

لیکن پلان اکتینیک با نمای بالینی ملاسما: گزارش یک مورد

دکتر محمد رضا مرتضوی^۱، دکتر زهرا صفایی نراقی^۲، دکتر مانی محمدزاده^۳

۱- متخصص پوست، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲- دانشیار، گروه آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

۳- متخصص آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

گزارش می‌کنیم. در بررسی آسیب‌شناسی نمونه گرفته شده از این patch پیگمانته یکطرفه و بدون خارش، پیگماتاسیون لایه بازال همراه با واکنش‌های واسیون و ماکروفاژهای حاوی پیگمان در درم مشاهده شد که این یافته‌ها با لیکن پلان اکتینیک مطابقت داشت.

واژه‌های کلیدی: لیکن پلان، لیکن پلان اکتینیک، ملاسما

فصلنامه بیماریهای پوست، پائیز ۱۳۸۲؛ ۲۵: ۴۲-۳۸

لیکن پلان اکتینیک یکی از انواع بالینی لیکن پلان است که در نواحی باز و در معرض نور معمولاً به صورت ضایعات آنولر با مرکز پیگمانته و حاشیه هیپوپیگمانته بروز می‌کند. تاکنون چندین مورد لیکن پلان اکتینیک با نمای بالینی ملاسما گزارش شده‌اند، در حالیکه یافته‌های آسیب‌شناسی در آنها با لیکن پلان اکتینیک انطباق داشته است.

در اینجا ما یک مورد لیکن پلان اکتینیک با نمای ملاسما در طرف چپ ناحیه پیشانی پسری ۱۴ ساله را

مقدمه

لیکن پلان اکتینیک یکی از انواع مشخص بالینی لیکن پلان است که عمدتاً در نواحی در معرض نور به ویژه صورت ظاهر نموده و غالباً کودکان و بالغین جوان را مبتلا می‌کند (۱). تقریباً تمامی موارد این بیماری از منطقه خاورمیانه، شرق آفریقا و هند گزارش شده‌اند (۲-۴). ضایعات بارز آن patch های نومولر مشخص با مرکز عمیقاً پیگمانته و حاشیه هیپوپیگمانته هستند که برخلاف لیکن پلان ایدیوپاتیک معمولاً خارش ندارند (۱). موارد نسبتاً نادری از این بیماری در حالیکه نمای بالینی ملاسما را تقلید کرده ولی یافته‌های آسیب‌شناسی آنها با لیکن پلان اکتینیک منطبق بوده است، گزارش شده‌اند (۵، ۶، ۷، ۸).

معرفی بیمار

پسری ۱۴ ساله اهل و ساکن بهشهر- مازندران به علت

بروز لک در ناحیه پیشانی از یک ماه قبل، به درمانگاه پوست مراجعه نمود. بیمار سابقه تماس زیاد با نور آفتاب در تابستان اخیر را ذکر می‌کرد. از طرف دیگر، سابقه مصرف داروهای موضعی و سیستمیک، مواد آرایشی یا معطر و همچنین ضایعات اولیه حاکی از بیماریهای التهابی پوست منفی بود. لک مزبور با خارش یا هیچ علامت دیگری همراه نبود. در معاینه یک patch قهوه‌ای روشن، بدون قرمزی و پوسته ریزی از ناحیه ابروی چپ تارستگاه موی سر که بطرف شقیقه و گیجگاه چپ گسترش یافته بود، مشاهده می‌شد (تصویر شماره ۱). معاینه سایر قسمت‌های پوست و مخاط و همچنین معاینه عمومی فیزیکی، یافته مهم دیگری را نشان نداد. آزمایش پتاس برای ملاسزیا فورفور (تیناوریسکالر) منفی بود. نمونه برداری پانچ با تشخیص‌های افتراقی (Becker's nervus، لک شیر قهوه‌ای (cafe-au-lait spot) و ملاسما انجام شد. در بررسی آسیب‌شناسی برش‌های تهیه شده از نمونه مذکور با هماتوکسیلین -

مؤلف مسئول: دکتر محمد رضا مرتضوی - بهشهر، خیابان امام، بیمارستان امام خمینی، درمانگاه پوست

