

گزارش یکصد بیمار مبتلا به پیتریازیس ورسیکالر

چکیده

دکتر عباس راثی I

بیماری پیتریازیس ورسیکالر یک بیماری قارچی از دسته قارچهای سطحی و غیرمسری می‌باشد. این مطالعه بمنظور بررسی میزان شیوع بیماری در دو جنس، سن شیوع بیماری، میزان شیوع بیماری در مراجعین به درمانگاههای پوست و نیز احتمال وجود بیماریهای همراه (مانند نقص ایمنی، نشانگان (syndrome) کوشینگ، سوء تغذیه و سرکوب ایمنی) انجام گرفت. طی ۲۷ ماه کلیه بیماران که با ضایعات ماکولولک (macule&patch)، با پوسته‌های ظریف به رنگهای سفید، زرد، قهوه‌ای و یا اخراپی در نواحی بالاتنه به مراجعه نمودند و با درمان موضعی کلوتریمازول و شامپوی سلنیوم سولفید طی ۲ هفته بهبودی پیدا نمودند، پس از دو نوبت ویزیت (یکبار در ابتدا و مرتبه دوم پس از کامل شدن دوره درمان) از نظر تشخیص پیتریازیس ورسیکالر مورد تأیید واقع شده و وارد مطالعه شدند. شایان ذکر است که نوع هیپوپیگمانته پس از ۲ هفته بهبودی نمی‌یابد و ضایعات مشخصتر می‌شوند. در مجموع یکصد بیمار مبتلا به پیتریازیس ورسیکالر مشاهده شد که ۴٪ مراجعه کنندگان به کلینیک پوست را شامل می‌شدند. دامنه سنی مبتلایان بین ۴۹-۸ سال و میانگین سنی آنها ۲۴/۸ سالگی بود. ۸۹٪ بیماران در محدوده سنی ۴۰-۱۱ سال داشتند. ۴۹٪ بیماران مرد و ۵۱٪ آنها زن بودند که همانند آمار سایر مراجع، اختلاف معنی‌داری بین میانگین سنی مبتلایان زن و مرد دیده نشد. همچنین در هیچ یک از بیماران، بیماری همراه نظیر نقص ایمنی، سرکوب ایمنی، نشانگان کوشینگ و یا سوء تغذیه مشاهده نشد.

کلید واژه ها: ۱- پیتریازیس ورسیکالر ۲- تینا ورسیکالر ۳- درماتومایکوزیس

مقدمه

ولی نوع اوایل بدون ایجاد فرم ریسه ایجاد PV می‌کند. در مناطق معتدله بیماری در اطفال نادر است ولی شیوع آن در خلال دهه دوم عمر بتدریج افزایش می‌یابد. شایعترین سن ابتلا به بیماری اوایل ۲۰ سالگی است (۳). ۴۹٪ موارد آن در بالغین و ۳۹٪ در اطفال سنین مدرسه مشاهده می‌شود (۴). این بیماری در ایالات متحده حدود ۸-۱ درصد مردم را مبتلا می‌کند (۵ و ۶). شیوع بیماری در هر دو جنس یکسان است (۱، ۳ و ۵). عوامل مستعد کننده بیماری عبارتند از رطوبت بالای محیط، گرما، نشانگان (سندرم) کوشینگ

بیماری پیتریازیس ورسیکالر یک عفونت قارچی سطحی است که قبلاً تینا ورسیکالر معروف بود ولی بعلت اینکه اصطلاح تینا (Tinea) عمدتاً تداعی کننده درماتوفیتها می‌باشد لذا اخیراً بنام پیتریازیس ورسیکالر نامیده می‌شود که معرف عامل بیماریزا نیز می‌باشد (۱). بیماری پیتریازیس ورسیکالر (Pityriasis Versicolor) بدنبال تبدیل شکل مخمری پیتروسپورم اورال و یا اریکولر بشکل ریسهای آن (مالاسز یا فورفور) ایجاد می‌شود (۲). توضیح اینکه نوع اوریکولر تغییرات ریسهای پیدا نمود و ایجاد بیماری می‌کند

I) استادیار بیماریهای پوست، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

۲- اسمیر مستقیم و بررسی بوسیله KOH (۵). در این مطالعه، به بررسی مسائل اپیدمیولوژیک مربوط به PV (میزان شیوع مراجعین به کلینیک پوست، و پراکندگی از نظر سن جنس بیماران) و نیز وجود بیماریهای همراه پرداخته شد و با نتایج تحقیقات گشته نیز مورد مقایسه قرار گرفت.

