

# مطالعه توصیفی ۲۰۰ بیمار مبتلا به سوریاژیس

در اهواز در سال‌های ۷۸-۱۳۷۶

دکتر مسعود کرایه<sup>۱</sup>، دکتر محمد رادمنش<sup>۲</sup>، دکتر زهرا بیگم موسوی<sup>۲</sup>، دکتر نادیا درویشی‌زاده<sup>۲</sup>

۱ - دستیار، ۲ - استادیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

۲۴/۵٪، ۱۸/۵٪ و ۱۰٪ از بیماران به ترتیب در دهه‌های دوم، اول، سوم و چهارم بود. زمان مراجعه ۲۸/۵، ۲۳/۵، ۱۷/۵ و ۱۴ درصد از بیماران به ترتیب در دهه‌های دوم، سوم، اول و چهارم زندگی قرار داشت. در ۴۰٪ از بیماران محل شروع بیماری از ناحیه مودار سر بوده است. نه درصد از بیماران وجود پدیده کوبنر را ذکر می‌کردند. سابقه خانوادگی مثبت را ۲۵٪ از بیماران ذکر می‌کردند. در معاینه ۳۹/۵ درصد از بیماران دارای درگیری ناخن بودند.

**نتیجه‌گیری:** بیماری سوریاژیس در اهواز الگوی مشابهی را با سایر نقاط جهان نشان می‌دهد. **واژه‌های کلیدی:** سوریاژیس، مطالعه توصیفی، بررسی بالینی

**مقدمه:** بیماری سوریاژیس یک بیماری شایع با زمینه وراثتی است که در همه جای جهان یافت می‌شود.

**هدف:** هدف ما انجام مطالعه‌ای بالینی و توصیفی بر روی دویست بیمار مبتلا به سوریاژیس در اهواز بوده است.

**بیماران و روش‌ها:** مطالعه از اول آبان‌ماه ۱۳۷۶ تا پایان فروردین‌ماه ۱۳۷۸ بر روی دویست بیمار مبتلا به سوریاژیس مراجعه‌کننده به یک مطب خصوصی پوست در اهواز انجام شد. اطلاعات موردنیاز از بیماران پرسیده شده و در پرسشنامه ثبت گردید.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۵۶٪ از بیماران مؤنث و ۴۴٪ مذکر بودند. سن شروع بیماری در ۳۳/۵٪،

## مقدمه

بیماری سوریاژیس در اثر از دست رفتن تمایز طبیعی و افزایش زایش سلول‌های اپیدرم ایجاد می‌شود (۱). نظریات مختلفی راجع به علل این بیماری وجود دارد که عبارتند از:

الف) نظریه ایمنی: عده‌ای سوریاژیس را یک بیماری با منشأ ایمنی می‌دانند چون در پوست مبتلا به این بیماری آماس دیده می‌شود (۲).

ب) نظریه نوروزنیک: نقش التهاب نوروزنیک در زیر سازی این بیماری گزارش شده است. ازدیاد رشته‌ها و

بافت‌های عصبی و تغییر در نوروپپتیدها در ضایعات سوریاژیس دیده شده است (۳).

ج) نظریه وراثتی: شیوع این بیماری در بستگان درجه اول و دوم بیماران بالاتر از جمعیت عادی است. می‌توان گفت که بروز بیماری در یک فرد بستگی به عوامل محیطی و زمینه وراثتی دارد. تعدادی جایگاه HLA در رابطه با افزایش خطر بیماری گزارش شده و با استفاده از علم بیولوژی مولکولی ثابت شده که جایگاه HLA-C برای این بیماری لازم بوده ولی کافی نیست (۴).

از نظر همه‌گیرشناسی مرد و زن به نسبت برابر به این بیماری مبتلا می‌شوند. شروع بیماری معمولاً بین دهه‌های

