

مطالعه توصیفی بیماران مبتلا به پتیریاژیس روبراپیلاریس بستری در بخش پوست بیمارستان سینا همدان از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸

دکتر محمود فرشچیان^۱، دکتر مهدی یبله‌ور^۲

۱- دانشیار، ۲- استادیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی همدان

بروز بیماری ۶۶ سال و کمترین سن بروز ۷ سال بود. میانگین سنی بیماران ۳۲ سال با انحراف معیار ۱۹/۴ سال بود. هیچگونه سابقه مثبت خانوادگی در بیماران مورد مطالعه وجود نداشت. ۶ نفر (۷۵٪) مبتلا به نوع کلاسیک بالغین (I) و ۲ نفر (۲۵٪) مبتلا به نوع کلاسیک جوانان (III) بودند. از نظر پاسخ به درمان، ۵ نفر از بیماران (۶۲/۵٪) بهبود کامل و ۳ نفر (۳۷/۵٪) بهبود نسبی یافتند و هیچ موردی برای عدم پاسخ به درمان وجود نداشت. هر پنج نفر بیمار تحت درمان با رتینوئید پاسخ کامل به درمان و هر سه نفر بیمار تحت درمان با متوترکسات پاسخ نسبی به درمان را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: تعداد مبتلایان مرد بیشتر از زنان بوده است. بیماران به انواع کلاسیک بالغین و کلاسیک جوانان مبتلا بوده‌اند. پاسخ درمانی به رتینوئید بهتر از متوترکسات بوده است.

واژه‌های کلیدی: پتیریاژیس روبراپیلاریس، رتینوئید، متوترکسات

مقدمه: پتیریاژیس روبراپیلاریس (PRP) یک بیماری پوستی نادر است که با هیپرکراتوز فولیکولار، اریتم پری فولیکولار همراه با جزایری از پوست طبیعی که در بین پاچه‌های اریتماتو پراکنده شده‌اند و گاهی توام با هیپرکراتوز کف دست و پا و یا پتیریاژیس کاپیتیس می‌باشد، مشخص می‌شود و اتیولوژی نامعلومی دارد.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین خصوصیات دموگرافیک، اشکال بالینی و نحوه درمان بیماران مبتلا به PRP بستری در بخش پوست بیمارستان سینا همدان طی سالهای ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸ انجام گرفته است.

بیماران و روش‌ها: این تحقیق توصیفی، مطالعه case series بوده است. اطلاعات لازم با مراجعه به پرونده بیماران مورد مطالعه جمع‌آوری شده و بوسیله نرم‌افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: در این مطالعه با توجه به نادر بودن بیماری PRP تنها ۸ بیمار مورد شناسایی قرار گرفتند. ۵ نفر (۶۲/۵٪) از آنها مرد و ۳ نفر (۳۷/۵٪) از آنها زن بودند. بیشترین سن

مقدمه

پتیریاژیس روبراپیلاریس (PRP) یک بیماری پوستی نادر است که با هیپرکراتوز فولیکولار، اریتم پری فولیکولار همراه با جزایری از پوست طبیعی که در بین

پاچه‌های اریتماتوی توام با پوسته‌ریزی پراکنده شده است و گاهی توام با هیپرکراتوز پالموپلانتار و پتیریاژیس کاپیتیس (شبه به آگزمای سبورئیک) است، مشخص می‌شود. این بیماری اتیولوژی نامعلومی دارد و توصیف آن بصورت PRP، اولین بار توسط Besnier در سال ۱۸۸۹ انجام شده است (۱). اشکال بالینی بیماری که توسط Griffiths

مؤلف مسئول: دکتر محمود فرشچیان - همدان، بیمارستان سینا، بخش پوست

به منظور بررسی موارد PRP، خصوصیات
دموگرافیک و بالینی، و نحوه پاسخ به درمان این تحقیق
توصیفی بر روی بیماران PRP بستری در بخش پوست
بیماران سینای همدان طی سالهای ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸ انجام
گردید.

