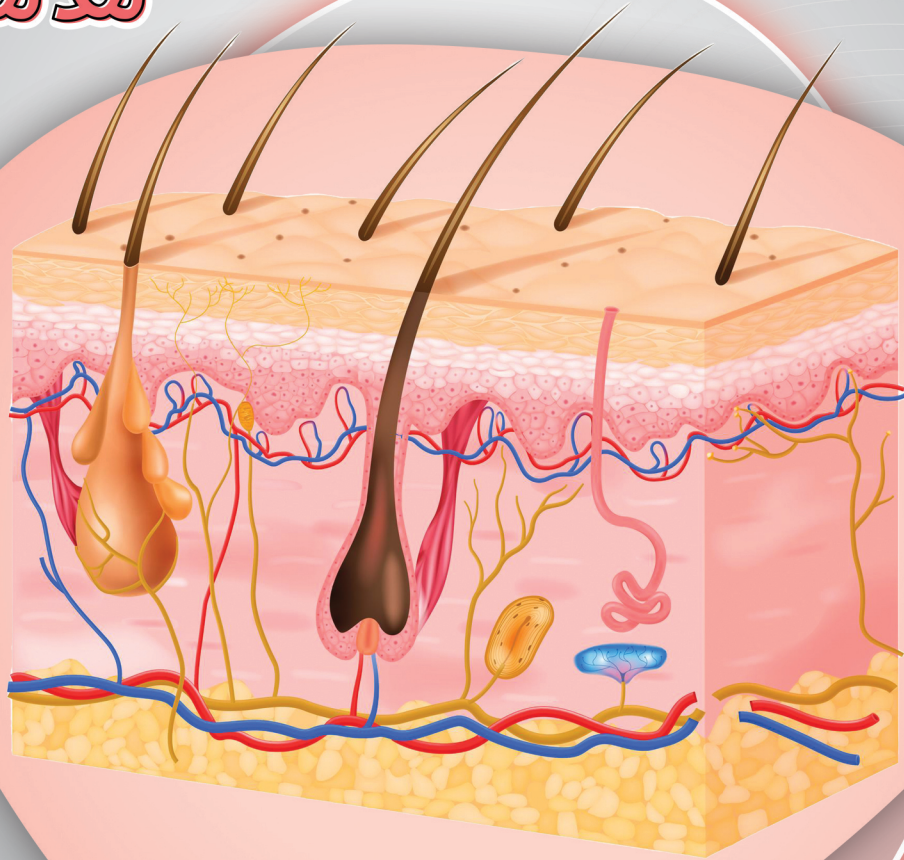


درسنامه اپید

# پوست

مد مشاور



گردآوری و تألیف: دکتر حسین کارگر

## فهرست

- فصل ۱ : آناتومی و عملکرد پوست ..... ۱
- فصل ۲ : خارش ..... ۳
- فصل ۳ : درمان‌های موضعی ..... ۵
- فصل ۴ : درماتیت‌ها ..... ۷
- فصل ۵ : آکنه و روزاسه ..... ۱۵
- فصل ۶ : بیماری‌های اریتمواسکواموس ..... ۱۸
- فصل ۷ : بیماری‌های وزیکولوبولوز ..... ۲۳
- فصل ۸ : کهیر و آنژیو ادم ..... ۲۶
- فصل ۹ : عفونت قارچی ..... ۲۹
- فصل ۱۰ : عفونت باکتریایی پوست ..... ۳۴
- فصل ۱۱ : بیماری‌های ویروسی پوست ..... ۳۸
- فصل ۱۲ : سفلیس ..... ۴۶
- فصل ۱۳ : ایدز ..... ۴۹
- فصل ۱۴ : سل پوستی و جذام ..... ۵۱
- فصل ۱۵ : سالک ..... ۵۴
- فصل ۱۶ : گال و شپش ..... ۵۷
- فصل ۱۷ : بیماری مو و ناخن ..... ۶۱
- فصل ۱۸ : سندرم‌های افزایش حساسیت ..... ۶۶
- فصل ۱۹ : واکنش دارویی ..... ۶۹
- فصل ۲۰ : ویتیلیگو ..... ۷۲
- فصل ۲۱ : بیماری‌های کلاژن واسکولار ..... ۷۳
- فصل ۲۲ : تومورهای پوستی ..... ۷۶
- فصل ۲۳ : تظاهرات پوستی کووید ۱۹ ..... ۸۱
- فصل ۲۴ : بیماری‌های پوستی روانی ..... ۸۲

## فصل ۱

## آناتومی و عملکرد پوست

۱- کدام سلول زیر در اپیدرم وجود ندارد؟ (پره‌انترنی شوریور ۹۳- دانشگاه آزاد)

- (الف) کراتینوسیت (ب) ملانوسیت (ج) سلول لانگرهانس (د) سلول cubidal غدد اکرین
- **جواب:** گزینه د، سایر گزینه‌ها، سلول‌های اپیدرم هستند.

