

Eosinophilic Pustular Folliculitis (Ofuji's Disease):

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

รัตนาวาลี พิบูลนิคม พ.บ.*

บทคัดย่อ: รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ 43 ปี มาพบแพทย์ด้วยเรื่องมีผื่นคันที่ใบหน้า เป็นมานาน 8 เดือน ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษามาแล้วหลายครั้งด้วยยาทาและยารับประทาน จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เมื่อตัดผิวหนังส่งตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า เป็น eosinophilic pustular folliculitis และได้ให้การรักษาจนกระทั่งหายเป็นปกติ eosinophilic pustular folliculitis หรือ Ofuji's disease เป็นโรคที่มีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับโรคอื่นอีกหลายโรค จึงอาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาด เป็นผลให้อุบัติการณ์ของโรคต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นในรายที่สงสัยควรส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

Abstract: Eosinophilic Pustular Folliculitis (Ofuji's disease): a Case Report

Ratanawalee Pibulniyom, M.D.

Pakchong Na Na Hospital, Nakhon Ratchasima, 30130

Nakhon Ratch Med Bull 2000;24:91-5.

A 43-year old female was presented with pruritic patches for 8 months. She was treated with various kinds of oral and topical medications, consequently brought some adverse reactions. Skin biopsy was performed and revealed eosinophilic pustular folliculitis. This disease may be underdiagnosed due to clinical findings resembling other skin diseases. In suspicious cases, pathological investigation is necessary for definite diagnosis.

* โรงพยาบาลปากช่องนานา นครราชสีมา 30130

โรค Ofuji หรือ eosinophilic pustular folliculitis (EPF) มีการรายงานครั้งแรกในผู้ป่วยชาวญี่ปุ่น โดย Ofuji เมื่อปี ค.ศ. 1970⁽¹⁾ พบรายงานโรคนี้ในคนเชื้อชาติอื่นบ้าง แต่ค่อนข้างน้อย อาการทางคลินิกของโรคนี้คือเป็นตุ่มคันหรือตุ่มหนองบริเวณรูขุมขน ตุ่มหนองเหล่านี้อาจรวมตัวกันเป็นวง แล้วขยายออกช้า ๆ รอยโรคที่หายจะกลายเป็นสิบล้ำ จึงคล้ายโรคกลาก ส่วนใหญ่มักพบที่ใบหน้า บริเวณอื่นที่พบได้คือ ลำตัวทั้งด้านหน้าและด้านหลัง คอ แขน ต่อมาในภายหลังมีรายงานว่าพบรอยโรคที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เนื่องจากการดำเนินโรคมักเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ และมีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับโรคหลายชนิด การวินิจฉัยจึงจำเป็นต้องอาศัยลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้าช่วย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี มาพบแพทย์ด้วยเรื่องมีผื่นคันที่หน้า เป็นมานาน 8 เดือน ผื่นเริ่มบริเวณคาง แล้วกระจายไปตามข้างจมูก บางตุ่มเป็นหนองคล้ายสิวลื่นขยายออกช้า ๆ ผู้ป่วยเคยไปพบแพทย์หลายแห่ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผื่นแพ้ ลิว หรือเชื้อรา ได้รับการรักษาด้วยยาทาและยารับประทานหลายชนิด ต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลายเดือน ระยะเวลาหลังผู้ป่วยสังเกตเห็นมีขนอ่อนขึ้นตามใบหน้านามากขึ้น หนึ่งคาบวมบางครั้งผื่นดีขึ้นชั่วคราวแล้วกลับเป็นซ้ำอีก ไม่ปรากฏผื่นตามส่วนอื่นของร่างกาย

ผู้ป่วยร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาใด ๆ ตรวจร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบขนอ่อนบริเวณใบหน้านามากกว่าปกติ

Dermatologic examination: well-defined erythematous, annular plaques with papules and pustules scattered on both nasolabial fold and chin (รูป)

