

خصوصیات دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلا به پاراپسوریازیس در تهران، ایران

دکتر نفیسه اسماعیلی^۱

دکتر امیر هوشنگ احسانی^۱

دکتر مهدی محسنی بدل‌آبادی^۱

دکتر کامبیز کامیاب^۲

عباس کریمی^۱

زمینه و هدف: پاراپسوریازیس نوعی درماتوز مزمن ایدیوپاتیک نادر می‌باشد که با پلاک‌های گرد یا بیضوی، قرمز و پوسته‌ریزی‌دهنده و خارش‌دار در اندام‌ها و تنه تظاهر می‌یابد و به لحاظ اندازه ضایعات به دو نوع با پلاک کوچک و با پلاک بزرگ تقسیم می‌شود. شناخت وضعیت دموگرافیک بیماری در اطلاع داشتن از گروه‌های در معرض خطر بیشتر که مستعد لنفوم‌های پوستی با مرگ‌ومیر بالا هستند، می‌تواند به تخصیص صحیح خدمات سلامت کمک کند.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی مقطعی گذشته‌نگر، بیماران مبتلا به پاراپسوریازیس مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی در بین فروردین ۸۲ تا اسفند ۸۸، مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه ۳۲۰ بیمار مبتلا برای متغیرهایی نظیر سن، جنس، محل سکونت، محل ضایعه و زیرگروه بالینی با استفاده از برگه‌های آسیب‌شناسی پرونده‌ی بیماران جهت به‌دست‌آوردن شیوع بیماری مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۳/۴٪ بیماران زن بودند. پیک سنی بیماری در افراد ۲۰ تا ۵۰ ساله و میانگین سن بیماران ۴۳/۳ سال بود. ۸۵٪ بیماران ساکن شهر تهران بودند. ۸۸/۱٪ بیماران ضایعه پلاک بزرگ و ۱۱/۹٪ بیماران ضایعات پلاک کوچک داشتند. شایع‌ترین محل ضایعات بیماری به ترتیب تنه (۵۳/۴٪) و اندام‌ها (۳۸/۷٪) بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، مشخص شد که پاراپسوریازیس عمدتاً در زنان میانسال و در ناحیه‌ی تنه و اندام‌ها مشاهده می‌شود و اکثراً از نوع پلاک بزرگ می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: پاراپسوریازیس، پیتیریاژیس لیکنوئید، مطالعه‌ی مردم‌شناختی پیمایشی

دریافت مقاله: ۹۱/۰۹/۰۳ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۰۳

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۱، دوره‌ی ۳ (۴): ۲۱۸-۲۱۲

۱. مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون تاوی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. گروه آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

عباس کریمی

تهران، خیابان وحدت اسلامی، پایین‌تر از میدان وحدت اسلامی، بن‌بست رازی، بیمارستان رازی.
پست الکترونیک:

abbas.karimi.p@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

۱۹۰۲ معرفی شد تا به گروه مختلفی از بیماری‌هایی با علائم بالینی مشابه به پسوریازیس اطلاق گردد^۱. پاراپسوریازیس به لحاظ بالینی به‌عنوان گروهی از اختلالات تعریف می‌شود که بیماری‌هایی با طیفی از علائم کاملاً خوش‌خیم با ضایعات دائمی التهابی پوسته‌دهنده تا بیماری‌های کاملاً بدخیم را شامل می‌شود^{۲،۳}. در دو انتهای این طیف اختلالات سلول‌های T واکنش‌گر و لنفوم‌های جلدی سلول T وجود دارد^۴. معیارهای بالینی - آسیب‌شناسی ارائه‌شده توسط Brocq برای پاراپسوریازیس بر اساس طول مدت بیماری، وضع عمومی بیماران، عدم وجود خارش، مقاومت به درمان‌های موضعی، وضعیت و موقعیت

پاراپسوریازیس پلاک بزرگ و پاراپسوریازیس پلاک کوچک درماتوزهای ایدیوپاتیک مزمنی هستند که در گروه بیماری‌های پوستی پاراپسوریازیس طبقه‌بندی می‌شوند. اختلالات مرتبط با این بیماری‌ها واریانت‌های مزمن و حاد پیتیریاژیس لیکنوئید و لنفوماتوئید پاپولوزیس (lymphomatoid papulosis) هستند این گروه از آن جهت مهم می‌باشند که این بیماری‌ها در همراهی و هم‌پوشانی با پاراپسوریازیس یا لنفوماها می‌باشند^۱. پاراپسوریازیس اولین بار توسط Brocq در سال