## درسنامه ۱: نکات کلیدی اپیدرم

- ۱- بیشترین ضخامت اپیدرم در **کف دست و پا** و کمترین ضخامت اپیدرم در **پلک** است. بیشترین ضخامت درم در **پشت تنه** است. بیشترین ضخامت چربی زیر جلدی، در **شکم و باسن** و کمترین مقدار آن در **بینی و استرنوم** است.
- ۲- **stratum lucidum (لایه شفاف)** جزو لایه‌های اپیدرم و حاوی سلول‌های مرده است و فقط در **کف دست و پا** که لایه ضخیم شاخی دارند، وجود دارد.
- ۳- **کراتینوسیت‌ها، دندریتیک سل، سلول لانگرهانس، ملانوسیت‌ها و سلول مرکل**، سلول‌های اپیدرم هستند.

۲- سلول‌های لانگرهانس در کدام قسمت پوست قرار دارند؟ (پره‌انترنی اسفندر ۹۹)

- (الف) بین کراتینوسیت‌های لایه خاردار (ب) بین کراتینوسیت‌های لایه بازال
- (ج) بین بافت کلاژن و الاستین درم (د) بین سلول‌های چربی هیپودرم
- **جواب:** گزینه الف، سلول لانگرهانس بین کراتینوسیت‌های لایه خاردار قرار دارد.

## درسنامه ۲: لانگرهانس و ملانوسیت

- سلول لانگرهانس: از منشا مغز استخوان و مسئول شناسایی و ارائه آنتی ژن به لنفوسیت T حساس شده (الفا حساسیت تاخیری) هستند و بین کراتینوسیت‌های لایه خاردار قرار دارند. این سلول‌ها حاوی گرانول‌های راکتی شکل پیریک که با رنگ آمیزی کلرید طلا و میکروسکوپ الکترونی مشاهده می‌شوند.
- ملانوسیت: تولیدکننده پیگمان بوده و یک دهم سلول‌های لایه بازال را تشکیل می‌دهند، البته در صورت، ژنیتال و ساق پا، در افراد تیره پوست و به دنبال تابش طولانی آفتاب، تعداد بیشتری پیدا می‌کنند.
- نکته ۱۰۰٪ امتحانی:** اختلاف رنگ پوست نژادهای مختلف بخاطر تفاوت در تعداد، اندازه و انتشار ملانوزوم‌ها در کراتینوسیت‌ها هستند. (نه تعداد ملانوسیت‌ها)

۳- در شناخت مورفولوژی ضایعات پوستی ضایعات اولیه، ثانویه و اختصاصی کدام‌اند؟ (پره‌انترنی اسفندر ۹۵ آزاد)

- (الف) پاپول، پوسته، کهیر (ب) تاول، اسکار، نقب (ج) ندول، زخم، پلاک (د) ماکول، اروزیون، پچ
- **جواب:** گزینه ب، تاول، اولیه، اسکار، ثانویه و نقب، اختصاصی است.

## فصل ۲

## خارش

۱- بیماری از رخداد حملات شدید خارش به دنبال تماس پوست با الیاف پشمی لباس‌ها حین در آوردن لباس و تعریق شاکمی است. کدام بیماری زیر این یافته را توجیه می‌کند؟ (پره‌انترنی، شهریور ۹۶ - قطب ۹ مشهور)

الف) درماتیت اتیپیک (ب) سوریا سیس (ج) آنمی شدید (د) نارسایی کلیه

○ جواب: الف، پدیده آلو کینزیس در درماتیت اتیپیک دیده می‌شود.

