



گزارش یک بیماری پوستی

در بررسی میکروسکوپی بافت پوست پوشیده شده از اپیدرم آتروفیک به همراه هیپرکراتوز مشاهده شد. درم زیرین التهاب قابل توجه لنفوسیتی در نواحی دور عروقی و دور ضمام (موآدنکس) را نشان داد. در رنگ آمیزی Alcian blue رسوب قابل توجه موسین به طور منتشر در درم مشاهده شد. با توجه به یافته های فوق تشخیص Tumid lupus erythematosus داده شد (شکل های ۲-۶).

بحث

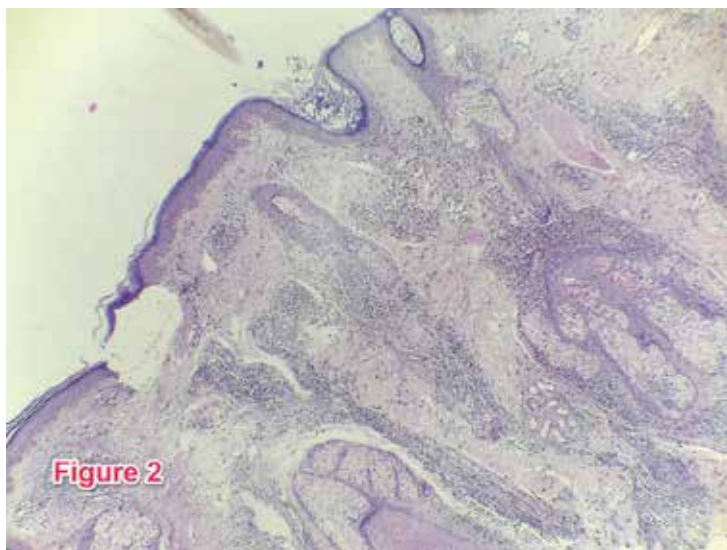
Tumid lupus erythematosus (Tumid LE) به صورت پلاک های اریتماتو در سر و گردن و بالای تنه ظاهر می شود. این واریان گاهی با انواع لوپوس دیسکوئید و سیستمیک همراه است اما ممکن است بدون تغییرات مشخص پوستی یا سیستمیک نمود یابد و ممکن است تغییرات سرولوژیک تشخیصی را دارا نباشد. به این دلیل تشخیص این بیماری گاهی مشکل است.

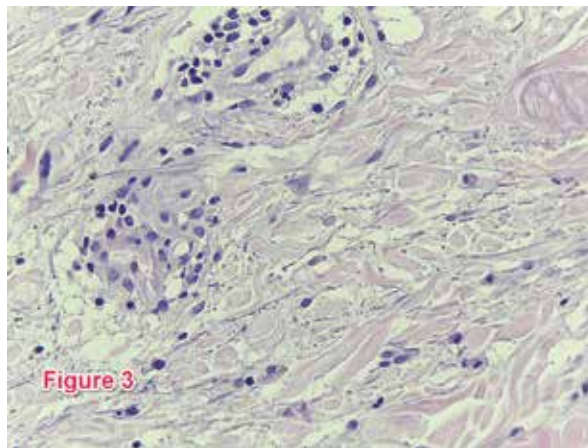
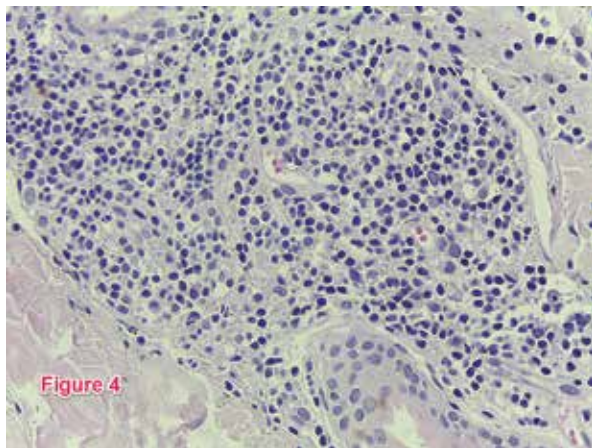
در بررسی میکروسکوپی Tumid LE شامل انواع پاپولوندولر و پلاک، ادم درم قابل توجه و رسوب موسینی بینابینی دارند (رسوب موسین توسط رنگ آمیزی کلوییدال آهن یا

بیمار مرد ۲۸ ساله ای است که با سابقه ضایعات پوستی یکطرفه صورت از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. وی علامتی از خارش، سوزش یا درد را ذکر نکرده و سابقه بیماری سیستمیک ندارد. بعد از ظاهر شدن اولین ضایعه از کرم کلوتریمازول و بتامتازون استفاده کرده و به دنبال آن از قرمزی و سفتی ضایعه کاسته شده و به شکل حلقوی در آمده است. در معاینه یک پلاک اریتماتو سفت کمی برجسته در ناحیه پره اوریگولر چپ دارد. در ناحیه فک تحتانی همان سمت زیر ضایعه اول، پلاک اریتماتو حلقوی بدون پوسته ریزی و تغییرات ثانویه دیده می شود که تا گردن امتداد پیدا کرده است. بیمار لنفادنوپاتی نداشت (شکل ۱).

