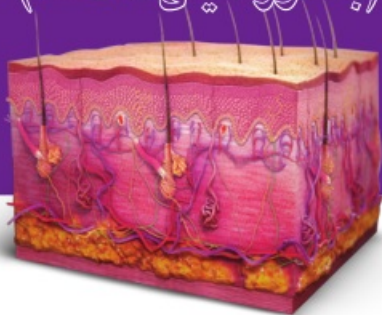




نحوه برخورد و بررسی
ضایعه پوستی
(به طور خیلی خلاصه)

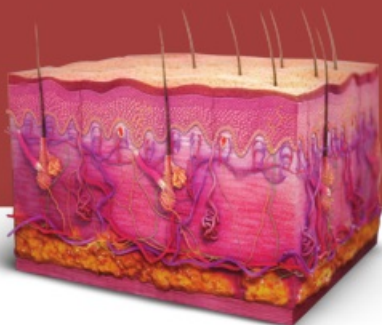


معاینه و شرح حال

۱. معاینه: بررسی ضایعات از نظر شکل، رنگ، محل، پیشرفت و گسترش، مدت و دوره ضایعات، فواصل بهبودی یا کاهش شدت بیماری
۲. علائم همراه: خارش، سوزش، درد، بی حسی، تورم، تغییر رنگ و ... چه عاملی باعث تسکین یا کاهش علائم می شود.
چه زمانی شدت علائم بیشتر است (صبح، شب).
۳. داروهای مصرفی
۴. علائم سیستمیک همراه: تب، لرز، درد مفاصل، ...
۵. بیماری های قبلی یا فعلی
۶. سابقه آلرژی
۷. سابقه حساسیت به نور
۸. ارزیابی نشانه ها
۹. سابقه فامیلی
۱۰. الگوی زندگی: تفریحات، مسافرت های اخیر، نوع ورزش
۱۱. شغل



ساختمان پوست



پوست شامل دو لایه اپیدرم و درم است.

الف) اپیدرم:

لایه‌های اپیدرم شامل موارد زیر است:

- طبقه شاخی: سطحی‌ترین لایه، Turn over این لایه ۱۴ روز است.
- طبقه دانه‌دار
- طبقه سنگفرشی یا خاردار: شامل ۵-۱۰ ردیف سلول چندضلعی تقریباً مسطح است. سلول‌های لانگرهانس که نوعی ماکروفاژ هستند و دفاع در برابر عوامل میکروبی و مواد سمی خارجی را به عهده دارند (سد دفاعی مهم)، در این لایه قرار دارند.
- لایه پایه یا بازال: سلول‌های کراتینوسیت و ملانوسیت (سنتز ملانین) و مرکل^۱ (که در حس لامسه نقش دارد) در این لایه قرار دارند.

بیماری‌های اپیدرم

* Turn over تمام لایه‌های اپیدرم به طور طبیعی ۳-۴ هفته است که در بیماری پسوریازیس به ۷-۴ روز می‌رسد.

* SCC^۲ یکی از سرطان‌های شایع پوست است که از سلول‌های طبقه سنگفرشی منشأ می‌گیرد.

* تکثیر موضعی و خوش خیم ملانوسیت‌ها در اثر نور خورشید در دوران پیری که باعث ایجاد کک و مک^۳ می‌شود. رشد سرطانی این سلول‌ها باعث بروز ملانوم و از بین رفتن آنها منجر به بیماری برص (پسی)^۴ می‌شود.

ب) غشاء پایه^۵

به محل اتصال درم و اپیدرم گفته می‌شود و در بیماری‌های اتوایمیون مثل (بولوز پمفیگوئید) درگیر می‌شود.

ج) درم

عامل اصلی استحکام پوست است و دارای کلاژن، فیبر، رتیکولین و ... است. خاصیت ارتجاعی پوست به دلیل پروتئین‌های الاستین و رتیکولین در این لایه است.

بیماری‌های درم: در Cutis Laxa (پوست شل) خاصیت ارتجاعی پوست از بین رفته و پوست شل و دارای چین و چروک زیاد می‌شود. در روند پیری ساختمان کلاژن و فیبرو الاستین تغییر کرده در نتیجه استحکام پوست کاهش و باعث افزایش چین و چروک می‌شود.

