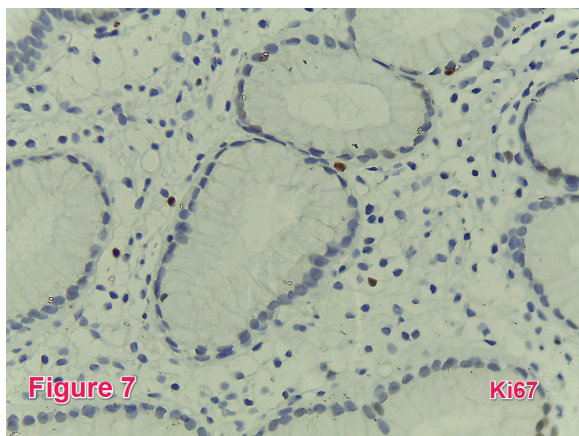
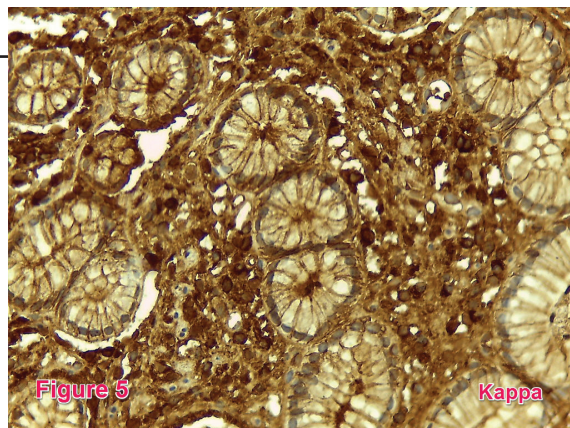
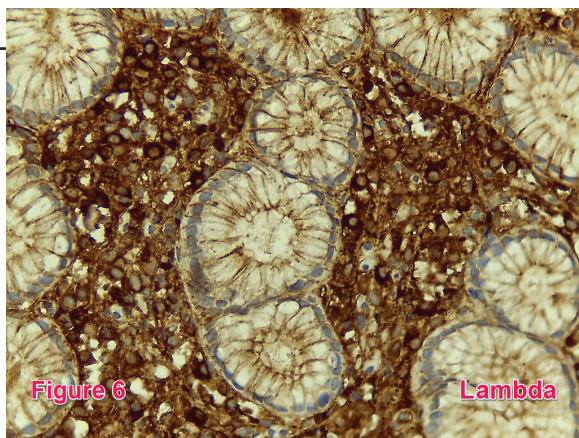




پرولیفراتیو که با ki67 سنجش می شود در-Russell body gas tritis بسیار پایین خواهد بود. علت تجمع این سلول نامشخص است ولی فرضیه همراهی عفونت *H.pylori* به عنوان یک عامل محرک در نظر گرفته شده است. البته در مورد بیمار این مقاله این همراهی دیده نشد. بنابراین آگاهی از وجود این بیماری می تواند از تشخیص احتمالی نادرست بیماری نئوپلاستیک بکاهد.

#### Reference:

Erbersdobler A, Petri S, Lock G. Russell Body Gastritis Arch Pathol Lab Med. 2004;128:915-917



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

## گزارش یک بیماری پوستی



بیمار خانم ۲۱ ساله ای است که با شکایت لکه های قهوه ای پوست روی گردن، بازوها و تنه همراه با پوسته ریزی و خارش از ۲ سال قبل مراجعه کرده است. سابقه بیماری سیستمیک، مصرف دارو و نقص ایمنی ندارد. بعد از مصرف داروهای ضد قارچ موضعی، ضایعات کمرنگ تر شده ولی بعد از مدتی عود کرده و گسترش یافته است. در معاینه ماکول و پیچ های قهوه ای رنگ با پوسته ریزی ظریف در گردن، قفسه سینه و جلوی شکم دیده شد. (شکل ۱) بیمار به علت عدم پاسخ مناسب به دو دوره درمان کامل تیناوریسیکالر بیوپسی و تشخیص های افتراقی زیر نیز برای بیمار مطرح شد:

- 1) Tinea versicolor
- 2) Confluent & reticulated papillomatosis
- 3) Seborrheic dermatitis
- 4) Prurigo pigmentosa

در بررسی میکروسکوپی بافت پوست پوشیده شده از اپیدرم مشاهده شد. اپیدرم ظاهر طبیعی داشت. در بررسی دقیق تر لایه شاخی مخمرها و هایفه های قارچی (نمای اسپاگتی و توپ گوشتی) دیده شد که در رنگ آمیزی PAS این عناصر به راحتی قابل



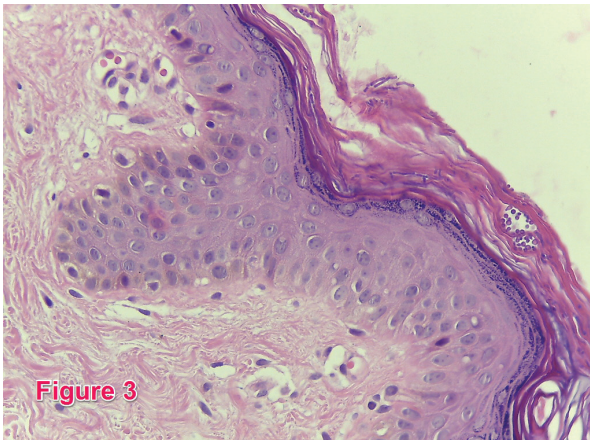


Figure 3

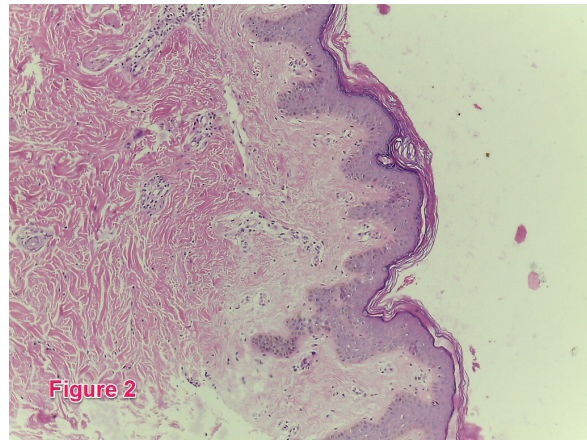


Figure 2

می شود. معمولاً هایفه های متعدد کوتاه و تجمعات اسپور (نمای اسپاگتی و توپ گوشتی) به راحتی دیده می شود. در بیوپسی یافته ها شبیه به یک پوست نرمال می باشد. اگر چه پس از بررسی دقیق لایه شاخی ارگاناسم های با مشخصات ذکر شده دیده خواهد شد که در رنگ آمیزی H&E کمی بازوفیل بوده ولی در رنگ آمیزی PAS و GMS بهتر دیده می شوند. در فولیکولیت پتروسپوروم، دیلاتاسیون لومن فولیکول مو به همراه پلاک کراتین و موسین بین فولیکولی دیده می شود. التهاب اطراف معمولاً کم و لنفوسیتی است ولی پارگی فولیکولی می تواند منجر به التهاب شدیدتر و آبسه شود. مخمرهای جوانه زننده با سایزهای ۲-۴ میکرون در لومن فولیکول ها یا گاهی در درم اطراف دیده می شوند.

### تشخیص افتراقی

در بیشتر موارد بیوپسی های تینا اورسیکالر تغییرات آسیب شناسی اندکی در اپیدرم و درم دارند و در دسته بیماری هایی قرار می گیرند که برخلاف بالین مشخص و پر سرو صدا تغییرات میکروسکوپی اندکی در بیوپسی دارند. طرز قرارگیری این ارگاناسم در لایه شاخی، آن را از درماتوفیت و یا کاندیدا جدا می سازد. فولیکولیت پتروسپوروم با دیلاتاسیون مشخص فولیکولی یا بالونی شدن لومن فولیکول های درگیر و وجود مخمرهای پتروسپوروم درون انفاندیبول فولیکول مو از سایر انواع فولیکولیت متمایز می شوند.