## درسنامه ۱: آلو کینز

ایجاد خارش به دنبال محرک‌های بسیار ملایم مثل قلم مو، الیاف پشمی و عرق ناشی از افزایش حساسیت مرکز اعصاب مرکزی و تحریک عصب C آوران و رسپتور مکانیکی در درماتیت اتیپیک مزمن

۲- خانمی ۳۰ ساله با خارش مزمن، لوکالیزه و قدری سوزش بین دو کتف به خصوص در درماتوم‌های T2-T6 مراجعه نموده است. در معاینه پوست این ناحیه، قدری سایش پوست مشاهده می‌شود. کدام یک از تشخیص‌های زیر برای این بیمار مطرح است؟ (پره‌انترنی، اسفندر ۹۶ - قطب ۱۰ تهران)

الف) آلو کینز (ب) نوتالژیا پارستزیکا (ج) پروریگو ندولاریس (د) خارش براکیورادیال

○ جواب: ب، کیس تیپیک نوتالژیا پارستزیکا مطرح می‌باشد.

## درسنامه ۲: انواع خاص خارش

۱- نوتالژیا پارستزیکا: خارش و سوزش لوکالیزه درماتوم T2-T6 بین دو کتف (مدیال اسکاپولا) با احتمال گسترش به شانه، پشت و بالای قفسه سینه بدون ضایعه پوستی اولیه می‌باشد. در نمونه پوستی رسوب آمیلوئید دارد و با MEN 2A همراهی دارد.

۲- خارش براکیورادیال: خارش موضعی و مداوم ناحیه خارجی بازو و آرنج در ورزش کاران ساحلی و قایق‌سوار

۳- پروریگو ندولاریس: ضایعات ندولار متعدد خطی در مسیر خاراندن به دنبال خاراندن مداوم و طولانی مدت در بیماری‌های مزمن مثل نارسایی کلیه، درماتیت اتیپیک، لیکن پلان و... پوست ناحیه ساق پا یا ساعد

۳- در خانم ۵۰ ساله مبتلا به دیابت ملیتوس از سال‌ها قبل، بروز کدام گزینه ارتباط کمتری با بیماری زمینه‌ای وی دارد؟ (پره‌انترنی، شهریور ۹۸ - قطب ۱۰ تهران)

الف) خارش لوکالیزه سر (ب) خارش تناسلی (ج) خارش اندام تحتانی (د) خارش ژنرالیزه

○ جواب: د، سایر گزینه‌ها با دیابت ارتباط دارد.



## فصل ۵

## آکنه و روزاسه

۱- پسر جوانی که تحت درمان با ژل اریترومايسين موضعی برای درمان آکنه خفیف بوده، به علت تشدید ناگهانی علایم از چند روز قبل مراجعه کرده است. در معاینه آکنه ندولوکیستیک شدید در صورت، قفسه سینه و پشت، تب ۳۹ درجه، هیپاتواسپلنومگالی، آرترالژی، میالژی دارد. در گرافی، ضایعات لیتیک کلاویکل و استرنوم دارد. تمام داروهای زیر برای او قابل

استفاده است، به جز: (دستیاری-اردیهشت ۱۴۰۲)

الف) ایزوترتینوئین      ب) استروئید سیستمیک      ج) داپسون      د) متوتروکسات

○ **جواب:** گزینه د، سایر گزینه‌ها در درمان آکنه فولمینانت مفید هستند.

## درسنامه ۱: آکنه فولمینانت

افزایش تولید سبوم، انسداد مجاری پیلوسباسه (هیپرکراتوز فولیکول مو و تشکیل کومدون)، التهاب و تکثیر باکتری پروپیونی باکتریوم اکنس در پاتوژنز آکنه نقش دارند. گرچه آکنه در هر سنی ایجاد می‌شود ولی بلوغ شایع‌تر است. آکنه در صورت، قسمت فوقانی پشت و سینه، بازوها شایع‌تر است.

آکنه فولمینانت، شدیدترین فرم آکنه ندولوکیستیک می‌باشد که غالباً در پسران جوان با تب شروع ناگهانی ضایعات کیستیک، ضایعات لیتیک استرنوم و کلاویکل، هیپاتواسپلنومگالی، آرترالژی و میالژی بروز می‌کند. آکنه کونگلوباتا، نوع شدید آکنه ندولوکیستیک بدون علایم سیستمیک می‌باشد. گاهی متعاقب مصرف ایزوترتینوئین، آکنه فولمینانت می‌شود. درمان با کورتون سیستمیک، ایزوترتینوئین خوراکی، آنتی‌بیوتیک و گاهی داپسون می‌باشد.

