

بررسی جامع پیتریازیس لیکنوئید: ویژگی‌های بالینی و پاسخ به درمان

زمینه و هدف: پیتریازیس لیکنوئید (PL)، یک بیماری پاپولواسکوموس نادر با اتیولوژی نامشخص است. از آنجایی که مطالعات جدید محدودی در این خصوص انتشار یافته، پژوهش حاضر با هدف معرفی تظاهرات کلینیکال و سیر درمان این بیماران انجام گرفت.

روش اجرا: این مطالعه مقطعی گذشته‌نگر (۱۴۰۲-۱۳۹۸) بر روی بیماران مبتلا به PL مراجعه‌کننده به بیمارستان پوست رازی که با بیوپسی از ضایعات پوستی، تشخیص آن‌ها قطعی گردید، انجام گرفت. اطلاعات پایه‌ای با استفاده از مستندات بیمارستانی و پیگیری سیر درمان نیز بر مبنای اطلاعات موجود در پرونده‌ها و همچنین، پیگیری تلفنی از بیماران به‌دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار R مورد آنالیز قرار گرفت. $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: مجموعاً ۱۴۷ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند. تفاوت معنی‌داری بین دو جنس یافت نگردید ($P=0/358$). زیرگروه غالب بیماری، PLC (۹۱/۸٪) و میانگین سن شروع بیماری $29/79 \pm 18/73$ سال بود. شایع‌ترین نوع ضایعات پوستی، پاپول (۴۸/۴٪) و تظاهر پوستی شایع در ۵۸ نفر (۳۲/۴٪)، درگیری جنرالیزه بدن بود. بیشترین درمان مورد استفاده کورتیکواستروئید موضعی در ۸۶ بیمار (۵۲/۴٪) بود. فاصله زمانی از ابتلا تا بهبودی کامل $160/80 \pm 221/40$ روز گزارش گردید. ۴۵ نفر (۳۰/۶٪) دوره‌های عود بیماری را ذکر کردند. همراهی معنی‌داری بین جنس ($P=0/620$)، بیماری‌های زمینه‌ای ($P=0/293$) و سن ($P=0/876$) با اثربخشی درمان یافت نگردید.

نتیجه‌گیری: با عنایت به محدودبودن اطلاعات کلینیکال مرتبط با بیماران پیتریازیس لیکنوئید، ایجاد بانک اطلاعاتی الکترونیکی و نظام رجیستری ملی این بیماری توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: پیتریازیس لیکنوئید، بیماری‌های پوستی پاپولواسکوموس، بیماری‌های پوستی و زیکولوبولوس، کورتیکواستروئید، پاسخ درمانی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۴۰۳، دوره ۱۵ (۳): ۱۶۹-۱۶۳

آلا احسانی^۱

سیدامیر محمد رضائی‌مجد^۲

امیر هوشنگ احسانی^۳

پدرام نورمحمدپور^۲

مینا کوهیان محمدآبادی^۴

زهرا رضوی^۲

مهشیدالسادات انصاری^۲

ریحانه سیف^۵

امیرحسین رحیم‌نیا^{۳*}

۱. مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون

تاویلی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

ایران، تهران، ایران

۵. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

نویسنده مسئول:

امیرحسین رحیم‌نیا

تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان

رازی، گروه پوست

پست الکترونیک:

rahimnia.amir@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

Mucha-Habermann Disease (FUMHD) شرح داده شده است که این زیرگروه از نوع زخم‌دهنده و تباردار می‌باشد.^۱

بیماری PLC به‌صورت شایع‌تر در کودکان، نوجوان و بزرگسالان جوان مشاهده می‌شود؛ ولی در هر گروه سنی می‌تواند رخ دهد. این بیماری، به‌صورت راش‌های پاپولر قرمز تا قهوه‌ای بعضاً سطح پوسته‌ریزی‌دهنده با

پیتریازیس لیکنوئید (Pityriasis Lichenoides) یک بیماری غیرشایع و غیرمسری پاپولواسکوموس با اتیولوژی نامشخص می‌باشد که این بیماری به دو زیرگروه Pityriasis Lichenoides Varioliformis و Pityriasis Lichenoides Acuta (PLEVA) و Chronica (PLC) تقسیم می‌شود.^۱ به‌تازگی، زیرگروه دیگری از این بیماری به‌نام Febrile Ulceronecrotic

ایران در خصوص این بیماری و از آنجایی که پژوهش‌های انجام‌شده جهت انتخاب پروتکل درمانی بیماران، نتایج متفاوت و ناهمگونی را گزارش کرده‌اند^{۱۳}. این مطالعه با هدف معرفی تظاهرات کلینیکوپاتولوژیک و سیر درمان بیماری پیتریازیس لیکنوئید در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی پوست رازی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجام گرفته است.

