

نووس اپیدرمی وروکوز خطی التهابی دو طرفه

دکتر رضا یعقوبی^۱، دکتر نیلوفر سینا^۲، دکتر نسترن رنجبری^۳، دکتر رعنا رفیعی^۴

۱- دانشیار پوست، ۲- متخصص پوست، ۳- استادیار آسیب‌شناسی، ۴- دستیار پوست، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

نووس اپیدرمی وروکوز خطی التهابی ILVEN درماتوزی غیرشایع و یک طرفه است که معمولاً شروع پیدایش آن در دوران شیرخوارگی یا کودکی است. اغلب جنس مؤنث مبتلاست. کپل و ساق‌ها بیش‌تر مبتلا می‌شود و خارش، مقاومت به درمان و تصویر هیستوپاتولوژی شبیه بیماری پسوریازیس از نشانه‌های آن است. از تظاهرات غیرمعمول ILVEN می‌توان ظهور دیررس بیماری، انتشار وسیع و پاسخ به درمان را نام برد. در این مقاله نمایشی از ILVEN دو طرفه در یک دختر بچه ۲ ساله همراه با مروری بر این بیماری توصیف می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ILVEN، نووس اپیدرمی، خطی

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (۳) ضمیمه ۱: ۱۹-۲۳

وصول مقاله: ۱۴/۱۲/۱۵ پذیرش: ۱۵/۲/۱۷

معرفی بیمار

دختر بچه‌ای ۲ ساله با شکایت ضایعه خارش‌دار در ناحیه باسن و هر دو اندام تحتانی به درمانگاه پوست مراجعه کرد. والدین کودک از سن حدود ۲۰ روزگی متوجه وجود این ضایعه شده بودند و به گفته آن‌ها وسعت درگیری و اندازه آن که شدیداً خارش‌دار بوده به تدریج افزایش یافته است. در سابقه خانوادگی، پدر بیمار در ناحیه پشت دست خود به نووس اپیدرمی مبتلا بود.

در معاینه فیزیکی، پاپول‌های اریتماتوی متعدد با نمای فلسی ظریف (fine scale)، سطح زگیلی خفیف (slightly verrucous) مشاهده شد که به صورت یک باند خطی دو طرفه در سطح خلفی باسن و اندام تحتانی قرار داشت (تصویر شماره ۱). آثار خارش (excoriations) ولیکنیفیکاسیون خفیف دیده می‌شد. وضعیت کلی سلامت بیمار خوب بود و ضایعه جلدی - مخاطی، نورولوژیک، چشمی و اسکلتی وجود نداشت. ارزیابی میکروسکوپی نمونه‌ی حاصل از بیوپسی ضایعه، اپیدرم

آکانتوتیک، مناطق مشخصی از هیپرگرانولوز و هیپرکراتوز همراه با مناطقی از نواحی فقدان لایه گرانولر و پاراکراتوز را نشان می‌داد. در درم زیرین اتساع عروقی و ارتشاح لنفوسیتی خفیف مشاهده می‌شد (تصاویر شماره ۲ و ۳). تست‌های آزمایشگاهی معمول در محدوده‌ی طبیعی بود. بیمار تحت درمان داروهای آنتی‌هیستامینی مختلف قرار گرفت ولی خارش بیمار پایدار بود. استروئیدهای موضعی گوناگون، پماد کلسی پوتریول ۵۰ mg/g و کرم پیمکرولیموس ۱٪ به صورت روزانه هر کدام برای مدت ۲ ماه مورد استفاده قرار گرفت ولی بهبودی حاصل نشد و ضایعه‌ها از بین نرفتند. بیمار برای پیگیری و ادامه درمان مراجعه نکرد.