ضمانت پوست

مو (شکل ۱-۲)

غدد سباسه: مجاور قسمت سطحی مو قرار دارند و مجرای ترشخی آنها

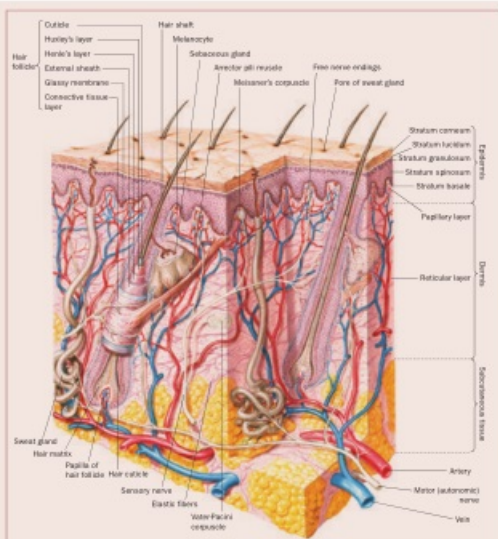
1. Merkel
2. Squamous Cell Carcinoma
3. Senile Lentigo
4. Vitiligo
5. Basement Membrane Zone(BMZ)

ساختمان پوست

به داخل منفذ مو باز می‌شوند (بروز آکنه و جوش به این غدد مرتبط است).

غدد عرق اکرین^۱

غدد آپوکرین^۲: در زیر بغل، نواحی کشاله‌ها و ژنیتال قرار دارند و ترشحات را به آنفندیبولوم مو می‌ریزند (تولید بوی نامطبوع).

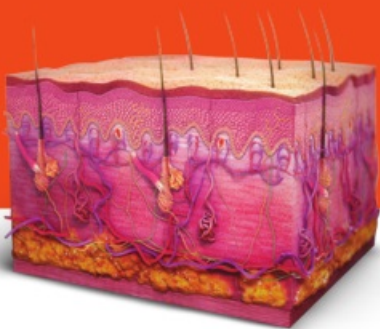


شکل ۱-۲. ساختمان طبیعی پوست و ضمائم آن

1. Eccrine
2. Apocrine



اساس تشخيص و آناتومی
ضایعات پوستی



ضایعات اولیه^۱: ضایعات اولیه ضایعاتی هستند که از اول به همان شکل ظاهر می‌شوند.

ماکول^۲: ضایعه مشخص و مسطح (غیرقابل لمس) با قطر کمتر از ۵ میلی‌متر که ممکن است به رنگ‌های قهوه‌ای، آبی، قرمز یا رنگ‌های دیگر باشد (شکل ۱-۳).

مثال برای ماکول قهوه‌ای: خال بکر^۳، لکه‌های شیرقهوه (در نوروفیبروماتوز)، اریتراسما، بشورات دارویی، کک و مک، خال Junctional، لنتیگو، لنتیگوی بدخیم، ملاسما، بشورات دارویی فوتوآلترژیک، درمانیت استاز، *Tinea nigra palmaris*.

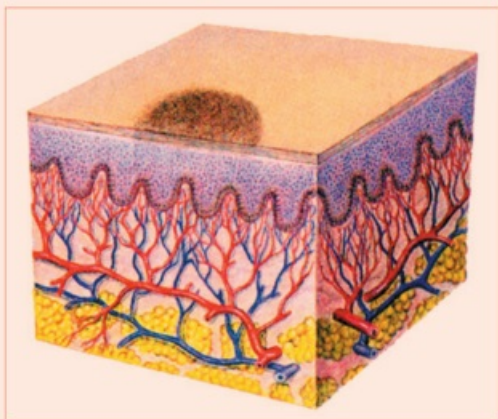
مثال برای ماکول آبی: خال کوبی، *Mongolian spot*، *Ochronosis*.
مثال برای ماکول قرمز: بشورات دارویی، آرتریت روماتوئید جوانان، تب روماتیسمی، سیفیلیس ثانویه، آگزانتسم ویروسی^۴ - *nevus anemicus / idio-pathic go hate hypo melanosis*

مثال برای ماکول کم‌رنگ:

لکه^۵: همان ماکول با ابعاد بیشتر از ۱/۵-۱ سانتی‌متر است و همان تشخیص‌های افتراقی را دارد.

