

## آکنه آگمیناتا: گزارش یک مورد با پاسخ مناسب به استروئید خوراکی

دکتر فرحناز فاطمی<sup>۱</sup>، دکتر اسدالله کیانی<sup>۲</sup>

۱- استادیار، ۲- دستیار؛ گروه پوست، دانشکده علوم پزشکی اصفهان

پاسخ به درمان به ما ارجاع شد. پس از انجام بیوپسی و تطابق آن با علائم بالینی برای وی تشخیص *Acne agminata* مطرح شد و به طور موفقیت آمیز با پردنیزولون خوراکی ۳۰ میلی گرم روزانه با قطع تدریجی در عرض ۳ ماه درمان و در پیگیری بیمار نیز عود ضایعات مشاهده نگردید.

**واژه‌های کلیدی:** آکنه آگمیناتا، لوپوس ارزنی منتشر صورت، سل پوستی

آکنه آگمیناتا بیماری نادری است که به صورت ضایعات پاپولر قهوه‌ای یا قرمز بر روی قسمت مرکزی صورت تظاهر می‌کند. این بیماری مزمن است و ایجاد اسکار می‌کند اما خودبه خود در عرض چندسال بهبود خواهد یافت.

در این مقاله یک مورد مبتلا به آکنه آگمیناتا معرفی می‌شود که قبلاً با تشخیص‌های *Acne vulgaris* و *Lupus vulgaris* تحت درمان بوده اما به علت عدم

### مقدمه

آکنه آگمیناتا بیماری مزمنی است که به صورت ضایعات پاپولر قهوه‌ای یا قرمز، شبیه ضایعات آکنه بر روی صورت افراد جوان تظاهر می‌کند. علت ایجاد این ضایعات هنوز مشخص نیست. قبلاً تصور می‌شد که این ضایعات، شکلی از لوپوس ولگاریس یا توپر کولید باشند و به همین دلیل لوپوس ارزنی منتشر صورت خوانده می‌شد. ولی

ارتباطی بین این دو بیماری یافت نشد و مایکوباکتریوم هیچ‌گاه از ضایعات جدا نگردید. ضایعات به صورت قرینه بر روی قسمت میانی صورت دیده می‌شود ولی گاهی ممکن است به صورت منتشر، بر روی تمام صورت تظاهر کند (۱). در پاتولوژی ضایعات، گرانولوم دیده می‌شود که حتی ممکن است در مرکز دچار نکروز پنیری شده باشد. تشخیص بر اساس علائم بالینی و یافته‌های هیستوپاتولوژی

مؤلف مسئول: دکتر فرحناز فاطمی - اصفهان، خ آزادی، خ رسالت شمالی،

کوچه سیزدهم پلاک ۴۶

صورت می‌گیرد. هر چند دوره بیماری طولانی است ولی ضایعات به طور خودبه خود، با برجای گذاردن اسکار بهبود می‌یابند (۲).

### معرفی بیمار

بیمار مردی ۲۵ ساله کارگر و اهل شهر کرد می‌باشد که از ۱ سال قبل از مراجعه، پاپول قرمز رنگ بدون علامتی بر روی گونه چپ وی ظاهر شده است. به تدریج تعداد ضایعات زیاد شده و قسمت میانی صورت و زیرپلک‌ها را نیز گرفتار کرده است. بیمار با تشخیص آکنه ولگاریس به مدت ۸ ماه تحت درمان با تتراسیکلین و داروهای موضعی ضد آکنه بوده و به علت عدم پاسخ به درمان، از یکی از ضایعات صورت بیمار، بیوپسی به عمل آمده است. در پاتولوژی، گرانولوم‌های داخل درمی، متشکل از سلولهای اپی‌تلوئید و سلولهای ژانت لانگهانس همراه با ارتشاح سلولهای لنفوسیتی دیده شد و تشخیص لوپوس ولگاریس

در دیاسکوپیی نمای ژله سبب شبیه لوپوس ولگاریس مشاهده می‌شود. از نظر بالینی بیماری با *Acne vulgaris* مشابه است اما ضایعات فاقد کومدون بوده و بیمار به درمانهای آکنه پاسخ نمی‌دهد.

از نظر بافت شناسی نیز بیماری نمایی مشابه به سل پوستی دارد اما مایکوباکتریوم را نمی‌توان از ضایعات جدا کرد و شاهدی از سل پوستی در این بیماران وجود ندارد.

آکنه روزاسه نیز تظاهرات مشابهی دارد ولی در آکنه آگمیناتا، پلک‌ها و لب فوقانی نیز گرفتار می‌شود. در حالی که در روزاسه، گرفتاری این نواحی شایع نیست. همچنین اریتم و تلاثرکتازی در آکنه آگمیناتا دیده نمی‌شود (۳).

سارکوئیدوز نیز هم از نظر بالینی و هم از نظر آسیب‌شناسی شبیه آکنه آگمیناتا می‌باشد اما سایر خصوصیات سارکوئیدوز در آکنه آگمیناتا وجود ندارد (۴).