روش اجرا

این پژوهش به صورت توصیفی، مقطعی و گذشته‌نگر بر روی بیماران مبتلا به پیتریازیس لیکنوئید انجام شد که در فاصله زمانی بین سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۲ به بیمارستان تخصصی پوست رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و تشخیص بیماری آن‌ها با استفاده از بیوپسی ضایعات پوستی تأیید شده بود. این تحقیق با کسب مجوز کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تحت کد IR.TUMS.MEDICINE.REC.1399.448 آغاز شد.

در این مطالعه، تمام بیمارانی که طی مدت زمان مطالعه به بیمارستان مراجعه کرده و تشخیص قطعی پیتریازیس لیکنوئید برای آن‌ها ثبت شده بود، در نظر گرفته شدند. جمعیت مطالعه شامل بیماران دارای ویژگی‌های کلینیکی و دموگرافیک مشخص نظیر جنس، سن شروع بیماری، نوع و اندازه ضایعات، محل درگیری و وضعیت بیماری‌های همراه بود. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به نوع درمان انجام‌شده، فاصله زمانی از آغاز درمان تا بهبودی کامل و هرگونه عود بیماری نیز در چک‌لیستی از پیش تعیین‌شده ثبت گردید.

اطلاعات به صورت مستند از پرونده‌های پزشکی بیماران استخراج شد. جهت تکمیل و به‌روزرسانی برخی اطلاعات، در موارد لازم با بیماران تماس گرفته شد. در صورت عدم دسترسی به بیمار پس از سه

سیر مزمز نمایان می‌شود. در مقابل، ضایعات PLEVA به صورت پسودووژیکول‌های با مناطق نکروزان مرکزی، پاپول‌های پورپوریک و پوسچول همراه با سیر حاد تظاهر می‌نماید. علائم سیستمیک مانند تب، لنفادنوپاتی و آرتریت ممکن است در تظاهرات حاد بیماری دیده شود^{۳،۴}. هم‌چنین تظاهرات نادری اعم از ضایعات کهیری نیز می‌تواند در بیماری PLC بروز پیدا کند^۵. ضایعات PLC و PLEVA بیشتر تمایل دارند در قدام شکم، مناطق فلکسورال و پروگزیمال اندام تحتانی ظاهر شوند؛ اما به صورت معمول، کف دست و پاها در این ۲ بیماری درگیر نمی‌شود^۶.

اتیولوژی این بیماری ناشناخته است؛ لکن چند تئوری در زمینه اتیولوژی این بیماری مطرح شده است؛ نظیر آنتی‌ژن EBV، توکسوپلازما گوندی، HIV، واکسیناسیون با واکسن سرخک - سرخچه - روبلا (MMR) و واکسن آنفلوانزا که به صورت شایع‌تر در همراهی با کیس‌های PLEVA رویت شده‌اند. همچنین دیسکرازی‌های T-cell و واسکولیت وابسته به ایمنی می‌توانند از علل اتیولوژیک پیتریازیس لیکنوئید باشند^۷.

تظاهرات هیستوپاتولوژیک شایع در این بیماران به صورت هایپرکراتوز و پاراکراتوز، آکانتوز و تغییرات Interface در اپی‌درم (واکنش‌های واسکولیت و انفیلتراسیون لنفوسیتی پری‌واسکولار و خروج گلبول‌های قرمز از عروق می‌باشد^۸.

