

# ارزش تشخیصی ایمنوفلورسانس مستقیم بر روی نمونه‌های بیوپسی مخاط و پوست قراردادده‌شده در فرمالین ۱۰٪ در مقایسه با نمونه‌های قراردادده‌شده در نرمال سالین به‌عنوان روش استاندارد طلایی در تشخیص گروهی از بیماری‌های تاولی خودایمن

**زمینه و هدف:** ایمنوفلورسانس مستقیم (DIF) به‌عنوان روش استاندارد طلایی در تشخیص بیماری‌های تاولی خودایمن مطرح است. محیط مورد قبول برای حفظ نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط، قبل از معاینه دیف نرمال سالین، نیتروژن مایع و محلول میشل است. گاهی پزشکان، نمونه بیوپسی گرفته‌شده برای دیف را در فرمالین ده درصد قرار می‌دهند و گاهی نیز به‌صورت هم‌زمان درخواست دیف می‌کنند و فقط یک نمونه مواجهه‌یافته با فرمالین و فرورفته در پارافین در دسترس است. در این مطالعه معین کردن ارزش تشخیصی دیف روی نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط مواجهه‌یافته با فرمالین ۱۰٪ در مقایسه با نمونه‌های مشابه مواجهه‌یافته با نرمال سالین مورد بررسی قرار گرفت.

**روش اجرا:** در ۷۴ بیمار (۳۸ بیمار تاولی و ۳۶ بیمار درماتیت مزمن) که گروه دوم نقش کنترل سالم را داشتند، دو بیوپسی پنج از کنار ضایعه از پوست یا مخاط انجام شد که یکی در فرمالین ۱۰٪ گذاشته شد و در پارافین ثابت شد و یکی در نرمال سالین گذاشته شد و DIF روی دو نمونه انجام شد.

**یافته‌ها:** حساسیت و ویژگی DIF با IgG، به‌ترتیب ۳۱ و ۱۰۰٪ در پمفیگوس، ۱۵ و ۹۳٪ در بی‌پی و با C3، ۳۹ و ۱۰۰٪ در پمفیگوس و ۷ و ۹۱٪ در بولوس پمفیگوئید بود.

**نتیجه‌گیری:** DIF در نمونه‌های مواجهه‌یافته با فرمالین نسبت به نرمال سالین در تشخیص پمفیگوس و بی‌پی کمتر حساس و تقریباً یکسان است؛ به‌ویژه در بیماران پمفیگوس وقتی فقط یک نمونه مواجهه‌یافته با فرمالین در دسترس است، سودمند است.

**کلیدواژه‌ها:** بیوپسی، ایمنوفلورسانس، بیماری‌های تاول‌زای خودایمن

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۲۵

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۴۰۱، دوره ۱۳ (۱): ۵۲-۴۰

الهه نظری

کامیاب حصارى

سحر منتظرى

نازنین منصورزاده

ویدا فیضی

حسین مرتضوى

علیرضا قنادان

نقیسه اسماعیلی

گروه پاتولوژی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده مسئول:

کامیاب حصارى

تهران، خیابان حافظ، میدان وحدت اسلامی،

بیمارستان رازی

پست الکترونیک:

drkamyabhesari@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

## مقدمه

ساب‌اپیدرمال، بیماری‌های تاولی اتوایمون پوست به دو گروه پمفیگوس و پمفیگوئید تقسیم می‌شوند؛ پمفیگوس با تاول‌های سست اینتراپیدرمال و آروزیبون‌های پوست و مخاط و اتوآنتی‌بادی، علیه اتصالات چسبنده بین دو کراتینوسیت؛ یعنی دسموزوم‌ها مشخص می‌شود و خود بر پنج گونه است: پمفیگوس

بیماری‌های تاولی خودایمن پوست، گروهی از اختلالات خودایمن هستند که با تولید اتوآنتی‌بادی علیه پروتئین‌های ساختاری اپیدرم یا درمواپیدرمال جانکشن، از نظر پاتوژنز و ایجاد بلیستر و آروزیبون در پوست یا غشاهای مخاطی از نظر بالینی مشخص می‌شوند. براساس سطح تاول (اینتراپیدرمال یا

سطحی یا فولیاسه، پمفیگوس عمقی یا ولگر، پمفیگوس IgA، پمفیگوس اریتماتو و پمفیگوس پارائتوپلاستیک. پمفیگوئید با ضایعات کهیری، تاول‌های سفت، اروز-یون‌های پوست و مخاط و اتوانتی‌بادی علیه پروتئین‌های ساختاری درموپیدرمال جانکشن مشخص می‌شود و شامل بولوس پمفیگوئید، سیکاتریسیل پمفیگوئید، هرپس جستی‌شنالینس، درماتیت هرپتیفرمیس، لینه‌آر IgA و اپیدرمولیزیس بولوزای اکتسابی می‌باشند.

چون معیارهای بالینی و خصوصیات هیستوپاتولوژیک برای اثبات تشخیص کافی نیستند، بررسی میکروسکوپی به روش ایمونوفلورسانس مستقیم روی نمونه بیوپسی پوست یا تست‌های سرولوژیک برای تشخیص دقیق لازم است. پس تشخیص دقیق بیماری‌های ایمنوبولوس، نیازمند بررسی یافته‌های بالینی، هیستوپاتولوژیک و ایمونوفلورسانس است. تشخیص بین بیماری‌های تاولی مختلف پوست به دلیل تفاوت در روش‌های درمانی و پیش‌آگهی، اهمیت بسیاری دارد.<sup>۱-۳</sup>

گرچه بیماری‌های ایمنوبولوس ناشایع‌اند، اثر دراماتیکی روی بیمار و بستگانش و نیز از نظر اقتصادی برای خانواده بیمار و سیستم‌های بهداشتی دارند.<sup>۴</sup>

برای تشخیص پمفیگوس ولگاریس، فولیاسه و بولوس پمفیگوئید یافته‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک به‌تنهایی کافی نیست و نیازمند اثبات وجود آنتی‌بادی علیه سطح سلول کراتینوسیت در پمفیگوس و جانکشن درموپیدرمال در مورد بولوس پمفیگوئید است. به این منظور از یکی از روش‌های ایمونوفلورسانس مستقیم روی بیوپسی پوست و مخاط، ایمونوفلورسانس غیرمستقیم روی خون و سایر مایعات بدن یا الیزا، ایمنوبلات و ایمونوسپیتیت استفاده می‌گردد.<sup>۵-۷</sup>

یافته‌های هیستوپاتولوژیک در پمفیگوس شکاف سوپرابازال، آکانتولیز و ارتشاحات ائوزینوفیلی و در بولوس پمفیگوئید تاول ساب‌اپیدرمال و ارتشاح درمال

با ارجحیت ائوزینوفیل‌هاست.<sup>۸</sup>

در این میان ایمونوفلورسانس مستقیم به دلیل ویژگی و حساسیت بالا، روش استاندارد طلایی محسوب می‌شود<sup>۹ و ۱۰</sup>. حساسیت روش ایمونوفلورسانس مستقیم از نود تا صد درصد در مورد بیماران پمفیگوس ذکر شده است.<sup>۱۰ و ۱۱</sup>

