SUMMARY AND CONCLUSION

Psoriasis is a common chronic immune skin disorder, affecting 2-3% of the population. It is linked with genetic and environmental triggers. It is characterized by hyperproliferation of the epidermal layer, altered differentiation of keratinocytes, angiogenesis, and pronounced leukocyte infiltration. The pathogenesis of psoriasis is incompletely understood. Psoriasis may be associated with cardiovascular disease, depressive illness, and psoriatic arthritis. It ranges in severity from a few scattered red, scaly plaques to involvement of almost the entire body surface. It shows wax and wane in its severity. Scalp psoriasis plaques are similar to those of the skin except that the scale is more readily retained. It may extend beyond the hairline onto the forehead. Involvement of the posterior auricular crease with scaling and fissuring is common in psoriasis. Pruritus and burning may accompany the lesions. Psoriasis causes considerable psychosocial disability and has a major impact on patients' quality of life. The majority of people with psoriasis have localized disease, where topical therapy forms the cornerstone of treatment. Strategies containing potent corticosteroids (alone or in combination with a vitamin D analogue), phototherapy, coal tar, and retinoids. Several systemic treatments are available to help control psoriasis such as methotrexate, cyclosporine, and oral retinoids, and biological drugs.

Seborrheic dermatitis of the scalp is a common chronic inflammatory skin condition. The exact pathophysiology is not fully understood, but a genetically and environmentally influenced response to malassezia yeast and subsequent inflammation are central features. Seborrhoeic dermatitis has several morphological variant which occur in various combinations and degrees of severity. Seborrheic dermatitis of the scalp causes ill-defined patches with yellowish greasy scales. It may spread to affect the greater part of the scalp and extend beyond the frontal hairline as the 'corona seborrhoeica'. Sticky crusts and fissures are common in the folds behind the ear. Therapeutic choices include a combination of antimicrobial, keratolytic, antipruritic, and anti inflammatory modes of action.

Dermoscopy, dermatoscopy, epiluminescence microscopy, and skin-surface microscopy are synonyms. It is a noninvasive, in vivo method allowing magnified skin observation. It is primarily used for the examination of pigmented skin lesions. Dermoscopy becomes useful in a wide variety of cutaneous disorders (including ectoparasitic infestations, cutaneous infections, hair and nail abnormalities, psoriasis and other dermatological conditions beyond the traditional indication for pigmented skin lesions). The procedure allows the visualization of subsurface skin structures in the epidermis, dermoepidermal junction, and upper dermis; these structures are usually not visible to the naked eye. The dermoscopic images may be photographed or recorded digitally for storage or sequential analysis. Comparison with pre-treatment images helps to evaluate therapeutic response and satisfy anxious patients. They represent an important and relatively simple aid in daily clinical practice.

The aim of this study was to detect the diagnostic potential of dermoscopy in scalp psoriasis and seborrhoeic dermatitis with correlation to their histopathologial features.

This study included fifteen patients with scalp psoriasis in addition to fifteen patients with scalp seborrheic dermatitis. They were collected from the outpatient clinic of the Dermatology, Venereology and Andrology department, Alexandria Main University Hospital.

The studied patients were subjected to:

Full history taking, careful general examination, dermoscopic examinations by a handheld dermoscope DermliteIII DL3 (USA) connected to a digital camera (Sony Cyber-shot DSC-W620) to characterize the distinctive features of scales and vascular structures in each disorder, scalp biopsy from the lesion using a 4mm sized punch biopsy tool was done.

The results of this study revealed the following*:*

Dermoscopic examination revealed:

1. White scales were statistically significant dermoscopic features of scalp psoriasis.
2. Yellow scales were statistically significant dermoscopic features of seborrheic dermatitis of the scalp.
3. Red dots and globules, twisted red loops and glomerular vessels were statistically significant differences dermoscopic features of scalp psoriasis.
4. Arborizing vessels and featureless vessels were statistically significant dermoscopic features of seborrheic dermatitis of the scalp.

Histopathological results revealed:

There were strong correlation of histopathological features of psoriasis and seborrheic dermatitis and their dermoscopic pictures.

From these results, it can be concluded that:

Dermoscopy is a valuable noninvasive, safe and rapid diagnostic tool that does not require expensive instruments and is very well accepted by patients. It is very useful to differentiate scalp psoriasis from scalp seborrheic dermatitis. It improves the quality of care of patients with scaly lesions of the scalp and decreases the necessity of taking scalp biopsy specimens.

RECOMMENDATION

1. Further similar studies on wider scales are recommended.

2. Our study included Egyptian patients only, so it is recommended to do similar studies in different countries.

3. This study suggests significant differences in the dermoscopic patterns between scalp psoriasis and seborrhoeic dermatitis of the scalp. Therefore, no conclusions about the impact of dermoscopy in the differential diagnosis of psoriasis and seborrheic dermatitis at other sites could be confirmed.

4. Such data make the way for future studies to monitor the therapies, by using the dermoscopy by reporting further morphological modifications and loop changes after local and systemic treatments.

REFERENCES

1. Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18: 13-26.