انوزین رنگ آمیزی گردید، هیپرکراتوز ارتوکراتوتیک، هیپرگرانولوز فوکال، آکانتوز خفیف و نامنظم و تغییرات واکوئولیزاسیون سلولهای بازال به صورت پراکنده همراه با هیپرپیگمانتاسیون مشخص لایه بازال در اپیدرم دیده می‌شد (تصویر شماره ۲). در درم فوقانی پرولیفراسیون عروق کاپیلری، انفیلتراسیون سلولهای التهابی لنفوسیت، هیستوسیت و تعداد قابل توجه و پراکنده ماکروفاژهای حاوی پیگمان ملانین (ملانوفاز) در اطراف عروق خونی و در حد فاصل بافت کلاژن درم و مناطق بین ضمامم وجود داشت (تصویر شماره ۳). ضایعه پوستی مذکور با مصرف استروئید موضعی و پردنیزولون خوراکی (۱۵ میلیگرم در روز) و کرم ضد آفتاب به طور نسبی بهبود یافت و کمرنگ تر شد.

بحث

لیکن پلان اکتینیک را یکی از انواع بالینی طیف لیکن پلان می‌دانند که بیشتر در مناطق مشخصی از جهان یعنی کشورهای ناحیه خاورمیانه، هند و شرق آفریقا دیده می‌شود (۱). این امر نقش عوامل نژادی، وراثتی و محیطی را در بروز آن مطرح می‌نماید. ضایعات لیکن پلان اکتینیک عمدتاً در نواحی باز و در معرض نور به خصوص در صورت ایجاد می‌شوند. سن شیوع آن اوان کودکی و ابتدای جوانی است (۲،۷). شیوع بیشتر ضایعات در نواحی باز بدن در فصول گرم و آفتابی یعنی بهار و تابستان و در نواحی خاص جغرافیایی با تابش کافی آفتاب، برنقش احتمالی نور خورشید بعنوان عامل ایجادکننده لیکن پلان اکتینیک دلالت دارد (۱،۷). ضایعات شاخص آن پلاک‌های قهوه‌ای اریماتو با نمای آنولر (مرکز پیگمانته و حاشیه هیپوپیگمانته) هستند (۴)، اما به ندرت با patch های هیپرملانوتیک شبیه ملاسما با نمای آسیب‌شناسی لیکنوتید تظاهر می‌کند (۴،۵،۱). آسیب‌شناسی ضایعات لیکن پلان اکتینیک به نحوی مبسوط توسط Koten و Verhagen در ۵۱ بیمار آفریقایی بررسی شد (۸). طیف یافته‌های

آسیب‌شناسی از نمای غیرقابل افتراق با لیکن پلان اکتینیک شروع و به نمای عمدتاً اکرمایی ختم می‌شد و در میانه آنها نمای بینابینی موسوم به Lichenoid melanodermitis شامل یافته‌های لیکنوتید همراه با کانون‌های اسپونژیوز تشریح گردید. وجه مشترک همه این نماهای متنوع آسیب‌شناسی وجود Pigmentary incontinence واضح بود (۸).

