

## ● مقاله مروری    کد مقاله: ۲۶

بعد از مطالعه این مقاله خوانندگان محترم قادر خواهند بود:

- به ماهیت بیماری از نظر بافت‌شناسی آگاهی یابند.
- به نحوه درمان بیماری آشنا شوند.



## اگزما

### چکیده

اگزما یا درماتیت طیف وسیعی از بیماریهای پوستی را در برمیگیرد که با ضایعات پاپولوویکولر در مراحل اولیه و ضایعات ضخیم و لیکنیفیه در فاز مزمن مشترک می باشند. از نظر هیستولوژی وجه مشخصه ضایعات اگزمایی وجود ادم بین سلولی در اپیدرم یا اسپونژیوز به همراه ارتشاح سلولهای التهابی در درم و اگزوسیتوز یا ورود سلولهای التهابی تک هسته ای به داخل اپیدرم می باشد.

ضایعات اگزمایی به صورت حاد، تحت حاد یا مزمن می توانند تظاهر یابند. درمان بر اساس نوع ضایعات و شرایط بیمار متغیر می باشد.

محافظت پوست از عوامل محرک، استفاده از امولینت و داروهای موضعی ضد التهاب از ارکان اصلی درمان اگزما می باشند. در موارد شدید یا مزمن داروهای سیستمیک می توانند مورد استفاده قرار گیرند.

**واژگان کلیدی:** پاپولوویکولر، اسپونژیوز، اگزوسیتوز

دکتر نمازی نسترن \*۱

دکتر طوسی پرویز ۲

۱- استادیار گروه پوست، دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- استاد گروه پوست، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی

\* نشانی نویسنده مسئول: تهران-

تجربش- مرکز تحقیقات پوست-

بیمارستان شهدای تجربش

تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۴۱۵۰۷-۱۰

نشانی الکترونیکی:

nastaran.namazi.md@gmail.com





شکل ۲- اگزمای تماسی آلرژیک

ب- براساس محل درگیری: مثلاً اگزمای دست (شکل ۳)، اگزمای ناحیه ژنیتال، اگزمای پلک (شکل ۴) و غیره.



شکل ۳- اگزمای دست



شکل ۴- اگزمای پلک

پاتوژنز: در مجموع عوامل محیطی، ژنتیک و سیستم ایمنی فرد در ایجاد انواع مختلف اگزما نقش دارند.

## مقدمه

اگزما یا درماتیت شایع‌ترین بیماری التهابی پوست است که از نظر بالینی به صورت ماکول، پاپول، وزیکول یا پلاک‌های اریتماتو و پوسته‌دار با حاشیه و دارای مراحل حاد (وزیکولار)، تحت حاد (پوسته و دلمه) و مزمن (آکانتوز و ضخیم‌شدن پوست) می‌باشد. بیماران معمولاً از خارش ضایعات شکایت دارند که ممکن است بر فعالیت‌های روزانه و خواب آنها تأثیر بگذارد. از نظر بافت‌شناسی اسپونژیوز (ادم بین کراتینوسیت‌ها در اپیدرم) با درجات متفاوتی از آکانتوز و ارتشاح سطحی دور عروقی لنفوهایستوسیتی بروز می‌کند.

## طبقه بندی اگزما:

طبقه‌بندی‌های مختلفی برای انواع اگزما وجود دارد.

الف- براساس اتیولوژی: می‌توان به دو گروه برونزا (اگزوزن) و درونزا (آندوزن) تقسیم‌بندی کرد. درماتیت آتوپیک و درماتیت سبورئیک (شکل ۱) در گروه درونزا و درماتیت‌های تماسی (شکل ۲) در گروه اگزوزن قرار می‌گیرند.



شکل ۱- اگزمای سبورئیک در شیرخواران



شکل ۶- پمفولیکس

### درمان اگزما

اجتناب از عوامل محرک، استفاده از امولینت و ترکیبات موضعی ضدالتهاب ارکان اصلی درمان اگزما را تشکیل می‌دهند. در صورتی که ضایعات عفونی شده باشند درمان عفونت به همراه درمان ضایعه باید انجام شود. ترکیبات ضدالتهابی موضعی شامل استروئیدها و ایمونومدولاتورهای غیر استروئیدی مثل تاکرولیموس می‌باشند در نواحی ژنیتال و صورت فقط از استروئیدهای ضعیف می‌توان استفاده کرد. آموزش به بیمار در مورد اجتناب از عوامل محرک (شستشوی فراوان، مصرف صابون و کرم‌های حاوی عطر و اسانس) بسیار مهم است. بیماران مبتلا به اگزمای دست باید از دستکش مناسب استفاده کنند. دستکش لاستیکی معمولاً مناسب است مگر در موارد آلرژی با لاتکس که باید از دستکش پلی وینیل کلراید استفاده شود.

امولینت باید مکرراً استفاده شود. انواعی که حاوی مواد افزودنی مثل الکل و پروپیلن گلیکول و داروهای ضدخارش هستند ممکن است منجر به تحریک پوست و شدت یافتن ضایعات شوند.

استروئیدهای موضعی باید با حداقل قدرتی که مؤثر هستند استفاده شوند تا بیمار دچار عوارض استروئید نشود هیدروکورتیزون ۱٪ عموماً بی‌خطر است. اما گاهی قدرت لازم برای درمان اگزما را ندارد. در موارد شدید و یا ضایعات ضخیم از پانسمان بسته استروئید می‌توان استفاده کرد.