2. Pan Y, Chamberlain AJ, Bailey M, Chong AH, Haskett M, Kelly JW. Dermatoscopy aids in the diagnosis of the solitary red scaly patch or plaque – features distinguishing superficial basal cell carcinoma, intraepidermal carcinoma, and psoriasis. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 268-74.

3. Wozel G, Klein E, Mrowietz U, Reich K, Sebastian M, Streit V. Scalp psoriasis. J Dtsch Dermatol Ges 2011; 9: 70-4.

4. DeVillez RL. Infectious, physical, and inflammatory causes of hair and scalp abnormalities. In: Olsen EA (ed). Disorders of Hair Growth: Diagnosis and Treatment. New York: McGraw-Hill Inc., 1994. 71-90.

5. De Avelar Breunig J, de Almeida Jr HL, Duquia RP, Souza PR, Staub HL. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. Int J Dermatol 2012; 51: 46-9.

6. Tosti A, Gray J. Assessment of hair and scalp disorders. J Investig Dermatol Symp Proc 2007; 12: 23-7.

7. Goodfield M, Hull SM, Holland D, Roberts G, Wood E, Reid S, et al. Investigations of the active edge of plaque psoriasis: vascular proliferation precedes changes in epidermal keratin. Br J Dermatol 1994; 131: 808-13.

8. Micali G, Lacarrubba F, 1st ed. Dermatoscopy in clinical practice: beyond pigmented lesions. London: Informa Healthcare Ltd, 2010.

9. Braun RP, Oliviero M, Kolm I, French LE, Marghoob AA, Rabinovitz H. Dermoscopy: what's new? Clin Dermatol 2009; 27: 26-34.

10. Micali G, Lacarrubba F, Musumeci ML, Massimino D, Nasca MR. Cutaneous vascular patterns in psoriasis. Int J Dermatol 2010; 49: 249-56.

11. Va´zquez-Lo´pez F, Zaballos P, Fueyo-Casado A, Sa´nchez-Martı´n J. A dermoscopy subpattern of plaque-type psoriasis: red globular rings. Arch Dermatol 2007; 143: 1612.

12. Rossi A, Mandel VD, Garelli V, Mari E, Fortuna MC, Carlesimo M, et al. Videodermoscopy scalp psoriasis severity index (VSCAPSI): a useful tool for evaluation of scalp psoriasis. Eur J Dermatol 2011; 21: 546-51.

13. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. N Engl J Med 2009; 360: 387-96.

14. Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ, et al. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrhoeic dermatitis. Br J Dermatol 2011; 164: 652-6.

15. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermatoscopy: alternative uses in daily clinical practice. J Am Acad Dermatol 2011; 64: 1135-46.

16. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 799-806.

17. Neimann AL, Porter SB, and Gelfand JM. Epidemiology of psoriasis. Expert Rev Dermatol 2006; 1:63-75

18. Griffiths CE, Barker JN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach SM, Cox N, Griffiths CE (eds). Rook's textbook of Dermatology. 8th ed. Oxford: Blackwell Science, 2010. 1-60.

19. Elmets CA. How Common Is Psoriasis Worldwide? N Engl J Med 2012.

20. Jann EG, Jann TE. Psoriasis. In: goldsmith L, katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, Wolff K (eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. Blacklick. OH: McGraw-Hill Professional, 2012. 169-93.

21. Camisa C. Overview of psoriasis. In: Camisa C. Handbook of Psoriasis. 2nd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd, 2004. 1-6.

22. Sadaf R, Umer AK, Azer R. Clinical presentations of psoriasis in a tertiary care hospital of khyber pakhtunkhwa. J Med Sci 2012; 20: 87-9.

23. Queiro R, Torre JC, Gonzalez S, Lopez-Larrea C, Tinture T, Lopez-Laguas I. HLA antigens may influence the age of onset of psoriasis and psoriatic arthritis. J Rhomatol 2003; 30: 505-7.

24. Enamadram M, Kimball AB. Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment. J Invest Dermatol 2013; 133: 287-9.

25. Soyland E, Heier I, Rodriguez-Gallego C, Mollnes TE, Johansen FE, Holven KB, et al. Sun exposure induces rapid immunological changes in skin and peripheral blood in patients with psoriasis. Br J Dermatol 2011; 164: 344-55.

26. Richard PJ, John AA, John AS, Mark VD. Psoriasis. In: Clinical Dermatology. 4th ed. New Jersey: Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2008. 54-70.

27. Stuart PE, Nair RP, Ellinghaus E, Ding J, Tejasvi T, Li Y, et al. Genome wide association analysis identifies three psoriasis susceptibility loci. Nat Genet 2010; 42: 1000-4.

28. Jordan CT, Cao L, Roberson ED, Duan S, Helms CA, Nair RP, et al. Rare and common variants in CARD14, encoding an epidermal regulator of NF-kappaB, in psoriasis. Am J Hum Genet 2012; 90: 796-808.

29. Gaspari AA. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 67-80.

30. Amanda SB, Richard L. Gallo: Innate Immunity and antimicrobial defense systems in psoriasis. J Clin Dermatol 2007; 25: 616-24.

31. Gudjonsson JE, Thorarinsson AM, Sigurgeirrson B. Streptococcal throat infections and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study. Br J Dermatol 2003; 149: 530-604.

