

پسودو گریهید روزیا

(Pseudo chramidrose plantaire)

اول- ابرو و اسیون- تا آنجا که ما اطلاع داریم این اولین مورد بیماری است که در ایران منتشر میشود آقای سعود - ب دانش آموز ۶ ساله ساکن تهران در سه ماه پیش مشاهده سینماید که چند پلاک تیره رنگ روی پاهای او ظاهر شده است. در سابقه شخصی و فامیلی بیمار عارضه قابل توجهی دیده نشد بیمار از لحاظ دستگاہای مختلف بدن سالم است.

۱- در اولین معاینه از بیمار ۴۵/۱۱/۲ روی سطح خلفی خارجی پاشنه پای چپ یک پلاک محدود سیاه رنگ دانه دار بیضی شکل با اندازه $1 \times 2 \text{ cm}$ بطور عرضی در جهت محور پا از عقب بجلو قرار گرفته است. سطح این پلاک رایک طبقه هیپرکراتوز پوشانده است.

بازر بین کاملاً میتوان نقاط سیاه و گاهی قهوه‌ای رنگ سجزی از هم وردیف شده در چند خط تقریباً موازی مشاهده کرد - این خطوط موازی با خطوط طبیعی پوست هستند. همراه با این ضایعه هیچ گونه خارش یا دردی موجود نیست (ش ۱).

۲- در سطح داخلی پاشنه پای چپ نیز ۳ نقطه سیاه هریک با اندازه یک نخود پهلوی هم بدون اینکه با هم پلاکی را تشکیل بدهند وجود دارد روی آنها نیز همان منظره دانه دار پلاک قسمت خارجی همین پا دیده میشد.

۳- روی سطح خلفی خارجی پاشنه پای راست نیز یک پلاک کوچکتر با اندازه $1 \times 1/6 \text{ cm}$ وجود دارد رنگ آن کمتر و قسمتی از این پلاک بوسیله بیماریهای خارجی پوسته پوسته شده است. این پلاک کاملاً هیپرکراتوزیک بود و دارای دانه های سیاه و قهوه‌ای میباشد. در قسمت عقب تر این پلاک چند دانه سیاه رنگ دیده شد.

در معاینه بیمار علامت دیگر بروی هیچ یک از ضایعات دیده نمیشود در وهله اول انسان بفکر یک نووس رنگی میافتد ولی منظره دانه دار پلاکها، تاریخ شروع و سیر آن طبیب را بطرف بیماری PKP هدایت مینماید.

در اولین بار مراجعه بیمار پماد وازلین سالیسیله تجویز شد و ۱۵ روز بعد در ۴۵/۱۲/۶

هیچ گونه تغییری جز نرم شدن سطح پلاکها دیده نشد.



شکل ۱- لک سیاه و محدود و مخطط ودانه دار پای چپ بیمار

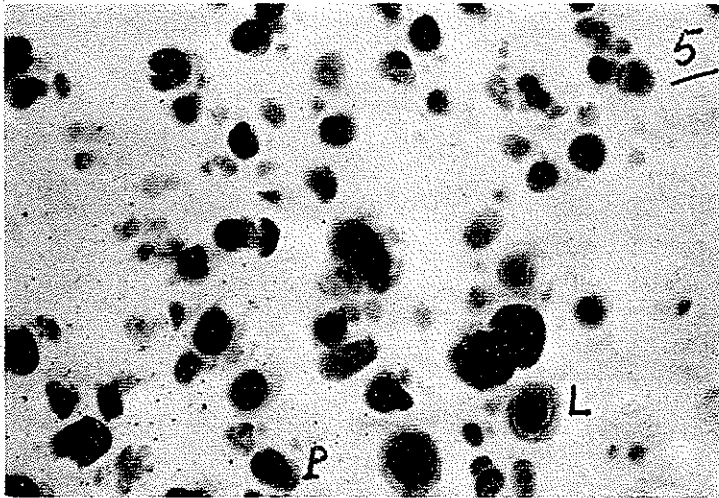
۴- از روی یکی از پلاکها با تیغ صورت تراشی طبقه نازکی برداشته شد (شکل ۲) چنانچه
ملاحظه میشود بروی این قطعات نازک خطوط موازی پوست دیده میشده ولی چنین بنظر میرسد



شکل ۲- روی تیغه های نازک سطح پلاکها نقاط سیاه ردیف شده و موازی آشکار است

که دانه های سیاه نیز روی همین خطوط قرار گرفته اند.