روش بررسی

از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک پوست از فروردین ماه سال ۱۳۷۶ لغایت خرداد ۱۳۷۸، کلیه بیمارانی که معیارهای تشخیصی زیر را داشتند وارد مطالعه شدند:

۱- ضایعات ماکولی (macule) و یا لک (patch) بدون علامت در ناحیه بالاتنه یا حاشیه مشخص

۲- رنگ ضایعات زرد یا قهوه‌ای یا سفید یا اخراپی

۳- داشتن پوسته ظریف برگ سیگاری روی ضایعات و واضحتر شدن این پوسته‌ها بوسیله خراشیدن توسط ناخن

۴- برطرف شدن ضایعات طی ۲-۱ هفته پس از شروع درمان با کرم کلوتریمازول و شامپوی سلنیوم سولفاید ۲/۵٪. ضمناً براساس شرح حال و معاینه جسمانی کامل، به علائم و یافته‌های مربوط به بیماریهای همراه (نقص ایمنی، کوشینگ و موارد مشابه) در پرونده بیماران دقت شده و وجود یا عدم وجود بیماری همراه در فرم جمع‌آوری اطلاعات بیماران ثبت گردید.

در مورد هر بیمار سن، جنس و محل درگیری ضایعات در پرونده فرم اطلاعات ثبت شد. تمامی بیماران ۲ هفته پس از درمان معاینه مجدد شدند و در صورت برطرف شدن تمام ضایعات، تشخیص بیماری PV در فرم جمع‌آوری بیماران ثبت گردید. پس از استخراج بیماران براساس سن و جنس، درصد شیوع PV در مراجعین به کلینیک پوست محاسبه گردید. جهت تحلیل داده‌های مربوط به سن و جنس، بیماران در ۵ طبقه سنی تقسیم شدند.

محاسبه میانگین سنی کل بیماران و نیز به تفکیک جنس و انحراف معیار سن بیماران بروش استاندارد انجام شد. مقایسه میانگین سنی در دو جنس به روش *t*-student

دارویی یا خودبخودی، سوء تغذیه، حاملگی، مصرف قرصهای ضد بارداری، هیپرهیدروزیس، سرکوب ایمنی، نقص ایمنی و مصرف استروئیدسیستمیک (۱، ۳، ۵، ۷ و ۸). بیماری در آغاز بشکل ماکولهای ریز و متعدد ۱-۲ میلی‌متری و با رنگهای متفاوت سفید، صورتی، قهوه‌ای، زرد اخراپی (ochre) از اطراف فولیکولهای مو و شروع می‌شود (۱-۳).

بتدریج از اطراف گسترش می‌یابد و سپس پچهایی با حاشیه مشخص و دارای پوسته‌های ظریف شبیه به برگ سیگار و فورفوراسه تبدیل می‌شوند که این پوسته‌ها با خراشیدن توسط ناخن واضحتر می‌گردند (۱، ۳، ۵، ۷ و ۸). البته در هر فرد مبتلا رنگ ضایعات در تمام مناطق یکسان است (۲).

بطور کلی در افراد دارای پوست روشن رنگ ضایعات تیره‌تر ولی در افراد با پوست تیره، رنگ ضایعات روشنتر از پوست عادی است (۳، ۵ و ۸).

شایعترین مکان ضایعات، مناطق بالاتنه (سینه، پشت، شکم و قسمت ابتدایی اندامها) می‌باشد (۵، ۷ و ۸). درگیری صورت، سرو کف دستها بندرت دیده می‌شود مگر در اطفال و در مناطق گرمسیری (۱ و ۳). ضایعات بیماری معمولاً بدون علامت هستند (۱، ۲ و ۵). گاهی بیماران به هنگام تعریق دچار خارش می‌شوند (۱ و ۴). این بیماری ساقه مو، ناخن و مخاط را درگیر نمی‌کند (۳).