بحث

نووس اپیدرمی وروکوز خطی التهابی (ILVEN)، اختلال نادری است که عموماً به صورت اکتسابی و در امتداد خطوط بلاشکو (Blashko) ایجاد می‌شود (۱). این

مؤلف مسوول: دکتر رضا یعقوبی - اهواز، بیمارستان امام خمینی، بخش پوست، کد پستی ۶۱۳۳۵

پست الکترونیک: yaghoobi_rz@yahoo.com

هیستولوژیک تیپیک به صورت هیپرکراتوز، آکانتوز متوسط، طولیل شدن و ضخیم شدن رت ریح‌ها به صورت نمای پسوریازیس است. گاهی میزان اسپونژیوز اپیدرمی و آگزوسیتوز قابل توجه‌تر است و میکرو آبنه‌های مشابه مونرو نیز تشکیل می‌شود. دیگر نمای شایع، وجود درجه‌های قابل توجهی از پاراکراتوز است. مناطق پاراکراتوتیک به صورت نقطه‌ای نیست، بلکه به صورت مناطق پهنی از نواحی با فقدان کامل لایه گرانولر و جایگزینی آن با لایه ضخیمی از کراتین پاراکراتوتیک است. اغلب بین دو منطقه ارتوکراتوتیک و پاراکراتوتیک حد فاصل مشخصی وجود دارد. درم پاپیلر حاوی ارتشاح خفیف تا متوسط لنفوسیت‌ها و هیستوسیت‌ها در اطراف عروق است (۳۶).

ILVEN به ندرت با اختلال‌های اسکلتی و سیستم عصبی مرکزی (نظیر هیدروسفالی) (۸ و ۹)، بیماری‌های مادرزادی کلیوی، عقب افتادگی ذهنی، راشی تیسم، تأخیر تکاملی، استرایسم، صرع، لکه‌های شیرقهوه‌ای (۹)، تغییر رنگ دندان (۲)، نقایص قلبی (مانند تترالوژی فالو) (۱۰) و آرتریت (۱۱) همراهی دارد.

تشخیص‌های افتراقی ILVEN شامل پسوریازیس خطی، لیکن سیمپلکس کرونیکوس خطی، داریر خطی، لیکن استریاتوس و لیکن پلان خطی است. به جز پسوریازیس خطی، نماهای بالینی و پاتولوژی در افتراق آن‌ها کمک کننده است (۴ و ۹). افتراق این دو بیماری مشکل است و فقط با تجزیه پروتئین‌های اپیدرمی با استفاده از سدیم لوریل سولفات، پلی آکریل آمید، ژل الکتروفورز یا با اثبات وجودنداشتن اینولوکرین در مناطق پاراکراتوتیک ILVEN کاملاً میسر است (۸ و ۶ و ۴).

درمان ILVEN بسیار مشکل است. رویکردهای درمانی گزارش شده شامل استروئیدهای موضعی با یا بدون پانسمان بسته، تزریق درون ضایعه، آنترالین (دیترانول)،

بیماری ابتدا توسط Unna در سال ۱۸۹۶ توصیف شد. از این ضایعه خارش‌دار و التهابی گزارش‌های پراکنده‌ای وجود دارد (۲). در سال ۱۹۷۱، Altman و Mehregan تصویر هیستوپاتولوژی و نمای بالینی ۲۵ بیمار مبتلا به ILVEN را به این صورت توصیف کردند: ۱- سن شروع بیماری به صورت زودرس، ۲- نسبت گرفتاری ۴ به ۱ در زنان نسبت به مردان، ۳- درگیری بیش‌تر در اندام تحتانی سمت چپ، ۴- خارش، ۵- نمای بافت‌شناسی پسوریازیس‌فرم و التهابی مشخص، ۶- ضایعه‌های پایدار مقاوم به درمان (۳). اما هیچ کدام از این ویژگی‌ها به طور کامل در یک بیمار وجود ندارد (۴).

از نظر بالینی، ILVEN با پاپول‌های اریتماتوز، وروکوز (زگیلی) و فلسی (scaly) مشخص می‌شود که اغلب به صورت خطوط واحد یا جداگانه به هم ملحق می‌شوند. قرارگیری خطی نووس اپیدرمی به صورت تیپیک در امتداد خطوط بلاشکو است که در حقیقت بیان‌گر الگوی مهاجرت سلول‌های بنیادی در مراحل تکامل رویانی است (۵). شایع‌ترین محل قرارگیری ضایعه در نیمه چپ بدن، به ویژه در اندام تحتانی است. ضایعه‌ها در موارد نادر به صورت دو طرفه است (۲ و ۶). در ۲۵ بیماری که توسط Altman و Mehregan (۳) توصیف شدند، همه‌ی ضایعه‌ها به یک اندام محدود بود.