در ایمونوفلورسانس مستقیم نمونه‌های بیوپسی پوست یا مخاط پری‌لژینال با سه آنتی‌بادی IgG، IgA و C3 نشان‌دار شده با رنگ فلورسانس مجاور می‌شوند و در صورت اتصال به آنتی‌بادی‌های متصل در بافت، زیرمیکروسکوپ فلورسانس با تابش نور فرابنفش به صورت نور مرئی متبلور می‌شوند.<sup>۱۱</sup>

الگوی حاصله در مورد پمفیگوس ولگاریس و فولیاسه، شبکه‌ای از IgG، C3، IgA و گاهی IgM در اپی‌درم است. در بولوس پمفیگوئید رسوب خطی ممتد در ناحیه غشای پایه از IgG، C3 یا ترکیب این دو دیده می‌شود.<sup>۸</sup> حساسیت ایمونوفلورسانس مستقیم در پمفیگوس ولگاریس در ضایعات اولیه، کمتر و در حدود ۹۵٪ و در موارد با بیماری فعال ۱۰۰٪ است. در هنگام رمسیون، منفی شدن آن نشانه پروگنوستیک خوبی است. گرچه تصور می‌شود مثبت کاذب ندارد؛ ولی در درماتیت اسپونژیوتیک، پسوریازیس، ایمپتیگوی بولوس و حاشیه اولسرهای مختلف، به دلیل حضور پلازما ممکن است مثبت شود که با حضور غیراختصاصی منوراکتانت‌هایی مثل IgM، IgA، فیرینوزن و آلبومین افتراق داده می‌شوند.

در بولوس پمفیگوئید رسوب خطی در ایمونوفلورسانس مستقیم با C3 در ۱۰۰٪ موارد و با IgG در ۶۵-۹۵ درصد موارد دیده می‌شود.<sup>۱۲</sup>

محیط معمول برای انتقال نمونه‌های بیوپسی پوست به آزمایشگاه جهت انجام ایمونوفلورسانس، سرم نرمال سالین می‌باشد و محیط معمول جهت انتقال نمونه‌های بیوپسی جهت انجام هیستوپاتولوژی معمول، فرمالین ده درصد می‌باشد. گاهی به‌طور اتفاقی نمونه

پری لژیونال در فرمالین ده درصد قرار داده می‌شود. گاهی نیز به صورت رتروگرید انجام ایمونوفلورسانس توسط پزشک درخواست می‌شود که فقط یک نمونه قرار گرفته در فرمالین و سپس بلاک شده در پارافین در دسترس است.

هدف از این مطالعه تعیین ارزش تشخیصی انجام ایمونوفلورسانس مستقیم روی بیوپسی پوست آغشته به فرمالین ده درصد روی پوست پری لژیونال در مقایسه با ایمونوفلورسانس مستقیم روی نمونه آغشته به نرمال سالین روی پوست پری لژیونال به عنوان روش استاندارد طلایی است.

## روش اجرا

### جمعیت هدف

بیماران مبتلا به بیماری‌های ایمونوبولوس پمفیگوس، بولوس پمفیگوئید و درماتیت هرپتیفرمیس.

### جمعیت تحت مطالعه

بیماران مراجعه کننده به بیمارستان رازی که به‌عنوان موارد جدید درمان نشده و به‌منظور تشخیص بیماری‌شان تحت بیوپسی پوست یا مخاط جهت انجام روش ایمونوفلورسانس مستقیم در محیط حاوی نرمال سالین (روش استاندارد طلایی) قرار می‌گیرند.

### معیارهای ورود و خروج

در این مطالعه کلیه بیمارانی که در بازه زمانی اول اردیبهشت لغایت آخر آبان ۹۷ در بخش زنان، مردان و اتاق عمل سرپایی پوست به‌عنوان موارد جدید و به‌منظور تشخیص بیماری‌شان تحت بیوپسی پوست یا مخاط، جهت انجام روش ایمونوفلورسانس مستقیم در محیط حاوی نرمال سالین (روش استاندارد طلایی) قرار می‌گیرند و در برگه درخواست بیوپسی‌شان توسط درماتولوژیست‌های مختلف بیمارستان رازی، حداقل یکی از موارد ذیل به‌عنوان تشخیص افتراقی مطرح شده است و نیز پس از اخذ رضایت آگاهانه رضایت به شرکت در این طرح داده‌اند تا زمان تکمیل تعداد لازم

برای مطالعه وارد مطالعه می‌شوند. تشخیص افتراقی‌های ذکر شده در برگه درخواست حداقل شامل یکی از موارد پمفیگوس ولگاریس، پمفیگوس فولیاسه، بولوس پمفیگوئید، درماتیت هرپتی فرم یا درماتیت باشند.

### روش محاسبه حجم نمونه و حجم نمونه

حجم نمونه در این مطالعه از فرمول زیر با اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪، ۷۴ نفر محاسبه شد؛ یعنی اگر ارزش تشخیصی تست برابر با ۹۵٪ باشد، با احتساب اطمینان ۹۵٪ و دقت ۵٪، به ۷۴ نفر نیاز داریم.

$$N = \frac{(z - \frac{\alpha}{2}) \times p(1-p)}{d^2}$$

### مکان انجام مطالعه

این مطالعه در بیمارستان رازی (واحد اتاق عمل سرپایی و بخش پاتولوژی) انجام می‌شود.

### روش جمع‌آوری داده‌ها و روش اجرای طرح

محیط استاندارد طلایی قراردادی و انتقال نمونه بیوپسی پوست یا مخاط برای انجام روش ایمونوفلورسانس مستقیم سرم فیزیولوژی (نرمال سالین ۰/۹ درصد می‌باشد) که در این مطالعه، به‌عنوان روش استاندارد طلایی محسوب می‌شود.

در این مطالعه نمونه برداشته شده از پوست پری لژیونال که به‌طور معمول در ظرف پلاستیکی درب‌دار حاوی نرمال سالین قرار داده می‌شود و نیز نمونه دوم از پوست یا مخاط لژیونال جهت بررسی هیستوپاتولوژیک معمول هماتوکسیلین - ائوزین برداشته می‌شود (تا این مرحله جزء پروسه لازم و معمول تشخیص بیماری‌های ایمونوبولوس است؛ لذا هزینه یا عملیات اضافه به بیمار تحمیل نمی‌گردد)، سپس در صورت کسب رضایت آگاهانه از بیمار، نمونه دیگری توسط فرد انجام‌دهنده بیوپسی از ناحیه پری لژیونال و ترجیحاً محلی که با اسکار کمتری همراه است گرفته شده و نمونه دوم در ظرف حاوی فرمالین ده درصد (روش تحت بررسی) قرار داده می‌شود؛ سپس هر دو نمونه در مدت کمتر از یک ساعت به

به روش نرمال‌سالین (روش استاندارد طلائی) که در حالت روتین توسط آنتی‌آنتی‌بادی IgG، IgA و C3 انجام می‌گردد، شواهدی به نفع تشخیص درماتیت هرپتیفورمیس گزارش شود، ایمونوفلورسانس مستقیم روی نمونه‌های بیوپسی قرار داده‌شده در فرمالین ده درصد با استفاده از IgA هم تکرار می‌شود. یافته‌های مثبت در ایمونوفلورسانس مستقیم به‌صورت خطی ممتد در درمواپیدرمال جانکشن، شبکه‌ای در اپیدرم و گزارش سایر یافته‌های مورفولوژیک که حین انجام طرح به آن‌ها برمی‌خوریم می‌باشد.