جهت درمان بیماری پیتریازیس لیکنوئید می‌توان از درمان‌های مختلفی نظیر نوردرمانی با استفاده از Narrowband Ultraviolet B (NB-UVB)^{۹،۱۰}، متوترکسات^{۱۱}، اریترومایسین و سایر آنتی‌بیوتیک‌ها نظیر آزیترومایسین و تتراسیکلین^{۱۲} و کورتیکواستروئیدهای موضعی استفاده کرد و بهره برد^۴. قطع تدریجی درمان جهت جلوگیری از عود ضایعات، اهمیت بالایی دارد^۷.

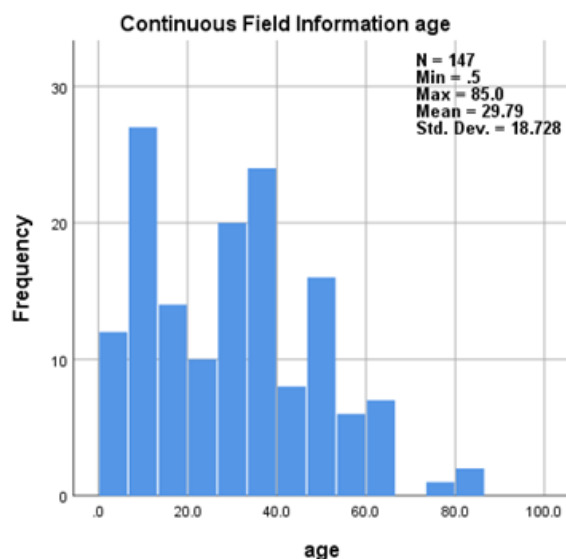
با عنایت به محدودبودن مطالعات انجام گرفته در

یافته‌ها

در مطالعه ما ۱۴۷ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند که از این تعداد، ۷۵ نفر (۵۱٪) زن و ۷۲ نفر (۴۹٪) مرد بودند. اختلاف آماری معنی‌داری بین دو جنس یافت نشد ($P=۰/۳۵۸$). ۱۳۵ نفر (۹۱/۸٪) از بیماران مبتلا به Pityriasis Lichenoides Chronica و ۱۲ نفر (۸/۲٪) از آن‌ها مبتلا به Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta بودند. سن شروع بیماری از ۶ ماه تا ۸۵ سال متغیر بوده و میانگین سنی ۲۹/۷۹ سال (با انحراف معیار ۱۸/۷۳) به ثبت رسید. توزیع فراوانی سنی بیماران در شکل شماره ۱ آمده است.

تظاهرات بالینی مختلف بیماران اعم از توزیع محل درگیری پوست، نوع ضایعات پوستی و علائم همراه در جدول شماره ۱ به صورت خلاصه بیان گردیده است.

توزیع محل درگیری پوست به ترتیب به صورت جنرالیزه ۵۸ نفر (۳۲/۴٪)، ۴۵ نفر در تنه (۲۵/۱٪)، ۳۱ نفر اندام تحتانی (۱۷/۳٪)، ۲۲ نفر اندام فوقانی (۱۲/۳٪)، ۱۵ نفر اندام‌های فوقانی و تحتانی (۸/۴٪) بوده است. ۷۱ نفر (۵۱/۸٪) از بیماران از خارش شکایت داشتند و ۶۶ نفر (۴۸/۲٪) بی‌علامت بوده‌اند. از



شکل شماره ۱: توزیع سنی بیماران مبتلا به پیتیریاژیس لیکنویید.

تلاش تماس تلفنی، بیمار از مطالعه خارج گردید. اطلاعات هر بیمار در پرسشنامه‌ای کدگذاری شده ثبت و به صورت محرمانه در پایگاه داده تحقیق وارد شد. به بیماران توضیح داده شد که داده‌ها صرفاً به منظور پژوهش مورد استفاده قرار گرفته و هویت آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود. رضایت آگاهانه نیز از شرکت‌کنندگان یا والدین و قییم قانونی افراد نابالغ به صورت کامل اخذ گردید.

حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با هدف بررسی میزان تغییرات میانگین اندازه ضایعات به عنوان شاخصی از اثربخشی درمان، محاسبه شد. تعداد نهایی ۱۴۷ نفر با فرض اندازه اثر ۰/۳، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۹۵ مورد نیاز تشخیص داده شد. تمامی داده‌ها پس از جمع‌آوری به یک پایگاه داده منتقل و تحلیل‌های آماری توسط نرم‌افزار R انجام گرفت. داده‌های کیفی در قالب جداول فراوانی نسبی و مطلق و داده‌های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار خلاصه شد.