32. Ghoreshi K, Weigret C, Rocken M. Immunopathogenesis and role of T cells in psoriasis. Clin Dermatol 2007; 25: 574-80.

33. Finch PW, Murphy F, Cardinale I, Krueger JG. Altered expression of keratinocyte growth factor and its receptor in psoriasis. Am J Pathol 1997; 151: 1619-28.

34. Shilpa G, Mandeep K, Ruchika G, Sompal S, Leela P, Singh PP. Dermal vasculature in psoriasis and psoriasiform dermatitis: a morphometric study. Indian J Dermatol 2011; 56: 647–9.

35. Regina H, Martin R, Kamran G. Angiogenesis drives psoriasis pathogenesis. Int J Exp Pathol 2009; 90: 232–48.

36. Van De Kerkof PCM. Psoriasis. In: Textbook of psoriasis. 2nd ed. London: Blackwell Science, 2003. 125-49.

37. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. Ann Rheum Dis 2005; 64; 18-23.

38. Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. Autoimmune Rev 2014; 13: 490-5.

39. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clin Dermatol 2007; 25: 510-8.

40. Naldi L, Rzany B. Psoriasis (chronic plaque). Clin Evid Online 2009; 1706.

41. Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S. Psoriasis phenotype at disease onset: Clinical characterization of 400 adult cases. J Invest Dermatol 2005; 124: 499-504.

42. Matthew M, Pranav BS. Clinical Spectrum and Severity of Psoriasis. In: Yawalkar N (ed). Management of psoriasis. Curr Probl Dermatol Basel Karger. 2009. 1-20.

43. Thomas PH. Psoriasis and Other Papulosquamous Diseases. In: Habif TP (ed). Clinical Dermatology. 5th ed. USA, NH: Mosby, Inc., 2009. 264-334.

44. Ledoux M, Chazerain V, Saiag P, Mahé E. Streptococcal perianal dermatitis and guttate psoriasis. Ann Dermatol Venereol. Jan 2009;136: 37-41

45. Rosenberg BE, Strober BE. Acrodermatitis continua. Dermatol Online 2004; 10: 9-11.

46. Hagforsen E, Mustafa A, Lefvert A-K, Nordlind G. Palmoplantar pustulosis: an autoimmune disease precipitated by smoking? Acta Derm Venereol 2002; 82:341-6.

47. De Oliveira ST, Maragno L, Arnone M, Fonseca Takahashi MD, Romiti R. Generalized Pustular Psoriasis in Childhood. Pediatr Dermatol 2010; 27: 349-54.

48. Zattra E, Belloni Fortina A, Peserico A, Alaibac M. Erythroderma in the era of biological therapies. Eur J Dermatol 2012; 22: 167-71.

49. Thomas LJ, Dadzie OE, Francis NN. Morar Follicular Psoriasis-A Forgotten Entity? The Open Dermatology Journal 2010; 4: 95-6.

50. Griffiths CEM, Christophers E, Barker JNWN: A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. Br J Dermatol 2007; 156: 258-62

51. Syed ZU, Khachemoune A. Inverse psoriasis: case presentation and review. Am J Clin Dermatol 2011; 12: 143-6.

52. Radtke MA, Reich K, Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complains in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23:683-91.

53. Ijaz A, Sarwat N. Frequency and pattern of nail changes in patients with psoriasis vulgaris. Journal of Pakistan Association of Dermatologists 2009; 19: 194-9.

54. Wozel G, Klein E, Mrowietz U, Reich K, Sebastian M, Streit V. Scalp psoriasis. J Dtsch Dermatol Ges 2011; 9: 70-4.

55. Ortonne J, Chimenti S, Luger T, Puig L, Reid F, Trueb RM. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23: 1435-44.

56. Elewski BE. Clinical Diagnosis of Common Scalp Disorders. J Investig Dermatol Symp Proc 2005; 10: 190-93.

57. Sawan S, Descamps V. Scalp psoriasis: a paradigm of "switch-on" mechanism to anagen hair growth? Arch Dermatol 2008; 144: 1064-6.

58. Bardazzi F, Fanti PA, Orlandi C, Chieregato C, Misciali C. Psoriatic scarring alopecia: observations in four patients. Int J Dermatol 1999; 38: 765-8.

59. Helm TN, Camisa C. Scalp psoriasis. In: Camisa C (ed). Handbook of Psoriasis. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2004. 104-17.

60. Runne U, Kroneisen-Wiersma P. Psoriatic alopecia: acute and chronic hair loss in 47 patients with scalp psoriasis. Dermatol 1992; 185: 82-7.

61. Meffert JJ, Grimwood RR, Viernes JL. The "teepee" sign in inflammatory scalp disease. Mil Med 1998; 163: 575-6.

62. Shahrad P, Marks R. Hair follicle kinetics in psoriasis. Br J Dermatol 1976; 94: 7-12.

63. John YM, Ethan CL, Argentina L, Jashin JW, Mark GL. Scalp psoriasis. In: Peter CM, van de Kerkhof, Marloes MK, Rianne MJ (eds). Mild to moderate psoriasis. 3rd ed. UK: Taylor & francis Group LLC, 2014. 157-67.