ضایعات این بیماری پس از بهبودی اسکارهای آتروفیک حفره‌دار، از خود برجای می‌گذارند اما مجدداً پاپولهای جدیدی ایجاد می‌شود. بعد از یک دوره حدوداً ۲ ساله، ضایعات به طور خودبه خود بهبود می‌یابند اما اسکارهای نازیبایی بر روی پوست صورت برجای می‌ماند.

در چند مورد تراسیکلین در درمان مفید گزارش شده (۳) ولی کلاً ضایعات به درمانهای استاندارد روزاسه، بسیار

مقاوم می‌باشند (۴) در یک مطالعه که در ژاپن انجام شده است، ۴ بیمار با پردنیزون خوراکی، ۱۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۲ هفته و سپس ۵ میلی‌گرم در روز به مدت ۳ ماه تحت درمان قرار گرفتند. در سه بیمار، پاسخ به درمان عالی بوده است ولی در یک بیمار که درمان دیرتر انجام شده بود، پاسخ به درمان رضایت‌بخش نبوده است. در صورتیکه در مراحل اولیه بیماری، استروئیدهای خوراکی به کار روند، ضایعات بدون ایجاد اسکار بهبود می‌یابند (۵) داپسون نیز در ۱۲ بیمار با موفقیت به کار رفته است و به نظر می‌رسد که سیر بیماری را کوتاه کرده و از ایجاد ضایعات

مطرح گردید. لذا بیمار تحت درمان با داروهای ضدسل (۴) (دارو) قرار گرفت. بعد از ۶ هفته به علت عدم پاسخ به این رژیم درمانی، بیمار به درمانگاه ما ارجاع شد. در هنگام مراجعه ضایعات پاپولر قرمز و قهوه‌ای رنگ سفت با سطح صاف بر روی قسمت میانی صورت (بینی، گونه‌ها و زیرپلک‌ها)، گوشه پلک‌ها و داخل ابروها و حتی کناره‌های گردن دیده می‌شد (شکل ۱). در برخی نواحی نیز اسکارهای آتروفیک وجود داشت (شکل ۲). برای بیمار تست جلدی توپر کولین انجام شد که بعد از ۴۸ ساعت منفی بود. گرافی قفسه صدری، لام مستقیم و کشت خلط از نظر باسیل کخ، منفی بوده و آزمایشات روتین بیمار نیز طبیعی بود. مجدداً از ضایعات بیمار بیوپسی انجام شد که گرانولوم در درم متشکل از سلولهای اپی‌تلوئید و ژانت، احاطه شده با لنفوسیت‌ها و همراه با عروق متسع در درم فوقانی گزارش گردید.

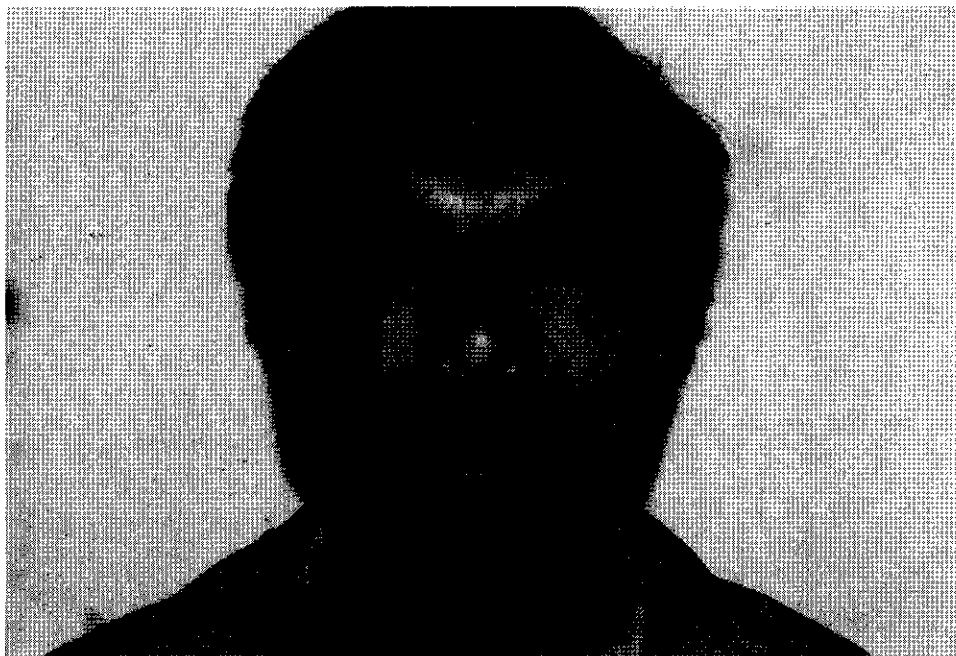
پس از تطابق با علایم بالینی، تشخیص آکنه آگمیناتا مطرح شد. لذا بیمار تحت درمان با پردنیزولون خوراکی روزانه ۳۰ میلی‌گرم قرار گرفت که بعد از دو هفته دوز دارو کاهش یافت و تدریجاً در عرض سه ماه قطع شد. با این درمان ضایعات بهبود یافته و در پیگیری‌هایی که از بیمار به عمل آمد، عود ضایعات مشاهده نشد.