۲- کدامیک از داروهای زیر موجب ضایعات مشابه آکنه می‌شود؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۸ - قطب ۷ کرمان)

الف) هیدروکسی کلروکین      ب) لیتیم  
ج) کاپتوپریل      د) داپسون

○ **جواب:** گزینه ب، لیتیم موجب آکنه می‌شود.

## درسنامه ۲: آکنه دارویی و مکانیکا

کورتون، فنی توئین، لیتیم، ید (حاجب رادیوگرافی و مکمل خوراکی)، برمید، بلوکر رسپتور فاکتور رشد اپیدرمی موجب آکنه دارویی می‌شوند.

آکنه مکانیکا که به صورت اولیه با کومدون تظاهر می‌کند، در اثر انسداد منافذ پیلوسباسه در اثر ترومای مکرر مکانیکی می‌باشد که مثلاً در اثر ماسک زدن طولانی در پاندمی کووید ۱۹ شایع شد.

۳- تمام موارد زیر جزو عوارض ایزوترتینوئین خوراکی می‌باشد، به جز: (دستیاری-اردیهشت ۱۴۰۲)

الف) میالژی      ب) کوئکتویت      ج) هیپرلیپیدمی      د) هیپرناترمی

○ **جواب:** گزینه د، سایر گزینه‌ها از عوارض رتینوئید خوراکی هستند.

## بیماری‌های وزیکولوبولوز

۱- خانم ۳۲ ساله‌ای با ضایعات کھیری خارش دار و وزیکول که بیشتر در اندام تحتانی و تنه دیده می‌شود، مراجعه نموده است. سابقه بیماری گوارشی را به صورت اسهال متناوب ذکر می‌کند که با مصرف کمتر نان و جایگزینی آن با برنج، اسهال بیمار کاهش می‌یابد. کدام یک از تشخیص‌های زیر برای بیمار مطرح است؟ (دستیاری-اسفندر ۸۸)

الف) بولوس پمفیگوئید (ب) عفونت هرپس (ج) درماتیت هرپتی فرم (د) پمفیگوس ولگاریس  
 ○ **جواب:** گزینه ج، همراهی با علائم گوارشی سلیاک و محل ضایعات مطرح‌کننده درماتیت هرپتی فرم است.

### درسنامه ۱: درماتیت هرپتی فرم

کیس تیپیک بیماری مردانی در دهه ۴ زندگی هستند که سابقه خانوادگی مثبت (ارتباط با HLA DQ2, DQ8) دارند و پاپول و وزیکول‌های گروهی خارش‌دار در زمینه اریتماتو به صورت قرینه و دوطرفه سطوح فلکسور آرنج، زانو، ساعد، باتک، ساکروم و اسکالپ دارند و عمده وزیکول‌ها در اثر خارش از بین رفته‌اند. گرچه علائم گوارشی سلیاک تنها در ۲۰٪ بیماران دیده می‌شود ولی تمام بیماران **حساسیت به گلوتن** دارند. گال، درماتیت اتوپیک و لیکن سیپملکس کرونیکوس، سه تشخیص افتراقی اصلی آن هستند.

شکاف ساب اپیدرمال، رسوب گرانولر IgA نوک پاپیلاری درم و میکروابسه‌های نوتروفیلی در درم پاپیلاری و آنتی بادی علیه گلیادین، رتیکولین و ترانس گلوتامیناز ۲ در این بیماران وجود دارد. اجسام هاول ژولی در لام خونی محیطی دارند. نکته ۱۰۰٪ امتحانی: بیماری‌های اتوایمن تیروئید، **آمی پرنیشوز و دیابت** بیشترین همراهی را با درماتیت هرپتی فرم دارند. این بیماران در **ریسک ابتلا به لنفوم** هستند که با مصرف رژیم فاقد گلوتن شانس آن کاهش می‌یابد.

۲- آقای ۳۷ ساله با سابقه خارش شدید مراجعه کرده است. وزیکول‌های گروهی خراشیده قرینه در زانو، آرنج و ساکروم دارد. در بیوپسی، شکاف زیر اپیدرم، تجمع نوتروفیل و ائوزینوفیل در نوک پاپی‌های درم دارد. در بررسی فلورسانس مستقیم، رسوب گرانولر IgA در پاپیلاهای درم دارد. درمان کدام است؟ (دستیاری-تیر ۱۴)

الف) تاکرولیموس موضعی (ب) پردنیزولون خوراکی (ج) پرمترین موضعی (د) داپسون خوراکی  
 ○ **جواب:** گزینه د، درمان انتخابی درماتیت هرپتی فرم، رژیم فاقد گلوتن و داپسون است.