۵- در زیر میکروسکپ بدون هیچ گونه ثبوت و رنگ آمیزی دانه های قهوه ای و زرد باندهای مختلف دیده میشود (شکل ۳) بعضی از این توده ها را میتوان به لنفوسیت (L) و پلاسموسیت (P) تشبیه کرد.



شکل ۳- زیر میکروسکپ سیاه دانه های سیاه یا قهوه ای باندهای مختلف دیده میشوند این دانه گاهی دارای شکل لنفوسیت و زمانی دارای شکل پلاسموسیت هستند

۶-۷- اطراف این دانه های رنگی گاهی فضای حلقوی سفید رنگی دیده میشود که در حقیقت عبارتست از حفرات حاصله از مجاری مترشح عرق. (شکل ۴)

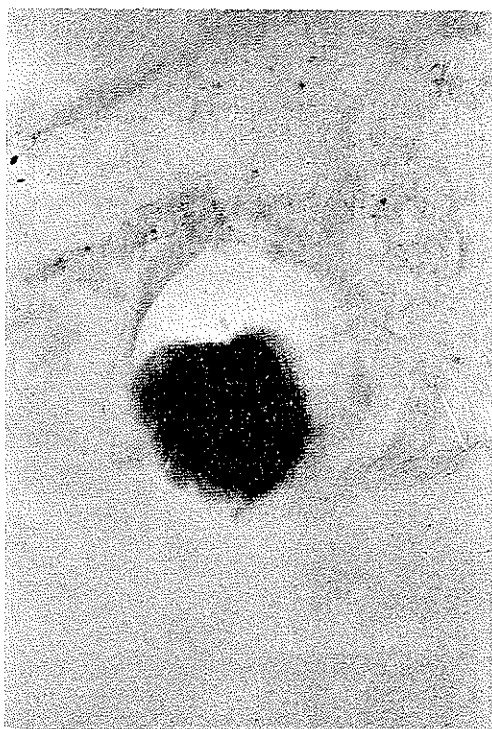
۸- در بیوپسی شماره ۳۸۰-۱۱/۱۲/۴۵ روی برش عرضی یک طبقه ضخیم شاخی بدون هسته های سلولی دیده میشود. روی این سطح حفراتی که همگی دارای توده های رنگین زرد و یا قهوه هستند ملاحظه میگردد.

۹ و ۱۰- در اطراف بعضی از این توده ها چند طبقه سلولهای دانه دار بطور حلقوی قرار گرفته اند و ممکن است بعضی حفرات خالی باقی بمانند. (شکل ۵)

۱۲- بروی برش استاندارد چند حفره در ردیف هم قرار گرفته و گاهی منظره پوست های پیاز را بخیاط می آورد. در اینجا نیز سلولهای دانه دار اطراف توده های سیاه موجود است. گاهی میتوان توده های رنگین را خارج از مجاری مترشح عرق ملاحظه کرد.

دوم- تار یخچه - پسودو کریپید روز پلانتر P. K. P نوعی آزار پوستی است که از زمان شناسائی آن بیش از چند سال نمی گذرد.

برای اولین بار Bazex و Salvador و Dupre (از مکتب درماتولوژی تولوز - فرانسه)



شکل ۴

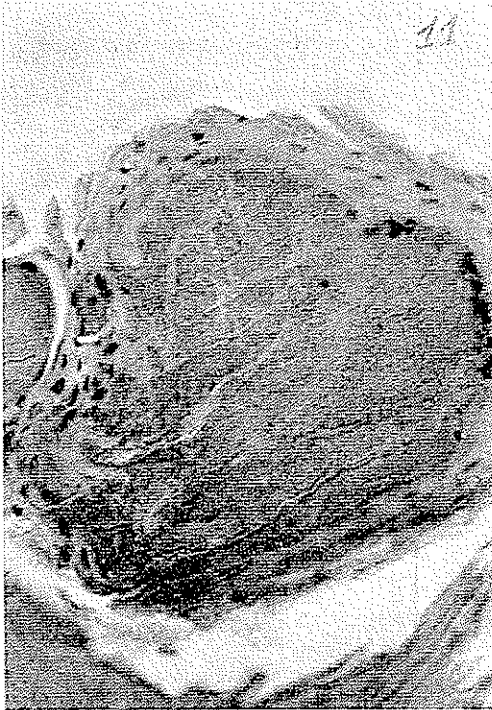
غالباً مواد رنگی در داخل مجرای
خروج عرق جایگرفته (کومدون ماده
رنگی) را بوجود میآورند