آزمون Shapiro-Wilk برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها به کار گرفته شد. جهت مقایسه داده‌های کمی بین گروه‌ها از آزمون t مستقل، برای متغیرهای کیفی از آزمون مربع کای و برای تحلیل داده‌های غیر نرمال از آزمون کروسکال-والیس استفاده گردید. $P < ۰/۰۵$ نیز به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد. از آنجاکه مطالعه ما به صورت گذشته‌نگر و با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده‌های پزشکی انجام شد، هیچ‌گونه مداخله‌ای در روند درمانی بیماران صورت نگرفت. داده‌های بیماران به صورت کدگذاری شده و کاملاً محرمانه گردآوری و ذخیره شد. همچنین، این مطالعه هیچ هزینه‌ای برای بیماران دربرنداشته و تمامی موازین اخلاقی مربوط به حفظ حریم خصوصی رعایت گردید.

جدول ۱: تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به پیتریازیس لیکنوئید.

تظاهرات بالینی	تعداد	درصد
جنرالیزه	۵۸	۳۲/۴
تنه	۴۵	۲۵/۱
اندام تحتانی	۳۱	۱۷/۳
اندام فوقانی	۲۲	۱۲/۳
اندام‌های فوقانی و تحتانی	۱۵	۸/۴
صورت	۵	۲/۸
باسن	۳	۱/۷
پاپول	۹۳	۴۸/۴
پلاک	۵۹	۳۰/۷
بج	۲۸	۱۴/۶
ماکول	۵	۲/۶
پورپورا	۵	۲/۶
پاسچول	۱	۰/۵
بول	۱	۰/۵
بدون علامت	۶۶	۴۸/۲
خارش	۷۱	۵۱/۸

جهت توزیع محل درگیری پوستی، بین دو جنس اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نگردید ($P=0/425$). اندازه ضایعات بیماران از ۰/۳ تا ۵ سانتی‌متر متغیر بوده، میانگین اندازه ضایعات ۰/۷۵ سانتی‌متر (با انحراف معیار ۳/۱۶ سانتی‌متر) بوده است.

در ۲۸ نفر (۱۹/۰۵٪) از افراد مطالعه، بیماری‌های زمینه‌ای همراه مشاهده گردید که ۸ نفر از بیماران سابقه بیماری‌های تیروئیدی (هیپوتیروئیدی، هیپرتیروئیدی، تیروئیدکومی) (۵/۴۴٪)، ۶ نفر سابقه فشارخون (۴/۰۸٪)، ۴ نفر دیابت (۲/۷۲٪)، ۳ نفر بیماری‌های روماتیسمی مفصلی (۲/۰۴٪)، ۲ نفر پسوریازیس (۱/۳۶٪)، ۲ نفر کبد چرب غیرالکلی (۱/۳۶٪)، ۱ نفر لنفوم هوچکین (۰/۶۸٪)، ۱ نفر سندروم میلودیسپلازی (۰/۶۸٪)، ۱ نفر لنفوم پوستی سلول T (Mycosis fungoides) (۰/۶۸٪)، ۱ نفر به آسم (۰/۶۸٪) و ۱ نفر به فیبرومیالژیا (۰/۶۸٪) مبتلا

بودند.

بیشترین درمان مورد استفاده در بین بیماران مطالعه ما، کورتیکواستروئید موضعی (کرم بتامتازون - اوسرین ۰/۵٪) بود که ۸۶ بیمار (۵۲/۴٪) سابقه استفاده از آن را ذکر می‌نمودند.

برای درمان ۲۳ بیمار (۱۴٪) از نوردرمانی (شامل Broadband UVB, Narrowband UVB و UVA)، ۱۶ بیمار (۹/۸٪) از کورتیکواستروئید خوراکی (پردنیزولون)، ۱۱ بیمار (۶/۷٪) از آنتی‌بیوتیک خوراکی (آزیترومایسین)، ۹ بیمار (۵/۵٪) از قرص متوتروکسات، ۵ بیمار (۳٪) از قرص آنتی‌هیستامین، ۲ بیمار (۱/۲٪) از کرم پیمکرولیموس و جهت یک بیمار (۰/۶٪) از قرص آسیکلوویر بهره گرفته شده بود.