### درسنامه ۲: درمان درماتیت هرپتی فرم

۱- این بیماری مزمن با دوره‌های بهبودی و شعله‌وری (در ۱۰٪ بهبودی خودبه‌خودی بدون بازگشت) است. **مصرف خوراکی و حتی موضعی ضد عفونی‌کننده‌های حاوی ید** در این بیماران **ممنوع** است.

۲- درمان انتخابی درماتیت هرپتی فرم، **رژیم فاقد گلوتن و داپسون (به شرطی که کمبود G6PD نداشته باشد)** است. داپسون، خارش و سوزش را در عرض ۲ تا ۳ روز برطرف می‌سازد. برای قطع داپسون، **حداقل ۲ سال** باید رژیم فاقد گلوتن باشد. رژیم فاقد گلوتن باید تا پایان عمر ادامه یابد. **آمی همولیتیک، مت هموگلوبینمی، آگرانولوسیتوز، هیپاتیت، نورپاتی، سردرد، تاری دید، بی‌خوابی و سایکوز** مهم‌ترین عوارض داپسون هستند. گندم، گندم خراسان، چاودار، جو، جو دوسر و بسیاری از غلات حاوی گلوتن هستند.

۳- **سولفاپیریدین** جایگزین مناسب داپسون در بیماران دچار کمبود G6PD است. **کورتون موضعی قوی (نه کورتون سیستمیک)** موجب کاهش خارش می‌شود.



## درسنامه ۲: درمان زردخم

اصولا هرچه **استاف** را درمان کند، استرپ را نیز پوشش می‌دهد ولی برعکس آن صادق نیست. لذا، بهترین درمان‌های زردخم، **دی کلوگزاسیلین، کلوگزاسیلین و سفالکسین** هستند و تنها در صورتی که از استرپ بودن عامل زردخم مطمئن باشیم، پنی سیلین موثر است. در استاف مقاوم، از **داکسی سیکلین و کوتریموکسازول** استفاده می‌شود. موپیروسین، رتاپامولین و اسید فوزیدیک درمان‌های موضعی هستند.

**نکته:** **موپیروسین** و **آنتی‌بیوتیک سه گانه (باسیتراسین، پلی سپورین و نئومایسین)** موضعی سه بار در روز در محل گزش جهت **پیشگیری** مفید است.

۳- آقای ۳۵ ساله‌ای به علت **پیچ قهوه‌ای رنگ یکدست**، در ناحیه کشاله ران بدون حاشیه فعال مراجعه کرده است. در بررسی با لامپ وود، فلورسانس قرمز مرجانی دیده شد. کدام تشخیص برای بیمار مطرح است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره فرژاز ۱۴۰۰)

الف) تینه‌آ کشاله ران (ب) اینترتریگوی کانیدیدا (ج) درماتیت سبوریک (د) اریتراسما

○ **جواب:** گزینه د، کیس تیپیک اریتراسما مطرح شده است.



## درسنامه ۳: اریتراسما

اریتراسما در **بالغین** به دنبال عفونت کورینه باکتریوم مینه تیسیموم شایع‌تر بوده و در **چین‌های زیر بغل، اطراف ناف، زیر سینه و کشاله ران** دیده می‌شود **پیچ صورتی یا قرمز رنگ با حدود مشخص و پوسته‌ریزی ظریف و چین و چروک** در سطح آن که با گذر زمان قهوه‌ای می‌شود. در زیر لامپ وود، فلورسانس **قرمز مرجانی** ایجاد می‌شود.

در نوع ژنرالیزه دیسکوئید، **دیابت نوع ۲** مهم‌ترین ریسک فاکتور است. (۱۰۰٪ امتحانی) نوع **بین انگشتی** به شدت مشابه عفونت چین انگشتی یا **تینه‌آ** می‌شود که جهت رد تشخیص افتراقی مهم قارچ، **KOH** کمک‌کننده است. سایر ریسک فاکتورها شامل **گرما، فقر، رطوبت، چاقی، دیابت، مسن بودن، هیپرهدروزیس و سطح ایمنی پایین** می‌باشد.