بیماران و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه case series بوده که به روش
گذشته‌نگر بر روی بیماران مبتلا به PRP بستری در بخش
پوست بیمارستان سینای همدان از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸
صورت گرفت. ابتدا پرسشنامه‌ای جهت جمع‌آوری
اطلاعات شامل جنس، سن، بروز، مدت ابتلا تهیه گردید.
سپس با مراجعه به پرونده‌های بیماران بستری در بخش
پوست بیمارستان سینا همدان، داده‌های جمع‌آوری شده
بوسیله نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار
گرفت.

یافته‌ها

با توجه به نادر بودن این بیماری، کل بیماران مبتلا به
PRP بستری شده در طی سال‌های ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸، ۸ نفر
بودند که از این تعداد ۵ نفر مرد (۶۲/۵٪) و ۳ نفر زن
(۳۷/۵٪) بوده‌اند.

میانگین سنی بیماران مورد مطالعه حدود ۳۲ سال و با
انحراف معیار ۱۹/۴ سال بود. بیشترین سن بروز بیماری ۶۶
سال و کمترین سن بروز ۷ سال بود. تعداد دو نفر سن کمتر
از ۱۴ سال داشتند (۷ و ۱۴ ساله) و تعداد شش نفر بین سنین
۲۰ الی ۶۶ سال بود (جدول شماره ۱). مدت زمان ابتلا به
بیماری قبل از درمان، بین ۳ هفته الی ۲۰ ماه بوده است.
در هیچ کدام از بیماران مورد مطالعه، سابقه خانوادگی مثبت
وجود نداشت.

پیشنهاد شده و مورد پذیرش همگانی قرار گرفته
است، شامل موارد ذیل می‌باشد: (۱-۳)

- Type I: Adult onset (classic)
- Type II: Adult onset (atypical)
- Type III: Juvenile onset (classic)
- Type IV: Juvenile onset (circumscribed)
- Type V: Juvenile onset (atypical)
- Type VI: HIV associated

Type VI پیشنهاد اخیری است که در بیماران ایدزی
بروز می‌کند و اگرچه هنوز جای خود را به خوبی باز نکرده
است، اما به هر حال به عنوان یک واقعیت وجود دارد (۱).
تشخیص بیماری در حقیقت بالینی است، ولی باید سایر
بیماریهای با تظاهرات مشابه را رد کرد. در مورد این
بیماری آزمایش تشخیصی اختصاصی وجود ندارد. وجود
ضایعات مشخص هپراکراتوز فولیکولار بویژه در ناحیه
پشت انگشتان دست، ضایعات پوستی با ته رنگ نارنجی در
حالی که جزایری از پوست طبیعی در بین آنها وجود دارد
و همچنین هپراکراتوز پالموپلانتار در بیماران، می‌تواند
تشخیص را قطعی کند. این امر بخصوص در مواقعی که
سابقه خانوادگی مثبتی از بیماری پسوریازیس وجود ندارد،
بیشتر صادق است. به هر حال افتراق در تشخیص همیشه
بعنوان یک مشکل اساسی، بخصوص در اطفال وجود داشته
است. اما آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد، آن است که
یافتن تناسب‌های بالینی و بافت‌شناسی مختلف برای بیماری
PRP، الگوهای تشخیصی مناسب‌تری را در پیش روی ما
قرار خواهد داد. در این موارد انجام بیوپسی و همچنین
توجه دقیق به بالین بیمار کاملاً ضروری به نظر می‌رسد
(۱-۳).

آنچه که در این بیماری علاوه بر تشخیص صحیح و
قطعی قابل اهمیت به نظر می‌رسد، نحوه درمان مؤثر آن
است. مطالعات گسترده‌ای که در سراسر جهان بر روی
نحوه درمان این بیماری انجام شده است، کاربرد داروهای

از نظر اشکال بالینی تعداد ۶ نفر از بیماران (۷۵٪) به Type I کلاسیک بالغین و ۲ نفر (۲۵٪) به Type III کلاسیک جوانان مبتلا بودند. خصوصیات بالینی و نواحی مختلف گرفتاری پوست در بیماران در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده‌اند.

بر روی تعداد ۶ نفر از ۸ بیمار مورد بررسی این مطالعه بیوپسی پوست انجام شده بود که نتیجه نهایی پاتولوژی آنها بیماری PRP را قطعی کرده بود. در مورد ۲ بیمار بیوپسی انجام نشده بود و تشخیص بیماری بر اساس علائم بالینی بیمار گذاشته شده بود.