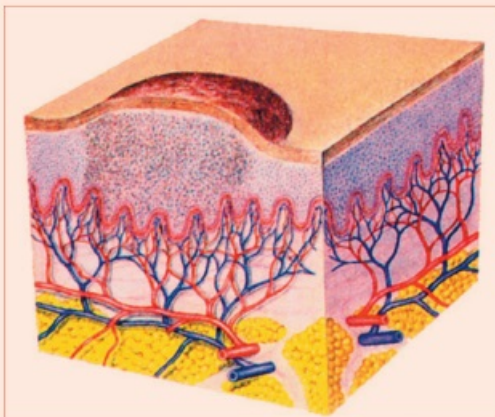
پاپول^۶: ضایعه برجسته با قطر حدود ۵ میلی‌متر، در رنگ‌های متنوع و ممکن است در سیر بیماری به پلاک تبدیل شود (شکل ۲-۳).

مثال برای پاپول زرد یا سفید یا قرمز روشن: آدنوم سباسه، BCC، کومدون بسته، زگیل مسطح، گرانولوم آنولر، لیکن نیتیدوس،



شکل ۱-۳. ماکول

1. Primary Skin Lesions
2. Macule
3. Becker
4. Viral Exanthemes
5. Patch
6. Papule



شکل ۲-۳. پاپول

لیکن اسکروز آتروفیه، میلیا، مولوسکوم، خال (درمال)، نوروفیبروم، pearly penile papules/ sebaceous hyperplasia, pseudoxtoma elasticum / skin tags

مثال برای پاپول قرمز: آکنه، درماتیت اتوپیک، کهیر کولینرژیک، اگزما، فولیکولیت، گزش حشرات، کراتوز پیلا، واسکولیت لوکوسیتو کلاستیک، میلیاریا (عرق جوش)، پسوریازیس، گرانولوم پیوژنیک، گال، کهیر. مثال برای پاپول قهوه‌ای: درماتوفیبروم، کراتوز فولیکولر، ملانوم، خال، کراتوز سورثیک، کهیر، زگیل.

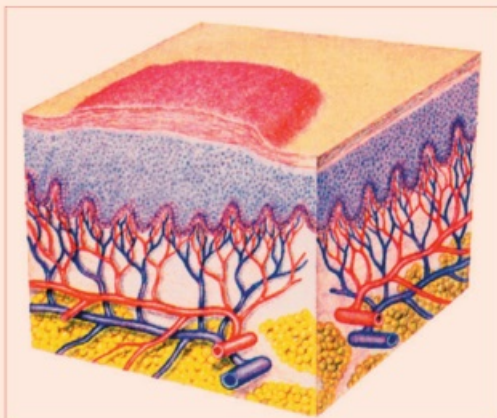
مثال برای پاپول آبی یا مایل به بنفش: آنژیوکراتوم، خال آبی، لیکن پلان، لنفوم، سارکوم کاپوزی، ملانوم، مایکوزیس فونگوئیدس^۱. پلاک^۲: ضایعه با حدود مشخص، برجسته سطحی (محدود به اپیدرم و درم) و نیز سفت با قطر بیشتر از ۵ میلی‌متر اغلب در ابتدا پاپول بوده که در سیر بیماری به پلاک تبدیل شده است (شکل ۳-۳).

مثال برای پلاک: اگزما، مایکوزیس فونگوئیدس، ضایعات پاپولواسکوما^۲، DLE، لیکن پلان، پیتیریازیس روزه، پسوریازیس، سیفیلیس ثانویه، درماتیت سورثیک، تینه‌اکورپوریس^۳، تینه‌اورسیکولر^۴.