در ۱ مارس ۱۹۶۲ از این بیماری جلدی تحت عنوان Chromidrose Plantaire یاد کرده
و خواص آنرا از نظر بالینی - آسیب شناسی و هیستوشیمی بنحوکامل و شایسته ای شرح داده اند.
اولین ابرواسیون آنها بقرار زیر است:

نزد بیمار ۱۷ ساله ای مدت سه سال است که بروی دوسطح خلفی پاشنه پا یک لکه
سیاه رنگ و هیپرکراتوزیک و سخت بدون هیچ علامت دیگر ظاهر شده است. در اولین برخورد
شاید انسان متوجه یک خالکوبی تصادفی باقی ر شود. یا بفکر یک نووس رنگی بیفتد. ولی
چنانچه با ذره بین ضایعه را بینیم تعداد زیادی نقاط سیاه که پهلوی هم قرار گرفته اند مشاهده
خواهیم کرد.

بازکس و همکاران معتقدند که گرچه این بیماری جدید چندان فراوان نیست ولی میتواند
بخوبی یکی از نکات شگفت انگیز امراض پوستی بشمار رود.

آنها یادآوری مینمایند که چنانچه طبیب از آن اطلاعی نداشته باشد میتواند این بیماری
را با ضایعات دیگر اشتباه نماید. لذا باید آنرا شناخت و حداقل در حدود اسکان یک یا چند مورد
آنرا دید و بخاطر سپرد.



شکل ۵

ماده رنگی داخل مجرای خروج
عرق - سلولهای دانه دار در اطراف بخوبی
آشکار هستند

در ژوئن ۱۹۶۲ Hayek رساله خود را باین موضوع اختصاص داده و تحت عنوان
کرسیدروز Chromidrose Plan'aire یاد میکند. وای بعداً مکتب تولوز نامگذاری P.K.P
را بدان ترجیح میدهند.

در سال ۱۹۶۳ Degos و Civatte تحت عنوان K.P اکرین داخل طبقه شاخی یاد
کرده و مجدداً شرح حال بیمار ۱۳ ساله ای را میدهند.

این بیمار در سال ۱۹۵۷ مورد مطالعه بالینی و آسیب شناسی قرار گرفته در شرح بیوپسی
او که در سال ۱۹۵۷ بعمل آمده از وجود مواد رنگینی در داخل طبقه شاخی پوست نام میبرند.
در رنگ آمیزی های مختلف پیگمان دارای آهن و سلانین ندیده اند.

سیوات اظهار میدارد که این مواد در داخل مجاری خروج عرق وجود داشته در حالیکه
غدد مترشحه عرق طبیعی هستند. بعد از حذف پلاکهای رنگی هیچگونه عود بیماری دیده نشد.

در ۲۷ مارس ۱۹۶۵ LeCoulant سومین مورد این بیماری را (بعد از وارد باز کس و دو گوس)
معرفی مینماید و معتقد به بیماری جدیدی است که شناسائی آن را مدیون مکتب تولوز هستیم.
این دانشمند نزد بیمار ۶ ساله خود دو پلاک تیره رنگ بروی پاشنه های پادیده که
قدری دردناک بوده اند.

دریوپسی همان منظره‌ای یافتند که بازکس از آن یاد کرده است. در هیستوشیمی توده‌های رنگی فاقد پیگمان آهن و برخلاف مورد بازکس فاقد ملانین بوده و بعد از برداشتن پلاک تیره، بیماری عود ننموده است.

دره ۱۹۶ Dupre اظهار می‌دارد که مورد دیگر از این بیماری یافته است. Wilkinson بعد از جستجوهای عدیده در یک کالج جوانان از ۱۰۰ مورد این بیماری یاد میکند در تعقیب مطالعات وی مکتب تولوز پس از تحقیق در مرکز C.R.E.P.P. نتیجه می‌گیرد که یک چهارم جوانان این مرکز مبتلا به P.K.P. یک طرفه یا دوطرفه بوده‌اند. در سال ۱۹۶۵ Labouche مورد دیگری را تذکر می‌دهد و فراوانی آنرا نزد جوانان ورزشکار یادآوری می‌نماید.