پیتریازیس ورسیکالر یک بیماری عودکننده و مزمن است. ۶۰٪ موارد بیماری طی یکسال و ۸۰٪ موارد طی دو سال عود می‌کند (۴، ۵ و ۷).

تشخیص بیماری اغلب بر مبنای شکل بالینی کلاسیک، خصوصیات (کاراکتریستیک) و نحوه توزیع ضایعات استوار است و معمولاً نیازی به روشهای آزمایشگاهی نیست (۵ و ۷). همچنین ضایعات با عدم شستشوی بدن بمدت چند روز بیشتر را نشان می‌دهند.

سایر روشهای تشخیص عبارتند از:

۱- لامپ وود (Wood)، که ضایعات بیماری با استفاده از این روش به رنگ زرد مشخص می‌شوند (۳، ۵ و ۸).

سن ابتلا برای زنان ۲۵/۵ سال و در مورد مردان ۲۴/۱ سال بود. انحراف معیار (SD) سن برای زنان ۱۰/۲ و برای مردان ۱۰/۱ بود.

با محاسبه t_c ($t_c = 0.68$) و مقایسه آن با t_1 (با در نظر گرفتن خطای آلفا معادل $t_1 = 1.98$)، هیچ اختلاف معنی‌داری در میانگین سنی مردان و زنان مشاهده نشد ($P > 0.05$)؛ در مراجع مختلف نیز به اختلاف میانگین سنی مردان و زنان اشاره نشده است.

شایعترین سن ابتلا بین ۴۰-۱۱ سالگی (۸۹٪) بود که مطابق سایر مطالعات (نوجوانی و بزرگسالی) می‌باشد. اگر چه با دقت در توزیع سنی بیماران بنظر می‌رسد که توزیع سنی بیماران مبتلا نرمال باشد اما بعلت مشخص نبودن این امر، ۹۵٪ Confidence interval سن بیماران محاسبه گردید. در محدوده ۲۶/۸-۲۲/۸ قرار داشت.

جدول شماره ۲- پراکنندگی جنس بر حسب گروه‌های سنی مختلف،

میانگین و واریانس در بیماران مبتلا به پیتریازیس و رسیکالر مورد

مطالعه

| سن (سال) | زن | مرد |
|-------------|-------|-------|
| ۰-۱۰ | ۱ | ۳ |
| ۱۱-۲۰ | ۱۸ | ۱۷ |
| ۲۱-۳۰ | ۱۷ | ۱۵ |
| ۳۱-۴۰ | ۱۰ | ۱۲ |
| ۴۱-۵۰ | ۵ | ۲ |
| جمع | ۵۱ | ۴۹ |
| میانگین (X) | ۲۵/۵ | ۲۴/۱ |
| میانگین (V) | ۱۰۴/۴ | ۱۰۱/۲ |

بحث

میزان شیوع بیماری پیتریازیس و رسیکالر در این مطالعه، در مراجعین به کلینیک پوست ۴٪ بود که با شیوع بیماری در مطالعات مناطق معتدله مشابه است (۵ و ۶).

در مطالعه‌ای بر روی یک جمعیت تصادفی شده از بالغین (شامل ۸۷۰ نفر) در جمهوری آفریقای مرکزی که توسط Belec-L انجام شد شیوع کلی بیماری بالینی ۱۶/۶٪ بود (۹).

انجام شد که در آن میزان خطای آلفا (α) معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ضمناً (confidence interval) ۹۵٪ برای متوسط سنی بیماران نیز محاسبه گردید.

نتایج

از ۲۵۰۰ بیمار بررسی شده در فاصله زمانی فروردین ماه سال ۱۳۷۶ لغایت خرداد ۱۳۷۸ بر طبق معیارهای تشخیصی فوق یکصد بیمار مبتلا به PV تشخیص داده شد که ۴٪ مراجعین را تشکیل می‌داد.

جدول شماره ۱ فراوانی و درصد فراوانی تجمعی را در گروه‌های سنی مختلف نشان می‌دهد. توزیع سنی بیماران نیز در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. حداقل سن مبتلایان ۸ سال و حداکثر سن ابتلا ۴۹ سال بود.