۶ نفر از بیماران (۳/۷٪) سابقه هیچ گونه درمانی را ذکر نمی‌کردند و همچنین ۵ بیمار (۳٪) سابقه استفاده از داروهای مربوط به طب سنتی را ذکر می‌کردند.

فاصله زمانی از ابتلا تا بهبودی کامل بین ۳۰ روز تا ۳۶ ماه گزارش شده است که میانگین طول دوره درمان تا بهبودی ضایعات ۱۶۰/۸ روز (با انحراف معیار ۲۲۱/۴ روز) بوده است. ۴۵ نفر (۳۰/۶٪) از افراد مورد مطالعه دوره‌های عود بیماری را ذکر می‌کردند.

جهت بررسی تأثیر متغیرهای سن، جنسیت و بیماری‌های زمینه‌ای بر اثر بخشی درمان، به ترتیب از آزمون‌های T-Test، کروسکال والیس و مربع کای استفاده شده است که یافته‌ها همراهی معنی‌داری بین جنسیت ($P=0/620$) بیماری‌های زمینه‌ای ($P=0/293$) و سن ($P=0/876$) با اثربخشی درمان مشاهده نشده است.

بحث

این مطالعه از معدود پژوهش‌های جامعی است که در ایران به بررسی دموگرافی، تظاهرات کلینیکال و سیر درمان پیتریازیس لیکنوئید (PL) پرداخته و یافته‌های خود را در یک بازه پنج ساله ارائه کرده است.

به‌عنوان درمان اول توصیه شده است^{۱۶}؛ اما در مطالعه مرور سیستماتیک انجام‌شده در سال ۲۰۱۹ که به بررسی درمان‌های موثر در PL پرداخته بود، اعلام شد که شواهد کافی و به‌روز برای تصمیم‌گیری در مورد بهترین گزینه‌های درمانی وجود ندارد. این مطالعه نشان داد که نوردرمانی به‌ویژه NB-UVB و PUVA، اثربخشی مشابهی دارند و هم‌چنین اریترومایسین خوراکی و متوترکسات نیز به‌طور مؤثری به‌کار رفته‌اند، اگرچه مطالعات مربوطه حجم نمونه‌های کمی داشته و به‌روزرسانی کافی ندارند^{۱۷}. در این پژوهش، شایع‌ترین درمان مورد استفاده کورتیکواستروئید موضعی بوده است که می‌تواند نشان‌دهنده رویکرد درمانی محتاطانه باشد و تمایل بیشتر بیماران به استفاده از درمان‌های موضعی و اجتناب از فتوتراپی را بازتاب دهد.

زمان بهبودی بیماران به‌طور متوسط حدود ۵ ماه (۱۶۰ روز) گزارش شد و درصد بالایی از بیماران (۳۰/۶٪) دوره‌های عود بیماری را گزارش کردند، که با برخی مطالعات پیشین که زمان بهبودی را کمتر از ۶ ماه گزارش کرده‌اند مشابه است. این موضوع تأکید بر ماهیت مزمن و مقاوم پیتریازیس لیکنوئید دارد و نیاز به پیگیری‌های مکرر و مدیریت بلندمدت برای جلوگیری از عود بیماری را نشان می‌دهد. البته در یک مطالعه طولانی‌مدت در آمریکا، این مدت برای بزرگسالان مبتلا به PL حدود ۶۵ ماه تخمین زده شده است^{۱۶،۱۵}.

این مطالعه، با بررسی و پیگیری درمان بیماران مبتلا به PL، نقطه قوتی در شناخت روند این بیماری در جمعیت ایرانی دارد. از محدودیت‌های اجرایی این مطالعه، نبود سیستم بانک اطلاعاتی الکترونیکی جهت ثبت دقیق داده‌های بیماران و نیز خطای یادآوری در زمان پیگیری تلفنی بیماران بوده است.

