

مطالعه توصیفی بیماران مبتلا به پیتیریا زیس روزه مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان قائم مشهد در سال‌های ۸۲-۱۳۸۰

دکتر سرورالزمان فامیلی^۱، دکتر سید مسعود دادخواه^۲، مهندس سعید ابراهیم زاده^۳

۱- استادیار، ۲- دستیار، گروه پوست؛ دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۳- کارشناس آمار حیاتی؛ دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: پیتیریا زیس روزه (Pityriasis Rosea [PR]) بیماری پوستی گذرا با ظاهری مشخص است که در سراسر جهان نسبتاً شایع است و در زمستان با شیوع بیشتری مشاهده می‌شود. به رغم وجود شواهد بسیار ایدئولوژیک که دلالت بر وجود یک عامل عفونی دارند، هنوز این موضوع به اثبات نرسیده است. مطالعه حاضر برای ارزیابی شیوع سنی، جنسی، فصلی و تظاهرات بالینی بیماران مبتلا به PR صورت گرفت.

روش اجرا: در این مطالعه شیوع سنی، جنسی، ماه و فصل مراجعه، سابقه سرماخوردگی، محل herald patch، وجود خارش و اشکال بالینی در ۲۵۱ بیمار با تشخیص بالینی PR که از ۸۰/۷/۱۰ لغایت ۸۲/۱۲/۲۷ به درمانگاه پوست بیمارستان قائم مشهد مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نسبت بیماران مؤنث به بیماران مذکر ۲/۰۷:۱ بود. بیش‌ترین شیوع سنی بیماری مربوط به سنین ۱۵-۳۰ سال و بیش‌ترین زمان مراجعه در فصل پاییز (۳۲/۹٪) و در ماه‌های مهر (۱۴/۷٪) و آبان (۱۱/۵٪) بود. ۱۷/۹٪ بیماران از خارش شکایت داشتند و ۷/۶٪ آن‌ها دارای ضایعات با نمای بالینی پورپوریک بودند. ۱۴۶ بیمار (۵۸/۲٪) به سابقه سرماخوردگی در دو ماه قبل از مراجعه اشاره می‌کردند که این سابقه در پاییز (۶۵/۸٪) و در فصل زمستان (۶۴/۲٪) به میزان بیش‌تری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** به دلیل شیوع بیشتر این بیماری در فصل‌های سرد سال و سابقه سرماخوردگی تعداد زیادی از مراجعان هنوز ضروری است برای مشخص کردن یک عامل اتیولوژیک عفونی و به ویژه ویروسی بررسی‌های بیش‌تری انجام شود.

واژه‌های کلیدی: پیتیریا زیس روزه، مطالعه توصیفی، عفونت ویروسی، مشهد

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۴): ۲۸۷-۲۹۲

اعلام قبولی: ۸۳/۹/۵

دریافت مقاله: ۸۳/۸/۳

مقدمه

پیتیریا زیس روزه (Pityriasis Rosea [PR]) یک بیماری حاد یا تحت حاد خودمحدود است که عمدتاً اطفال و افراد بالغ جوان را درگیر می‌کند (۱). ضایعه‌های علامت‌دار یا بی‌علامت ظاهر مشخصی دارد و به طور تیپیک ۱۰-۲ هفته تداوم می‌یابد (۲). این بیماری در سراسر

جهان نسبتاً شایع است (۳) و ۱-۲ درصد بیماران درمانگاه‌های درماتولوژی را در نواحی معتدل تشکیل می‌دهد به طوری که در زمستان با شیوع بیش‌تری مشاهده می‌شود (۴). گرچه شواهد ایدئولوژیک نظیر شیوع گاه‌گاه خانوادگی، موج سال به سال و فصلی (۷-۳)، تجمع

مزبور بر اساس مصاحبه و مشاهده در پرسشنامه مربوطه ثبت شد. شیوع سنی بیماران از طریق جدولی با فواصل ۵ ساله و شیوع فصلی و شیوع بر حسب ماه مراجعه با اندازه‌گیری درصد مراجعان در ماه‌های همان فصل حاصل شد. تاریخچه آتوپی با پرسش در مورد انواع سه‌گانه آتوپی (درماتیت آتوپیک، آسم و تب یونجه) ثبت شد و سابقه سرماخوردگی از ۲ ماه قبل از شروع بیماری مورد پرسش قرار گرفت و به ثبت رسید. محل herald patch بر حسب نواحی باز (صورت، گردن، میچ) و نواحی پوشیده (سایر نواحی) مورد بررسی قرار گرفت.