## بحث

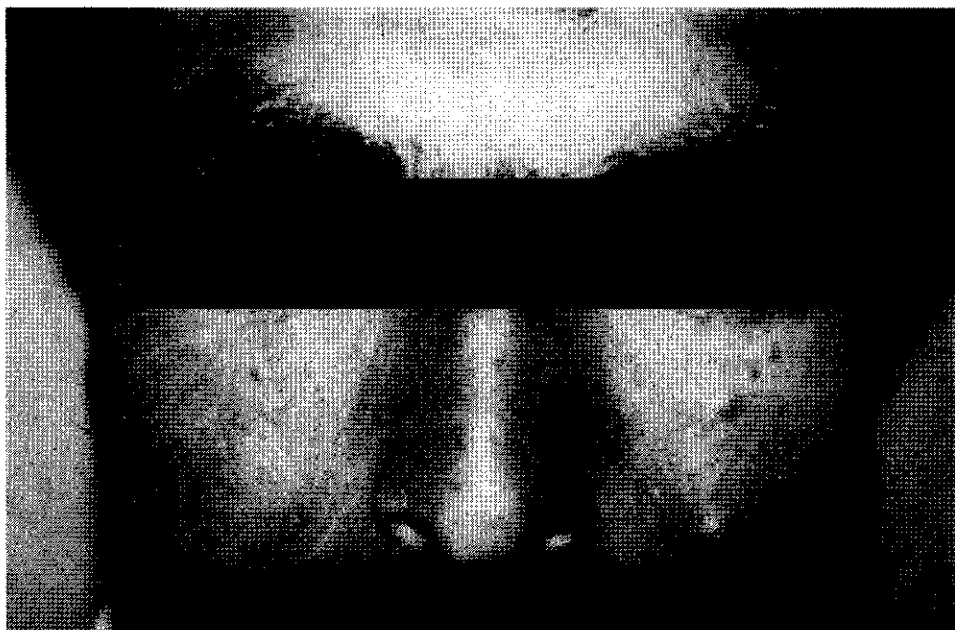
آکنه آگمیناتا که قبلاً به نام لوپوس ارزنی منتشر صورت خوانده می‌شد و تصور می‌کردند که شکلی از سل پوستی باشد، به صورت پاپولهای قهوه‌ای یا قرمز رنگ با مرکز غالباً زردرنگ بر روی صورت افراد جوان تظاهر می‌کند. بیماری در هر دو جنس به یک نسبت شایع است. ضایعات بیشتر در قسمت میانی صورت به شکل قرینه، تظاهر می‌کنند و معمولاً بدون علامت می‌باشند اما پس از بهبودی اسکارهای آتروفیک حفره‌دار بر جای می‌گذارند.

جهت تهیه فایل ورد این مقاله به سایت [DaneshResan.com](http://DaneshResan.com) مراجعه نمایید و عنوان مقاله را جستجو کنید  
بیش از ۲ میلیون مقاله فارسی در این سایت موجود میباشد

جدید نیز جلوگیری می‌کند. (۶) این بیمار نیز به خوبی به  
درمان با استروئید خوراکی پاسخ داده و پس از قطع دارو  
نیز عود نکرد.



تصویر شماره ۱- پاپول‌های قرمز - قهوه‌ای که عمدتاً در قسمت میانی صورت متراکم شده‌اند.



تصویر شماره ۲- اسکارهای آتروفیک در محل ضایعات بهبود یافته

- 1-Greaves MW. Flushing and flushing syndromes, rosacea and perioral dermatitis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). Rook/ Wilkinson/ Ebling Textbook of dermatology. London: Blackwell Science Ltd. 1998:2108.
- 2-Higgins C, Cerio R. Tuberculous mycobacterial infections of the skin. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, Wintroub BU(eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 983-92.
- 3-Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other mycobacterial infections. In: Freidman IM, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York : Mc Graw - Hill Company, 1999: 2286.
- 4-Abell E. Inflammatory diseases of the epidermal appendages and of cartilage. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworski C, et al (eds). Lever's histopathology of the skin. Philadelphia: Loppin Cott-Raven Company, 1997:406.
- 5-Uesugi Y, Aiba S, Usuba M, Tagami H. Oral prednisone in the treatment of acne agminata.Br Dermatol 1996;134:098-1100.
- 6-Marks R. Rosacea, flushing and perioral dermatitis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Textbook of dermatology. London: Blackwell Science Ltd, 1992: 1863.