بیمار با تشخیص های افتراقی زیر بیوپسی شد:

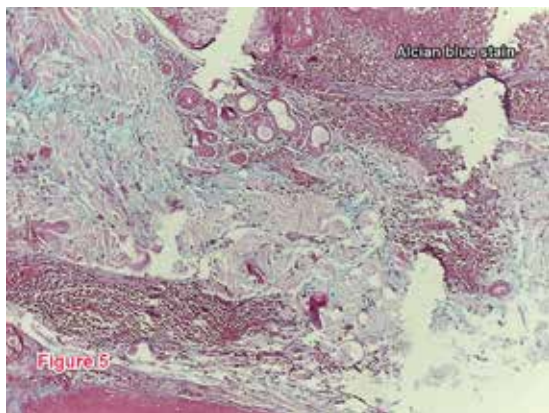
- 1) Pseudolymphoma
- 2) Jessner's lymphocytic infiltration
- 3) Tumid lupus erythematosus
- 4) Inflammatory dermatophytosis
- 5) Deep erythema annulare centrifugum
- 6) Well's syndrome
- 7) Sarcoidosis
- 8) Granuloma annulare





واکوئولار لایه بازال، هیپرکراتوز و پلاک های فولیکولی در آن دیده نمی شود. اما تغییرات درم شامل انفیلترای لنفوسیتی دور عروقی و دور آدنکس و رسوب موسین بینابینی کمک کننده خواهد بود. تشخیص های افتراقی دیگر شامل بیماری هایی مثل polymorphous light eruption و گاهی لنفوم پوستی و lymphocytoma cutis هستند.

بیماری های دیگر شامل Erythema annulare centrifugum بوده که دارای التهاب سطحی و عمقی بانمای "Coat sleeved" و کهیر مزمن که با ادم و انفیلترای التهابی سطحی و عمقی خفیف تا متوسط همراه است. در اسکرودرمی ضخیم شدگی

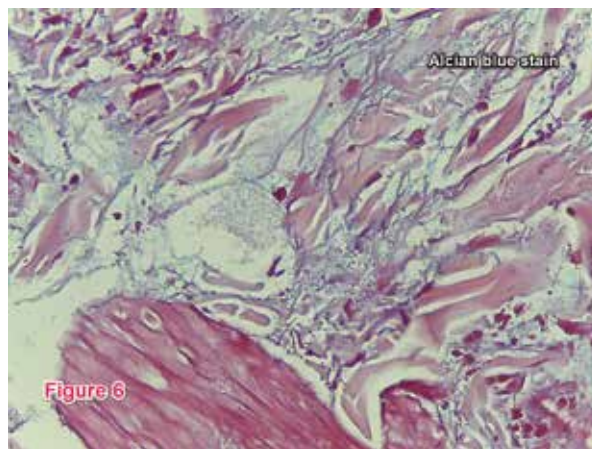


Alcian blue تایید می شود) همچنین انفیلترای التهابی لنفوسیتی دور عروقی و دور آدنکس با شدت متفاوتی ظاهر می شود. تغییرات اپیدرم مختصر است و به دلیل آنکه یافته های کمک کننده سرولوژیک در این واریان لوپوس ممکن است دیده نشود، تشخیص افتراقی گاهی بسیار مشکل خواهد بود. این تغییرات میکروسکوپی در ضایعات انفیلترای لنفوسیتی Jessner هم وجود دارد. در حقیقت برخی این بیماری را یک عنوان مستقل در نظر می گیرند چون در یک مطالعه در بیشتر موارد انفیلترای لنفوسیتی بیشتر از نوع CD8-positive cytotoxic T cell (پلی کلونال) بوده که برخلاف Tumid LE است که بیشتر از نوع CD4 positive helper T cell است. همچنین برخلاف لوپوس اریتماتوی دیسکوئید در Tumid-LE و انفیلترای لنفوسیتی Jessner باند لوپوس در بررسی ایمونوفلورسانس مستقیم ظاهر نمی شود.

تشخیص افتراقی

ضایعات Tumid LE و شامل آن هایی که به عنوان انفیلترای لنفوسیتی Jessner تلقی می شوند فاقد تغییرات اپیدرم واضح لوپوس دیسکوئید است. بنابراین ترکیبی از آتروفی، دژنراسیون

واضح درم به علت رسوب موسین وجود دارد. اگرچه Erythema annulare centrifugum رسوب موسین درم یا التهاب دور آدنکس را نداشته و ممکن است در اپیدرم آن درجاتی از اسپونژیوز و پاراکراتوز دیده شود. کهیر مزمن معمولاً ادماتوز اما فاقد موسین است و التهاب دورآدنکسی واضح ندارد.



Reference: Patterson James W, Practical Skin Pathology, 1st ed., 107-113