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران برابر ۱۰/۱ ± ۲۴/۸ سال بود. (با استفاده از آزمون مقایسه نسبتها بین فراوانی نسبی بیماران کمتر از ۱۰ سال (۴٪) و بیماران ۱۱-۲۰ سال (۳۵٪) تفاوت معنی‌دار نشان داده شد ($P < 0.05$). همچنین با استفاده از همین آزمون بین فراوانی نسبی بیماران گروه‌های سنی ۱۱-۲۰ سال با بیماران ۲۱-۳۰ سال (۳۲٪) تفاوت معنی‌داری حاصل نشد).

جدول شماره ۱- فراوانی و درصد فراوانی تجمعی پیتریازیس

ورسیکالر در بیماران مورد مطالعه

| سن | فراوانی | درصد فراوانی | درصد فراوانی تجمعی |
|-------|---------|--------------|--------------------|
| ۰-۱۰ | ۴ | ۴٪ | ۴٪ |
| ۱۱-۲۰ | ۳۵ | ۳۵٪ | ۳۹٪ |
| ۲۱-۳۰ | ۳۲ | ۳۲٪ | ۷۱٪ |
| ۳۱-۴۰ | ۲۲ | ۲۲٪ | ۹۳٪ |
| ۴۱-۵۰ | ۷ | ۷٪ | ۱۰۰٪ |
| جمع | ۱۰۰ | ۱۰۰٪ | |

در جدول شماره ۲ فراوانی بیماران بر حسب جنس و در سنین مختلف نشان داده شده است. در کل، ۴۹٪ بیماران مرد و ۵۱٪ زن بودند (۴۹ نفر مرد و ۵۱ نفر زن). میانگین

اگر چه متداولترین راه تشخیص بیماری PV معاینه بالینی، شرح حال کامل و نحوه توزیع ضایعات می باشد، جهت تأیید تشخیص بیماری از روشهای دیگری مانند لامپی وود و اسمیر مستقیم و رنگ آمیزی با KOH نیز می توان بهره گرفت لیکن بمنظور صرفه جویی در وقت و هزینه برای بیمار و نیز عدم تمایل بیماران به انجام این روشها، کلیه بیماران براساس معیارهای تشخیصی ارائه شده در قسمت روش کار و تنها براساس علائم بالینی کلاسیک مبتلا به PV قلمداد شده و مورد مطالعه قرار گرفتند.

تقدیر و تشکر

از آقای دکتر حمید سورگی دستیار پوست بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) که در تنظیم مطالب و تحلیل آماری کمک فراوانی نموده اند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1- Arndt KA., Leboit PE., Robinson JK., Wintroub Bu in: Cutaneous medicine and surgery: An integrated program in dermatology. First ed. Philadelphia, W.B. Saunders 1996, pp: 1039-1040.
- 2- Thomas P., Habif in: Clinical Dermatology. Third ed. C.V. Mosby 1996; PP: 402-405.
- 3- Chaption RH., Burton JL., Ebling F.J.G. in: Text book of Dermatology. 5 th ed, Oxford, Blackwell scientific publications 1998; pp: 1287-1289.
- 4- Demis DJ., clinical Dermatology. 16 th Revision. Philadelphia: JB lippincott company 1995-vol 3, section 17-2.
- 5- Arndt KA., Wintroub 1996 Bu, Robinson JK, Leboil PE in: Primary care Dermatology W.B. Saunder 1997; pp: 205-207.
- 6- Elder D., Elenitsas R., Jaworsky C., et al., Levers histopathology of skin 8 th ed. philadelphia, New york, Lippincot Raven publisher's, 1997, pp: 521.
- 7- Fitzpatric TB in: Dermatology in General Medicine. 5 th ed, New york, MC Grow-Hill inc, 1999. pp:2368-2370.
- 8- Mackie Rm in: Clinical Dermatology, 4 th ed. Oxford medical publications 1997; pp: 132.

در مطالعه دیگری در بانکوک (تایلند) در سال ۱۹۸۷ که توسط Imwidthaya-p بر روی ۴۱۰ بیمار مبتلا به PV انجام شد شیوع بیماری ۱۷٪ جمعیت تخمین زده شد و این رقم ۱٪ همه اختلالات پوستی را شامل می شد (۱۰).