مؤلف مسئول: دکتر محمد رادمنش - اهواز، کبانه‌پارس، نش خیابان ۴، شماره ۵۱

دوم تا پنجم زندگی است. گفته می‌شود که تا ۵۰٪ بیماران سابقه خانوادگی مثبتی از بیماری دارند (۱). از نظر آسیب‌شناسی، تظاهرات سوریاژیس در مراحل مختلف بیماری به‌طور قابل توجهی متغیر است (۵). از نظر تظاهرات بالینی سیر بیماری قابل پیش‌بینی نیست. دوره بیماری ممکن است از چند هفته تا تمام عمر تغییر کند. بیشتر موارد بیماری پیش از دهه چهارم زندگی ظاهر می‌شوند. درگیری ناخنی در ۵۰-۲۵٪ بیماران مبتلابه سوریاژیس دیده می‌شود. تعداد کمی از بیماران از وجود خارش شکایت دارند (۲). در کودکان تظاهرات بیماری و سیر بالینی آن تفاوت آشکاری با بزرگسالی ندارد (۶). عواملی مانند ضربه، عفونت‌ها، عوامل متابولیک و اندوکراین، نور خورشید، داروها و الکل بیماری را تشدید می‌کنند. حدود یک سوم از بیماران مبتلابه سوریاژیس پدیده کوبنر را نشان می‌دهند (۱).

### بیماران و روش‌ها

این مطالعه توصیفی از اول آبان‌ماه ۱۳۷۶ تا پایان فروردین‌ماه ۱۳۷۸ در یک مطب خصوصی پوست در اهواز صورت گرفت. بیماران با تشخیص بالینی سوریاژیس توسط متخصص پوست جهت تکمیل پرسشنامه انتخاب می‌شدند. اطلاعات مورد نیاز شامل سن، جنس، سن شروع بیماری، سابقه خانوادگی بیماری سوریاژیس، سابقه وجود دیگر بیماری‌های پوستی، سابقه وجود بیماری‌های جسمی مهم، سابقه وجود ویتیلیگو در بستگان، وجود خارش، وجود مشکلات روحی - روانی، محل شروع بیماری، مثبت بودن پدیده کوبنر و درگیری ناخن‌ها در پرسشنامه‌ای ثبت می‌گردید.

### یافته‌ها

از دویست بیمار مطالعه شده ۴۴٪ مذکر و ۵۶٪ مؤنث بودند. سن شروع بیماری، سن بیماران در زمان مراجعه، محل شروع بیماری و بیماری‌های پوستی همراه به ترتیب در جداول شماره ۱ تا ۴ نشان داده شده است. ۹٪ از بیماران براساس شرح حال پدیده کوبنر را ذکر می‌کردند و ۶٪ از خارش شکایت داشتند. ۲/۵٪ بیماران سابقه

بیماری تیروئید داشته و ۶/۵٪ آن‌ها سابقه وجود ویتیلیگو را در بستگانشان ذکر می‌کردند. در معاینه بیماران ۳۹٪ آنها درگیری ناخن داشتند.

### بحث

در این مطالعه خانم‌ها ۵۶٪ و آقایان ۴۴٪ بیماران مبتلابه سوریاژیس را تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در کتب مرجع این نسبت مساوی ذکر شده است، در مطالعه ما نیز اختلاف معناداری در این مورد دیده نمی‌شود (۲ و ۱). بیشترین زمان سن شروع بیماری در دهه دوم و بعد از آن به ترتیب در دهه‌های اول، سوم و چهارم زندگی بود و درصد کمی بعد از دهه چهارم زندگی بیماریشان شروع شده بود. این یافته با آمار منابع مرجع که سن شروع بیماری را قبل از چهل سالگی می‌دانند مطابقت دارد (۱). در زمان مراجعه اکثر بیماران مراجعه‌کننده در دهه دوم و بعد از آن به ترتیب در دهه‌های سوم، اول و چهارم زندگی بودند. از نظر محل شروع بیشترین درصد مربوط به قسمت مودار سر بود که این نیز با آمار کتب مرجع هماهنگی دارد (۲ و ۱). در بیماران مطالعه شده فقط ۹٪ وجود پدیده کوبنر را ذکر می‌کردند که این با آمار منابع مرجع که مثبت بودن این پدیده را در یک سوم بیماران ذکر می‌کند، تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد. شاید علت این اختلاف، عدم توجه بیماران ما به این پدیده باشد. در مطالعه ما شش درصد از بیماران از خارش شکایت داشتند که از این تعداد هفت نفر زن و پنج نفر مرد بودند. در منابع مرجع ذکر شده که خارش در تعداد کمی از بیماران دیده می‌شود. ۲۵٪ از بیماران مطالعه شده سابقه فامیلی بیماری را ذکر می‌کردند. در منابع مرجع ذکر شده که تا پنجاه درصد بیماران سابقه خانوادگی مثبت را دارند (۲ و ۱). در بیماران مطالعه شده ۲۱/۵٪ (۴۳ بیمار) از وجود مشکلات روحی - روانی شکایت داشتند که از این تعداد ۲۵ نفر مؤنث و هیجده نفر مذکر بودند. دیگر بیماری‌های پوستی که در همراهی با سوریاژیس در بیماران وجود داشت شامل درماتیت اتوپیک، طاسی منطقه‌ای، لیکن پلانوس، ویتیلیگو و لیکن سمپلکس بودند. ۶/۵ درصد از بیماران سابقه وجود ویتیلیگو را در بستگان ذکر می‌کردند.