Investigations: CBC; Hct 36%, WBC 9,200/mm³,

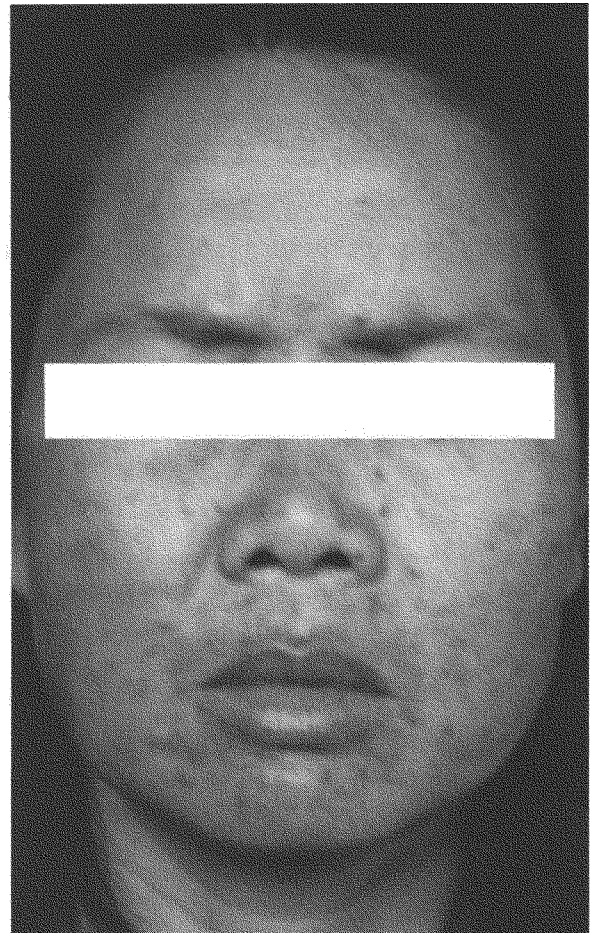
PMN 72%, lymphocyte 18%, eosinophil 8% และ platelet -adequate

anti HIV-negative

KOH preparations for fungus-negative, Demodex-negative

ให้การรักษาด้วย 0.1% hydrocortisone cream ร่วมกับรับประทาน doxycycline เป็นเวลา 1 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้น จึงได้ทำ punch biopsy จากผิวหนังเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบ follicular, peri-follicular and perivascular infiltration composed of numerous eosinophils and few neutrophils



รูป ลักษณะผื่นที่ใบหน้า

จึงให้การวินิจฉัยเป็น eosinophilic pustular folliculitis และเริ่มให้การรักษาด้วย indomethacin ชนิดรับประทาน ขนาด 75 มก./วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วจึงลดขนาดเป็น 50 มก./วัน และ 25 มก./วัน ร่วมกับ topical corticosteroid ผู้ป่วยตอบสนองดีต่อยา indomethacin ตั้งแต่ระยะแรก ผื่นที่หน้าหายคัน คุ่มหนองเริ่มลดลงหลังได้รับยา 2 สัปดาห์ และผื่นหายสนิทภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์

วิจารณ์

Ofuji's disease มักเกิดในผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-40 ปี โดยพบอัตราส่วน ชาย:หญิง = 4.8:1⁽¹⁾ รอยโรคมักเริ่มด้วยคุ่มหนองบริเวณรูขุมขน ซึ่งอาจมีอาการคันหรือไม่ก็ได้ คุ่มหนองเหล่านี้อาจรวมตัวกันเป็นวงแล้วขยายช้าๆ รอยโรคที่หายจะกลายเป็นสีคล้ำ ส่วนใหญ่มักพบที่บริเวณใบหน้า (ร้อยละ 85) รองลงมาคือบริเวณหน้าอก หลัง ต้นแขน และต้นขา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 20-25⁽²⁾ จะมีรอยโรคบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า

ตาราง Classification of eosinophilic folliculitis⁽⁴⁾

	Classical (Japanese)	HIV-related	Infantile
Sex	Males more than females	Homosexual males	Males more than females
Age	Second to fourth decade	Any	First year of life; may be congenital
Clinical manifestation	Sterile follicular, pustules and papules with peripheral extension and central clearing; resolution with slight hyperpigmentation <50% of cases report pruritus	Similar to Japanese variant; frequent atypical clinical presentation (nonfollicular erythematous papules, urticarial or large erythematous plaques) Pruritus invariably present	Sterile papules and pustules: over the scalp with crusting; scattered clusters of pustules over the trunk or extremities, urticarial papules EM-like lesion Pruritus invariably present
Distribution of lesion	Face, trunk, extensor surface of arms, palms and soles	Face, trunk, thighs and buttocks	Scalp, trunk; extremities less frequently
Course	Recurrent exacerbation & remission	Chronic & persistent	Recurrent exacerbation & remission
Lab investigation	Leukocytosis with eosinophilia	Deficient cell-mediated immunity	↓ PMN chemotactic activity ↓ IgG3 ↑ IgE
Treatment	Systemic or intralesional corticosteroid, dapsons, oral indomethacin	UVB	High potency topical steroid