۴- مرد ۴۵ ساله دیابتی با ضایعات بی‌علامت در مناطق کشاله ران و زیر بغل از ۳ سال قبل مراجعه کرده است. ضایعات به شکل لکه‌های قهوه‌ای رنگ با پوسته‌ریزی ظریف همراه با چروکیدگی بر روی آن‌ها است که در بررسی با لامپ وود، رنگ Coral-red مشاهده می‌شود. ضایعات به درمان موضعی پاسخ مناسبی نداده‌اند. درمان خوراکی مناسب کدام است؟ (دستیاری-ارزبیهشت ۱۴۰۲)

الف) سفالکسین (ب) کتوکونازول (ج) اریترومایسین (د) مینوسیکلین

○ **جواب:** گزینه ج، اریترومایسین در درمان اریتراسما کاربرد دارد.



## درسنامه ۴: درمان اریتراسما

درمان موضعی مانند **کلرید الومینیم، کلیندامایسین، اریترومایسین، میکونازول و پماد whitefield** بوده و در موارد مقاوم، **اریترومایسین خوراکی** به کار می‌رود. درمان اریتراسما ضروری بوده و عدم درمان موجب مقاومت می‌شود. **صابون ضد باکتری** در درمان و پیشگیری کمک‌کننده است.

## درسنامه ۳: لپر توبرکلوئید (کم باسیل)

کمتر از ۵ ضایعه پوستی آنولار با حاشیه مشخص و برجسته، هیپوپیگمانته (نه دیپگمانته)، بدون حس، بدون مو و بدون عرق همراه با بزرگ و قابل لمس شدن اعصاب محیطی نزدیک ضایعه، ویژگی تیپیک جذام توبرکلوئید است. نقش بارز TH1 و CD4/CD8 برابر با ۲، تست لپرومن پوستی مثبت اما تست سرولوژی مثبت تنها در نیمی از موارد سایر ویژگی‌های مهم این نوع هستند. منبع اصلی جذام در جامعه، ترشحات بینی بیماران فرم پرباسیل (لپروماتوز) است. حس حرارت، اولین حسی است که در جذام از بین می‌رود. برای پیشگیری از جذام نیاز به ایزوله کردن نیست و جذام مادرزادی وجود ندارد.

۴- خانم ۴۰ ساله‌ای با ضایعات پلاکی و ندولی منتشر در ناحیه صورت و اندام‌ها همراه با ریزش موی ابروها و کاهش حس در ناحیه دست و پا به صورت قرینه و دستکش جورابی از چندین ماه قبل مراجعه کرده است. محتمل‌ترین تشخیص کدامیک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی اسفندر ۹۳- قطب ۸ کرمان)

- الف) سل پوستی      ب) جذام لپروماتوئید      ج) سالک منتشر پوستی      د) سارکوئیدوز
- جواب: ب، بی‌حسی دستکش جورابی، ریزش ابروها و ضایعات منتشر به نفع لپر لپروماتوز است.

## درسنامه ۴: لپر لپروماتوز و درمان جذام

پاپول و ندول‌های منتشر و قرینه کوچک ولی فراوان، بی‌حسی دستکش جورابی، چهره شیر مانند (خشونت چهره)، Madarosis (ریزش لبه خارجی ابرو)، بینی زینی شکل و خونریزی از بینی، بزرگی لاله گوش، کراتیت و یوئیت قدامی، درگیری بیضه، تورم دوکی انگشتان، خشکی ایکتیوز مانند ساق پا تظاهر لپر لپروماتوز است. نقش بارز TH2 و CD8/CD4 برابر با ۲، تست لپرومن پوستی منفی اما تست سرولوژی در ۹۰٪ موارد مثبت سایر ویژگی‌های آن هستند. درمان: در تمام گروه‌های سنی حتی زنان حامله، شیرده یا کودکان، درمان جذام کم باسیل (توبرکلوئید) با ریفامپین، داپسون و کلوفازمین برای ۶ ماه و جذام پرباسیل (لپروماتوئید) با همان رژیم درمانی ولی برای یک سال انجام می‌گیرد.

۵- آقای ۵۰ ساله مبتلا به جذام بوردولاین لپروماتوز، سه ماه پس از شروع درمان چند دارویی با داپسون، کلوفازمین و ریفامپین دچار تورم، درد و قرمزی شدید ضایعات پوستی به طور ناگهانی می‌شود. در معاینه، اعصاب اولنار به صورت دو طرفه متورم و دردناک بوده و حس بیمار در مسیر این عصب کاهش یافته است. التهاب در هر دو چشم بیمار دیده می‌شود. مناسب‌ترین اقدام جهت کنترل علائم جدید بیمار کدام است؟ (دستیاری-فروردین ۹۱)

- الف) پردنیزولون      ب) قطع موقت کلیه داروها
- ج) قطع داپسون و ریفامپین      د) تجویز NSAID
- جواب: الف، درمان اصلی واکنش نوع ۱، کورتون می‌باشد.

