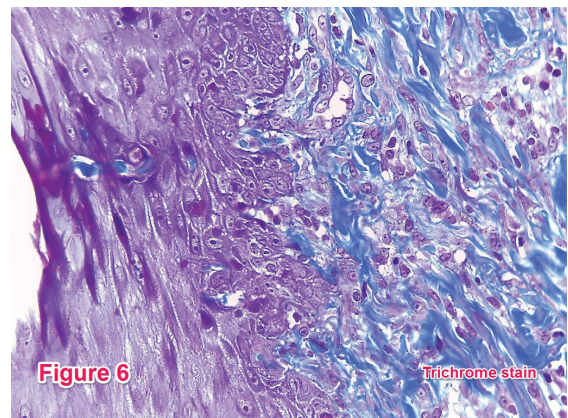
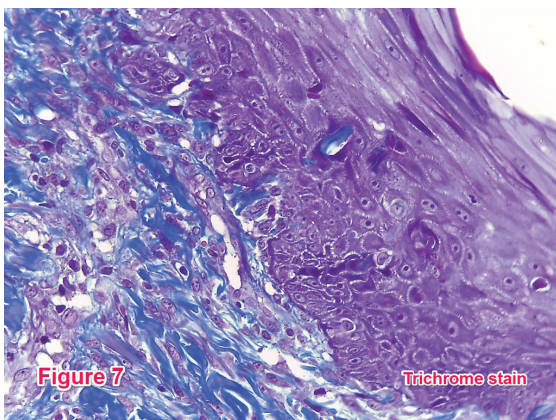
perforating در ماه های تابستان بدتر می شود. از نظر میکروسکوپی یک گرانولوم palisading وجود دارد که نکروبیوز مرکزی را احاطه می کند که فقط زیر ناحیه سوراخ شدگی دیده می شود. گزش آرتروپودها و مولوسکوم می توانند از نظر بالینی شبیه باشند ولی یافته های میکروسکوپی متفاوتی دارند. در Elastosis perforans serpiginosa افزایش تعداد الیاف الاستیک در ناحیه سوراخ شدگی و درم پاپیلری زیرین آن دیده می شود و دارای درگیری فولیکول های مو است. Perforating folliculitis طبق تعریف با سوراخ شدگی ناحیه انفاندیبول فولیکول مو مشخص می شود. ممکن است موی جمع شده و الیاف الاستیک در کنار ناحیه سوراخ شدگی دیده شود. بیماری Kyrle به perforating folliculitis بسیار مرتبط بوده اما درجه بیشتری از آکانتوز و التهاب شدیدی را دارا است.

حاوی کراتین پاراکراتوتیک با مواد بازوفیلی و کلاژن دارد. اپیدرم احاطه کننده آکانتوز مختصری دارد و ممکن است یک التهاب دور عروقی لنفوسیتی در درم زیرین وجود داشته باشد. رنگ آمیزی اختصاصی الیاف الاستین را در ناحیه سوراخ شدگی نشان نداده و فولیکول های مو در این بیماری درگیر نمی شود. در نواحی مختلف مهاجرت باندل های کلاژن بصورت عمودی وجود دارد که رنگ آبی در رنگ آمیزی H&E و صورتی در رنگ آمیزی acid orcein giemsa یا Verhoeff-van Gieson دارد.

هنگامی که فرایند بیماری بهبود یابد ، رژنراسین اپیدرمال محل سوراخ شدگی را ترمیم می کند. پلاک کراتوتیک صاف شده با به جای گذاشتن اسکار اندک ناپدید می شود.

تشخیص افتراقی

این بیماری باید از سایر بیماری های perforating افتراق داده شود. به ویژه شباهت بالینی زیاد بین این بیماری و گرانولوم آنولر نوع perforating وجود دارد. اگرچه بیماری اخیر فاقد پدیده کوبرنو دوره مشخص بیماری Reactive perforating collagenosis است. همچنین گرانولوم آنولر



Reference:

Patterson James W, Practical Skin Pathology, 1st ed., 6-145