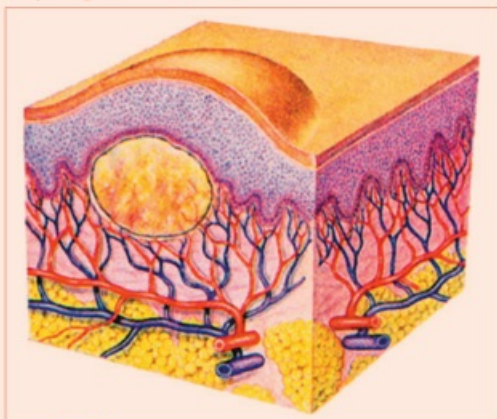
ندول^۵: ضایعه با حدود مشخص برجسته، سفت با قطر بیش از ۵ میلی‌متر (می‌تواند به صورت برجستگی دیده و یا فقط لمس شود) در واقع پاپولی با قطر بیشتر از ۵ میلی‌متر است (شکل ۳-۴).

تومور: یک ندول بزرگ با قطر بیش از ۲ سانتی‌متر و سفت‌تر از ندول است.

1. Mycosis Fungoides
2. Plaque
3. Scaling
4. Tinea Corporis
5. Tinea Versicolor
6. Nodule



شکل ۳-۳. پلاک



شکل ۳-۴. ندول

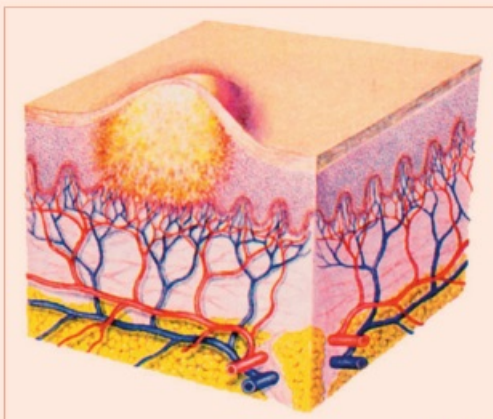
BCC، اریتم ندوزوم، کورک^۱، همانژیوم، سارکوم کاپوزی، کراتوآکانتوم، لیوم، لنفوم، ملانوم، متاستاز، مایکوزیس فونگوئیدس، نوروفیبرماتوز (شکل ۳-۵)، خارش ندولر^۲، اسپوروتریکوز، SCC، زگیل، گزانتوم، پوستچول^۳: ضایعه سطحی برجسته حاوی چرک (لوکوسیت و باکتری) (شکل ۳-۶).

آکنه، کاندیدیاز، عفونت قارچی، دیس هیدروزیس^۴، فولیکولیت، گونوکوسمی،

1. Furuncle
2. Prurigo Nodularis
3. Pustule
4. Dyshidrosis



شکل ۳-۵. الف) پاپول و نودول در بیماری پوروریگونودولاریس ب) نودول سفت و ضخیم روی بازوها به دنبال خارش ج) ضایعات ۰/۵ تا یک سانتی متر به رنگ قرمز-قهوه‌ای در اثر خاراندن عادت‌ی پوست

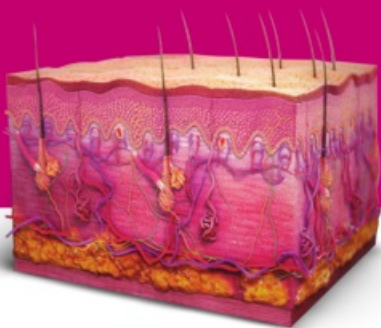


شکل ۳-۶. پاسچول

۴

تشخیص

بیماری‌های پوستی



تاریخچه

معاینه بالینی: بیمار برهنه شود، مواد آرایشی پاک شود، ضایعه شسته و پاک شود. ضایعه و اطراف آن بررسی شود.

تشخیص در بیماری‌های پوست، هم براساس نحوه پراکندگی ضایعات (در کدام قسمت بدن) و هم براساس شکل ضایعات (نوع ضایعات) و هم براساس آرایش ضایعات و به دنبال هم قرار گرفتن ضایعات استوار است.

الف) پراکندگی^۲

برای مثال درماتیت سبورئیک (D.S) خیلی شبیه درماتیت اتوپیک (AD) است ولی کلید تشخیص در موقعیت ضایعات می‌باشد.

D.S: پوست سر، جلو سر، ابرو، چین نازولیبیال، وسط سینه را در بر می‌گیرد.
D.A: به طور تیپیک قدام آرنج، چین آنته‌کوبیتال و چین پوپلیتال را درگیر می‌کند.