اخیر WHO مشخص شده است که پاراپسوریازیس با پلاک کوچک بیماری خوش خیمی است که هرگز به مایکوزیس فونگوئید تبدیل نمی شود. در صورتی پاراپسوریازیس با پلاک بزرگ اختلال لنفوپرولیفراتیو پیش بدخیم می باشد که قابلیت تکامل و تبدیل شدن به مایکوزیس فونگوئید را دارد.^{۸-۱۰} بعضی از صاحب نظران پوست در این زمینه اظهار کرده اند که پاراپسوریازیس با پلاک کوچک به عنوان لنفوم جلدی سلول T نافرجم یا abortive cutaneous T-cell lymphoma در نظر گرفته می شود، در صورتی که از دید سایر محققین به عنوان فرمی از مایکوزیس فونگوئید قلمداد می شود.^{۱۱} همان طور که در بالا ذکر شد پاراپسوریازیس از لحاظ اندازه‌ی ضایعات به دو نوع با پلاک کوچک و با پلاک بزرگ تقسیم بندی می شود که به صورت مختصر، عمده نشانه‌های این دو دسته بیماری در این قسمت آورده شده است:

پاراپسوریازیس با پلاک کوچک به صورت مزمن، بدون علامت، با پلاک‌های کوچک دارای پوسته در تنه و به ندرت در اندام‌ها ظاهر می یابد. ضایعات منفرد و به صورت مجزا و جدا از هم، گرد یا بیضوی به طول ۲ تا ۵ سانتی متر و به صورت پوسته‌های زرد موم مانند هستند. ویژگی ظاهری پلی مورفیک بچ‌های مجزا و کم بودن در اطراف کمربند لگنی وجه افتراق آن‌ها از مایکوزیس فونگوئید می باشد.^{۱۲}

پاراپسوریازیس با پلاک بزرگ یک حالت مزمن که همواره با پلاک‌های بزرگ دائمی بیضوی با اشکال نامنظم، زرد پرتقالی در تنه و اندام‌ها بروز می کند و چین و چروک‌های شبیه کاغذهای سیگار نیز یکی از شاخصه‌های تشخیصی آن‌ها می باشد.

درگیری تنه در جاهایی که با دو لایه لباس پوشیده می شود (نظیر پستان‌ها و نشیمنگاه) ممکن است پیش ساز پیشرفت به سمت مایکوزیس فونگوئید شود. سه گانه‌ی آتروفی، ضایعات پیگمنته‌ی خال دار و تلاژکتازی باعث ایجاد poikiloderma atrophicans

فرایندهای آسیب‌شناسی جلدی با ارتشاح لنفوسیتی پره‌واسکولار در درم پاپیلاری، تلاژکتزیا و ادم پاپیلاری درم، اسپونژیوز و پاراکراتوزیس بود، که در این راستا با توجه به تظاهرات بالینی Brocq سه نوع طبقه بندی برای پاراپسوریازیس انجام داد^{۳،۵}:

(۱) parapsoriasis en gouttes، (۲) parapsoriasis lichenoides، (۳) parapsoriasis en plaques و پیتیریزیس لیکنوئید (pityriasis lichenoides) واقع همان پیتیریزیس لیکنوئید کرونیکا (pityriasis lichenoides chronica) می باشد. به عقیده‌ی بعضی از نویسندگان پیتیریزیس لیکنوئید اصطلاحی هست که با طیفی از علایم مورفولوژیک و هیستولوژیک از حالت فرم حاد pityriasis lichenoides et varioliformis acuta یا (PLEVA) تا فرم مزمن pityriasis lichenoides chronica (PLC) را شامل می شود.^۶