64. Grimalt R. A practical guide to scalp disorders. J Investig Dermatol Symp Proc 2007; 12: 10-4.

65. Mobini N, Toussaint S, Kamino H. Noninfectious erythematous, popular and squamous disease In: Elder DE, Elintsas R, Johnson BL, Murphy GF (eds).Lever's histopathology of the skin. 10th ed. Lippincott Williams and Wilkins Pub 2008; 7:179-14.

66. Murphy M, Kerr PH, Grant-Kels JM. The histopathologic spectrum of psoriasis. Clin Dermatol 2007; 25: 524-8.

67. De Rosa G, Mignogna C. The histopathology of psoriasis. Reumatismo 2007; 59(1): 46-8.

68. Younas M, Haque A. Spectrum of histopathological features in non-infectious erythematous and papulosquamous diseases. Inter J Pathol 2004; 2: 24-30.

69. Plozzer C, Coletti C, Kokelj F, Trevisan G. Scanning electron microscopy study of hair shaft disorders in psoriasis. Acta derm venereol 2000; 211:9-11.

70. KO Alsaad. My approach to superficial inflammatory dermatoses. J Clin Pathol. Dec 2005; 58: 1233-41.

71. Lisi P. Differential diagnosis of psoriasis. Reumatismo 2007; 59(1): 56-60.

72. Cribier BJ. Psoriasis under the microscope. JEADV 2006; (2): 3-9.

73. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. Br J Dermatol. Aug 2008; 159(2): 2-9.

74. Kerkhof PC. Consistent control of psoriasis by continous long term therapy. The promise of biological treatments. J Eur Aca Dermatol Venerol 2006; 20: 639-50.

75. Meier M, Sheth PB. Clinical spectrum and severity of psoriasis: management of psoriasis. Curr Probl Dermatol 2009; 38: 1-20.

76. Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 1. Topical therapy and phototherapy. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 487-98.

77. Villaseñor-Park J, Wheeler D, Grandinetti P. Psoriasis: Evolving treatment for a complex disease. Clevel & Clin J Med 2012; 79: 413-23.

78. Thami GP, Sarkar R. Coal tar: past, present and future. Clin Exp Dermatol 2002; 27: 99-103.

79. Lapolla W, Yentzer BA, Bagel J, Halvorson CR, Feldman SR. A review of phototherapy protocols for psoriasis treatment. J Am Acad Dermatol 2011; 64: 936-49.

80. Meier M, Sheth PB. Clinical spectrum and severity of psoriasis: management of psoriasis. Curr Probl Dermatol 2009; 38:1-20.

81. Guideline MA, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. J Am Acad Dermatol 2009; 61: 451-85.

82. Menter A, Griffiths CE. Current and future management of psoriasis. Lancet. 2007; 370: 272-84

83. Nelson AA, Pearce DJ, Fleischer AB Jr, Balkrishnan R, Feldman SR. Cost-effectiveness of biological treatments for psoriasis based on subjective and objective efficacy measures assessed over a 12-week treatment period. J Am Acad Dermatol 2008; 58: 125-5

84. Chan CS, Van Voorhees AS, Lebwohl MG, Korman NJ, Young M, Bebo Jr BF, et al. Treatment of severe scalp psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 962-71.

85. Warren RB, Brown BC, Griffiths CE. Topical treatments for scalp psoriasis. Drugs 2008; 68: 93-302.

86. Plewig G, Jansen T. Seborrheic Dermatitis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th ed. United States of America : McGraw Hill Medical, 2008. 219-25.

87. Gupta AK, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014; 28: 16-26.

88. Schmidt JA. Seborrheic Dermatitis: A Clinical Practice Snapshot. The Nurse Practitioner 2011; 36: 32-7.

89. Naldi L, Rebora A. Seborrheic dermatitis. N Engl J Med 2009; 360: 387-96.

90. Picardo M, Camelli N. Seborrheic dermatitis. In: Williams H (ed). Evidence-Based Dermatology: Blackwell Publishing, 2008. 164-70.

91. Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC.Seborrheic dermatitis. An Bras Dermatol 2011; 86: 1061-71

92. Fritsch P, Reider N. Seborrheic dermatitis. In: Bolognia JL, Lorizzo JL, Rapini RP (eds). Dermatology. 2nd ed. USA: Mosby Elsevier, 2008. 197-200.

93. Hay RJ. Malassezia, dandruff and seborrhoeic dermatitis: an overview. Br J Dermatol 2011; 165: 2-8.

94. Berk T, Scheinfeld N. Seborrheic Dermatitis. PT 2010; 35: 348-52.

95. Berth J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. In: Rook's textbook of Dermatology. Burns T, Breathnach SM, Cox N, Griffiths CE (eds) 8th ed. London: Oxford, Blackwell Science, 2010. 1-51.

96. Plewig G, Jansen T. Seborrheic dermatitis. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz SI, Glichrest BA, Paller AS, Leffell DJ (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. McGraw-Hill Companies, Inc, 2008. 219-25.

97. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. Am Fam Physician 2006; 74: 125-30.

98. Ooi ET, Tidman MJ Improving the management of seborrhoeic dermatitis. Practitioner 2014; 258: 23-6.

99. Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J. Coulson. In: Williams J, Coulson I, (eds). Seborrheic eczema. Treatment of skin disease: Comprehensive treatment strategies. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010. 694-6.