موارد آتوپیک بیماری مانند تعداد herald patch بیش از یک عدد و شکل ضایعه‌ها و نیز موارد همراه، نظیر مصرف داروها و بارداری در بخش جداگانه‌ای در پرسشنامه ثبت شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۱ بیمار PR مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۶۸ نفر (۶۷٪) مؤنث و ۸۱ نفر (۳۳٪) مذکر بودند. در ۲ مورد نیز جنس ثبت نشده بود (نسبت زن به مرد = ۲/۰۷ بر ۱). توزیع سنی مراجعان مبتلا به PR در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

بیش‌ترین زمان مراجعه در فصل پاییز (۳۲/۹٪) و پس از آن به ترتیب در زمستان (۲۷/۴٪)، بهار (۲۱/۱٪) و تابستان (۱۸/۳٪) بود. ماه مراجعه بیماران نیز در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

۶۹ نفر (۲۷/۵٪) دارای سابقه آتوپی بودند. herald patch در ۳۳ نفر (۱۳/۱٪) در نواحی باز بدن (صورت، پیشانی و فوقانی میچ و گردن) و در ۱۷۹ نفر (۷۱/۳٪) در مناطق پوشیده (سایر نواحی) ایجاد شده بود (۳۹ مورد محل ضایعه‌ها ثبت نشده بود).

مکانی و زمانی (۸)، وجود عفونت تنفسی از سه ماه قبل از تشخیص بیماری (۹)، تاریخچه طبیعی متعلق با تلقیح عامل عفونی در محل herald patch و سپس ظهور منتشر ضایعات ثانویه پس از یک فاصله زمانی (۱)، تشدید بیماری وسیله کورتیکواستروئید خوراکی در یک مطالعه (۱۰)، ضایعه‌های مشابه در پی واکسیناسیون small pox (۱۱)، وجود سیر خودمحدود و ناشایع بودن حملات ثانویه (۱) همگی به نفع وجود یک اتیولوژی عفونی نظیر قارچ‌ها، اسپروکت‌ها، استرپتوکوک‌ها (۶)، لژیونلا (۱۲) و ویروس‌ها (۱۵-۱۳) در این بیماری است ولی تاکنون هیچیک از عوامل مزبور به عنوان اتیولوژی قطعی برای این بیماری اثبات نشده است (۱۶، ۱). در بررسی‌ای که اخیراً نیز توسط Chuh و همکارانش انجام شد هیچ عامل اتیولوژیک برای این بیماری یافت نشد (۱۷). به جز علل عفونی احتمالی در بررسی‌های مختلف، ضایعه‌هایی شبیه PR با مصرف داروهایی نظیر ارسنیک، بیسموت، طلا، متوپرومازین، مترونیدازول، باربیتورات‌ها، کلونیدین، کاپتوپریل و کنتوتیفن گزارش شده ولی باید دانست شباهت ضایعه‌های مزبور با PR دقیق نیست و امکان دارد همراهی آن‌ها اتفاقی باشد (۱). اخیراً ضایعه‌های مشابه PR با مصرف لیزینوپریل نیز گزارش شده است (۱۷).

هدف از انجام این مطالعه بررسی توصیفی بیماران مبتلا به PR مراجعه‌کننده به بیمارستان قائم مشهد بود.

روش اجرا

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۲۵۱ بیمار با تشخیص بالینی PR که از تاریخ ۸۰/۷/۱۰ لغایت ۸۲/۱۲/۲۷ به درمانگاه پوست بیمارستان قائم مشهد مراجعه کرده بودند، از لحاظ سن، جنس، ماه و فصل مراجعه، سابقه آتوپی، سابقه سرماخوردگی، محل herald patch، وجود خارش و شکل بالینی ضایعات مورد مطالعه قرار گرفتند. موارد

۴۵ نفر (۱۷/۹٪) از بیماران از خارش شاکلی و ۱۹ نفر (۷/۶٪) بیماران دارای ضایعات با ظاهر پورپوریک بودند. ۱۴۶ بیمار (۵۸/۲٪) سابقه سرماخوردگی را در فاصله ۲ ماه قبل از مراجعه ذکر می کردند که این سابقه در فصول پاییز (۶۵/۸٪) و زمستان (۶۴/۲٪) بیش تر بود.