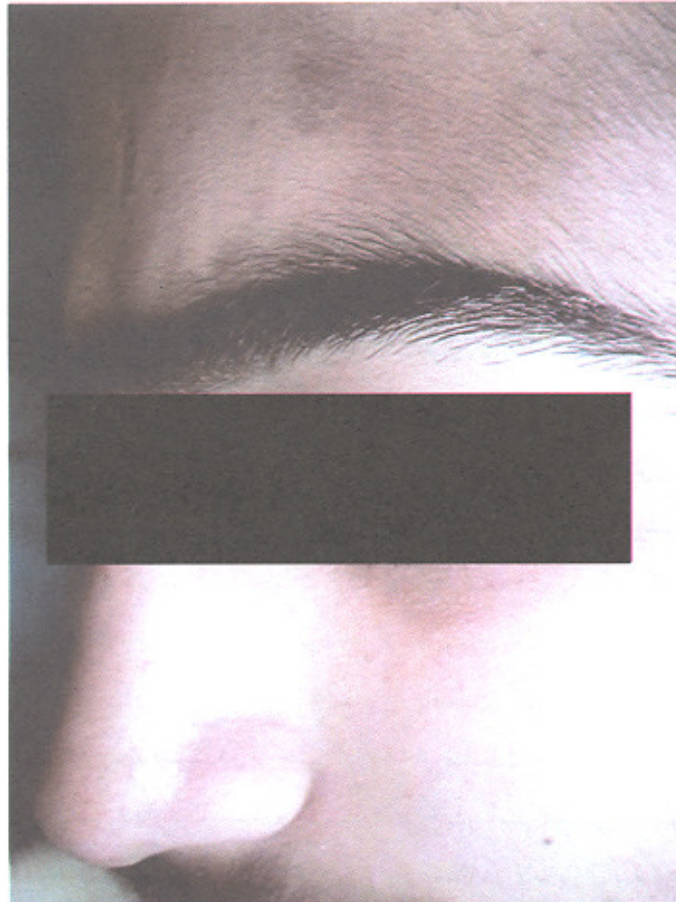
یافته‌های آسیب‌شناسی مشابه در ۱۰ بیمار لیکن اکتینیک از کشور آفریقایی تونس، هم در ضایعات تپیک و هم در ضایعات شبه ملاسمایی دیده شدند (۴). سلمان و همکاران، از میان ۱۳ بیمار لیکن پلان اکتینیک که به مرکز پوست دانشگاه آمریکایی بیروت (لبنان) مراجعه کرده بودند، سه بیمار را با نمای بالینی ملاسمای گسترده نواحی در معرض نور معرفی کردند که در بررسی آسیب‌شناسی یافته‌های لیکنوتید (درجاتی از هیپرگرانولوز، تخریب لایه بازال، نازک شدن لایه مالپیگی، انفیلترای لنفوسیتی درم پاپیلری و ماکروفاژهای حاوی پیگمان) کم و بیش دیده می‌شد (۱). صدر اشکوری یک مورد لیکن پلان اکتینیک فامیلی را در ۲ برادر از شمال ایران (رشت) گزارش نمود که ضایعات در یکی از آنها به صورت patch های قهوه‌ای رنگ ملاسمایی در صورت و شقیقه بود، ولی یافته‌های آسیب‌شناسی فوق‌الذکر در نمونه‌های گرفته شده از ضایعات پوستی هر دو برادر قابل مشاهده بودند (۶).

در آسیب‌شناسی ملاسما، افزایش فعالیت ملانوسیت‌ها عمدتاً در لایه بازال و سوپرابازال که به هیپرپیگمانتاسیون منجر می‌شود (نوع اپیدرمی)، یا افزایش ملانوفازها در درم پاپیلری و رتیکولر همراه با تغییرات اپیدرمی فوق‌الذکر (نوع درمی)، یافته‌های اصلی و تشخیصی هستند (۹). بنابراین وجود یافته‌های لیکنوتید در آسیب‌شناسی ضایعات شبه ملاسمایی لیکن پلان اکتینیک، آنها را از ملاسما افتراق می‌دهد (۱). همچنین وجود برخی یافته‌های بالینی از قبیل ضایعات لیکنوتید همزمان در نواحی پوشیده بدن یا درگیری (پیگمانتاسیون) اطراف چشم (پلک‌ها) و گاهی

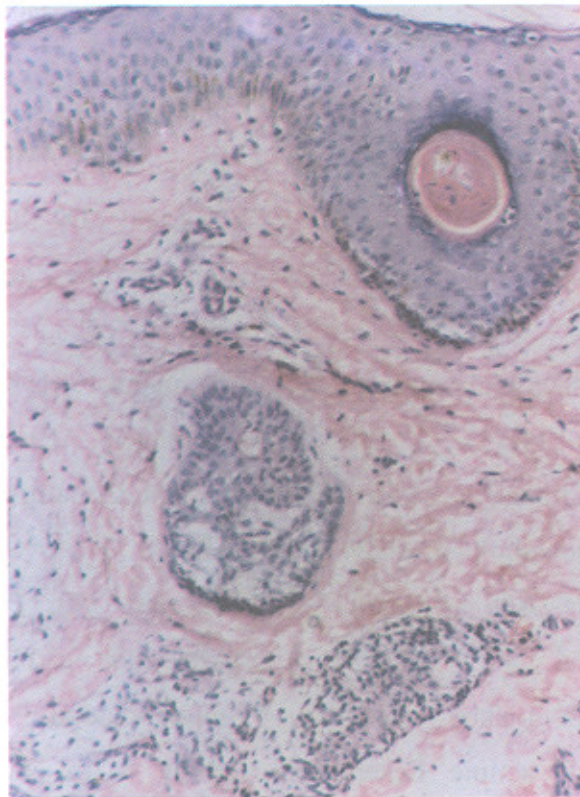
وجود ته رنگ آبی که در ضایعات پیگمانته درمی دیده می شود و با ضایعات معمولاً قهوه ای ملاسما تفاوت دارد، به افتراق این دو کمک می کنند (۱).