گزارش روش گلداستاندارد و نیز گزارش هیستوپاتولوژی معمول هماتوکسیلین - ائوزین توسط چهار نفر از اساتید پاتولوژیست بخش پاتولوژی بیمارستان رازی که دو نفر از آن‌ها جز همکاران طرح هستند، انجام می‌شود؛ اما هیچ‌کدام از این‌که کدام مریض و کدام بیوپسی وارد طرح خواهد شد، مطلع نیستند. سپس قسمت فرم دوم شامل اطلاعات دموگرافیک، مدت ایجاد ضایعات و تشخیص هیستوپاتولوژیک به همراه شماره تماس بیمار توسط دستیار ثبت می‌شود. این فرم حاوی کد پذیرش است که توسط مسئول پذیرش روی برگه‌ها قید شده است. سپس در پایان ماه هر دو فرم توسط همکار سوم طرح جمع‌آوری و نمونه‌های مخدوش یا ناکافی برای رنگ‌آمیزی یا فاقد اطلاعات لازم برای کسب متغیرها از مطالعه خارج و سپس با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS آنالیز می‌شوند. بعد از تکمیل اطلاعات، داده‌ها جهت کنترل سالم از بیمارانی که تشخیص هیستوپاتولوژیک درماتیت و ایمونوفلورسانس مستقیم منفی با استفاده از محیط نرمال‌سالین دارند، استفاده می‌شود.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آمارهای توصیفی، میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی و فراوانی نسبی برای سنجش حساسیت، ویژگی و ارزش اخباری مثبت استفاده می‌شود.

آزمایشگاه آسیب‌شناسی تحویل و آنجا بعد از کددهی توسط مسئول پذیرش بخش، توسط تکنسین آزمایشگاه آسیب‌شناسی که جزء همکاران طرح می‌باشد، ظرف مدت حداکثر یک ساعت نمونه‌ها به روش زیر آماده می‌شوند.

ابتدا چسب فروزن یا کرایو روی آن‌ها ریخته می‌شود و پس از قالب‌گیری در دستگاه کرایوکات به برش‌های پنج میکرونی تقسیم می‌شوند، سپس نمونه‌ها روی دیش رنگ‌آمیزی قرار داده می‌شوند، کمی آب روی آن‌ها ریخته می‌شود، سپس آنتی‌بادی‌های C3 با غلظت یک‌سی‌ام و IgG و IgA هرکدام با غلظت یک‌چهل‌م از شرکت داکو جهت رنگ‌آمیزی استفاده و در ظرف به مدت چهل و پنج دقیقه گذاشته شده و سپس با محلول پی‌بی‌اس ۶/۹ مولار به مدت پنج دقیقه شسته و سپس در محیط خشک‌شده، نهایتاً با استفاده از محلول گلیسرول در پی‌بی‌اس (که به نسبت یک‌نهم رقیق‌شده) مونته می‌شوند؛ یعنی یک قطره از آن روی لام گذاشته می‌شود و لامل روی آن قرار می‌گیرد و همان روز توسط میکروسکوپ فلورسانس بخش آسیب‌شناسی توسط یکی از دو پاتولوژیست همکار طرح و کور نسبت به گزارش روش استاندارد طلائی و جواب گزارش هیستوپاتولوژی معمول هماتوکسیلین - ائوزین، گزارش می‌شوند.

نحوه کورسازی به این صورت است که تمامی نمونه‌ها هنگام پذیرش به‌صورت رندوم توسط کامپیوتر بخش پاتولوژی دارای کد، پذیرش می‌شوند و کد پذیرش توسط مسئول پذیرش روی ظرف نمونه و فرم‌های درخواست قید می‌شود، در نتیجه هنگام تحویل به بخش اجرا و پزشک پاتولوژیست همراه با سایر نمونه‌های بخش پاتولوژی آن روز می‌باشند. نحوه گزارش نمونه‌ها به‌صورت خفیف (یک پلاس یا ساجستیو)، متوسط (دو پلاس یا قابل انطباق) و شدید (سه پلاس یا سازگار) و به تفکیک دو آنتی‌بادی C3 و IgG است. در صورتی که در گزارش هیستوپاتولوژی یا ایمونوفلورسانس مستقیم

## یافته‌ها

در این مطالعه ۷۴ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۳۲ بیمار (۴۳/۲٪) زن و ۴۲ بیمار (۵۶/۸٪) مرد بودند. از نظر متغیر جنس نیز اکثریت بیماران گروه پمفیگوس (۶۵/۵٪) و گروه بولوس پمفیگوئید (۲۱/۹٪) زن بودند.

در مجموع کل بیماران، بیشتر بیماران در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال قرار داشتند. از نظر متغیر سن به تفکیک تشخیص اکثریت بیماران پمفیگوس در گروه ۴۰-۴۹ سال (۲۷/۶٪) قرار داشتند. در گروه بولوس پمفیگوئید نیز اکثریت بیماران در گروه ۸۰-۸۹ بودند.

پمفیگوس ولگاریس ۲۹ بیمار (۳۹/۲٪)، پمفیگوس فولیاسه ۹ بیمار (۱۲/۲٪)، بولوس پمفیگوئید ۱۳ بیمار (۱۷/۶٪) و درماتیت مزمن ۲۳ بیمار (۳۱/۱٪) بیمار داشتند. در بین ۵۱ بیمار با تشخیص ایمنوبولوس‌های مختلف از نظر متغیر نوع بیماری، اکثر بیماران (۳۸ بیمار (۷۵٪)) تشخیص پمفیگوس داشتند و ۱۳ بیمار (۲۵٪) تشخیص بولوس پمفیگوئید. به علاوه در بیماران پمفیگوس، ۲۹ بیمار پمفیگوس ولگر و ۹ بیمار پمفیگوس فولیاسه داشتند؛ یعنی در بین موارد جدید ایمنوبولوس در یک بازه زمانی شش ماهه از نظر نوع تشخیص ارجحیت نسبی با گروه پمفیگوس‌ها و نوع ولگر بود.

### جدول ۱: فراوانی نتایج محل بیوپسی.

درصد	تعداد	
۱۴/۹	۱۱	اندام فوقانی
۱۳/۵	۱۰	اندام تحتانی
۵۵/۴	۴۱	تنه
۲/۷	۲	اسکالپ
۴/۱	۳	صورت

### جدول ۲: فراوانی مدت زمان بیماری.

درصد	تعداد	
۴۱/۹	۳۱	کمتر از ۶ ماه
۲۴/۳	۱۸	۶-۱۲ ماه
۱۶/۲	۱۲	۱۲-۱۸ ماه
۱/۴	۱	۱۸-۲۴ ماه
۵/۴	۴	۲۴-۳۰ ماه
۱۰/۸	۸	بیشتر از ۳۶ ماه

در روش استاندارد طلایی در ۲۳ مورد، IgG منفی بود که هر ۲۳ مورد تشخیص chronic dermatitis داشتند. شدت رنگ‌پذیری در موارد مثبت، شدید (۳+) و متوسط (۲+) بود.