جدول شماره ۱- توزیع سنی ۲۵۱ بیمار مبتلا به پیتیریازیس روزه مراجعه کننده به بیمارستان قائم مشهد

سن (سال)	تعداد	درصد
<۱۰	۲۰	۸
۱۱-۱۵	۳۰	۱۲
۱۶-۲۰	۵۳	۲۱/۱
۲۱-۲۵	۵۷	۲۲/۷
۲۶-۳۰	۴۶	۱۸/۳
۳۱-۳۵	۱۴	۵/۶
۳۶-۴۰	۱۷	۶/۸
>۴۰	۱۲	۴/۸
نامشخص	۲	۰/۱
جمع	۵	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع ۲۵۱ بیمار مبتلا به پیتیریازیس روزه مراجعه کننده به بیمارستان قائم مشهد بر حسب ماه مراجعه

ماه مراجعه	تعداد	درصد
فروردین	۱۲	۴/۸
اردیبهشت	۱۴	۵/۶
خرداد	۲۷	۱۰/۷
تیر	۱۴	۵/۶
مرداد	۲۰	۷/۹
شهریور	۱۲	۴/۸
مهر	۳۷	۱۴/۷
آبان	۲۹	۱۱/۵
آذر	۱۷	۶/۷
دی	۱۸	۷/۱
بهمن	۲۶	۱۰/۳
اسفند	۲۵	۹/۹
جمع	۲۵۱	۱۰۰

شش نفر از بیماران (۲/۴٪) باردار و ۳ نفر از بیماران (۱/۲٪) نیز سابقه مصرف قرص ضد بارداری یا هورمون های تزریقی برای پیش گیری از بارداری را در روزهای اخیر متذکر بودند.

بحث

در این مطالعه ۶۷ درصد بیماران مؤنث و ۳۳ درصد مذکر بودند به نحوی که نسبت بیماران زن به مرد ۲/۰۷ بر ۱ بود، در حالی که در بررسی‌های پیشین نظیر بررسی Bjornberg و همکارانش (۳)، توزیع جنسی بیماری PR در هر دو جنس برابر یا به طور مختصری در زنان بالاتر گزارش شده است.

توزیع سنی بیماری در بررسی حاضر نشانگر بیش‌ترین شیوع در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال (۲۲/۷٪) از کل بیماران بود. در مطالعه‌های پیشین (۱) نیز نتایج مشابهی به دست آمده است به طوری که این بیماری در سنین بسیار پایین و بسیار بالا به عنوان بیماری نادری شناخته می‌شود. در مطالعه ما درصد بیماران بر حسب فصل‌های مراجعه و نیز بر حسب ماه مراجعه، نشانگر حداکثر شیوع بیماران مراجعه کننده در فصل پاییز (۳۲/۹٪) و حداقل آن در فصل تابستان (۱۸/۳٪) بود و همچنین حداکثر مراجعان بر حسب ماه، در ماه‌های مهر (۱۴/۷٪)، آبان (۱۱/۵٪)، خرداد (۱۰/۷٪) و بهمن (۱۰/۳٪) بدست آمد، در حالی که کم‌ترین آن‌ها مربوط به ماه‌های شهریور (۴/۰۸٪)، فروردین (۴/۸٪) و اردیبهشت (۵/۶٪) بود. در بررسی Chuang و همکارانش (۱۸) که روی اپیدمیولوژی PR در نواحی معتدل انجام گرفت، شایع‌ترین فصول مربوط به بهار و پاییز یا در خلال فصل‌های سرد سال گزارش شد که تا حدی با نتایج بررسی ما (به جز خرداد ماه) مطابقت دارد.

هر چند در بررسی Gilbert و همکارانش (۲) در سال ۱۸۶۰، در فصل تابستان هم با بیشترین شیوع گزارش شد. در این مطالعه ۲۷/۵ درصد از بیماران دارای سابقه آتوپی بودند در حالی که در بررسی‌های پیشین (۱، ۵، ۱۸) چنین رابطه‌ای بین PR و آتوپی گزارش نشده است. همچنین ۵۸/۲ درصد بیماران به سابقه سرماخوردگی از ۲

ماه قبل از مراجعه اشاره می‌کردند که در بررسی Chuang و همکارانش (۹) نیز رابطه مشابهی گزارش شده است. محل herald patch ۷۱/۳٪ بیماران در نواحی پوشیده بود که با بررسی‌های گذشته (۲) که پلاک اولیه با بیش‌ترین شیوع در نواحی تنه و بخش‌های پوشیده بدن و گاهی در گردن و اندام‌ها گزارش شده است هماهنگی دارد.

در این مطالعه ۱۷/۹٪ بیماران از خارش شاکی بودند در حالی که در بررسی‌های پیشین (۲) بیماران PR غیرعارضه‌دار در ۲۵ درصد موارد دچار خارش شدید و در ۵۰ درصد نیز خارش خفیف تا متوسط گزارش شده است. نوزده نفر (۷/۶٪) از بیماران در این مطالعه دارای ضایعه‌هایی با نمای بالینی پورپورا بودند. در مطالعه‌های پیشین (۲) نیز این ضایعه‌ها به طور شایع گزارش نشده‌اند و به نظر می‌رسد که اطفال با شیوع بیش‌تری مستعد آن بوده‌اند (۲).

سه نفر از بیماران نیز سابقه مصرف داروهای جلوگیری از بارداری خوراکی یا هورمون‌های تزریقی را در روزهای اخیر متذکر بودند که در بررسی‌های پیشین مورد خاصی ذکر نشده است.