بیمار ۱۸ ساله وی بروی پاشنه و شست پا دو پلاک تیره رنگ داشته و در امتحان درتشنیص P.K.P. تردید باقی نمانده است.

دریوپسی در طبقه شاخی توده‌های رنگین نارنجی دارای دانه‌های سیاه موجود بوده و یک طبقه سلولی دانه دار در اطراف این توده‌ها بویژه آنهایی که کوچک‌ترند دیده می‌شود. در هیستوشیمی جستجوی آهن و ملانین منفی بوده است.

Labouche فکر می‌کند آیا این سلولهای دانه دار Granule: leuse نقشی در ایجاد توده‌های رنگین ندارند؟

وی سنارش می‌کند که جویندگان اثر Elastase را بروی این سلولها مطالعه کرده و تأثیر مثبت یا منفی آنرا بروی این توده‌های رنگین مشاهده نمایند. نکته‌ای که باید تذکر داده شود این است که در سطوحات انگلیسی زبان حتی در جدیدترین آنها تا آنجا که ما اطلاع داریم هنوزیادی از این بیماری نشده است. از طرفی باید دانست که P.K.P. باردیگر پسودوکرومیدوز را بخاطر سیاه‌رنگی که بنویه خود این بیماری را باید شناخت و از خاطر نبرد.

سوم- صفات بالینی - این بیماری عبارتست از یک یا چند پلاک سیاه نقطه نقطه‌ای (خالدار) که بروی پا ظاهر می‌شود. این پلاکها به شکل بیضی بطول ۲ تا ۳ سانتیمتر و بعرض یک سانتیمتر بوده و محور بزرگ آنها موازی با چین خوردگیهای پوست است.

پلاکها دارای رنگ کاملاً سیاه و بدون درد است. تیرگی پلاک یکنواخت نبوده بلکه از مجموعه نقاط سیاه رنگی بوجود آمده است. چنانچه با ذره بین معاینه کنیم مشاهده می‌شود که این نقاط پشت سرهم و به شکل خطوط مختلف جهت قرار گرفته‌اند. و گاهی منظره دانه‌های

تسبیح را بخاطر میآورند (Lineaire) بدین ترتیب پوست سالم قسمتی از آنها را از هم مجزا میسازد. درماینه دقیقتر ملاحظه میشود که هریک از دانه های رنگین بستگی به یک سنند مجاری غدد مترشحه عرق دارد.

بدیهی است چنین منظره ای انسان را بیاد منشأ غددی این بیماری میاندازد. گاهی این پلاکها میتوانند سیمتریک باشند. (بیمار بازکس) محل ضایعات بیشتر کشف پایا بهتر پاشنه پاست. قسمت خلفی پاشنه پا بیش از همه دچار میشود. سواردی چند بروی شست پا نیز دیده شده است.

نکته ای که باید تذکر داده شود این است که اگر باصابون - الکل و یا اتر پوست را پاک کنند هیچگونه تغییری در رنگ پلاک P.K.P. دیده نمیشود. بتدریج نوعی هیپرکراتوز بعلت عمل مکانیکی و ضربات مداوم بروی پلاکها اضافه شده و هر قدر این هیپرکراتوز پیشرفت نماید درجه تیرگی پلاکها بیشتر میشود.

این بیماری اکتسابی است و بیشتر در جوانان دیده میشود. پسران بیش از دختران دچار میشوند. باید از خواص فصلی آن نیز یاد کرد. در تابستان بعلت اینکه بیمار در هوای آزاد بیشتری است و کفشهای راحت تری سی پوشد هیپرکراتوز و رنگ پلاک کمتر شده و حال آنکه در زمستان اهمیت بیشتری بخود میگیرد. همراه با این بیماری غالباً یک هیپریدروز مختصر بخصوص در تابستان دیده میشود.

سیر مرض بسیار ملایم معمولاً تغییرات محسوسه خواه از نظار بالینی یا محل ضایعات دیده نمیشود. تنها ممکن است که رنگ پلاک کمی تغییر بنماید و حال آنکه تعداد دانه ها تغییری نکرده است.