سن شروع ILVEN ممکن است، متفاوت باشد. امکان دارد این ضایعه‌ها در زمان تولد وجود داشته باشند، اما در اکثر موارد در طی شیرخوارگی و کودکی ظاهر می‌شوند (۲). Kawaguchi و همکاران وی مرد ۴۴ ساله ژاپنی را توصیف کردند که شروع بیماری او در بزرگسالی بوده است (۷). بروز ILVEN به صورت فامیلی هم توصیف شده است (۸).

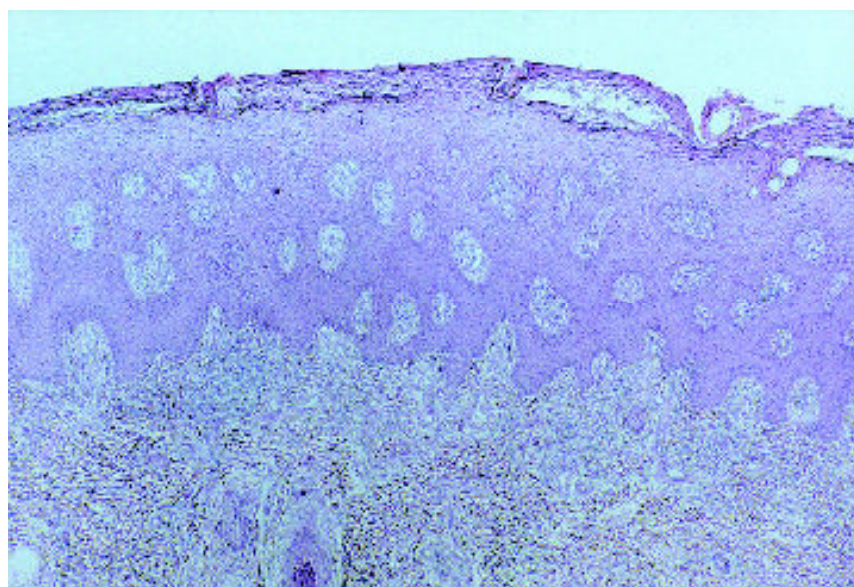
اگر چه ممکن است نمای هیستولوژی ILVEN کاراکتریستیک باشد ولی پاتوگنومونیک نیست (۳). الگوی

روش‌های درمانی رادیکال‌تر شامل درم ابریژن، کرایوتراپی، لیزر CO₂ و آرگون، جراحی با گرافت پارسیل و کامل اپیدرم است (۱۵ و ۱۴ و ۱۳ و ۹ و ۵).

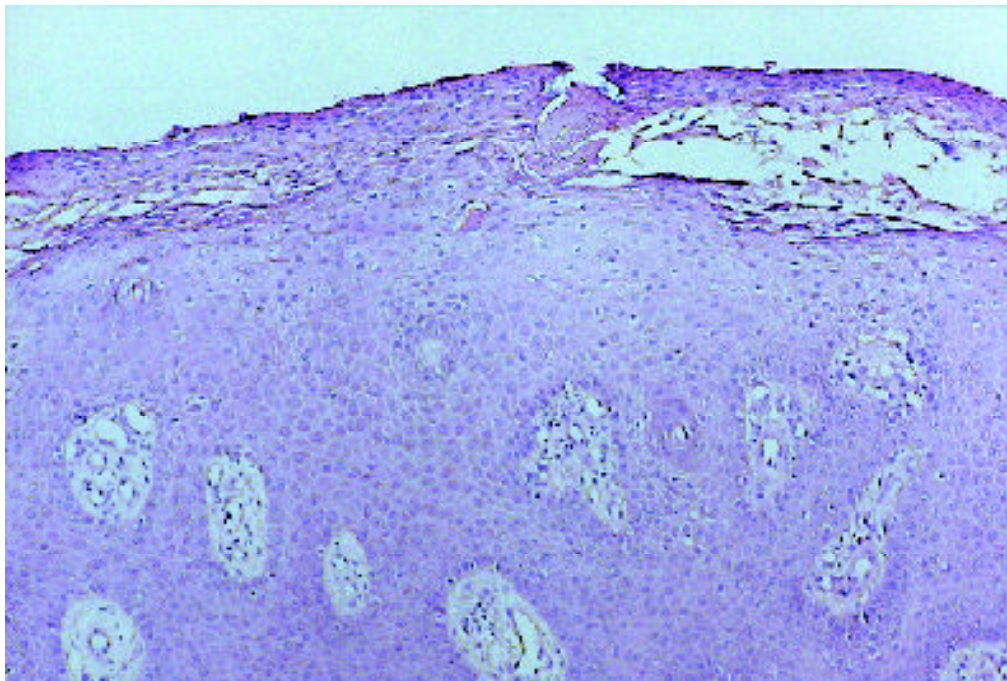
رتینوئید موضعی (۲ و ۳)، کلسی پوتریول موضعی (۱۲)، پماد پودوفیلین یا ۵-FU همراه با پانسمان بسته است. درمان‌های دارویی به دلیل بهبودی موقت اغلب بی‌فایده است (۱۳).