۵ نفر از بیماران (۶۲/۵٪) پس از درمان بهبود کامل یافته بودند به نحوی که تمام ضایعات پوستی محو شدند. ۳ نفر از بیماران (۳۷/۵٪) بهبود نسبی یافته و حداقل ۷۰٪ ضایعات پوستی محو گردیده بود. هیچ موردی برای عدم پاسخ به درمان وجود نداشت. درمان با متوترکسات با دوز تقریبی ۲۰-۱۵ میلی گرم در هفته به همراه استروئید موضعی

و نرم کننده در دوز ۳۲ و ۴۰ سالگی *Acquired SID* مبتلایان انجام شده بود. درمان با رتینوئیدها با دوز تقریبی روزانه ۱-۰/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در یک زن ۱۴ ساله و ۴ مرد ۷، ۲۰، ۳۲ و ۶۶ ساله انجام شده بود که در ۳ نفر از آنها از مخلوط استروئیدهای موضعی و نرم کننده نیز استفاده شده بود. هر ۵ بیماری که با رتینوئید درمان شده بودند، بهبودی کامل یافتند. هر سه بیماری که با متوترکسات درمان شده بودند، بهبودی نسبی نشان دادند.

تعداد ۴ نفر از بیماران پیش از درمانهای فوق، استروئیدهای سیستمیک و موضعی را دریافت نموده بودند که هیچ یک از آنان پاسخ مناسبی به درمان را نشان نداده بودند. طول مدت این درمان‌ها بطور متوسط حدود ۳ ماه بوده است. بیماران بطور متوسط ۲ هفته در بیمارستان بستری بوده‌اند و بجز خشکی لب در مورد بیماران تحت درمان با رتینوئید، عوارض دیگری مشاهده نگردید.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی سنی بیماران مبتلا به PRP

بستری در بخش پوست بیمارستان سینای همدان از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸

درصد	تعداد	فراوانی گروه‌های سنی
۱۲/۵	۱	۱۰-۰ سال
۲۵	۲	۲۰-۱۱ سال
۰	۰	۳۰-۲۱ سال
۳۷/۵	۳	۴۰-۳۱ سال
۱۲/۵	۱	۵۰-۴۱ سال
۰	۰	۶۰-۵۱ سال
۱۲/۵	۱	۷۰-۶۱ سال
۱۰۰	۸	جمع

بیمارستان سینای همدان از سال ۱۳۷۰-۱۳۷۸

درصد	تعداد	فراوانی خصوصیات بالینی
۲۵	۲	۱+۲
۲۵	۲	۱+۲+۳
۳۷/۵	۳	۱+۲+۳+۴
۱۲/۵	۱	۱+۲+۴
۱۰۰	۸	جمع

(۱-هیبرکراتوز فولیکولار، ۲-اریتم پری فولیکولار، ۳-هیبرکراتوز پالموپلانتر، ۴-پیتیریازیس کاپیتیس)

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی ناحیه گرفتار بدن در بیماران مبتلا به PRP بستری در بخش پوست

بیمارستان سینای همدان از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۸

ناحیه گرفتار	سر		گردن		بالاتنه		کف دست و پا		ناخن	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اطفال	۱	۲۵	۱	۳۴	۲	۲۵	۲	۴۰	۲	۴۰
بالغین	۳	۷۵	۲	۶۶	۵	۷۵	۳	۶۰	۳	۶۰
جمع	۴	۱۰۰	۳	۱۰۰	۷	۱۰۰	۵	۱۰۰	۵	۱۰۰

بحث

متوسط سن بیماران در مطالعه حاضر ۳۲ سال بوده است. این یافته احتمالاً به دلیل کم بودن موارد موجود در این مطالعه بوده است چرا که در منابع دو پیک سنی برای بیماری ذکر شده است که پیک اول آن در دهه نخستین زندگی و پیک سنی بعدی در سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی می‌باشد.

در مطالعه ما ارجحیت نمای بالینی بیماری با Type I کلاسیک بالغین و Type III کلاسیک جوانان بوده است که با مطالعات دیگر مطابقت دارد.