parapsoriasis lichenoides با ضایعات پوستی و با ظاهر poikilodermatous تظاهر می یابد که در این میان parakeratosis variegata نوعی از بیماری که در حال حاضر به پاراپسوریازیس پلاک بزرگ تعبیر می شود، به عنوان بیماری اختلال لنفوپرولیفراتیو پیش بدخیم (pre-malignant) تلقی می شود و قابلیت تبدیل شدن به مایکوزیس فونگوئید (در حال حاضر بسیاری از محققین بر این نظر متفق القول هستند که پاراپسوریازیس با پلاک بزرگ همان patch stage mycosis fungoides است) را دارد.^{۷،۵} Brocq نیز توسط توصیف شد که با بچ‌هایی بیضوی یا کروی محدودشونده با اندازه‌های ۲ تا ۶ سانتی متر هستند که امروزه با عنوان پاراپسوریازیس با پلاک کوچک تعریف می شود (به علاوه با نام‌های digitate dermatosis و superficial dermatosis نیز شناخته می شود). از زمان توصیف پاراپسوریازیس چندین طبقه بندی در ماهیت این بیماری انجام شده است که از چندین جنبه مورد بررسی قرار گرفته و بحث شده است. در تقسیم بندی

vasculare می‌گردد.

اختلالات گروه پاراپسوریازیس بروز جهانی داشته و همه‌ی گروه‌های نژادی را درگیر می‌کند^{۱۳،۱۴}. پاراپسوریازیس با پلاک بزرگ و پاراپسوریازیس با پلاک کوچک معمولاً در سنین پس از میانسالی مشاهده می‌شود، گرچه گاهی ممکن است در کودکی بروز یابد و اغلب با پیتیریاژیس لیکنوئید همراه است. هر دو این اختلالات شیوع بالایی در جنس مذکر نشان می‌دهند که در مورد پاراپسوریازیس با پلاک کوچک نسبت ابتلا مرد به زن ۳ به ۱ گزارش شده است^۲. از سوی دیگر پسوریازیس لیکنوئید اکثراً در کودکان و جوانان شیوع بیشتری دارد^{۱۴}، اگر چه هیچ گروه سنی را نمی‌توان در عدم بروز این بیماری مستثنی کرد. در مورد پسوریازیس لیکنوئید نیز شیوع بیماری در مردان بیشتر از زنان می‌باشد^۶. لنفوماتوئید پاپولوزیس نیز شیوع جهانی داشته و ۲۰٪ مبتلایان ممکن است به سمت بدخیمی‌هایی نظیر مایکوزیس فونگوئید، لنفوم سلول بزرگ یا بیماری هوجکین پیشرفت کنند.

در ارتباط با علل این بیماری‌ها فرضیه‌های مختلفی ارائه شده است که این گزارش مجال پرداختن به آن‌ها را ایجاد نمی‌کند. به‌طور کلی گروه پاراپسوریازیس شامل بیماری‌هایی است که با با نقص در سلول‌های T جلدی همراه می‌باشد، با این حال وضعیت تقسیم‌بندی اختلالات سلول‌های T بدخیم تا خوش خیم هنوز مورد بحث می‌باشد. در بعضی از موارد پاراپسوریازیس با پلاک بزرگ نشان داده شده است که با پرولیفراسیون مونوکلونال سلول‌های T و با skin-associated lymphoid tissue (SALT) همراه هستند که نئوپلاسم شایع در نمای بافتی اکثراً مایکوزیس فونگوئید می‌باشد^۲. سلول‌های T کلونال اغلب در خون محیطی پاراپسوریازیس با پلاک بزرگ و پاراپسوریازیس با پلاک کوچک و مایکوزیس فونگوئید اولیه شناسایی شده است که فرضیه سیستمیک ماهیت SALT این اختلالات را تقویت می‌کند^۵.

مطالعات زیادی به‌طور ضمنی به بیان اطلاعات دموگرافیک مربوط به این بیماری‌ها پرداخته‌اند و آمارهای مختلف ولی نزدیک به هم را گزارش کرده‌اند^{۱۵}. با توجه به تأثیر پاراپسوریازیس در کیفیت زندگی بیماران مبتلا از جمله بارهای اقتصادی - روانی که بر جامعه تحمیل می‌کند^{۱۶} و خطر تبدیل شدن آن به لنفوم‌های پوستی با میزان و مرگ میر بالا، دانستن وضعیت دموگرافیک این بیماری در تعیین گروه‌های در معرض خطر جهت بررسی‌های بیشتر برای تشخیص، درمان و جلوگیری از عوارض بیماری می‌تواند بالقوه مفید باشد. به همین خاطر در این مطالعه خصوصیات دموگرافیک بیماران مبتلا به پاراپسوریازیس مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی از فرودین ماه سال ۸۲ تا اسفند سال ۸۸ مورد بررسی قرار گرفت.