با توجه به نقش بیمارستان تخصصی پوست رازی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌عنوان یک مرکز ارجاعی ملی، این مطالعه به ارائه تصویری کلی از ویژگی‌های

از آنجا که مطالعات مشابه داخلی محدود بوده و بیشتر پژوهش‌های مرتبط با PL به‌صورت گزارشات موردی یا بررسی‌های کوچکی در مراکز تخصصی خارج از ایران انجام شده است، این پژوهش تا حدی نگاهی جامع به شرایط بیماران PL در کشور دارد^{۱۴،۱۰}.

در این مطالعه، درصد بالایی از بیماران پیتریازیس لیکنوئید در زیرگروه PLC قرار داشتند (۹۲٪)، که این نتیجه با گزارش‌های قبلی همخوانی دارد و مشابه با یافته‌های اکثر پژوهش‌هاست که شیوع PLC را نسبت به PLEVA بیشتر گزارش کرده‌اند^{۱۵} و می‌تواند بیانگر تأثیر عوامل محیطی، ژنتیکی یا رفتاری بر سیر بیماری باشد. براساس داده‌های ما، اختلاف معناداری در ابتلا بین جنسیت‌ها مشاهده نشد که این نتیجه در برخی مطالعات نیز گزارش شده است، هرچند که در برخی دیگر، درصد ابتلا در مردان کمی بیشتر بوده است^{۱۵}.

سن شروع بیماری در این پژوهش با میانگین ۳۰ سال ثبت شد که با برخی مطالعات دیگر در بیمارستان‌های تخصصی پوست در ایالات متحده و اروپا که سن شروع بیماری را کمتر گزارش کرده‌اند، تفاوت‌هایی دارد. برای مثال، پژوهشی که در آمریکا انجام شده بود، میانگین سن ابتلا در بالغین را ۱۲ سال گزارش کرد، درحالی که یک مطالعه مروری در سال ۲۰۱۵ سن شروع بیماری در کودکان و نوجوانان را میانگین ۶/۵ سال ثبت کرده است^{۱۴،۱۶}. این تفاوت ممکن است به دلیل محدودیت مطالعات مربوط به PL در بزرگسالان باشد.

در بررسی توزیع ضایعات پوستی در بیماران، بیشترین ضایعات به شکل پاپول مشاهده شد که با نتایج سایر مطالعات همسو است. توزیع ضایعات پوستی به‌صورت گسترده در نواحی مختلف بدن بوده است که مشابه با یافته‌های قبلی است که درگیری پوست در تمامی سطوح، به‌جز کف دست و پا را گزارش کرده‌اند^{۱۶}.

از نظر درمان، در بیشتر مطالعات خارجی، فتوتراپی

بالمینی و روند درمان بیماران مبتلا به پیتیریازیس
لیکنوئید در کشور پرداخته است. ایجاد یک بانک
اطلاعاتی الکترونیکی و نظام رجیستری ملی برای این
بیماری جهت بهبود فرآیند پژوهش‌ها و مدیریت بهتر
بیماران توصیه می‌شود.