در ۴۴ مورد IgG با روش مورد آزمون مثبت بود که فراوانی آن به شرح جدول ۴ است. در مورد شدت رنگ‌پذیری با آنتی‌بادی IgG در روش مورد آزمون کاهش داشت و خفیف (۱+) و متوسط (۲+) بود (جدول ۴).

### جدول ۳: فراوانی روش استاندارد طلایی با آنتی‌بادی IgG در افراد مورد مطالعه به تفکیک نوع بیماری.

پمفیگوس ولگاریس	پمفیگوس فولیاسه	بولوس پمفیگوئید	درماتیت مزمن	
۰	۰	۲۳/۱	۰	IgG خطی ممتد (++)
۰	۰	۵۳/۸	۰	IgG خطی ممتد (+++)
۰	۱۰۰	۰	۰	IgG شبکه‌ای ممتد (+++)
۰	۰	۰	۲۰/۶	IgG شبکه‌ای ممتد (++)
۱۰۰	۰	۲۳/۱	۰	IgG negative

مثبت بود که حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی آن به ترتیب ۳۸/۱۵٪، ۴۴/۹۳٪، ۳۳/۳۳٪ و ۸۲/۸۳٪ بود.

در ۵۰ مورد از کل بیماران C3 در روش استاندارد طلایی مثبت بود. شدت رنگ‌پذیری با C3 در این روش متوسط (۲+) و شدید (۳+) بود.

در ۴۵ مورد C3 به روش مورد آزمون نیز مثبت بود که فراوانی آن به شرح جدول ۶ بود. در مورد شدت رنگ‌پذیری با روش مورد آزمون با آنتی‌بادی C3 کاهش داشت و خفیف (۱+) و متوسط (۲+) بود.

در ۱۵ مورد از ۳۸ مورد پمفیگوس C3 به روش مورد آزمون مثبت (شبکه‌ای کانونی) بود (از این ۱۷ مورد ۱۲ بیمار پمفیگوس ولگر و ۳ بیمار پمفیگوس فولیاسه داشتند) که این در هیچ موردی از موارد درماتیت مزمن مثبت نبود. حساسیت و ویژگی، ارزش اخباری مثبت و منفی به ترتیب در مورد کل بیماران پمفیگوس ۳۹/۴۷٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۶۱/۴٪ بود. با احتساب فقط بیماران پمفیگوس ولگر به همان ترتیب ۳۷/۴۱٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۶۷/۹۲٪ و در صورت در نظر گرفتن فقط بیماران پمفیگوس فولیاسه ۳۳/۳۳٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۷۱/۸۵٪ بود.

جدول ۵: فراوانی روش استاندارد طلایی با آنتی‌بادی C3 در افراد مورد مطالعه به تفکیک نوع بیماری.

پمفیگوس ولگاریس	پمفیگوس فولیاسه	بولوس پمفیگوئید	درماتیت مزمن
۰	۰	۴۶/۲	خطی C3 ممتد (++)
۰	۰	۵۳/۸	خطی C3 ممتد (+++)
۷۹/۳۱	۱۰۰	۰	C3 شبکه‌ای ممتد (+++)
۱۷/۲	۰	۰	C3 شبکه‌ای ممتد (++)
۳/۴	۰	۰	C3 negative

جدول ۴: فراوانی روش مورد آزمون با آنتی‌بادی IgG در افراد مورد مطالعه به تفکیک نوع بیماری.

پمفیگوس ولگاریس	پمفیگوس فولیاسه	بولوس پمفیگوئید	درماتیت مزمن
۰	۰	۷/۷	IgG خطی ممتد (+)
۰	۰	۷/۷	IgG خطی ممتد (++)
۲۰/۷	۲۲/۲	۳۸/۵	IgG کانونی (+)
۱۰/۳	۲۲/۲	۰	IgG کانونی (++)
۱۰/۳	۱۱/۱	۰	IgG شبکه‌ای کانونی (+)
۱۰/۳	۲۲/۲	۰	IgG شبکه‌ای کانونی (++)
۱۰/۳	۰	۰	IgG فوکال (+)، شبکه‌ای کانونی (+)
۳۷/۸	۲۲/۲	۴۶/۲	IgG negative

در ۱۲ مورد از ۳۸ مورد پمفیگوس، IgG به روش مورد آزمون مثبت (شبکه‌ای کانونی) بود (از این ۱۲ مورد ۹ بیمار پمفیگوس ولگر و ۳ بیمار پمفیگوس فولیاسه داشتند) که این مورد در هیچ کدام از موارد درماتیت مزمن مثبت نبود. حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت و منفی به ترتیب در مورد کل بیماران پمفیگوس ۳۱/۵٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۵۸/۵٪ بود. با احتساب فقط بیماران پمفیگوس ولگر به همان ترتیب ۳۳/۳٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۶۴/۲۸٪ و در صورت در نظر گرفتن فقط بیماران پمفیگوس فولیاسه، ۳۳/۳۳٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۷۱/۸۵٪ بود. در ۲ بیمار از ۱۳ بیمار بولوس پمفیگوئید IgG به روش مورد آزمون مثبت بود (شامل الگوی خطی ممتد در درمواییدرمال جانکشن) که در چهار مورد از موارد درماتیت مزمن نیز

به هر حال موارد جدیدی که رضایت به انجام بیوپسی نداشتند وارد طرح نشدند، ولی نتایج آن با این مطالعه هماهنگ است.

در مطالعه دیگر که توسط پرفسور شمس و همکاران در همین مرکز و طی یک بررسی نوزده ساله روی ۱۲۰۹ مورد پمفیگوس انجام شده، ارجحیت پمفیگوس ولگر نسبت به پمفیگوس فولیاسه مشاهده شده است. ۹۱/۹٪ بیماران پمفیگوس ولگاریس و هفت درصد بیماران پمفیگوس فولیاسه داشتند.<sup>۱۴</sup> نتایج مطالعه ما با این مطالعه نیز از نظر ارجحیت بیماری پمفیگوس در بین بیماران ایمنوبولوس هماهنگ است.

در مطالعه دیگر در بیمارستان رازی که شامل ۱۴۰۲ بیمار و مورد جدید از بیماری‌های تاولی خودایمن بود، پمفیگوس ولگاریس با درصد فراوانی ۸۱/۲٪ بولوس پمفیگوئید با درصد فراوانی ۱۱/۶٪ و پمفیگوس فولیاسه با درصد فراوانی ۴/۴٪ ذکر شده‌اند که دقیقاً از نظر درصد فراوانی به تفکیک نوع بیماری با مطالعه ما مشابه است.<sup>۱۵</sup>

در مطالعه موتاسیم که یک مطالعه مروری است بولوس پمفیگوئید شایع‌ترین ایمنوبولوس در جوامع غربی و شیوع پمفیگوس ولگاریس در مدیترانه و یهودیان اشکنازی بیشتر است.<sup>۱۶</sup> مطالعه ما نیز شیوع بیشتر پمفیگوس ولگاریس را نشان داد.