به دلیل اینکه ۲۸/۳ درصد از بیماران در این مطالعه سابقه آتوپی را متذکر بوده‌اند (درحالی که در بررسی‌های پیشین چنین ارتباطی گزارش نشده است) و با توجه به این که حدود ۱۰ درصد از افراد جمعیت کلی دارای شواهدی از آتوپی هستند، لازم است شیوع آتوپی در بیماران با PR، با معیارهای تشخیصی محکم‌تری بررسی شود.

شواهد به دست آمده در این مطالعه از نظر شیوع در فصول سرد و ماه‌های سرد سال به ویژه ماه‌های شروع فصل سرما مانند بررسی‌های پیشین بیشتر به نفع یک عامل ویروسی است که این فرضیه با شیوع بالای بیماری‌های

ویروسی (به ویژه سرماخوردگی) در افراد با PR نیز تقویت می شود. به دلیل شیوع بیش تر این بیماری در فصل های سرد سال و سابقه سرماخوردگی به میزان نسبتاً بالاتر، ضروری است برای مشخص کردن یک عامل اتیولوژیک عفونی و به ویژه ویروسی بررسی های بیش تری انجام شود. گر چه با توجه به اختلاف شیوع جنسی در سنین مختلف و نیز شیوع نسبتاً بالای این بیماری در زنان باردار که در بررسی های پیشین حاصل شده است، لازم است به جز بررسی احتمالی مواجهه با عامل فرضی، مطالعه های هورمونی هم مد نظر قرار گیرد.

References

- 1-Sterling JC, Kortz JB. Viral infections. In: Champion RH, Burns JL, Burton, Breathnach SM (eds). Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998: 1092-95.
- 2-Bjornberg A, Tegner E. Pityriasis rosea. Freedberg IM, Eizen AZ, Wolff K, et al (eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: McGraw Hill, 1999: 541-46.
- 3-Bjornberg A, Hellgren L. Pityriasis rosea. A statistical, clinical and laboratory investigation of 826 patients and matched healthy controls. Acta Derm Venereol (Stockh) 1962; 42: 1-68.
- 4-Helgren L. Pityriasis rosea. Die pravalenzin in geschlecht-alterns-und berafsgruppen. Hautarzt 1972; 23: 492.
- 5-Burch PRJ, Rowell NR. Pityriasis rosea, an autoaggressive disease? Statistical studies in relation to actiology and pathogenesis. Br J Dermatol 1970; 82: 549-60.
- 6-Marshall J. Pityriasis rosea, review of its clinical aspects and discussion. A Afr Med J 1956; 30: 210-11.
- 7-McPherson A, McPherson K, Ryan T. Is pityriasis rosea an infectious disease? Lancet 1980; ii: 1077.
- 8-Messenger AG, Knox EG, Summerly R, et al. Case clustering in pityriasis rosea: Support for role of an infective agent. Br Med J 1982; 284: 371-73.
- 9-Chuang T-Y, Perry HO, Ilstrup DM, et al. Recent upper respiratory tract infection and pityriasis rosea: A case-control study of 249 matched pairs. Br J Dermatol 1983; 108: 587-92.
- 10-Leonforte JF. Pityriasis rosea: Exacerbation with corticosteroid treatment. Dermatologica 1981; 163: 480-81.
- 11-Gaertner EM, Groo S, Kimm J. Papular spongiotic dermatitis of small pox vaccination: report of 2 cases with review of the literature. Arch Pathol Lab Med 2004; 128: 1173-75.
- 12-Gjenero-Morgan I, Vidocir R, Drazenovic V. Pityriasis rosea Gilbert: Detection of Legionella micdadei antibodies in patients. Eur J Epidemiol 1995; 11: 459-62.
- 13-Raskin J. Possible dermatotropic virus associated with pityriasis rosea. Acta Dermatol Venereol 1968; 48: 474-81.
- 14-Bonafe J-L, Icart J, Perpère M, et al. Etude histopathologique, ultra-structurale, immunologique et virologique due pityriasis rose de Gibret, Ann Dermatol Venereol 1982; 109: 855-61.

- 15-Aoshima T, Kimura, Ofuji S. Virus-like particles in the herald patch of pityriasis rosea. *Dermatologica* 1981; 162: 64-65.
- 16-Chuh AA, Chan HH, Zawar V. Is human Herpesvirus 7 the causative agent of pityriasis rosea: A critical review. *Int J Dermatol* 2004; 43: 870-75.
- 17-Atzori L, Ferrelli C, Pinna AL, Aste N. Pityriasis rosea-like adverse reaction to lisinopril. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18: 743-45.
- 18-Chuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, et al. Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 80-89.