100. Stefanaki I, Katsambas A. Therapeutic update on seborheic dermatitis. Skin Therapy Lett 2010; 15: 1-4.

101. Ortonne JP, Lacour JP, Vitetta A, Le Fichoux Y. Comparative study of ketoconazole 2% foaming gel and betamethasone dipropionate 0.05% lotion in the treatment of seborrheic dermatitis in adults. Dermatol 1992; 184: 275-80.

102. Buechner SA. Multicenter, double-blind, parallel group study investigating the non-inferiority of efficacy and safety of a 2% miconazole nitrate shampoo in comparison with a 2% ketoconazole shampoo in the treatment of seborrhoeic dermatitis of the scalp. J Dermatol Treat 2014; 25: 226-31.

103. Abeck D. Rationale of frequency of use of ciclopirox 1% shampoo in the treatment of seborrheic dermatitis: results of a double-blind, placebo-controlled study comparing

the efficacy of once, twice, and three times weekly usage. Int J Dermatol 2004; 43(1): 13-6.

104. Cook BA, Warshaw EM. Role of topical calcineurin inhibitors in the treatment of seborrheic dermatitis: a review of pathophysiology, safety, and efficacy. Am J Clin Dermatol 2009; 10: 103-18.

105. Das J, Majumdar M, Chakraborty U, Majumdar V, Mazumdar G, Nath J. Oral itraconazole for the treatment of severe seborrhoeic dermatitis. Indian J Dermatol 2011; 56: 515-6.

106. KC Nischal, Uday Khopkar. Dermoscope. Indian J Dermatol 2005; 71: 300-3.

107. Binder M, Braun RP. Principles of dermoscopy. In: Marghoob AA, Braun RP, Kopf AW (eds). Atlas of dermoscopy. London: Taylor & Francis, 2005. 7-12.

108. Marghoob AA, Swindle LD, Moricz CZM, Sanchez Negron FA, Slue B, Halpern AC, Kopf AW. Instruments and new technologies for the in vivo diagnosis of melanoma. J Am Acad Dermatol 2003; 49; 777-97.

109. Stolz W, Bilek P, Landchaer M. Amandcogneta. In: Color atlas of dermatoscopy. Basis of dermatoscopy and skin-surface microscopy. Amandcogneta. 1st ed. Germany: Blackwell Publications, 1994. 7-10.

110. Stolz W, Braun-Falco O, Semmelmayer U y Kopf AW. History of skin surface microscopy and dermoscopy. In: Marghoob A (ed). Atlas of dermoscopy. London: Taylor & Francis, 2005. 1-6.

111. Katz B, Rabinovitz HS. Introduction to Dermoscopy. Dermatol Clin 2002; 19: 1-14.

112. Grin CM, Friedman KP, Grant JM. Dermoscopy: a review. Dermatol Clin 2002; 20: 1-8.

113. Benvenuto-Andrade C, Dusza SW, Agero AL, Scope A, Rajadhyaksha M, Halpern AC, Marghoob AA. Differences between polarized light dermoscopy and immersion contact dermoscopy for the evaluation of skin lesions. Arch Dermatol 2007; 143: 329-38.

114. Gewirtzman AJ, Saurat JH, Braun RP. An evaluation of dermoscopy fluids and application techniques. Br J Dermatol 2003; 149: 59-63.

115. Bowling J. Introduction to dermoscopy In: Bowling J (ed). Diagnostic dermoscopy: the illustrated guide. 1st ed. Oxford : Blackwell Publishing Ltd, 2012. 1-14.

116. Habif TP. Nevi and malignant melanoma. In: Thomas P Habif (ed). Clinical Dermatology. 5th ed. Ch22. Mosby Inc, 2009. 847-90.

117. Andrea G, Alexandra MG, Cesare MD. Distinguishing Malignant Tumors from Benign. Expert Rev Dermatol 2012; 7: 439-58.

118. Zalaudek I, Giacomel J, Cabo H, Di Stefani A, Ferrara G, Hofmann-Wellenhof R, et al. Entodermoscopy: a new tool for diagnosing skin infections and infestations. Dermatol 2008; 216:14-23.

119. Braun RP, Rabinovitz H, Tzu JE, Marghoob AA. Dermoscopy research--an update. Semin Cutan Med Surg 2009; 28: 165-71.

120. Rosendahl C, Cameron A, McColl I, Wilkinson D. Dermatoscopy in routine practice chaos and clues'. Aust Fam Physician 2012; 41: 482-7.

121. Argenziano G, Soyer HP. Dermoscopy of pigmented skin lesions - a valuable tool for early diagnosis of melanoma. LancetOncol 2001; 2: 443-9.

122. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmented skin lesions. J Am Acad Dermatol 2005; 52: 109-21.

123. Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. [Vascular patterns in dermoscopy]. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103(5):357-75.

124. Tosti A. Hair shaft disorders. In: Tosti A (ed). Dermoscopy of hair and scalp disorders with clinical and pathological correlations. London: Informa Healthcare, 2007; 51-69.