در مطالعه ما اکثر بیماران پمفیگوس (شامل پمفیگوس ولگر و پمفیگوس فولیاسه) در گروه سنی ۴۰-۴۹ قرار داشتند که تقریباً نزدیک به سن متوسط شروع بیماری پمفیگوس در سه مطالعه فوق است که از ۴۲/۱۲ سال<sup>۱۴</sup> تا ۴۲/۲ سال<sup>۱۵</sup> ذکر شده است و یافته‌های آن‌ها را تأیید می‌کند، گرچه هیچ‌کدام از این دو مطالعه اول صرفاً در موارد جدید پمفیگوس نبوده‌اند. در مطالعه مروری موتاسیم و همکاران شیوع پمفیگوس ولگاریس و فولیاسه در یک دهه بیشتر و در ۶۰-۵۰ سال ذکر شده است<sup>۱۶</sup> که با مطالعه ما متفاوت است. این مسأله می‌تواند ناشی از تفاوت‌های نژادی باشد.

جدول ۶: فراوانی روش مورد آزمون با آنتی‌بادی C3 در افراد مورد مطالعه به تفکیک نوع بیماری.

پمفیگوس ولگاریس	پمفیگوس فولیاسه	پمفیگوس بولوس	درماتیت مزمن
۰	۰	۷/۷	۸/۷
۰	۰	۷/۷	۸/۷
۲۰/۷	۲۲/۲	۳۸/۵	۲۱/۷
۱۰/۳	۲۲/۲	۰	۰
۱۰/۳	۱۱/۱	۰	۰
۱۰/۳	۲۲/۲	۰	۰
۱۰/۳	۰	۰	۰
۳۷/۸	۲۲/۲	۴۶/۲	۶۰/۹

## بحث

در مطالعه حاضر، در بین موارد جدید ایمنوبولوس در یک بازه زمانی شش ماهه از نظر نوع تشخیص، ارجحیت نسبی با گروه پمفیگوس‌ها و نوع ولگر بود.

در مطالعه پرفسور شمس که در همین مرکز (بیمارستان رازی) به‌عنوان بزرگترین مرکز ثبت، درمان و تحقیقات بیماری‌های ایمنوبولوس در ایران و طی یک بررسی ده ساله روی شیوع پمفیگوس انجام شده، با بررسی ۱۴۰۲ مورد، ۸۱٪ بیماران تشخیص پمفیگوس ولگر، ۱۱/۶٪ تشخیص بولوس پمفیگوئید و ۴/۴٪ تشخیص پمفیگوس فولیاسه داشتند.<sup>۱۳</sup>

با وجود اینکه مطالعه ما در یک مقطع شش ماهه و با تعداد بیمار کمتر انجام شد و با در نظر گرفتن اینکه

ارجحیت زنان (۶۴/۸٪ در مقابل ۳۵/۲٪) مشاهده شده است.<sup>۱۸</sup> مطالعه ما در گروه پمفیگوس‌ها ارجحیت جنسی متفاوت با چهار مطالعه فوق<sup>۱۷</sup> و<sup>۱۳</sup> و ارجحیت جنسی مشابه در مورد بولوس پمفیگوئیدها با مطالعه ما<sup>۱۸</sup> داشت. این مسأله می‌تواند ناشی از تعداد کمتر بیماران در مطالعه ما یا این مسأله باشد که با توجه به اینکه در گروه پمفیگوس زنان از نظر سنی جوان‌تر هستند، به دلیل cosmetic concern ناشی از عواقب بیوپسی کمتر در طرح شرکت کرده‌اند. در مطالعه موتاسیم و همکاران ارجحیت سنی نه برای پمفیگوس و لگاریس و نه برای پمفیگوس فولیاسه قید نشده است. در مورد متغیر سن در بیماران بولوس پمفیگوئید نیز اشاره‌ای نداشته است.<sup>۱۶</sup>

در صورت انجام روش ایمنوفلورسانس مستقیم بر روی نمونه‌های آغشته به نرمال سالین یعنی روش استاندارد طلائی، در مورد بیماران پمفیگوس و لگاریس و فولیاسه رسوب آنتی‌بادی اینتراپیدرمال و اینترسلولار یا همان شبکه‌ای با استفاده از رنگ‌آمیزی با آنتی‌بادی IgG مشاهده می‌شود<sup>۱۸</sup> و<sup>۱۲</sup> و<sup>۵</sup>. رسوب IgG در ۹۵٪ موارد اولیه و ۱۰۰٪ بیماران با بیماری فعال دیده می‌شود.<sup>۸</sup> این الگو در پمفیگوس و لگاریس و پمفیگوس فولیاسه با استفاده از IgG در ۱۰۰٪ موارد بیماری فعال و در ۹۷٪ موارد early cases و افراد با ضایعات کم مثبت خواهد شد. رسوب C3 لزوماً در ایمنوفلورسانس مستقیم بیماران پمفیگوس دیده نمی‌شود که این مسأله احتمالاً ناشی از ارجحیت آنتی‌بادی IgG ۴ در پمفیگوس است که کمپلمان را فیکس نمی‌کند.<sup>۵</sup>

در مطالعه موتاسیم تنها از الگوی اینتراسلولار شبکه‌ای با آنتی‌بادی IgG نام برده شده است.<sup>۱۶</sup> در مطالعه دکتر اسماعیلی و همکاران رسوب اینتراسلولار IgM و IgG در ۱۴۰ مورد از بیماران پمفیگوس و لگاریس تازه ثبت شده به‌عنوان موارد جدید نشان داده است؛ اما راجع به درصد آن در این مطالعه اشاره‌ای نشده است.<sup>۱۷</sup>

در مطالعه دکتر اسماعیلی و همکاران که روی ۱۴۰ مورد جدید پمفیگوس و لگاریس انجام شده است، سن بیماران زن در هنگام شروع بیماری ۴۲/۷±۴۱/۳ و سن بیماران مرد در هنگام شروع بیماری ۱۷/۷±۳۹/۷ قید شده است<sup>۱۷</sup> و از آنجایی که در مطالعه ما سن بیماران در هنگام شروع بیماری به تفکیک جنس بررسی نشده است، می‌توان گفت که تقریباً مشابه با مطالعه ما می‌باشد.

در مورد متغیر سن در بیماران بولوس پمفیگوئید در مطالعه ما گروه ۸۹-۸۰ سال در اکثریت بود و از مطالعه دکتر اسماعیلی و همکاران در همین مرکز که شامل ۱۲۲ مورد می‌باشد، حدود دو دهه بیشتر است. در این مطالعه در مورد بیماران بولوس پمفیگوئید سن شروع ۶۵/۱۸± قید شده است<sup>۱۸</sup> و هم‌چنین نسبت به مطالعه دکتر دانش‌پژوه و همکاران باز در همین مرکز که ۵۹/۴ سال ذکر شده نیز بیشتر است<sup>۱۵</sup> که به‌نظر می‌رسد این تفاوت احتمالاً ناشی از تعداد موارد پایین بولوس پمفیگوئید در مطالعه ما باشد که نتوانسته به‌خوبی نشان‌گر جامعه بزرگتر بیماران بولوس پمفیگوئید از نظر سنی باشد. در مطالعه مروری موتاسیم بدون قید سن مشخص شیوع بولوس پمفیگوئید در بیماران مسن بیشتر است<sup>۱۶</sup> و با مطالعه ما از لحاظ سن مشابه است.