### Reference:

Patterson James W, Practical Skin Pathology, 1st ed., 277-8

مشاهده بودند. درم تحتانی تغییر آسیب شناسی نداشت. (شکل های ۲ تا ۵) با نمای مورفولوژی ذکر شده تشخیص تینا اورسیکالر جهت بیمار گذاشته شد.

### Tinea versicolor

دو نوع عفونت با ارگاناسم های *Malassezia furfur* یا شکل مخمیری آن پتروسپوروم اوال (*Pityrosporum ovale*) دیده می شوند: تین اورسیکالر (*Tinea versicolor*) و فولیکولیت ناشی از پتروسپوروم. تین اورسیکالر یک بیماری شایع بوده که بیشتر در نواحی تنه و بازوی فوقانی متمرکز می شود و بیشتر در تابستان دیده می شود و به صورت ماکول پوسته دهنده که اغلب هیپوپیگمانته و گاهی هیپرپیگمانته به همراه یک هاله صورتی رنگ ظاهر می شوند. هیپوپیگمانتاسیون به علت مواد ترشحی ارگاناسم ایجاد می شود که ممکن است از تولید ملانین در اپیدرم جلوگیری کند. هیپرپیگمانتاسیون به علت ملانوزوم های پر از ملانین ایجاد می شود. فولیکولیت پتروسپوروم به صورت پاپول های فولیکولی کوچک و گنبدی به رنگ قرمز بروز می یابد. در بالاتنه دیده شده ولی می تواند در صورت و پوست سر نیز ظاهر شود و ممکن است با تین اورسیکالر همراه شده که بیشتر در بیماران پیوندی دیده می شود.

### یافته های میکروسکوپی

در بالین روش معمول تشخیص تین اورسیکالر بررسی میکروسکوپی نمونه خراش پوسته های ضایعه بوده که بعد از آن با اضافه کردن هیدروکسیدپتاسیم و گاهی مرکب هندی بررسی

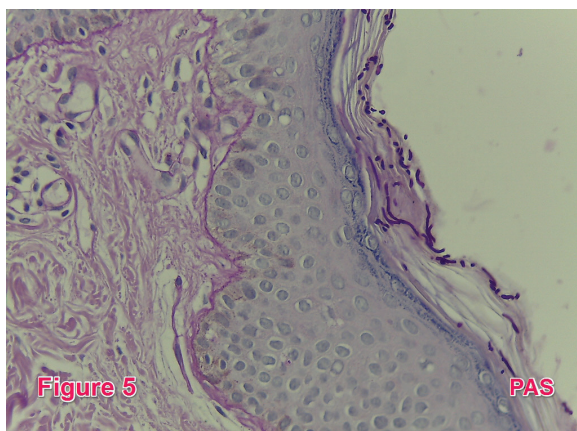


Figure 5

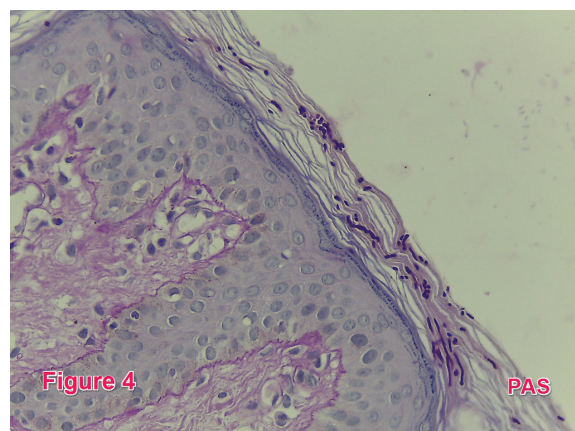


Figure 4