## درسنامه ۵: واکنش نوع یک جذام

موارد بوردولاین جذام (نه توبرکلوئید یا لپروماتوئید خالص) در اثر حاملگی، شیردهی، سرکوب ایمنی، واکسن، ایدز و درمان چند دارویی طی واکنش نوع یک (ازدیاد حساسیت نوع ۴ رمز: دور در دور نزدیک در نزدیک) به نوع دیگری تبدیل می‌شوند. ضایعات قبلی، متورم، تندر و اریتماتو شده، اعصاب محیطی متورم شده و گاهی ضایعات جدید ایجاد می‌شود ولی علائم سیستمیک (تب، لرز، آرتراژی) در واکنش نوع ۱ وجود ندارد. درمان جذام در این موارد نباید قطع شود. موارد خفیف با استراحت و NSAID و موارد شدید با کورتون خوراکی درمان می‌شوند. در صورت شک بین عود و واکنش جذام، درمان واکنش با کورتون، ضروری‌تر است. واکنش نوع ۱ موجب Downgrading (بدتر شدن و پیشرفت به مراحل بالاتر بیماری) می‌شود. تقویت ایمنی سلولی می‌تواند موجب Upgrading (کاهش مرحله و شدت) جذام شود.





## فصل ۱۷

## بیماری مو و ناخن

۱- خانمی ۳۵ ساله به علت ریزش موی منتشر مراجعه کرده است. در شرح حال، ریزش مو به بیش از ۱۰۰ مو در روز می‌رسد. وی سه ماه قبل مبتلا به کرونا بوده است. در معاینه فیزیکی، pull test وی مثبت است. تشخیص چیست؟

(پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰)

الف) آلوپسی آره آتا (ب) آلوپسی آندروژنیک (ج) تلوزن افلوئیوم (د) لیکن پلانو پیلاریس  
 ● جواب: گزینه ج، ریزش موی منتشر پس از عفونت شدید و تست hair pull مثبت به نفع تلوزن افلوئیوم است.

## درسنامه ۱: تلوزن افلوئیوم

تلوزن افلوئیوم، یک پاسخ فیزیولوژیک به استرس (۱۰۰٪ امتحانی) (خونریزی حاد، زایمان، نوزادی، رژیم سخت و کم پروتئین، ضدتشنج‌ها مثل فنی توئین، والپروات و کاربامازپین، فلزات سنگین، بتابلاکرها، رتینوئیدها، آنتی کواگولان‌ها مثل هپارین و کومارین، داروی ضد تیروئید مثل پروپیل تیویوراسیل و متی مازول، استرس فیزیکی مثل جراحی، استرس روانی، هیپویا هیپرتیروئیدی، لوپوس، ایدز، مالاریا با تب بسیار بالا) می‌باشد. ۳ تا ۴ ماه بعد از اختلال زمینه‌ساز، ریزش موی حاد، منتشر و فاقد التهاب رخ می‌دهد. بیش از ۱۵٪ موهای این افراد در مرحله تلوزن است و بیش از ۱۰۰ مو در روز می‌ریزد. در hair pull test بیش از ۵ مو جدا می‌شود.  
 نکته: ریشه موی آنژن، دارای پیگمان، غلاف داخلی و خارجی و بزرگ بوده و شبیه جارو است. ریشه موی تلوزن، فاقد پیگمان و غلاف و شبیه چماق است.

۲- خانم ۴۵ ساله تحت کموتراپی برای کانسر پستان از ۶ ماه پیش، با شکایت از ریزش موی شدید مراجعه نموده است. در معاینه، موهای ریخته شده، عمدتاً موهای شکسته با انتهای پروگزیمال تیز مشهود است. چه مدت پس از قطع کموتراپی، انتظار رویش مجدد موها را دارید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطب ۹ مشهور)

الف) ۸ هفته (ب) ۱۲ هفته (ج) ۶ هفته (د) ۲ هفته  
 ● جواب: گزینه د، ۲ هفته پس از قطع کموتراپی، موها مجدداً می‌رویند.