در مطالعه دیگری در مالاوی آفریقا که طی سالهای ۱۹۸۸-۱۹۹۸ توسط Ponnighaus-jm بر روی ۶۱۷۳۵ نفر انجام شد شیوع بیماری ۱۷/۹٪ گزارش شد (۱۱). مشاهده می شود که در مناطق گرمسیری شیوع بیماری بالاتر است. با توجه به یافته های جدول شماره ۱ شایعترین سن ابتلای بیماری بین ۴۰-۱۱ سالگی (با میانگین سنی ۲۵ سالگی) است (با توجه به نتایج حاصله، شایعترین محدوده سنی بیماری دهه دوم زندگی (۲۰-۱۱ سال) است و بتدریج طی دهه های بعد فراوانی نسبی بیماری رو به کاهش می گذارد). یافته های مذکور توسط منابع دیگر نیز به تأیید رسیده است (۲ و ۳).

اگر چه ممکن است در مناطق گرمسیر کشور بیماری در سنین پائینتر شیوع بیشتری نسبت به مناطق معتدله داشته باشد ولی بنظر می رسد شایعترین سن در همه مناطق در همین محدوده سنی باشد (۷).

در مطالعه جمهوری آفریقای مرکزی، حداکثر شیوع سنی در طیف سنی ۲۵-۱۵ سالگی (میانگین سنی ۲۳/۵)، در مطالعه بانکوک ۲۱-۱۲ سالگی (میانگین سنی ۲۰) و در مطالعه مالاوی آفریقا در محدوده ۲۴-۱۵ سالگی بود (۱۱-۹). در این مطالعه اختلاف معنی داری بین میانگین سنی مبتلایان مرد و زن وجود نداشت ($PV > 0.05$).

در مطالعه جمهوری آفریقای مرکزی نیز مشابه بودن میانگین سنی مردان و زنان مبتلا (۲۳/۵ سالگی) مشاهده شد (۹). در مطالعه اخیر شیوع بیماری در هر دو جنس یکسان بود (۵۱٪ زن و ۴۹٪ مرد) که با منابع دیگر مطابقت دارد (۲، ۳ و ۸). در مطالعه گزارش شده، شایعترین بیماریهای همراه PV، کوشینگ و سوء تغذیه مشاهده نشد و این امر حاکی از اینست که بیماری PV عمدتاً در افراد سالم دیده می شود و بنظر نمی رسد که موارد فوق برای ایجاد بیماری PV شرط لازم باشند (۳).

9- Belec-L., et al., Pityriasis versicolor in the central african republic: a randomized study of 144 cases; J-Med-vet-Mycol 1991; 29(5): 323-9.

10- Imwidthaya. P., et al., A study pityriasis versicolor in Bangkok (Thailand) Mycopathologia, 1989 Ma; 105(3): 157-61.

11- Ponnighaus-jm, et al., Epidemiology of pityriasis versicolor in Malawi, Africa; Mycoses 1996 Nov-Dec; 39(11-12): 467-70.

REPORT OF ONE HUNDRED PITYRIASIS VERSICOLOR PATIENTS

¹
A. Rasi, MD

ABSTRACT

Pityriasis versicolor is a fungal infection of the superficial mycosis group. But it is not contagious. This study was done to reach to the truthfulness and the meticulous findings of the previous researchers in our society, regarding the incidence of the disease in both sexes, age of onset, its incidence in dermatologic clinics and the possible associations such as: immune deficiency, cushingoid Appearance, malnutrition and immunosuppression.

During a twenty seven months period, all patients with cutaneous features of white, yellow, Ochre or brown macules and patches with pityriasiform scales on the upper trunk, improved with topical clotrimazole cream and selenium sulfided shampoo within two weeks and visited twice, before and after treatment and diagnosed as having PV based on clinical grounds, were included in the study.

Overall one hundred cases of PV were seen which covers 4% of dermatologic clinic patients. The age of patients was between 8 and 49 years with mean age of 24.8 years. Eighty nine percent of the patients were between 11 and 40 years old. Forty nine of the patients were male and %51 were female. Consistent with the references of this study no significant statistical difference was seen between the age of male and female patients. Also none of the patients had any associated immune deficiency, immunosuppression, cushingoid appearance and /or malnutrition.

Key Words: 1) Pityriasis versicolor 2) Tinea versicolor 3) Dermatomycosis

D) Assistant professor of dermatology, Hazrat Rasul-e Akram hospital, Niyesh st., Sattar Khan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.