125. Ijaz H, Tahir SH. Dermoscopy: new dimensions beyond pigmentary lesions. J Pakistan Association of Dermatologists 2009; 19: 191-3.

126. Tosti A, Duque-Estrada B. Dermoscopy in Hair Disorders. J Egypt Women Dermatol Soc 2010; 7: 1-4.

127. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy Update 2011. J Dermatol Case Rep 2011; 5(4):82–8.

128. Grimalt R. A practical guide to scalp disorders. J Investig Dermatol Symp Proc 2007; 12:10-4.

129. Jain N, Doshi B, Khopkar U. Trichoscopy in alopecias: diagnosis simplified. Int J Trichology 2013; 5: 170-8.

130. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, Ferrara G, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy in general dermatology. Dermatology 2006; 212:7-18.

131. Pinheiro AM, Lobato LA, Varella TC. Dermoscopy findings in tinea capitis: case report and literature review. An Bras Dermatol 2012; 87: 313-4.

132. Braverman IM. Microcirculation. In: Roenigk HH, Maibach HI (eds). Psoriasis. New York: Marcel Dekker Inc, 1998. 399-407.

133. De Angelis R, Bugatti L, Del Medico P, Nicolini M, Filosa G. Videocapillaroscopic findings in the microcirculation of the psoriatic plaque. Dermatol 2002; 204: 236-9.

134. Lallas A, Zalaudek I. Dermoscopy in General Dermatology Dermatol Clin 2013; 31:679–94

135. Braun RP, Oliviero M, Kolm I, French LE, Marghoob AA, Rabinovitz H. Dermoscopy: what's new? Clin Dermatol 2009; 27: 26-34.

136. Christophers E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol 2001; 26:314-320.

137. Van de Kerkhof PCM, De Hoop D, De Korte J, et al. Scalp psoriasis,clinical presentations and therapeutic management. Dermatology 1998; 197:326-34.

138. DeAngelis YM, et al. Three etiologic facets of dandruff and seborrheic dermatitis: Malassezia fungi, sebaceous lipids, and individual sensitivity, J Investig Dermatol Symp Proc 2005; 10:295-97.

139. Byung Ro, Dawson TL. The role of sebaceous Gland Activity and Scalp microfloral metabolism in the etiology of seborrheic dermatitis and dandruff, J Investig Dermatol Symp Proc 2005; 10, 194–97.

140. Tchernev G, Patterson JW, et al. Simplified dermatoscopic criteria for diagnosing benign and dysplastic melanocytic lesions and melanoma of the skin: indications for surgical removal Med. pregled.2011, 47(3)5:18.

141. Bull RH, Bates DO, Mortimer PS. Intravital videocapillaroscopy for the study of the microcirculation in psoriasis. Br J Dermatol 1992; 126:436-45.

142. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Sotiriou E. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. Dermatology.2014;228(3):250-4

143. Lallas A, Argenziano G, Apalla Z, Gourhant JY. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases, JEADV 2013;1-6

144. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis roseacea. Br J Dermatol. 2012; 166(6):1198-1205

145. Saleh M, Halim DMA. Dermoscopy: an easy, noninvasive tool for distinguishing mycosis fungoides from other inflammatory mimics J Egy Woman Dermatol Society. 2014; 11 (3):215-19

146. Paolo R, Maria Z .Videocapillaroscopy in differential diagnosis of psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp. Clinical and invest. Dermatol 2007; 214:21-4.

الملخص العربى

الصدفية وإلتهاب الجلد الدهنى من الجُلآدات الحرشفية الحُمامِيَّة الشائعة واللَّتَّان قد تأتيان فى صورة لطخة قشرية حُمامِيَّة بفروة الرأس، وقد نجد صعوبة فى التمايز بينهما ولاسيما عندما تكون الآفات بفروة الرأس.

الصدفية داء إلتهابى مزمن ناكس، تصيب ٢٪ على الأقل من الناس ٥٠٪ من هذه النسبة بها إصابة لفروة الرأس.الصدفية بفروة الرأس تكون فى صورة لطخات قشرية حمراء محددة جيداً مغطاة بقشرة بيضاء فضية، ووجود آفات مشابه على باقى الجلد يساعد فى تشخيص الصدفية، قد يصاحب الآفة إحساس بالحكة والحرقان ، كذلك قد تكون جذوع الشعر جافة ومقصفة وقد تصل بعض الحالات إلى تساقط شعر كَرْبِيّ وبالتالى إلى سقوط الشعر بغزارة.

أما بالنسبة لإلتهاب الجلد الدهنى فمعدل حدوثه هو ٢,٣-١١٪ ويتميز بوجود لطخات قشرية دهنيةحمراءغيرمحددة بوضوح وأماكن حدوثها فروة الرأس والثنية الأنفية الشفوية والأذن والحواجب والصدر، وهو اكثر حدوثاً فى المراهقين والرجال.

هناك ما يسمى بالصدف الدهنى وهو تداخل بين الصدفية وإلتهاب الجلد الدهنى وهويجعل التمايز صعب إلا أن الخصائص التشخيصية للصدف الدهنى تظل موضع جدل.