در مطالعه پرفسور شمس در مورد ارجحیت جنسی در بیماران پمفیگوس ۱/۴۴:۱ با ارجحیت زنان<sup>۱۳</sup> و در مطالعه پرفسور شمس و همکاران نیز ارجحیت زنان ۱/۵:۱ گزارش شده است.<sup>۱۴</sup> در مطالعه دکتر دانش‌پژوه و همکاران ارجحیت زنان با نسبت ۱:۳۹ در پمفیگوس و لگاریس، ۱:۳۴ در بولوس پمفیگوئید و ۱:۳۶ در پمفیگوس فولیاسه مشاهده شد.<sup>۱۵</sup>

در مطالعه دکتر اسماعیلی و همکاران، ارجحیت سنی در ۱۴۰ مورد جدید پمفیگوس و لگاریس ۱:۵۹ در زنان گزارش شده است.<sup>۱۷</sup> در مطالعه دکتر اسماعیلی و همکاران در بیماران بولوس پمفیگوئید



در این پنج منبع راجع به رسوب C3 صحبتی نشده است که مطالعه ما از لحاظ رسوب IgG با این پنج منبع مشابه ولی از نظر رسوب C3 متفاوت بوده است. شاید به این دلیل که در این مطالعات و منابع به دلیل حساسیت بیشتر IgG تنها از آن استفاده شده است، از لحاظ رسوب IgG و الگوی آن مطالعه ما با این منابع مشابه ولی از لحاظ نوع آنتی‌بادی متفاوت بوده است.

در مطالعه بوچ و همکاران در ۵۸ بیمار پمفیگوس ولگاریس الگوی شبکه‌ای (ICS) Intercellular Spaces در ۵۱ بیمار و در هفت بیمار توام با رسوب C3 بود. اما در مورد روش مورد آزمون (نمونه‌های آغشته به فرمالین) در بیماران پمفیگوس با استفاده از آنتی‌بادی IgG و C3، الگوی شبکه‌ای فوکال و خطی فوکال دیده شد.

در بیماران درماتیت مزمن که به عنوان کنترل سالم وارد مطالعه شدند، در همه بیماران نتایج منفی با استفاده از آنتی‌بادی IgG در روش مورد آزمون مشاهده شد و نهایتاً، حساسیت و ویژگی، ارزش اخباری مثبت و منفی به ترتیب در مورد کل بیماران پمفیگوس ۳۴/۲۱٪، ۱۰۰٪، ۱۰۰٪ و ۹۱/۴۷٪ بود.

مطالعات ایمونوفلورسانس مستقیم با استفاده از مדיاهای مختلف انجام شده است. در مورد مدیای فرمالین که هدف این مطالعه قرار دارد تعداد مطالعات محدود و ضدونقیض است. به علاوه در اکثر موارد در قسمت روش اجرا جزئیات قید نشده است. در مطالعه مروری پاتل گرچه به تفضیل راجع به الگوی ایمونوفلورسانس مستقیم بحث نشده؛ ولی در یک مورد به همراهی یافته‌های DIF نرمال سالین با فرمالین اشاره شده است.<sup>۱۹</sup>

در مطالعه مرآ و همکاران که اثر مدیای فرمالین ده درصد را با نیتروژن مایع در شش بیمار پمفیگوس ولگاریس، شش بیمار بولوس پمفیگوئید و شش بیمار لوپوس در مقایسه با شش بیمار با تشخیص‌های غیر مرتبط را بررسی کرده است، راجع به تکنیک انجام آن و مدت زمانی که نمونه‌ها در فرمالین بودند در

مقاله چیزی ذکر نشده است؛ فقط گفته شده که نمونه‌ها بعد از بیرون آوردن از فرمالین ۴۰ دقیقه تریپسینیزه شده‌اند. در پمفیگوس‌ها الگوی مشابه با نیتروژن مایع با استفاده از فرمالین ذکر شده است، البته با استفاده از رنگ‌آمیزی IgG. در مورد C3، IgA، IgM و فیبرینوژن نتایج منفی شده است.

در بولوس پمفیگوئید فلورسانس مشابه با نیتروژن مایع با IgG و C3 به دست آمد و تنها یک بیمار برای IgG و فیبرینوژن مثبت شد، در لوپوس هم الگو مشابه با نیتروژن مایع بود و IgG و IgM بیش از بقیه ثبت شده است.<sup>۲۰</sup> از نظر الگو به نظر می‌رسد نتایج این مطالعه در بیماران پمفیگوس شبیه بیماران ما باشد، گرچه قید نشده است ولی می‌توان این چنین استنباط کرد. چون الگوی مشابه با انجام روش روی نمونه نیتروژن مایع مشاهده شده است و به صورت شبکه‌ای و اینترسلولار دراپیدرم بوده است. البته در مورد نوع آنتی‌بادی با مطالعه ما متفاوت بوده و تنها نتایج IgG مثبت شده است که می‌توان تصور کرد که این مسأله ناشی از تعداد اندک بیماران در این مطالعه باشد یا با توجه به اینکه مطالعه فوق مربوط به سی سال پیش است، ناشی از بهبود کیفیت کیت‌های تشخیصی C3 نسبت به گذشته باشد.

در مورد بیماران بولوس پمفیگوئید باز مطالعه راجع به الگو صحبتی نکرده است؛ ولی چون مشابهت به موارد ایمونوفلورسانس مستقیم در مدیای نیتروژن مایع داشته است، پس از این لحاظ با مطالعه ما متفاوت است. چون نتایج مثبت در مورد بیماران بولوس پمفیگوئید در مطالعه ما کم بوده است. از لحاظ نوع آنتی‌بادی نیز بیماران بولوس پمفیگوئید هم برای C3 هم IgG مثبت شده‌اند که در مطالعه ما متفاوت و نتایج با C3 اندکی بهتر بود. این مسأله در مورد بیماران پمفیگوس ولگاریس هم در مطالعه ما دیده شد و با توجه به اینکه در روش ایمونوفلورسانس نیز همه موارد پمفیگوس رسوب C3 مثبت داشتند، حداقل در

در مورد حساسیت و ویژگی صحبتی نشده است؛ ولی از همراهی با فروزن تازه طی زمان گفته شده می‌توان تخمین زد حساسیت بالای متفاوت و ویژگی بالای تقریباً مشابه با مطالعه ما داشته است.