روش اجرا

در این مطالعه‌ی مقطعی، بیماران مبتلا به پاراپسوریازیس مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی از فروردین سال ۱۳۸۲ تا اسفند سال ۱۳۸۸، که بیماری آن‌ها به لحاظ بالینی و بافت‌شناسی توسط متخصصین پوست و آسیب‌شناسی تأیید شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. به جهت گذشته‌نگری بودن مطالعه و عدم دسترسی به تعداد بالای بیماران استفاده از روش‌های تشخیصی مولکولی در تأیید بیماری امکان‌پذیر نبود. متغیرهایی نظیر سن، جنس، محل سکونت، محل ضایعه و زیرگروه بالینی با استفاده برگه‌های آسیب‌شناسی پرونده بیماران مورد مطالعه قرار گرفت. برای رفع محدودیت‌هایی در برخی از موارد به عللی چون در دسترس نبودن پرونده‌ی بیماران جهت به‌دست‌آوردن اطلاعات، تماس تلفنی با بیماران برقرار می‌گردید. به علاوه در طی مدت تماس با بیماران، ناشناس ماندن نام بیماران در طی کل زمان تحقیق به بیماران توضیح داده شد تا ضمن اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی شفاهی از بیماران محدودیت اخلاقی در

این مطالعه پیک سنی بیماری پاراپسوریازیس ۲۰ تا ۵۰ سال به دست آمد که مطابق با یافته‌های سایر مطالعات انجام شده در این زمینه است که پیک بیماری را در افراد میانسال می‌دانند.^۵ در این مطالعه ۸۵ درصد موارد بیماری در شهر تهران و ۱۵ درصد مابقی از سایر قسمت‌های کشور بود؛ این نتایج بالای بیماری در تهران ممکن است حاکی از شیوع بالای بیماری در این استان نباشد، در واقع از آنجایی که مطالعه در تهران صورت گرفته و اکثر مراجعین را شهروندان ساکن تهران تشکیل می‌دادند به همین خاطر تعداد بیماران مبتلای بیشتر در تهران نامحتمل نمی‌باشد. لازم به ذکر است که اکثریت جمعیت تهران را مهاجران از سایر نقاط کشور تشکیل می‌دهند که متأسفانه در پرونده‌های بیماران قومیت بیماران گنجانده نشده بود تا مورد بررسی قرار گیرد لذا برآورد شیوع بر اساس گروه‌های نژادی عملاً میسر نبود. بر اساس آنچه از این مطالعه به دست آمده است اکثر موارد بیماری از نوع پلاک بزرگ بودند و درصد کمتری را پلاک کوچک تشکیل می‌داد. هم‌چنین شایع‌ترین اعضای درگیر در بیماری مثل سایر مطالعات صورت گرفته ناحیه‌ی تنه و سپس اندام‌ها بود (به ترتیب ۵۳/۴٪ درصد و ۳۷/۷٪ درصد موارد بیماری). لازم به ذکر است که با توجه به گذشته‌نگری مطالعه و عدم دسترسی به تعداد بالای بیماران استفاده از روش‌های مولکولی در تأیید بیماری امکان‌پذیر نبود لذا برآورد شیوع بیماری بر اساس داده‌های گذشته‌نگر بیماران از محدودیت‌های مطالعه قلمداد می‌شود.

بر اساس مجموعه یافته‌های به دست آمده از این مطالعه، مشخص شد که پاراپسوریازیس عمدتاً در زنان میانسال و در ناحیه تنه و اندام‌ها مشاهده می‌شود و اکثراً از نوع پلاک بزرگ می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در افراد میان‌سالی که دارای پچ‌ها و پلاک‌های قرمز پوسته‌دار مزمن در تنه و اندام‌ها هستند و به درمان‌های متعارف پاسخ نمی‌دهند، یا عود سریع داشته باشند

ارتباط با مطالعه نیز رفع شود. با توجه به عدم مراجعه مجدد اکثر بیماران جهت پیگیری در طی دوره‌ی ۷ ساله، امکان تعیین میزان شیوع مایکوزیس فونگوئید در مبتلایان به پاراپسوریازیس میسر نبود.

یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات ۳۲۰ نفر از مبتلایان مورد بررسی قرار گرفت که از این میان ۱۷۱ نفر (۵۳/۴٪) زن و ۱۴۹ بیمار (۴۶/۶٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۴۳/۳ سال بود. حداقل سن بیماران ۲ و حداکثر آنان ۹۶ سال بود. ۲۷ نفر (۸/۴٪) زیر ۲۰ سال، ۱۴۲ نفر (۴۴/۴٪) سنین ۲۰-۴۰ سال، ۱۲۴ نفر (۳۸/۸٪) ۴۰-۷۰ سال و ۲۷ نفر (۸/۴٪) بالای ۷۰ سال بودند. ۲۸۲ بیمار (۸۸/۱٪) مشخصات بالینی نوع پلاک بزرگ و ۳۸ نفر (۱۱/۹٪) دارای ضایعات نوع پلاک کوچک بر اساس تقسیم‌بندی WHO بودند. فراوانی بیماری بر حسب محل ضایعه در جدول ۱ آورده شده است. ۲۷۲ (۸۵٪) از مبتلایان ساکن شهر تهران بودند و سایر مراجعه‌کنندگان از دیگر نقاط کشور بودند.

بحث

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه شیوع پاراپسوریازیس در زنان کمی بیشتر از مردان بود، در حالی که در مطالعات مختلف نسبت ابتلا در مردان را بیشتر از زنان گزارش شده است^{۱۷،۱۸}. هم‌چنین بر طبق

جدول ۱: فراوانی پاراپسوریازیس بر حسب محل ضایعه

محل ضایعه	تعداد (%)
تنه	۱۷۱ (۵۳/۴)
اندام تحتانی	۸۲ (۲۵/۶)
اندام فوقانی	۳۴ (۱۰/۶)
ژنرالیزه	۲۱ (۶/۶)
هر دو اندام	۸ (۲/۵)
سر و گردن	۴ (۱/۳)
جمع	۳۲۰ (۱۰۰)

فونگوئید با پیشرفت سریع مقاوم به انواع روش درمانی بوده و متأسفانه پیش‌آگهی خوبی در موارد پیشرفته‌ی آن وجود ندارد.

با توجه به گذشته‌نگری بودن مطالعه و ناکامل بودن اکثر داده‌های پرونده‌های بیماران در زمان ثبت یافته‌های بیماری، ممکن است تعمیم‌دادن نتایج این مطالعه به کل جامعه نادرست باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه‌ی آقای دکتر مهدی محسنی بدل‌آبادی با کد ۲۰۹۸۱ با راهنمایی سرکار خانم دکتر نفیسه اسماعیلی در مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون تاولی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

بیماری پاراپسوریازیس را مد نظر قرار گیرد و جهت تأیید و تشخیص سریعاً اقدام به بیوپسی گردد تا با تشخیص زودرس جلوی خطر پیشرفت بیماری به سمت بیماری‌های خطرناک نظیر مایکوزیس فونگوئید گرفته شود.

مایکوزیس فونگوئید شایع‌ترین شکل لنفوم پوستی سلول T است که به‌طور معمول در اواسط یا اواخر بزرگسالی ظاهر شده و تمایل بیشتری به درگیر کردن مردان دارد. نماهای بالینی با تغییرات پوست خارش‌دار از جمله با پچ‌های قرمز پوسته‌دار، ضایعات پلاکی با حدود مشخص، ضایعات توموری، اریترودرمی و ندرتاً پاپول تظاهر می‌یابد. علت ایجاد مایکوزیس فونگوئید نامعلوم و درمان آن نیز هنوز به‌طور موفقیت‌آمیز امکان‌پذیر نیست^۹. بیماران مبتلا به مایکوزیس

References

1. Wood GS, Reizner GT. Other papulosquamous disorders. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatology* 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Ltd (Saunders); 2012: 157-70.
2. Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK. Parapsoriasis: a complex issue. *SKINmed: Dermatology for the Clinician* 2007; 6: 280-6.
3. Belousova IE, Vanecek T, Samtsov AV, et al. A patient with clinicopathologic features of small plaque parapsoriasis presenting later with plaque-stage mycosis fungoides: report of a case and comparative retrospective study of 27 cases of "nonprogressive" small plaque parapsoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 474-82.
4. Lambert WC, Everett MA. The nosology of parapsoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1981; 5: 373-95.
5. Wood GS, Hu CH, Garrett A. Parapsoriasis and pityriasis lichenoides. In: Wolf K, Goldsmith La, Katz SI, et al. (eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine* 2008; 7: 236-40.
6. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 557-72.
7. Wolf IH, Kerl K, Cerroni L, Kerl H. Parapsoriasis lichenoides/parapsoriasis variegata--a new concept. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7: 993-5.
8. Jaffe, ES, Harris, NL, Stein, H, Vardiman, JW (eds). *World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. International Agency for Research on Cancer (IARC)-Press: Lyon, France. 2001: 215-20.*
9. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood* 2005; 105: 3768-85.
10. Vakeva L, Sarna S, Vaalasti A, et al. A retrospective study of the probability of the evolution of parapsoriasis en plaques into mycosis fungoides. *Acta Dermato-Venereol* 2005; 85: 318-23.