مرجع میزان ابتلاء ناخن‌ها ۵۰-۲۵٪ ذکر شده که درصد بدست آمده در بیماران ما نیز در همین محدوده بوده است (۲ و ۱). از بیماری‌های جسمی مهم و قابل ذکر در بیماران، بیماری‌های تیروئید بود که در ۲/۵٪ بیماران وجود داشت.

این یافته می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که این بیماری‌ها می‌توانند در همراهی با هم و یا به صورت جداگانه در بعضی از خانواده‌ها دیده شوند. احتمالاً هر دو دسته عوامل وراثتی و محیطی در این رابطه دخالت دارند. ۳۹٪ بیماران در معاینه دارای درگیری ناخن‌ها بودند. در منابع

جدول شماره ۱: سن شروع بیماری در ۲۰۰ بیمار مبتلا به سوریاژیس

سن شروع (سال)	درصد	فراوانی
۰-۱۰	۲۴/۵	۴۹
۱۱-۲۰	۳۳/۵	۶۷
۲۱-۳۰	۱۸/۵	۳۷
۳۱-۴۰	۱۰	۲۰
۴۱-۵۰	۴/۵	۹
۵۱-۶۰	۷/۵	۱۵
۶۱-۷۰	۱/۵	۳
جمع	۱۰۰	۲۰۰

جدول شماره ۲: سن بیمار در زمان مراجعه در ۲۰۰ بیمار مبتلا به سوریاژیس

سن در زمان مراجعه (سال)	درصد	فراوانی
۰-۱۰	۱۷/۵	۳۵
۱۱-۲۰	۲۸/۵	۵۷
۲۱-۳۰	۲۳/۵	۴۷
۳۱-۴۰	۱۴	۲۸
۴۱-۵۰	۵	۱۰
۵۱-۶۰	۸	۱۶
۶۱-۷۰	۳/۵	۷
جمع	۱۰۰	۲۰۰

جدول شماره ۳: محل شروع بیماری در ۲۰۰ بیمار  
مبتلا به سوریاژیس

محل شروع	درصد	فراوانی
ناحیه مودار سر	۴۰	۸۰
اندامها	۲۵	۵۰
کف دست و پا	۱۵	۳۰
چینها	۶/۵	۱۳
ناخنها	۶	۱۲
تنه	۵	۱۰
ناحیه تناسلی	۲/۵	۵
جمع	۱۰۰	۲۰۰

جدول شماره ۴: بیماری‌های پوستی همراه در ۲۰۰ بیمار  
مبتلا به سوریاژیس

بیماری‌های پوستی همراه	درصد	فراوانی
درماتیت آتوپیک	۸/۵	۱۷
طاسی منطقه‌ای	۴	۸
لیکن سیمپلکس	۲	۴
ویتیلیگو	۱/۵	۳
لوپوس دیسکوئید	۰/۵	۱
لیکن پلان	۰/۵	۱
عدم وجود بیماری	۸۳	۱۶۶
جمع	۱۰۰	۲۰۰

- 1 - Stern RS, Jessica WV. Psoriasis. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: Saunders, 1998: 295-317.
- 2 - Camp RDR. Psoriasis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Rook / Wikinson / Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1992: 1391-1475.
- 3 - Farber EM, Raychaudhuri SP. Is psoriasis a neuroimmunologic disease? Int J Dermatol 1999; 38:12-15.
- 4 - Bowden PE. Molecular biology of psoriasis and its future management. J Dermatol Treatment 1996; 7 (suppl):1-6.
- 5 - In : Lever W F, Schaumburg - Lever G (eds). Histopathology of the skin. Philadelphia: JB Lippincott, 1990: 156-164.
- 6 - Tsuchiya HR. Adult skin disease in the pediatric patient. Dermatol Clin 1998; 16:593-608.