در مطالعه ما یک الگوی جدید به صورت خطی در درموایدرمال جانکشن ولی فوکال (غیرپیوسته) مشاهده شد که این الگو در بیماران گروه پمفیگوس و درماتیت مزمن نیز دیده شد (مجموعاً در ۲۷ بیمار (۴۸/۳۶٪) از کل بیماران دیده شد). در مورد الگوی شبکه‌ای اینترایدرمال فوکال در این مطالعه و فقط در مورد بیماران پمفیگوس (شامل ولگر و فولیاسه) مشاهده شد و در بیماران کنترل و در گروه دیگر بیماران یعنی بولوس پمفیگوئید دیده نشد، می‌توان گفت که نوع تغییر یافته الگوی قابل انتظار در مورد ایمنوفلورسانس مستقیم در مدیای حاوی فرمالین است و فوکال شدن آن ناشی از تأثیر فرمالین می‌تواند باشد و از آنجایی که فقط در بیماران پمفیگوس دیده می‌شود، پس به نظر می‌رسد طبق این مطالعه، روش فرمالین در خصوص تشخیص بیماری پمفیگوس از بولوس پمفیگوئید، بتواند کمک‌کننده باشد؛ ولی به اندازه کافی حساس نیست لذا در کنار تست‌های تشخیصی دیگر می‌تواند برای تشخیص پمفیگوس به کار رود.

در مطالعه ما در مورد بیماران پمفیگوس ویژگی و ارزش اخباری مثبت با استفاده از IgG و C3 یکسان بود؛ ولی حساسیت و ارزش اخباری منفی با C3 کمی بیشتر بود که شاید به دلیل مقاومت بیشتر C3 به دلیل ساختار مولکولی متفاوت نسبت به IgG باشد و نیز شاید به دلیل تعداد کم مواردی که مثبت شده‌اند ناشی از کمی تعداد نمونه باشد. این مسأله هم‌چنین همان‌طور که قبلاً گفته شد، می‌تواند ناشی از تفاوت در تیتراژ آنتی‌بادی‌های در هنگام مطالعه (تأثیر درمان، تفاوت‌های نژادی یا تفاوت در کیت تشخیصی استفاده شده) باشد.

نتیجه در مورد شدت رنگ‌پذیری به‌وضوح در

مورد بیماران پمفیگوس می‌توان گفت با توجه به اینکه در این مطالعه قید نشده است که بیماران شامل موارد جدید یا تحت درمان بوده‌اند یا خیر، شاید ناشی از تفاوت در کیت تشخیصی استفاده شده و بهبود حساسیت روش‌های تشخیصی رسوب C3 با گذشت زمان یا ناشی از تیتراژ متفاوت آنتی‌بادی‌ها در اثر درمان باشد.

هم‌چنین از نظر حساسیت، ویژگی و ارزش اخباری مثبت و منفی، گرچه اعداد ارائه نشده؛ ولی با توجه به اینکه در هفده بیمار از هجده بیمار تشخیص به‌درستی انجام گرفته و موارد مثبت کاذب آن در گروه کنترل کم بوده است؛ لذا می‌توان تخمین زد که نسبت به مطالعه ما حساس‌تر بوده است؛ ولی از لحاظ ویژگی تقریباً دو مطالعه یکسانند. هم‌چنین درجه‌بندی مشابهی از نظر شدت رنگ صورت گرفته و شدت رنگ‌پذیری در نمونه‌های مدیای فرمالین کمتر بوده است که این مسأله مشابه با مطالعه ما می‌باشد.<sup>۲۰</sup>

در یک مطالعه دیگر روی مدیای فرمالین مدت زمانی که اگر نمونه‌ها در فرمالین ده درصد قرار بگیرند ایمنورکتیویتی‌شان را حفظ می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه شامل دوازده بیمار بولوس پمفیگوئید، شش بیمار پمفیگوس ولگاریس و شش بیمار درماتیت هرپتیفرمیس بوده و به‌علاوه نمونه‌ها بعد از درآوردن از فرمالین در محلول میشل هم قرار داده شدند و با نمونه‌های فروزن تازه مقایسه شدند. گرچه در مطالعه آربسمن رنگ‌پذیری با هر دو آنتی‌بادی یکسان و بعد از ده دقیقه از غوطه‌وری در فرمالین غیراختصاصی شد، در پمفیگوس ولگاریس و درماتیت هرپتی فرم بعد از ده دقیقه با هر دو آنتی‌بادی و در بولوس پمفیگوئید تا نیم‌ساعت با C3 و تا دو ساعت با IgG الگوی مشابه فروزن تازه مشاهده شد.<sup>۲۱</sup>

از لحاظ الگوی مورد مشاهده و کاهش شدت رنگ‌پذیری در مورد پمفیگوس‌ها مشابه با مطالعه ما، شبکه‌ای در اپیدرم و در بولوس پمفیگوئیدها خطی در درموایدرمال جانکشن با IgG با / بدون C3 بوده است.

در مورد ارزش تشخیصی ایمونوفلورسانس مستقیم روی نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط قرار داده شده در فرمالین ده درصد در بیماران پمفیگوس ولگاریس، حساسیت و ارزش اخباری منفی هم با آنتی‌بادی C3 هم با آنتی‌بادی IgG کمتر از انجام این روش روی نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط قرار داده شده در نرمال سالین است؛ ولی در مورد ارزش اخباری مثبت و ویژگی با روش استاندارد طلائی برابری می‌کند و می‌تواند در مواردی که نمونه تازه به هر دلیل در دسترس نیست در تشخیص بیماری پمفیگوس کمک‌کننده باشد.

در مورد ارزش تشخیصی ایمونوفلورسانس مستقیم روی نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط قرار داده شده در فرمالین ده درصد در بیماران بولوس پمفیگوئید حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی هم با آنتی‌بادی C3 هم با آنتی‌بادی IgG کمتر از انجام این روش روی نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط قرار داده شده در نرمال سالین است.

پس در بیماران بولوس پمفیگوئید انجام روش ایمونوفلورسانس مستقیم روی نمونه‌های بیوپسی پوست و مخاط آغشته به فرمالین با مثبت واقعی کم و مثبت کاذب زیاد همراه است (در مورد IgG نتایج اندکی بهتر از C3 است)؛ لذا در مقایسه با استاندارد طلائی و به تفکیک هر دو آنتی‌بادی حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی کمتری دارد و نمی‌تواند به عنوان جایگزین خوبی برای روش استاندارد طلائی باشد.

مقایسه با روش استاندارد طلائی کاهش یافته بود و هیچ‌کدام از موارد مثبت، چه با آنتی‌بادی IgG چه با آنتی‌بادی C3 و چه در مورد بیماران پمفیگوس و در مورد بیماران بولوس پمفیگوئید رنگ‌پذیری شدید (۳+) مشاهده نشد و همه موارد مثبت خفیف (۱+) یا متوسط (۲+) بودند. این مسأله می‌تواند ناشی از آزار بافتی فرمالین و شسته شدن آنتی‌بادی‌ها طی فراوری و نیز ناشی از اثر زمان باشد. از آنجایی که در این مطالعه تمامی نمونه‌های هفته بعد از تماس با فرمالین رنگ‌آمیزی می‌شدند، شاید استفاده از نمونه‌های تازه‌تر با ایمنوراکتیوتی بیشتر و رنگ‌پذیری بیشتر توأم باشد.