در مطالعه حاضر فراوانی جنسی در مردان بیشتر از زنان بوده است. در کتب مرجع بروز بیماری در هر دو جنس مرد و زن مساوی بیان شده است (۱-۳). اما مطالعه Chapalain از فرانسه که بر روی ۱۴ بیمار (۹ مرد و ۵ زن) انجام شده با یافته‌های ما مطابقت دارد یعنی فراوانی جنسی در مردان بیش از زنان بوده است (۴). سابقه خانوادگی در هیچکدام از موارد مورد مطالعه ما مثبت نبوده است و این موضوع با منابع موجود کاملاً مطابقت می‌نماید.

در بیماران مورد مطالعه ما هیچ مورد عدم پاسخ به درمان و مقاومت در برابر درمان وجود نداشته است. ۶۲/۵٪ بیماران پاسخ کامل به درمان نشان داده و بهبودی کامل داشته‌اند. البته با توجه به اینکه بیماری PRP بخصوص در فرم کلاسیک پیش آگهی خوبی دارد و بهبود خودبخودی در آن مشاهده می‌شود، بحث و بررسی راجع به مؤثر بودن درمان بیماری کمی مشکل می‌شود. در مقایسه بین پاسخ درمانی به دو داروی متوترکسات و رتینوئیدها، به نظر می‌رسد که رتینوئیدها داروی کاملاً مؤثری در درمان این بیماری می‌باشند. در مقایسه نتیجه بدست آمده از مطالعه حاضر با منابع دیگر از قبیل Chapalain و همکارانش از فرانسه (۴) که پاسخ درمانی به متوترکسات را کامل گزارش نموده‌اند، به نظر می‌رسد که کاربرد رتینوئیدها در مطالعه ما مؤثرتر بوده است. بنابراین با بررسی حاضر و سایر مطالعات چنین نتیجه‌گیری می‌شود که رتینوئیدها خط اول درمان در بیماران PRP محسوب می‌گردند. (۴-۱)

این امر بخاطر تاثیر خوب و عوارض کم در دوزهای روزانه ۱-۰/۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است. هنگامی که رتینوئیدها تاثیر نداشته باشند و یا

کنتراندیکاسیونی برای کاربرد آن وجود داشته باشد، متوترکسات ممکن است در خط اول درمانی قرار گیرد و حتی بر رتینوئیدها ارجحیت داشته باشد، بخصوص در افرادی که سن بالای ۶۰ سال داشته باشند. دوز ۲۵-۱۵ میلی‌گرم در هفته می‌تواند بهبودی کامل را به همراه تحمل مناسب دارو در پی داشته باشد. پیش از بکاربردن متوترکسات باید از کارکرد طبیعی کبد و کلیه‌ها مطمئن شده باشیم، و هر ۴ تا ۶ هفته جهت کاهش عوارض متوترکسات آزمایشات را تکرار کنیم.

بکاربردن ترکیب رتینوئید و متوترکسات نیازمند مطالعات بیشتر در آینده است تا از تاثیرات آن و جلوگیری از هپاتوتوکسیسیته این اقدام مطمئن شده باشیم. اطفال بویژه مبتلایان به نوع IV بیماری در ابتدا باید توسط درمانهای موضعی از قبیل ویتامین D و یا Coal tar تحت درمان قرار گیرند. رتینوئید سیستمیک باید تنها در بیماران مبتلا به PRP مقاوم و یا بسیار شدید بکار برده شود، چرا که قسمت‌های انتهایی اپی فیز استخوانها در اطفال هنوز تکامل کافی نیافته‌اند. از دیدگاه Chapalain و همکاران بکاربردن متوترکسات روش مطلوبی در اطفال نیست (۴).

منابع

- 1- Griffiths WAD, Judge MR, Leigh IM. Disorder of keratinization. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998:1539-45.
- 2- Goldsmith LA, Baden HP. Pityriasis rubra pilaris. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen Az, et al (eds). Dermatology in general medicine. New York: Mc Graw-Hill, 1999:538-40.
- 3- Cohen PR, Prystowsky JH. Pityriasis rubra pilaris. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 331-35.
- 4- Chapalain V, Beylot-Barry M, Doutre MS, et al. Treatment of pityriasis rubra pilaris: A retrospective study of 14 patients. J Dermatol Treat 1999; 10:113-17.