به ضایعه پوستی از نظر لوکالیزه یا پراکندگی، قرینه بودن یا عدم آن توجه شود. حتما دهان بررسی شود. به نکات منفی و مثبت توجه کنید. احتمال بدخیمی پوستی را در نظر داشته باشید.

ب) مورفولوژی^۳

شکل ضایعه، اندازه، رنگ، حاشیه، سطح، قوام^۴ (زبر، نرم، سفت، صاف)، گرمی، توجه به ضایعات اولیه و ثانویه (رجوع به فصل قبل).
ضایعات اولیه پوست می‌توانند در اثر خراشیدن، زخم شدن، بهبود یافتن و ... تبدیل به ضایعات ثانویه شوند.

ندول‌ها ممکن است اگزوفیتیک (برجسته) و یا اندوفیتیک (مسطح ولی قابل لمس در زیر پوست) باشند.

بیماری‌های خیلی کمی واقعاً ماکولوپاپولر هستند. از به کار بردن این عبارت خودداری کنید. مگر در بشورات دارویی و اگزاتم و بیروسی. Scar- letiform (پاپول‌های برجسته و نقطه نقطه‌ای، مانند مخملک) - Mor- billiform (اگزاتم صورتی کمی برجسته، شبکه‌ای تور مانند، نقطه‌ای، مانند سرخک).

ابزارها و تکنیک‌ها: ذره‌بین، دیاسکوپ، لامپ وود^۵ (در ضایعات قارچی، مشخص کردن محدوده دقیق بیماری‌های پیگمانته مانند اریتراسما، عفونت‌های پسودومونایی، پیتیریازیس و رسیکالر).

در معاینه با لامپ وود نور سببز (درماتوفیتوز) درخشان؛ میکروسپورم کانیس

و ادونینی، سبزمات: تریکوفیتون شوئن لاینی







نور قرمز مرجانی: اریتراسما

1. Configuration
2. Distribution
3. Morphology
4. Textur
5. Wood's lamp

جدول ۱-۴. تعاریف ضایعات اولیه


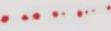

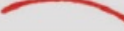


definition	Small (less than 0.5 cm)	Large (greater than 0.5 cm)
Elevated solid lesions	Papule	Nodule (greater than 0.5 cm in both width and depth)
Plaque (greater than 2 cm in width but without substantial depth)		
Flat area of altered color or texture	Macule	Large macule (patch)
Fluid-filled blister	Vesicle	Bulla
Pus-filled lesion	Pustule	Abscess
Extravasation of blood into skin	Petechia (pinhead size)	Ecchymosis
	Purpura (up to 2 mm in diameter)	Haematoma
Accumulation of dermal oedema	Wheal (can be any size)	Angioedema

جدول ۲-۴. شکل ظاهری پاپولی

Dome-Shaped		گنبدی شکل
Pedunculated		پایه دار
Verrucous		متخلخل و ناهموار
Umbilicated		نافدار
Flat-Topped		برجسته و مسطح
(Spire-like) Acuminate		نیزه‌ای

پ) نحوه قرار گرفتن ضایعات^۱

جدول ۳-۴. نحوه قرار گرفتن ضایعات

Grouped		گروهی
Linear		خطی
Serpiginous		مارپیچ
Arcuate		قوسی
Nummular		سکه‌ای
Annular		حلقوی

مشاهده با لامپ وود در ویتیلیگو و پیتیریازیس و رسیکالر ضایعات مشخص‌تر و وسعت آن را آشکارتر می‌کند. در پورفیوری رنگ ادرار با لامپ وود قرمز مایل به صورتی می‌شود.
دیاسکوپ^۲: فشردن ضایعه با یک لام یا قاشق پلاستیکی شفاف که به وسیله آن ضایعات عروقی به هنگام فشردن شدن محو می‌شوند.

ارزیابی پاراکلینیکی

آزمایش محلول هیدروکسید پتاسیم ۲۰٪ یا ۱۰٪: برای عفونت قارچی و دیدن ریشه‌ها. در شک به ضایعات قارچی پوسته یا مو یا ناخن چیده شده را در ۲۰٪ KOH غوطه‌ور می‌کنند و سپس زیر میکروسکوپ بررسی می‌کنند.