## درسنامه ۲: آنژن افلوئیوم

بیشترین فعالیت متابولیک بین کل بافت‌ها، در ماتریکس مو است. لذا، به دنبال کموتراپی، رادیوتراپی و مسمومیت با تالیوم، که تقسیم سلولی متوقف می‌شود، موهای آنژن (فاز رشد مو) می‌ریزند و موهایی حساس و شکننده با انتهای پروگزیمال نوک تیز بر جای می‌گذارند. موهای تلوزن در این نوع، تحت تاثیر قرار نمی‌گیرند. بارفع علت زمینه‌ای، رشد موها در عرض ۲ هفته باز می‌گردد.

فصل ۲۲

# تومورهای پوستی

۱- مرد ۴۰ ساله‌ای با یک ندول ۱/۵ سانتی‌متری با نمای دهانه آتشفشان مراجعه نموده است. ضایعه از ۲ ماه قبل ایجاد شده و سریع رشد نموده است. کدام اقدام را برای بیمار پیشنهاد می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب ۲ تبریز)

الف) تخریب به روش کرایوسرجری کفایت می‌کند. (ب) درمان لازم نیست و ضایعه خودبه‌خود بهبود می‌یابد.  
 ج) اکسیژیون با مارژین یک سانتی‌متری لازم است. (د) برای رد بدخیمی احتمالی، بیوپسی لازم است.

○ **جواب:** گزینه د، کراتوآکانتوم را باید مثل SCC در نظر گرفت و درمان کرد.



درسنامه ۱: کراتوآکانتوم

یک تومور خوش‌خیم شایع پوستی در **مردان میان‌سال و مسن سفید پوست** است که مهم‌ترین عامل خطر آن، **نور UV** است ولی قطران و روغن‌های معدنی نیز در ایجاد آن نقش دارند. **پاپول یا ندول گنبدی سفت و قرمز** که به سرعت **یک حفره مرکزی پر از کراتین** در آن به وجود می‌آید (**نمای دهانه آتشفشان**) ضایعه ۱ تا ۲ سانتی‌متر بوده و **رشد سریعی** دارد. **قسمت میانی صورت مثل بینی، پلک، لب و گونه‌ها** بیشتر درگیر است و گاهی در **پشت دست یا ساعد** دیده می‌شود.

تشخیص بر اساس **شرح حال، معاینه و پاتولوژی** است. چون از سلول‌های اسکواموس واحد پیلوسباسه به وجود می‌آید، برخی آن را **SCC** می‌دانند. مهم‌ترین تشخیص افتراقی و شبیه‌ترین ضایعه به آن نیز SCC است. این ضایعه باید مانند SCC درمان شود. (**جراحی**) بخاطر کمک به **تشخیص قطعی و ایجاد اسکار کمتر** نسبت به تخریب موضعی یا رادیوتراپی **ارجح** است. گاهی در عرض **۳ ماه** خودبه‌خود خوب می‌شود و در کنار ضایعه بهبود یافته، **Skin tag** و در مرکز آن، **آتروفی** دیده می‌شود.

۲- بیماری ۶۰ ساله با یک پاپول پیگمانته روی صورت مراجعه نموده است. در معاینه، سطح خشن، مات و وروکوز با کیست‌های شاخی مشاهده می‌شود. نور را منعکس نمی‌کند و نمای stuck on دارد. محتمل‌ترین تشخیص با توجه به نمای بالینی کدام است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره اردیبهشت ۹۷)

الف) نووس ملانوسیتی (ب) کراتوز سبوریک (ج) درماتوفیبروم (د) ملانوم بدخیم

○ **جواب:** گزینه ب، سطح خشن، مات و وروکوز با کیست‌های شاخی و نمای stuck on (آدامس چسبیده) به نفع تشخیص است.



درسنامه ۲: کراتوز سبوریک

**مردان و زنان سالخورده** مناطق **گرمسیر** بیشتر مبتلا می‌شوند. **پلاک زگیلی زرد تا سیاه، گرد، آگزوفیتیک (مثل آدامس چسبیده به پوست) که عمدتاً در تنه و صورت** رخ می‌دهد. **کف دست و پا** هیچ‌گاه درگیر نمی‌شود. این ضایعه، **خوش‌خیم** و از منشا کراتینوسیت‌ها است و برخلاف کراتوز اکتینیک، **خطر بدخیمی ندارد**.

اساس تشخیص، **بالینی** است. بیوپسی می‌تواند کمک‌کننده باشد. **کرایوتراپی یا کورتاژ** جهت درمان به کار می‌رود.