P.K.P. مرضی است که هیچگونه علامت یا راحت کننده نداشته تغییرات فیزیکی (استخوانی - ماهیچه ای) پایجاد نمینماید. غالباً در یک استخوان دسته جمعی Systematique از بیماران میتوان آنرا مشاهده کرد. گاهی ممکن است بیمارانی که بیشتر بخود توجه دارند (ترس از سرطان - بازکس) متوجه این لک شده بطیب مراجعه نمایند.

تشخیص - یکی از بهترین نشانه های بیماری عبارتست از اینکه چنانچه باتیغ صورت - تراشی قسمتی از طبقه شاخی را بتراشند و سطوح داخلی و خارجی این قسمت را تماشا کنند دانه های سیاه مخطوطی بروی آن مشاهده بنمایند. این استخوان در صورت مثبت بودن خاص این بیماری است.

چنانچه بانوک بیستوری یکی از این نقاط را بردارند ملاحظه میشود که دانه های سیاه یا قهوه ای رنگی کوچک و سفت بدست میآید.

بالاخره بادقت در شروع بیماری وسیرملائیم آن شناسائی آن ممکن است.

چهارم- تشخیص افتراقی- P.K.P. قبل از همه با ضایعات رنگین با سطح بیشود مانند نووس های رنگین وبویژه باملائوم بدخیم. مقایسه این بیماری باملائوم بدخیم اهمیت خاصی بان داده است.

شباهت P.K.P. به زگیلهای کف پا زیاد است وگاهی این دوبیماری همراه هستند و ممکنست باهم اشتباه شوند. بخصوص که نوع پیگمان در هر دو بیماری یکی است. و احتمال دارد که مکانیسم تشکیل آن نیز برای هر دو بیماری نیز یکی باشد.

پنجم - صفات آزمایشگاهی - الف - هیستولوژی - باروش رنگ آمیزی معمولی میتوان بمطالعات زیر پرداخت.

۱- پوست وقسمت سلولی اپیدرم (طبقه مالپیگی) کاملاً سالم هستند - هیچگونه ضایعه التهابی و واکنش اپیتلیال یا هیپرپلازی نوویک وجود ندارد.
غدد اپوکرین موجود نیست وغدد مترشحه عرقی اکثرین طبیعی بوده و فاقد توده های رنگین میباشد.

۲- در طبقه شاخی توده های رنگین با میکروسکپ معمولی دیده میشود. اندازه وسحل آنها متفاوت است - این دانه های سیاه هر چند در سطح نزدیکتر میشوند بزرگتر میگرددند. محل آنها بستگی به مجاری خروج عرق دارد که در داخل قسمتی از این مجاری جای میگیرند. بطوریکه میتوان آنها نوعی کم دون مواد رنگی دانست.

این مواد گاهی هیچ نوع بستگی به مجاری فوق نداشته بلکه بطور آزاد روی طبقه شاخی یافت میشوند. در اینجا باید توجه داشت که این موضوع میتواند مربوط به تغییرات یا خطای برش بلوک ها باشد.

بنظر میرسد برش ناقص کوپهای بافت شناسی میتواند این مواد را خارج از مجاری نشان دهد.

بالاخره باید دانست که گاهی این مواد شکل مجاری عرقی را بخود میگیرند.

در اطراف این توده ها چند سلول اندوتلیال با غسته های سطح دیده میشود. هیچگونه چسبندگی بین این توده ها وجدار مجاری عرق وجود ندارد.

ب- باکتریولوژی - منشأ این مواد رنگین چیست.

۱- دراستحان میکروسکپی ساده بنظر میرسد که این مواد تنها از پیگمان بوجود آمده اند و دانه ها دارای شکل خاص وهم آهنگی نبوده ساختمان مشخصی ندارند.

۲- دراستحان دقیقتر Immersion چنانچه یکی از دانه های رنگین را مطالعه کنیم مشاهده

میشود که در اطراف آن تعداد زیادی اشکال دیپلوباسیل وجود دارد و بنظر میرسد که این اشکال نوعی باکتری رنگین باشند (بازکس) که میتوانند در عمق سجاری عرق (قسمت داخلی طبقه شاخی) زندگی کنند. و تشکیل کلتی های حقیقی میکربی بدهند و مجموعه چند کلتی میتوانند توده های سیاه فوق الذکر را بوجود بیاورند. باکتریهای احتمالی مطلقاً در قسمت سجاری خروج عرق موجود بوده و قسمتهای مترشحه سالم باقی میمانند.