سیتولوژی^۳: آزمایش سیتولوژیک تست زانک^۴ است که روش سریع و مطمئن در تشخیص ضایعات وزیکولر است.

سلول‌ها پس از تهیه لام و رنگ آمیزی گیمسا یا رایت^۵، در زیر میکروسکوپ بررسی می‌شوند. در ضایعات ویروس هرپس سیمپلکس، هرپس زوستر و آبله مرغان، سلول‌های غول‌آسای چند هسته‌ای دیده می‌شوند.

آزمایش پوستی (پیچ تست)^۶: برای مشخص کردن آلرژن‌ها در درماتیت تماسی^۷ آلرژیک به کار می‌رود و در درماتیت تماسی تحریکی بی‌ارزش است (شکل ۱-۴).

نحوه ارزیابی پیچ تست به صورت زیر است:

این تست به صورت استاندارد شده موجود است. مواد تست در ناحیه پشت

1. Configuration (arrangement)
2. Diascopy
3. Cell Cytology
4. Tzank Test
5. Wright
6. Patch Test
7. Contact Dermatitis

جدول ۴-۴. نحوه ارزیابی پچ تست

NT	Not tested	تست نشده
o	No reaction	بدون واکنش
±	Doubtful (minimal/marginal) reaction	واکنش مشکوک (واکنش لپ مرزی)
+	Weak (non-vesicular) reaction	واکنش ضعیف
++	Strong (vesicular or oedematous) reaction	واکنش شدید
+++	Extreme reaction	واکنش فوق‌العاده شدید
IR	Irritant reaction	واکنش تحریکی

بیمار زیر دیسک‌های آلومینیومی قرار می‌گیرند. صفحات به مدت ۴۸ ساعت در محل باقی می‌مانند و بعد برداشته می‌شوند. محل بلافاصله و ۹۶ ساعت (۴ روز بعد) بازدید می‌شود. این تست هیپرسنسیتیویتی نوع تأخیری (Type IV) را مشخص می‌کند.

مثبت بودن تست لزوماً به معنی آن نیست که این ماده مسئول درماتیت تماسی است. نتیجه باید با بررسی سوابق بیمار و احتمال تماس قبلی با آن آلرژن در نظر گرفته شود. به کار بردن این تست نیاز به دقت در جزئیات ماده به کار برده شده و تجربه در تفسیر نتیجه آزمایش دارد.

بیوپسی^۱

بیوپسی به راحتی انجام می‌شود و عمدتاً دو نوع است: ۱- punch biopsy، ۲- scalpel biopsy.



شکل ۴-۱. تست پوستی (پچ تست): آلرژن‌های شایع موجود روی پچ‌های آماده به پوست ناحیه کمر چسبانده می‌شود و ۲-۳ روز بعد هنگام برداشتن پچ تست واکنش‌های احتمالی آلرژیک به شکل قرمزی، پاپول، و زیکول ارزیابی می‌شوند. گاهی لازم است به علت واکنش‌های دیررس و تأخیری پوست بیمار ۴ روز و یا ۷ روز بعد مجدداً معاینه شود.

1. Skin Biopsy

تشخیص بیماری‌های پوستی

بیوپسی به وسیله پانچ^۱: ناحیه‌ای به اندازه ۳-۴ mm در نظر گرفته می‌شود و لیدوکائین ۱% داخل درم تزریق و یک قسمت استوانه‌ای از پوست به وسیله پانچ که روی پوست به چپ و راست چرخانده می‌شود، بریده می‌شود. سپس استوانه به وسیله یک سوزن (نیدل) بالا کشیده می‌شود و در ناحیه چربی زیرپوستی بریده می‌شود. نمونه برای آسیب‌شناسی (پاتولوژیست) به همراه خلاصه‌ای از تاریخچه، تشخیص‌های افتراقی و سن بیمار فرستاده می‌شود.