با توجه به اینکه مشاهده رسوب خطی IgG در درموپیدرمال جانکشن به نفع بیماری‌های ایمنوبولوس اینتراپیدرمال مثل پمفیگوس پارائوپلاستیک یا اریتماتو و یا بیماری‌های ایمنوبولوس ساب‌پیدرمال است<sup>۱۲ و ۱۳</sup>؛ لذا DIF روی نمونه‌های فرمالین حداقل در افتراق بیماری‌های ایمنوبولوس با الگوی خطی در درموپیدرمال جانکشن از موارد سالم موفق نیست که مؤید حساسیت پایین مشاهده شده آن، هم با استفاده از IgG و هم C3 است و به علاوه از آنجایی که الگوی فوق در بیماران درماتیت مزمن دیده می‌شود؛ لذا به اندازه کافی نه با IgG نه C3 ویژه هم نیست.

نتیجه می‌گیریم ایمونوفلورسانس مستقیم در صورت انجام شدن روی نمونه بیوپسی پوست یا مخاط قرار داده شده در فرمالین ده درصد نسبت به نمونه قرار داده شده در نرمال سالین با شدت رنگ‌پذیری کمتر توأمند (خفیف تا متوسط در روش فرمالین در مقابل متوسط تا شدید در روش نرمال سالین).

## References

1. Arundhathi S, Rangunatha S, Mahadeva KC. A cross-sectional study of clinical, histopathological and direct immunofluorescence spectrum of vesiculobullous disorders. *J Clin Diagn Res* 2013; 7: 2788.
2. Russo I, Saponeri A, Peserico A, et al. The use of biochip immunofluorescence microscopy for the diagnosis of Pemphigus vulgaris. *Acta Histochem* 2014;11: 713-16.
3. Baum S, Sakka N, Artsi O, et al. Diagnosis and classification of autoimmune blistering diseases *Autoimmun Rev* 2014 ;13: 482-89.

4. Messenger AG, De Berker DA, Sinclair RD. Rook's Textbook of Dermatology. Blackwell Publishing Ltd 2010; 20.
5. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology E-book. Elsevier Health Sciences; 2012.
6. Weisshaar E, Fleischer Jr AB, Bernhard JD, et al. Pruritus and dysesthesia. Dermatology E-Book 2012;109.
7. Mohan KH, Pai S, Rao R, et al. Techniques of immunofluorescence and their significance. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74: 415-19.
8. Weedon D, Strutton G, Rubin AI, et al. The vesiculobullous reaction pattern; 3rd ed. Weedn Skin Pathol 2010; 3: 124-68.
9. Lebe B, GülNıflıo lu G, Seyrek S, et al. Evaluation of clinical and histopathologic/direct immunofluorescence diagnosis in autoimmune vesiculobullous dermatitis: Utility of direct immunofluorescence. Turk Patoloji Derg 2012; 28: 11-6.
10. Arbache ST, Nogueira TG, Delgado L, et al. Immunofluorescence testing in the diagnosis of autoimmune blistering diseases: Overview of 10-year experience. An Bras Dermatol 2014;89: 885-89.
11. Aoki V, Sousa Jr JX, Fukumori LM, et al. Direct and indirect immunofluorescence. An Bras Dermatol 2010;85: 490-500.
12. Wu H. Non-infectious vesiculobullous and vesiculopustular diseases. Lever's Histopathology of the Skin 2009: 235.
13. Chams-Davatchi C. Prevalence and treatment of pemphigus in Iran. Dermatol Clin 2011; 29: 681-83.
14. Chams-Davatchi C, Valikhani M, Daneshpazhooh M, et al. Pemphigus: Analysis of 1209 cases. Int J Dermatol 2005; 44: 470-76.
15. Daneshpazhooh M, Chams-Davatchi C, Payandemehr P, et al. Spectrum of autoimmune bullous diseases in Iran: A 10 year review. Int J Dermatol 2012; 51: 35-41.
16. Mutasim DF, Bilic M, Hawayek LH, et al. Immunobullous diseases. J AM Acad Dermatol 2005; 52: 1029-43.
17. Esmaili N, Chams-Davatchi C, Valikhani M, et al. Pemphigus vulgaris in Iran: A clinical study of 140 cases. Int J Dermatol 2007;46: 1166-170.
18. Esmaili N, Hallaji Z, Soori T, et al. Bullous pemphigoid in Iranian patients: A descriptive study on 122 cases. Acta Med Iran 2012: 335-38.
19. Patel AN, Simpson RC, Cohen SN. In a patient with an immunobullous disorder, is transportation of the skin biopsy in normal saline adequate for direct immunofluorescence analysis? A critically appraised topic. Br J Dermatol 2013; 169: 6-10.
20. Mera SL, Young EW, Bradfield JW. Direct immunofluorescence of skin using formalin-fixed paraffin-embedded sections. J Clin Pathol 1980;33: 365-69.
21. Arbesman J, Grover R, Helm TN, et al. Can direct immunofluorescence testing still be accurate if performed on biopsy specimens after brief inadvertent immersion in formalin? J AM Acad Dermatol 2011; 65: 106-11.

# Diagnostic value of direct immunofluorescence of mucosal and skin biopsy specimens on formalin-fixed paraffin-embedded biopsy specimens compared to specimens placed in normal saline as the gold standard method in the diagnosis of a group of autoimmune blistering diseases

Elahe Nazari, MD  
Kambiz Kamyab Hesari, MD  
Sahar Montazeri, MD  
Nazanin Mansourzadeh, MD  
Vida Feizi, MD  
Hossein Mortazavi, MD  
Alireza Ghanadan, MD  
Nafiseh Esmaeli, MD

Department of Pathology, Razi Hospital,  
Tehran University of Medical Sciences,  
Tehran, Iran

Received: May 18, 2022  
Accepted: Jun 09, 2022  
Pages: 40-52

**Corresponding Author:**  
Kambiz Kamyab Hesari, MD

Vahdat-e-Eslami Sq., Hafez Ave, Razi  
Hospital, Tehran, Iran  
Email: drkamyabhesari@yahoo.com

**Conflict of interest:** None to declare

**Background and Aim:** Direct immunofluorescence (DIF) is represented as a gold standard method in diagnosis of autoimmune blistering dermatoses. Normal saline, liquid nitrogen and michel' solution are a widely accepted media for preserving biopsy samples of skin or mucosa before DIF examination. Occasionally clinicians put the biopsy specimen taken for DIF in formalin 10%, occasionally clinicians ordered DIF retrogradely and only a paraffin-embedded biopsy specimen exposed to formalin 10% is available. To determine the diagnostic value of DIF when it was performed on biopsy samples of skin or mucosa exposed to formalin 10% in comparison to the same biopsy samples exposed to normal saline.

**Methods:** In 74 patients (38 immunobullous and 23 chronic dermatitis), which the latter served as the normal controls, 2 perilesional punch biopsy of skin or mucosa were done, one put in formalin 10% and fixed in paraffin and one put in normal saline, and DIF was done on both samples.

**Results:** DIF sensitivity and specificity was with IgG 31.5% and 100% in pemphigus and 15.36% and 93.44% in BP, with C3 39.47% and 100% in pemphigus and 7.69% and 91.80% in BP, respectively.

**Conclusion:** DIF on specimens exposed to formalin 10% in comparison to specimens exposed to normal saline is less sensitive but approximately as specific as it is in the diagnosis of pemphigus and BP patients and especially can be useful in pemphigus patients when only a formalin exposed samples is available.

**Keywords:** biopsy, immunofluorescence, autoimmune blistering dermatoses