این کلتیها در عمق کوچک و در سطح بزرگترند.

ولی این نظر مورد قبول همگان نیست. زیرا هیچ گونه میکربی با استخوان مستقیم و کشت تا بحال دیده نشده است.

ج- هیستوشیمی - ۱- در واکنش های عمومی رنگ آمیزی هوچکین سالک مازوس جواب مثبت متفاوتی یافته اند. واکنش پاس منفی و هیچ گونه مواد شامل سوکوسا کارید دیده نشده است.

۲- در مطالعه پیگمان - آبی پروس منفی است - قسمتی از دانه ها دارای خواص اسید والکل ورزیستانس هستند. واکنش Chevrement بروی بعضی دانه ها شدیداً مثبت است. رنگ دانه ها بوسیله مواد رنگ بر کلر - برم - اسید کلریدریک از بین میرود. و احیاء آنها با پرتقه ماسون مثبت است. از استحانات فوق چنین برمی آید که سواد رنگی از نوع سیمانی هستند و دارای هیچگونه سواد موکوبیلی ما کارید نیستند. این فاقد پیگمان آهن و لیپوفوشین اند. قسمتی از آن احتمالاً دارای سلازین است (بازکس) بالاخره یک تئوری جدید وجود مشتقات هموگلوبین را بنظر میرساند بدین ترتیب که ممکن است ضربات سرکری برای پاشنه پا بتدریج نوعی خونریزی جزئی ایجاد کند و از این خونریزی نوعی پیگمان مشتق از هموگلوبین آزاد گردد که بتدریج تشکیل یک توده رنگی میدهد.

د- فلزشناسی - بعلمت وجود خاصیت بیرفرلز آنس دانه های رنگی و ظهور بلورهای تقریباً حجیم در میان این سواد از نقطه نظر فلزشناسی نوع فلزها شبه فلز که احتمالاً در ساختمان این سواد (آهن و غیره) بکار رفته باید تحقیقات بیشتری بشود. زیرا تا بحال نتیجه قابل توجهی بدست نیامده است.

ششم- درمان - P.K.P. دارای درمان خاصی نیست زیرا بیماری کاسا قابل تحمل است. در عین حال چند جلسه بطور هفتگی درمان با برف کربونیک مفید است.

برداشتن خالهای رنگین با بیستوری نیز توصیه شده است. عود بیماری کمیاب است. شاید بتوان با محلول اسید کلریدریک رقیق سبب پریدگی یا از بین رفتن رنگ پلاکها شد.

هفتم- خلاصه - P.K.P. بیماری جدیدی که باز کس برای اولین بار از آن یاد میکند و

جادارد که بنام بیماری بازکس خوانده شده بنظر میرسد که چندان استثنائی نباشد. درآزمایش سیستماتیک از بیماران جوان چه بسا میتوان بمقدار قابل توجهی آنرا یافت. P.K.P گرچه در گروه کرمیدروز طبقه بندی شده اما تفاوت زیادی بآن دارد. زیرا در این بیماری غدد مترشحه عرق کاملاً سالم باقی میمانند. و تنها آزارها مربوط به مجاری غدد عرق هستند.

از نظر بالینی شناسائی آن آسان است. این بیماری هیچگونه ناراحتی ایجاد نکرده و درمان خاصی جز بمنظور زیبایی برای آن در نظر نگرفته اند. تنها اهمیت این بیماری تشخیص افتراقی آن با سلانوم بدخیم است. و طبیب باید آنرا بشناسد و با بیماری دیگری اشتباه نکند.

BIBLIOGRAPHIE

Bazex. A, Salvador, Dupre, Chromidrose plantaire Bull soc derm F
1962 69, 489.

Basex. A coll Pseudo chromidrose Plantaire, revue Lyon T XIL N4,
1963 p 205-212.

Basex, A coll Pseudo chromidrose plantaire Bull soc derm F n 2 1964
t 71 p 284.

Degos, Civatte, Pseudochromidrose ecrine intracornee bull soc derm F
402, 1963.

Hayek J P La chromidrose a propos de : These med de Toulous 1962.

Labouche Pseudo chromidrose plantaire bull soc derm F t 72 n 4 1965,
p 444.

Le coulant, coll Pseudo chromidrose plantaire bull soc derm F t 72
1965, p 211.