بیوپسی با اسکالپل^۲: با این روش بافت بیشتری برداشته می‌شود. از این روش بیشتر استفاده می‌شود زیرا هم از چربی زیرپوستی و هم از بافت طبیعی و غیرطبیعی بیوپسی برداشته می‌شود. بیوپسی از حاشیه ضایعه انجام می‌شود به طوری که بافت طبیعی و غیر طبیعی به همراه چربی زیرپوستی برداشته می‌شود.

نمونه بهتر است در هر دو مورد بیوپسی با نیدل خارج شود، زیرا در استفاده از فورسپس و پنس برای گرفتن نمونه ممکن است بافت فشرده و نمای طبیعی ضایعه به هم بخورد. زخم سپس بخیه می‌شود. فشار به مدت ۵ دقیقه جلوی خون‌ریزی را می‌گیرد. از نخ غیرقابل جذب ۳/۰ برای پا و پشت، ۵/۰ برای صورت، ۴/۰ برای سایر نواحی استفاده شود.

کشیدن بخیه: در صورت پس از ۵-۴ روز، جلو تنه و اندام فوقانی و بازوها پس از ۱۰-۷ روز، پشت و پاها پس از ۱۴-۱۰ روز انجام شود.

توجه به این نکات هنگام بیوپسی ضروری است:

- حتی‌الامکان ضایعات تازه را انتخاب کنید.
- نمونه از لبه ضایعه برداشته شود.
- در نواحی که احتمال اسکار وجود دارد، بیوپسی انجام نشود.
- از بیوپسی اندام فوقانی یا ناحیه چانه به دلیل احتمال بیشتر بروز کلونید خودداری کنید.
- از بیوپسی پاها به دلیل این که زخم دیر بهبود می‌یابد خودداری کنید.
- از بیوپسی ضایعات روی برآمدگی‌های استخوانی به دلیل احتمال بروز عفونت خودداری کنید.
- از بیوپسی با اسکالپل برای بیماری‌های سر و بررسی عروق و چربی زیر پوست استفاده شود.
- بافت را فشار ندهید.
- از فیکساتور مناسب استفاده کنید.
- اگر از دو ضایعه بیوپسی می‌کنید آنها را با هم مخلوط نکنید. قبل از انجام بیوپسی دو ظرف را نام‌نویسی کرده و ضایعات را جداگانه در هر کدام بیندازید.
- مطمئن باشید که نام، سن و جنس بیمار را روی ظرف نمونه واضحاً نوشته‌اید.
- خلاصه سابقه بیماری، تشخیص‌های افتراقی و محل بیوپسی را به پاتولوژیست بدهید.

1. Punch Biopsy

2. Scalpel Biopsy

تست‌های آزمایشگاهی

تست‌های آزمایشگاهی در تشخیص بسیاری از بیماری‌های پوستی حیاتی است و شامل بررسی‌های مختلف خون، سرم، کشت باکتری یا قارچ یا ویروس از پوست و سایر نمونه‌ها، آزمایش‌های ایمونوفلورسنت و ایمونوهیستولوژیک، رادیوگرافی و سایر تصویربرداری‌ها که هر یک در مبحث بیماری مربوطه بحث خواهند شد.

توجه

- ۱ برای توصیف ضایعات از عبارات لاتین طولانی که بیشتر باعث سردرگمی می‌شوند، خودداری کنید.
- ۲ در مواردی که در تشخیص به مشکل برمی‌خورید، بررسی مجدد سابقه بیماری (history) بسیار مهم و کمک‌کننده است.
- ۳ تمام مناطق و اطراف ضایعه را برهنه کنید و از لنز استفاده کنید. حداقل فایده این روش این است که زمان بیشتری برای فکر کردن به شما می‌دهد.

درماتولوژی بالینی در واقع تخصص در دیدن است. باید برای بیمار وقت صرف کنید و از نزدیک و به وضوح ضایعات را نگاه کنید. تمام بدن را بررسی کنید، ضایعات اولیه را مشخص کنید و پراکندگی و نحوه قرار گرفتن ضایعات را بررسی کنید. سوالات متعدد از بیمار مخصوصاً در مواقعی که تشخیص مشکل است، بسیار کمک‌کننده است. تاریخچه، معاینه، بررسی پاراکلینیک و سپس تشخیص مراحل رسیدن به نتیجه مطلوب هستند.