در بیمار معرفی شده در این گزارش نمای بالینی کاملاً ملاسمایی بود، ضایعه لیکنوئید دیگری یافت نشد، پلک ها

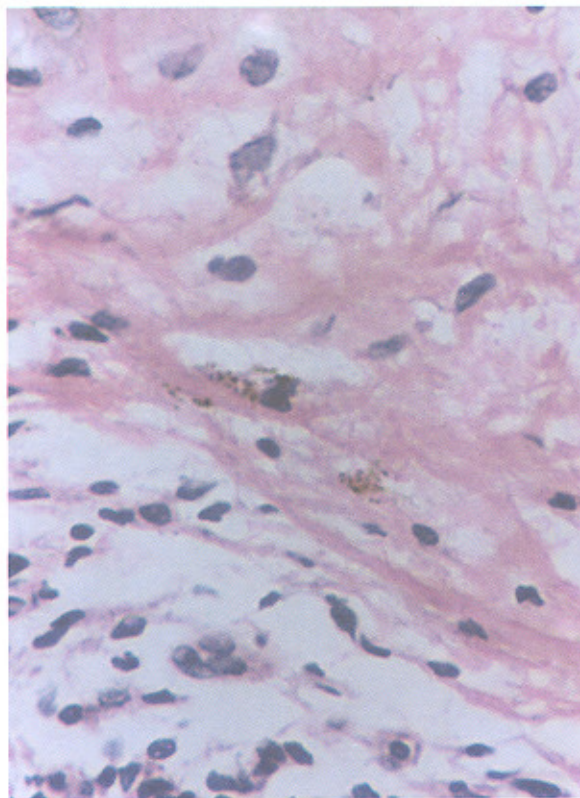
در گیر نبودند و فقط آسیب شناسی ضایعه تشخیص لیکن پلان اکتینیک را اثبات نمود. به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که در تشخیص افتراقی ملانوزهای صورت و ملاسما در برخی از نقاط جهان از جمله کشور ما باید لیکن پلان اکتینیک را هم در نظر گرفت.



تصویر شماره ۱ - Patch قهوه ای روشن ناحیه پیشانی همراه با پیگمانتاسیون بدون قرمزی و پوسته ریزی



تصویر شماره ۲ - هیپرپیگمانتاسیون نامنظم لایه بازال به همراه تغییرات و اکوتولیزاسیون این لایه (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین ، بزرگنمایی ۴۰ برابر)



تصویر شماره ۳ - ماکروفاژهای حاوی پیگمان که دال بر تخریب لایه بازال و Pigmentary incontinence می باشند (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین، بزرگنمایی ۴۰۰ برابر)

- 1-Salman AM, Khallouf R, Zaynoun S. Actinic lichen planus mimicking melasma. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 275-78.
- 2-El Zawahry M: Lichen planus tropicus. *Int J Dermatol* 1965; 4: 251-54.
- 3-Dilaimy M. Lichen planus subtropicus. *Arch Dermatol* 1976; 112: 1251-53.
- 4-Denguezli H, Noura R, Jomaa B. Lichen planus actinicus: A Clinicopathologic study of ten Tunisian patients. *Ann Dermatol Venereol* 1994; 121: 543-46.
- 5-Al-Fuzan AS, Hassab-el-Naby HM. Melasma-like (pigmented) actinic lichen planus. *Int J Dermatol* 1992; 31: 413-15.
- 6-Sadr-Ashkevari SH. Familial actinic lichen planus: Case report in two brothers. *Arch Iranian Med* 2001; 4: 204-06.
- 7-Isaacson D, Turner ML, Elgart ML. Summertime actinic lichenoid eruption (lichen planus actinicus). *J Am Acad Dermatol* 1981; 4: 404-11.
- 8-Verhagen ARHB, Kolen JW. Lichenoid melanodermatitis. *Br J Dermatol* 1979; 101: 621-28.
- 9-Sanchez NP, Pathak MA, Sato S, et al. Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural and immunofluorescence study. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4: 698-710.