มีรายงานว่าพบโรคนี้ในผู้ป่วย AIDS ค่อนข้าง⁽³⁾ ในกลุ่มหลังนี้มีอาการแสดงทางผิวหนัง การดำเนินโรคและการตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างจากกลุ่มแรกจึงแยกเป็น HIV-related eosinophilic folliculitis นอกจากนี้ยังมีรายงานในเด็กอายุขวบปีแรก ซึ่งเรียกแยกเป็น infantile eosinophilic folliculitis⁽¹⁾ สำหรับโรค Ofuji จะใช้เรียกในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV และมีอาการแสดงเหมือนกับโรคที่ Ofuji และคณะได้รายงานไว้ (classical type) (ตาราง)

สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจาก skin surface lipids ในบริเวณรอยโรค⁽³⁾ มีสารซึ่งทำหน้าที่เป็น eosinophil chemotactic factor กลไกนี้สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคนี้ในผู้ป่วยกลุ่ม classical และ HIV-associated EPF ได้ hypersensitivity reaction เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติต่อ antigen ที่มากระตุ้น

พยาธิวิทยา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ถือเป็นลักษณะจำเพาะที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้ จากรายงานของ McCalmont และคณะ สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้

Folliculocentric inflammatory infiltrate with predominance of lymphocytes and eosinophils, small numbers of macrophages and neutrophils sometimes present in inflammatory infiltrate. Follicular epithelial spongiosis, generally greatest at the follicular isthmus. Perifollicular edema, fibrin deposits or eosinophilic debris sometimes present, negative microscopic examinal results for microorganisms.

การวินิจฉัยแยกโรค สำหรับ classical EPF ควรแยกจาก acne vulgaris, drug eruption, pyoderma of folliculitis, pustular psoriasis, dermatophytosis, contact dermatitis ส่วน HIV-associated EPF สำคัญที่สุดคือแยก

จาก pruritic papular eruption (PPE) ซึ่งให้อาการที่คล้ายคลึงกันมาก

การรักษา พบว่าโรคนี้อาจมีอาการต่อเนื่องได้นานถึง 5 ปี ดังนั้นควรให้ยาเป็นเวลานาน เพื่อควบคุมการกำเริบของโรค โดยปรับขนาดของยาตามอาการของผู้ป่วย ยาที่ใช้รักษามีหลายชนิด ที่มีรายงานว่าได้ผลดี ได้แก่ topical and systemic NSAID เช่น indomethacin, pyroxicam ชนิดทา⁽⁵⁾ ยาในกลุ่มซัลฟา เช่น dapsone⁽⁶⁾ และ sulfapyridine, colchicine, corticosteroid นอกจากนี้ยังมีผู้นำ UVB phototherapy และ PUVA มาใช้ในการรักษาด้วย

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้เป็น classical eosinophilic pustular folliculitis หรือโรค Ofuji ซึ่งในปัจจุบัน อุบัติการณ์ของโรคต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับโรคอื่นหลายโรคที่พบได้บ่อย จึงอาจทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาด ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นในรายที่สงสัยหรือการรักษาไม่ได้ผล ควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจทางพยาธิวิทยา จะเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยวินิจฉัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณสุภาวดี ผาสุขดี เจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา ที่ให้ความช่วยเหลือในการพิมพ์รายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ofuji S, Ogino A, Horio T, Ohseko T, Umara M. Eosinophilic pustular folliculitis. Acta Derm Venerol (Stockh) 1970;50: 195-203.
2. Takematsu H, Nakamura K, Igarashi M, Takami H. Eosino-

- phalic pustular folliculitis. Report of two cases with a review of the Japanese literature. *Arch Dermatol* 1985;121:917-20.
3. Rosenthal D, LeBoit PE, Klumpp L, Berger TG. Human immunodeficiency virus-associated eosinophilic folliculitis. *Arch Dermatol* 1991;127:206-9.
 4. Moritz DL, Elmets CA. Eosinophilic pustular folliculitis. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:903-7.
 5. นีรมล รัตนอภิรมย์กิจ, ปรียา กุลละวณิชย์. การตอบสนอง ต่อการรักษา eosinophilic pustular folliculitis ด้วยไพโรกซิแคมชนิดทาและอินโดเมทาซินชนิดรับประทาน. *วารสารโรคผิวหนัง* 2541;3:73-80.
 6. Nishimura M. Eosinophilic pustular folliculitis effectively controlled with topical indomethacin. *Int J Dermatol* 1989; 28:206.