11. Ackerman AB, Schiff TA. If small plaque (digitate) parapsoriasis is a cutaneous T-cell lymphoma, even an "abortive" one, it must be mycosis fungoides! *Arch Dermatol* 1996; 132: 562-6.
12. Whittaker SJ. Cutaneous lymphoma and lymphocytic infiltrates. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds.). *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. Wiley-Blackwell; 2010. p. 5701-64.
13. Gilliam AC, Wood GS. Cutaneous lymphoid hyperplasias. *Semin Cutan Med Surg* 2000; 19: 133-41.
14. Wahie S, Hiscutt E, Natarajan S, Taylor A. Pityriasis lichenoides: the differences between children and adults. *Bri J Dermatol* 2007; 157: 941-5.
15. Bilgili SG, Karadag AS, Ozkol HU, et al. The prevalence of skin diseases among the geriatric patients in Eastern Turkey. *J Pak Med Assoc* 2012; 62: 535-9.
16. Basra MKA, Shahrukh M. Burden of skin diseases. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9: 271-83.
17. Pradeep N. A clinical and histopathological study of pityriasis lichenoides. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; 73.
18. Lazar AP, Caro WA, Roenigk HH, Jr., Pinski KS. Parapsoriasis and mycosis fungoides: the Northwestern University experience, 1970 to 1985. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 919-23.
19. Yamashita T, Abbade LP, Marques ME, Marques SA. Mycosis fungoides and Sezary syndrome: clinical, histopathological and immunohistochemical review and update. *An Bras Dermatol* 2012; 87: 817-30.

Demographic and clinical characteristics of parapsoriasis patients in Tehran, Iran

Nafiseh Esmaeili, MD¹
 Amirhooshang Ehsani, MD¹
 Mehdi Mohseni-Badalabadi, MD¹
 Kambiz Kamyab, MD²
 Abbas Karimi, MSc¹

1. Autoimmune Bullous Diseases Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Pathology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Background an Aim: parapsoriasis is a rare chronic idiopathic dermatosis which commonly manifests with round or oval scaling and itching erythematous plaques on trunk and extremities. Considering the size of the lesions, parapsoriasis is divided into two groups: small plaque and large plaque. Study of demographic characteristics of this disease may help to identify the high risk groups who are more susceptible to cutaneous lymphoma with high mortality as well as proper allocation of health service resources.

Methods: In this retrospective cross-sectional study, affected parapsoriasis patients whom were referred to Razi Hospital in Tehran between April 2003 to March 2009 were studied. Three hundred and twenty patients were investigated for variables: age, sex, place of residence, location of the lesions and clinical subgroups according to the histopathology reports.

Results: 53.4% of patients were female. The disease was most commonly observed in age group of 20 to 50 years and the mean age of the patients was 43.3 years. Eighty-five percent of the patients were inhabitant of Tehran province. 88.1% of patients had large plaque lesions and 11.9% had small plaque lesions. The most common sites of lesions were on the trunk (53.4 %) followed by the extremities (38.7%).

Conclusion: Based on these findings, it was determined that parapsoriasis most commonly affects middle-aged women. Involvement of trunks and extremities were most commonly observed. Large plaque type was the most common type.

Keywords: parapsoriasis, pityriasis lichenoides, demographic survey

Received: Nov 13, 2012 Accepted: Dec 23, 2012

Dermatology and Cosmetic 2011; 3 (4): 212-218

Corresponding Author:
 Abbas Karimi, MSc

Vahdat-e-Islami St., Razi Hospital, Tehran, Iran.
 Email: abbas.karimi.p@gmail.com

Conflict of interest: None to declare