References

1. Clarey DD, Lauer SR, Trowbridge RM. Clinical, dermatoscopic, and histological findings in a diagnosis of pityriasis lichenoides. *Cureus* 2020; 12.
2. Moutinho-Pereira S, Beires F, Santos Jd, et al. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease-a case and treatment review. *Dermatol Online J* 2024; 30.
3. Fatturi AL, Morgan MA, Markus JR, et al. Pityriasis lichenoides: Assessment of 41 pediatric patients. *J Pediatr (Rio J)* 2024.
4. Jung F, Sibbald C, Bohdanowicz M, et al. Systematic review of the efficacies and adverse effects of treatments for pityriasis lichenoides. *Br J Dermatol* 2020; 183: 1026-32.
5. Madawi D, Mobayed H. Pityriasis lichenoides presented with skin rash mimicking Urticaria: A case report. *Qatar Med J*; 2023: HBKU Press Qatar.
6. Maranda EL, Smith M, Nguyen AH, et al. Phototherapy for pityriasis lichenoides in the pediatric population: A review of the published literature. *Am J Clin Dermatol* 2016; 17: 583-91.
7. Moy A, Sun J, Ma S, Seminario-Vidal L. Lymphomatoid papulosis and other lymphoma-like diseases. *Dermatol Clin* 2019; 37: 471-82.
8. Menzinger S, Frassati-Biaggi A, Leclerc-Mercier S, et al. Pityriasis lichenoides: A large histopathological case series with a focus on adnexotropism. *Am J Dermatopathol* 2020; 42: 1-10.
9. Agaoglu E, Erdogan HK, Acer E, et al. Narrowband ultraviolet B phototherapy for pityriasis lichenoides: A real-life experience. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2023; 39: 520-26.
10. Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, et al. A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33: 2039-49.
11. Hrin ML, Bowers NL, Jorizzo JL, et al. Methotrexate for pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (Mucha-Habermann disease) and pityriasis lichenoides chronica: A retrospective case series of 33 patients with an emphasis on outcomes. *J Am Acad Dermatol* 2022; 86: 433-37.
12. Chen Y, Zhao M, Xiang X, et al. Oral erythromycin in pityriasis lichenoides chronica and pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13311.
13. Farnaghi F, Seirafi H, Ehsani A, et al. Comparison of the therapeutic effects of narrow band UVB vs. PUVA in patients with pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 913-16.
14. Geller L, Antonov NK, Lauren CT, et al. Pityriasis lichenoides in childhood: Review of clinical presentation and treatment options. *Pediatr Dermatol* 2015; 32: 579-92.
15. Teklehaimanot F, Gade A, Rubenstein R. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA). *StatPearls [internet]: StatPearls Publishing* 2023.
16. Zang JB, Coates SJ, Huang J, et al. Pityriasis lichenoides: Long-term follow-up study. *Pediatr Dermatol* 2018; 35: 213-9.

A comprehensive overview of pityriasis lichenoides: clinical features and treatment responses

Ala Ehsani¹
Seyedamirmohamad Rezaei majd,
MD²
Amirhoushang Ehsani, MD³
Pedram Nourmohammadpour, MD²
Mina Koohian Mohammadabadi,
MD⁴
Zahra Razavi, MD²
Mahshid-ol-Sadat Ansari, MD²
Reyhaneh Seyf, MD⁵
Amirhossein Rahimnia, MD^{3*}

1. Skin Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Dermatology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Autoimmune Bullous Diseases Research Center, Razi Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Department of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Nov 12, 2024
Accepted: Nov 20, 2024
Pages: 163-169

Corresponding Author:

Amirhossein Rahimnia, MD

Department of Dermatology, Razi Hospital, Vahdat-e-Eslami Sq., Tehran, Iran
Email: rahimnia.amir@gmail.com

Conflict of interest: None to declare

Background and aim: Pityriasis lichenoides (PL) is a rare papulosquamous disorder with an unknown etiology. Due to limited recent studies on this subject, the present research was conducted to describe the clinical manifestations and treatment course of these patients.

Methods: This retrospective cross-sectional study (2019-2023) was conducted on patients diagnosed with PL at Razi Dermatology Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Iran confirmed by biopsy of skin lesions. Basic information was obtained from hospital records, and treatment follow-up was gathered from medical files and phone interviews with patients. Data were analyzed using R software, with a $P < 0.05$ considered statistically significant.

Results: A total of 147 patients were evaluated. No significant difference was found between genders ($P = 0.358$). The predominant subtype was PLC (91.8%), with a mean age of onset of 29.79 ± 18.73 years. The most common type of skin lesion was papules (48.4%), and generalized body involvement was the most frequent manifestation, observed in 58 patients (32.4%). The most commonly used treatment was topical corticosteroids, administered to 86 patients (52.4%). The average duration from onset to full recovery was 160.80 ± 221.40 days. A total of 45 patients (30.6%) reported recurrent episodes of the disease. No significant association was found between treatment efficacy and gender ($P = 0.620$), underlying conditions ($P = 0.293$), or age ($P = 0.876$).

Conclusion: Given the limited clinical data on patients with pityriasis lichenoides, establishing an electronic database and a national registry system for this condition is recommended.

Keywords: pityriasis lichenoides, papulosquamous skin diseases, vesiculobullous skin disease, corticosteroids, treatment outcome