باوجود آنکه پزشکان آنتی‌هیستامین‌های H<sub>1</sub> را برای درمان خارش اگزما تجویز می‌کنند اما اثربخشی آنها بعنوان مونوتراپی برای درمان اگزما ثابت نشده است.

مهارکننده‌های موضعی کلسینورین از داروهای جدید در درمان‌تولوژی هستند. به دو فرم کرم تاکرولیموس ۰.۳٪ و ۱٪ و کرم

**تشخیص:** براساس شرح حال از بیمار، خصوصیات ضایعه و توزیع آناتومیک آنها انجام می‌شود. در مواردی که تشخیص بالینی مقدور نباشد، می‌توان از بیوپسی پوست استفاده کرد.

**اگزمای اتوپیک (شکل ۵):** درماتیت اتوپیک شایع‌ترین بیماری پوستی در اطفال با شیوع تقریبی ۱۵-۱۰٪ قبل از سن مدرسه می‌باشد. اگزما می‌تواند با سایر علائم اتوپیک مثل آسم، رینیت آلرژیک و آلرژی غذایی همراه باشد. این بیماران در معرض ابتلا به عفونت‌های پوستی باکتریال، ویرال و قارچی هستند. نقص ایمنی اولیه در بیماران مبتلا می‌تواند با تظاهرات پوستی شبیه درماتیت اتوپیک تظاهر یابد.



شکل ۵- اگزمای اتوپیک

**اگزمای دست:** یک بیماری مزمن، مولتی فاکتوریال که معمولاً با فعالیت‌های شغلی و خانگی مرتبط است بسیار شایع است و گاهی حتی بعد از حذف عامل محرک ادامه پیدا می‌کند. بیشترین شیوع آن در زنان دهه ۲۰ به دلیل مواجهه با مواد محرک و تماس مکرر با آب است. پیشگیری نقش بسیار مهمتری از درمان دارد.

**پمفولیکس (شکل ۶):** نوعی اگزما به صورت وزیکول و بول در کف دست و پاست که به دلیل ویژگی‌های پوست درگیر مثل ضخامت لایه شاخی درمان مشکلی دارد. عوامل ژنتیک، آلرژی به فلزات idreaction و مصرف بعضی از داروها (ایمونوگلوبولین داخل وریدی) از عوامل اتیولوژیک آن هستند.

وجود آید مهارکننده‌های موضعی کلسینورین برای صورت چین‌ها و ناحیه ژنیتال که جذب پوستی بالایی دارند مناسب هستند. گاهی در موارد شدید اگزما استفاده از داروهای سیستمیک اجتناب‌ناپذیر است این داروها شامل کورتیکواستروئید سیستمیک، سیکلوسپورین یا مایکوفنولات موفتیل است. این داروها باید بعد از ارزیابی بیمار و انجام آزمایشات خاص و پیگیری بیمار حین درمان تحت نظر متخصص پوست انجام شود. انواع مختلف فتوتراپی نیز گاهی برای درمان انواع خاصی از اگزما مورد استفاده قرار می‌گیرند.

پیمکرولیموس ۱٪ وجود دارند و با مهار سیتوکین‌های التهابی اثر خود را ایفا می‌کنند. تاکرولیموس برای موارد متوسط تا شدید وپیمکرولیموس خفیف تا متوسط استفاده می‌شوند. این داروها برخلاف استروئیدهای موضعی باعث آتروفی پوست نمی‌شوند و جذب پوستی کمی دارند. عوارض شایع استروئیدها شامل آتروفی، تلانژکتازی، استریا و هایپروهیپوپپیگمانتاسیون و گاهی آلرژی تماسی است). در مصرف طولانی و یا موارد قوی استروئیدها محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال مهار شده و حتی سندرم کوشینگ می‌تواند به وجود آید. با مصرف در اطراف چشم گلوکوم می‌تواند به

## مراجع

- 1- James E. Fitzpatrick, Joseph G. Marelli, Dermatology Secrets plus, Fourth edition 2011, page 57.
- 2- Thomas P. Habif, clinical Dermatology, Fifth edition, 2010, chapter 3.
- 3- William D, James, Timothy G. Berger, Dirk Meiston, Andrews' Diseases of the skin, Eleventh Edition, 2011, Chapter 5.
- 4- Tony Burns, Stephan Breathnach, Neil Cox et al. Rook's text book of Dermatology, Eighth Edition, 2010, chapter 23.
- 5- Werfell T. the diagnosis and graded treatment of atopic dermatitis, Dtsch Arzther Int, 2014, July.
- 6- Aquarel us, Besarwal R, Gupta Retal, Hand eczema, Indian journal of dermatology, May 2014, 59 (3): 213-214.
- 7- Brazzeli V, Grassi S, Savastas et al, Int J Immunopathol pharmacal, 2014 Jan-Mar; 27(1): 127:30.
- 8- Qutfreund K, Bienias W, Szewezyk A et al, Topical calcineurin inhibitors in dermatology. Part 1, postepy dermatol Alergol, 2013 Jun; 30 (3); 165-169.
- 9- Plotz SG, Wiesender M, Todorova A et al. what is new in atopic dermatitis /eczema: expert opin Emerg Drugs, 2014 Oct 7:1-18.