عند إصابة فروة الرأس بالصدفية أو إلتهاب الجلد الدهنى دون أماكن أخرى فإن أخذ خزعة من الجلد يساعد فى التشخيص إلا أنه فى بعض الحالات لا تعطى الخزعة معلومات تعين على التمايز.

الديرموسكوب جهازتشخيصى غير نافذ للجلد يسمح برؤية الميزات المورفولوجية والتى لاترى بالعين المجردة فهو يجعل الطبقة القرنية والطبقة الحليمية من الأدمة شفافة وذلك من خلال نظام بصرى يسمح بتكبير الصورة المرئية لشبكية عين الفاحص.فى بادئ الأمر إستخدم الديرموسكوب للتمايز بين الأمراض الصباغية الخبيثة إلا أنه بعد ذلك إستخدم فى تقييم مجموعة كبيرة من حالات الشعر وفروة الرأس . الصدفية لها أنماط أوعية دموية مميزة متعلقة بالدورة الدموية الدقيقة بالجلد لذا فإن استخدام جهاز الديرموسكوب في التقييم السريري لآفات الصداف في فروة الرأس وخاصة عندما تكون فروة الرأس هى المكان الوحيد المصاب هو أداة مفيدة.

الصدفية بفروة الرأس تظهر أنماط مميزة تحت جهاز الديرموسكوب التي هي غائبة في التهاب الجلد الدهني ، ومن خلال هذه الأنماط نستطيع تفريق إلتهاب الجلد الدهني من فروة الرأس الصدفية .

أكدت العديد من الدراسات دور كبير من الفحص بجهاز الديرموسكوب في التشخيص التفريقي لصدفية فروة الرأس و التهاب الجلد الدهني ، في هذه الدراسة سنحاول إكتشاف هذه الإمكانات التشخيصية على المرضى المصريين و مقارنة نتائجنا مع نتائج هذه الدراسات .

الهدف من الدراسة :

الهدف من هذه الدراسة هو دراسة قدرة الديرموسكوب في تشخيص صدفية فروة الرأس والتهاب الجلد الدهني و إرتباطه بباثولوجيا الأنسجة.

المرضى وطرق البحث:

اجريت هذه الدراسة على ٣٠ شخص، ١٥مريض بصدفية فى فروة الرأس بالأضافة الي١٥ مريض بإلتهاب جلدى دهنى بفروة الرأس تم إختيارهم من المرضى الذين يترددون على العيادة الخارجية لقسم الأمراض الجلدية والتناسلية بمستشفيات جامعة الأسكندرية.

وخضعت المجموعات موضع الدراسة الي الأتى : تاريخ مرضى كامل فحص طبى عام وشامل وفحص روتينى جلدى، وبعد موافقة المرضى تم فحص مكان الإصابة بإستخدام جهاز الديرموسكوب مستقطب الضوء DermliteIII DL3 (الولايات المتحدة الأمريكية) تم وصله بكاميرا رقمية سوني سايبر شوت (DSC-W620)لإلتقاط الصورة ثم تم أخذ عينة٤ مم من الجلد المصاب تحت تخدير موضعى .

المعايير الاستبعادية:

المرضى الذين تلقوا علاج موضعي خلال شهر واحد قبل الدراسة، المرضى الذين تلقوا علاج جهازى سيكلوسبورين ،الأدوية البيولوجية ، الميثوتركسات،و الرتينويدات خلال ستة أشهر قبل الدراسة ، وقد اتخذ الموافقة المسبقة من المرضى قبل بداية الدراسة.

المعايير الاشتمالية:

المرضى الذين يعانون من الصدفية أو التهاب الجلد الدهني بفروة الرأس ، على ان يكون التشخيص مؤكدا بالسمات الإكلينيكية أو بيانات المتابعة طويلة المدى .

كشفت نتائج هذه الدراسة ما يلى:

هذه الدراسة شملت ثلاثين مريضا بينهم خمسة عشر مريض بصدفية فروة الرأس(عشرة أولاد و خمسة بنات أعمارهم بين ١١سنة و٦٥ سنة منهم ١٤مريض بصداف لويحى وحالة صدفية بثرية) وخمسة عشرمريض بإلتهاب الجلد الدهنى بفروة الرأس (إحدى عشرة حالة رجل وأربعة سيدات أعمارهم بين١٩إلى ٣٠ سنة) ، تم فحص المرضى بجهاز ديرموسكوب محمول (DermLiteIII) متصلا بكاميرا رقمية، تم إلتقاط الصور و حفظها ، ثم تم أخذ خزعة الجلد لتأكيد التشخيص.

بإستخدام جهاز الديرموسكوب: أظهرالمرضى الذين يعانون من الصدفية بفروة الرأس :بقع حمراء تكسوها قشور البشرة الجافة والتى لونها أبيض فضي و قد ترتبط بجذع الشعرو قد تتجاوز مقدمة الشعر .وظهرت بقع الدم عند إزالة هذه القشور أظهرالمرضى الذين يعانون من التهاب الجلد الدهني في فروة الرأس: فروة رأس حمراءاللون وتكسوها قشور دهنية صفراء و قد تعلق على جذع الشعرة، والقشرة محصورة عادة من قبل حدود الشعر، وقد تم إزالة القشرة بسهولة.