تصویر شماره ۱- نووس اپیدرمی وروکوز خطی التهابی در ناحیه باسن و پشت ران‌ها، نواحی پوپلیتئال و ساق



تصویر شماره ۲- نمای مشابه پسوریازیس به صورت اپیدرم آکانتوتیک و پاراکراتوتیک (رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین، درشت‌نمایی ۴۰ برابر)



تصویر شماره ۳- اپیدرم هیپرکراتوتیک آکانتوتیک و فقدان لایه گرانولر (رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین، درشت‌نمایی ۲۰۰برابر)

References

- 1-Menni S, Restano L, Gianotti R, et al. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus (ILVEN) and psoriasis in a child? *Int J Dermatol* 2000; 39: 30-32.
- 2-Miteva LG, Dourmishev AL, Schwartz RA. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *Cutis* 2001; 65: 327-30.
- 3-Altman J, Mehregan AH. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *Arch Dermatol* 1971; 104: 385-89.
- 4-Bernhard JD, Owen WR, Steinman HK, et al. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *Arch Dermatol* 1984; 120: 214-15.
- 5-Kim JJ, Chang MW, Shwayder T, et al. Topical tretinoin and 5-fluorouracil in the treatment of linear verrucous epidermal nevus. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 129-32.
- 6-Mobini N, Toussaint S, Kamino H. Noninfectious erythematous, papular, and squamous diseases. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson, BL, Murphy GF (editors). *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 2005; 202-03.
- 7-Kawaguchi H, Takeuchi M, Ono H, et al. Adult onset of inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *J Dermatol* 1999; 26: 599-602.
- 8-Oprsalova K, Danilla FT, Mayrhofer-Schmid D. Unilateral perianogenital papulokeratotic lesion. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1508-12.

- 9-Golitz LE, Weston WL. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. Arch Dermatol 1979; 115: 1205-09.
- 10-Adrian RM, Baden HP. Analysis of epidermal fibrous proteins in inflammatory linear verrucous epidermal nevus. Arch Dermatol 1980; 116: 1179-80.
- 11-Al-Enezi S, Huber AM, Krafchik BR, et al. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus and arthritis: a new association. J Pediatr 2001; 138: 602-04.
- 12-Gatti S, Carrozzo AM, Orlandi A, et al. Treatment of inflammatory linear verrucous epidermal nevus with calcipotriol. Br J Dermatol 1995; 132: 837-39.
- 13-Lee BJ, Mancini AJ, Renucci J, et al. Full-thickness surgical excision for the treatment of inflammatory linear verrucous epidermal nevus. Ann Plast Surg 2001; 47: 285-92.
- 14-Molin L, Sarhammar G. Perivulvar inflammatory linear verrucous epidermal. J Cutan Laser Ther 1999; 1: 53-56.
- 15-Ulkur E, Celikoz B, Yuksel F, et al. Carbon dioxide laser therapy for an inflammatory linear verrucous epidermal nevus: a case report. Aesthetic Plast Surg 2004; 28: 425-30.