بالنسبة إلى لون القشرة كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين،حيث أظهر١٢مريض من الذين يعانون من الصدفية (٨٠٪) قشور بيضاء و أظهر ثلاثة من المرضى(٢٠٪)قشور صفراء بينما في التهاب الجلد الدهني لم يظهر أياً من المرضى قشور بيضاء و أظهر كل المرضى (١٠٠٪) قشور صفراء .

بالنسبة إلى النقاط و الكريات الحمراء كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين ،حيث أنه في مجموعة الصدفية أظهرمريضين من المرضى (١٣,٣ ٪) نتائج سلبية و ١٣ من المرضى(٨٦,٧ ٪) أظهرت نتائج إيجابية بينما لم تظهر النقاط والكريات الحمراء في مرضى التهاب الجلد الدهني.

بالنسبة إلى الحلقات الحمراء الملتوية كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، فالنتائج في مجموعة الصدفية خمسة مرضى(٣٣,٣٪) لم يكن لديهم الحلقات الحمراء الملتوية و ١٠ من المرضى(٦٦,٧٪)أظهروا الحلقات الحمراء الملتوية بينما كانت النتائج في التهاب الجلد الدهني ١٣مريض (٨٦,٦٧٪) كانت نتائجهم سلبية و مريضين (١٣,٣٣٪)كانت نتائجهم إيجابية .

وبالنسبة إلى الأوعية الكبيبي كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين ، ففى مجموعة مرضى الصدفية أربعة من المرضى (٢٦,٦٧٪) كانت سلبية النتائج و ١١ من المرضى (٧٣,٣٣٪) إيجابية النتائج، بينما في التهاب الجلد الدهني (١٣مريض ٨٦,٦٧ ٪ كانت نتائجهم سلبية و (مريضين) من المرضى ١٣,٣٣٪كانت نتائجهم إيجابية .

أما الأوعية المتفرعة كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فإن ١٢مريض بمجموعة الصدفية (٨٠٪) من المرضى كانت نتائجهم سلبية وثلاثة من المرضى(٢٠ ٪) كانت نتائجهم إيجابية بينما في التهاب الجلد الدهني خمسة من المرضى(٣٣,٣ ٪) أظهروا نتائج سلبية و١٠من المرضى (٦٦,٧٪)أظهروا نتائج إيجابية .

و فيما يتعلق بعدم وجود ملامح محددة للأوعية الدموية ، كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، ففي المجموعة الصدفية ١٤ من المرضى(٩٣,٣٣٪) كانت نتائجهم سلبية ومريض واحد (٦,٦٪) كانت نتائجهم إيجابية بينما في التهاب الجلد الدهنى خمسة من المرضى (٢٦,٦٧٪)كانت نتائجهم سلبية و ١٠من المرضى (٧٣,٣٣٪) كانت نتائجهم إيجابية .

وأظهرت الدراسة الحالية ارتباط وثيق بين صور الماخوذة بإستخدام الديرموسكوب والصور النسيجية الأساسية، فالنقط والكريات الحمراء تمثل الأوعية الدموية المتوسعة داخل الحليمات الجلدية التى تظهر فى خزعة الصدفية تحت الميكروسكوب ، اما الأوعية المتفرعةوالأوعية التى لاتحمل ملامح مميزة والملاحظة في التهاب الجلد الدهني تمثل الضفيرة تحت الحليمية المتوسعة والتهاب ماحول الأوعية التي تظهر في خزعة التهاب الجلد الدهني تحت الميكروسكوب وقد ظهرت هذه النتائج أيضا عن طريق كيم٢٠١٠عند دراسة ٩٦ مريض بالصدفية والالتهاب الجلدى الدهنى.

بعض النتائج في هذه الدراسة كانت أعلى من النتائج المقابلة فى الدراسات السابقة. و يمكن ان يكون هذاالاختلاف لان دراستنا مقتصرة على آفات فروة الرأس و أيضا اننا استخدمنا dermoscope DermliteIII (DL3) والذي يقلل إلى حد كبيرالتشويش البصري و يعطى صورة أكثر وضوحا ، مع إمكانية إستخدام وضع الاتصال المستقطب الذي يسمح تصوير أفضل لأنماط الأوعية الدموية الجلد وقد إستخدمت هذه الدراسة جل الأشعة فوق الصوتية لتجنب أي تلطيخ على النظام البصرى.

التوصيات:

هذه الدراسة توصى بإجراء دراسة مشابهة على مجموعات أكبر من المرضى،الدراسة الحالية تضمنت مرضى مصريين، ولذا قد تكون النتائج مختلفة إذا أجريت هذه الدراسة على مرضى من بلدان أخرى.

هذه الدراسة أجريت على مرضى الصدفية وإلتهاب الجلد الدهنى الموجودين بفروة الراس ولم تتضمن أماكن أخرى من الجسم،لذا فإن مزيد من الدراسات مطلوبة لتوضيح كيفية التمايز بين المرضين بأماكن أخرى من الجسم، وتوصى الدراسة الحالية بمتابعة الإستجابة للأدوية الموضعية والجهازية عن طريق تسجيل ومقارنة التغيرات التى تحدث مع العلاج باستخدام الديرموسكوب.