

پاسخ به Patch test در بیماران با تشخیص درماتیت تماسی و آتوپیک در اصفهان

دکتر محمدعلی نیلفروش زاده^۱، دکتر گیتی صادقیان^۲، دکتر فریبا جعفری^۳، دکتر علیرضا فیروز^۴،
دکتر شهرام مرادی^۵، دکتر رویا درخشان^۶

۱- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲- متخصص پوست، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، ۳- استادیار، گروه فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۴- دانشیار، مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵- متخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری، ۶- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات و بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

زمینه و هدف: تست پوستی Patch test به‌ترین وسیله تشخیص درماتیت تماسی آلرژیک است و استفاده مناسب از آن می‌تواند اشتباهات تشخیصی را در بیماران مبتلا به درماتیت تماسی آلرژیک کاهش دهد. این مطالعه با هدف تعیین میزان فراوانی حساسیت تماسی به ۲۸ آلرژن در بیماران با تشخیص بالینی درماتیت تماسی آلرژیک یا تحریکی یا درماتیت آتوپیک صورت گرفت.

روش اجرا: در یک مطالعه مقطعی، از بیماران مبتلا به درماتیت تماسی و آتوپیک مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست و سالک اصفهان ۱۰۰ بیمار در طی ۸ ماه انتخاب شدند. نشایح حساسیت پوستی به ۲۸ آلرژن به روش patch test ثبت و داده‌ها در نسخه ۱۱ نرم افزار SPSS وارد و رابطه تست مثبت حساسیت پوستی با عوامل شغلی و جنس با استفاده از آزمون‌های X^2 ، دقیق فیشر و t بررسی شد.

یافته‌ها: در این بررسی ۳۲ درصد بیماران تست حساسیت پوستی مثبت داشتند. ۴۵/۸ درصد از بیماران بالای ۴۰ سال و ۲۸ درصد زیر ۴۰ سال دارای تست حساسیت پوستی مثبت بودند. دی کرومات پتاسیم و سولفات نیکل، شایع‌ترین آلرژن‌ها بودند. در این بررسی تنها ۱۳ آلرژن (۴۶/۴ درصد) از مجموع ۲۸ آلرژن در جمعیت مورد بررسی مثبت شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت‌هایی که آلرژن‌ها در جوامع با جنس و نژاد مختلف دارند، نیاز به اضافه کردن آلرژن‌های محلی برای ارزیابی به‌تر بیماران ایرانی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: درماتیت، Patch test، ایران

نصنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (۱): ۳۵-۳۹

وصول مقاله: ۸۴/۲/۲۰ پذیرش: ۸۴/۴/۹

مقدمه

مطالعه داشتن سن بیش‌تر از ۱۲ سال، فقدان حاملگی، نداشتن درماتیت فعال در پشت، استفاده نکردن از استروئید خوراکی بیش‌تر از ۲۰ میلی‌گرم روزانه در طی سه هفته گذشته یا استروئید موضعی در پشت بود. از بیماران واجد شرایط رضایت کتبی گرفته شد. ۲۸ آلرژن سری (German Contact Dermatitis Research Group [DKG]) روی Finn chamber به صورت جداگانه قرار گرفت، به طوری که حداقل، نیمی از سطح تشتک‌ها پر شد. گفتنی است که تشتک‌ها روی پوست قسمت فوقانی پشت بیمار در یک طرف چسبانده و با چسب ضد حساسیت مستحکم شد. به بیمار توصیه شد تا ۲۴ ساعت از استحمام یا فعالیت بدنی شدید که باعث تعریق شود اجتناب کند. پس از ۲۴ ساعت چسب‌ها باز و نتایج تست در ساعت‌های ۲۴ و ۴۸ و ۷۲ بر اساس دستورالعمل DKG قرائت و ثبت شد. میزان ارتباط در این بررسی به صورت ممکن، محتمل و قطعی در نظر گرفته شد (۱۱). داده‌های جمع‌آوری شده در نسخه اصلی نرم افزار SPSS وارد و رابطه تست مثبت حساسیت پوستی با فاکتورهای فردی و جنس با آزمون‌های X^2 یا دقیق فیشر و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

۱۰۰ بیمار (۴۰ مرد و ۶۰ زن) مبتلا به درماتیت تماسی یا آتوپیک، وارد مطالعه شدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران $12/7 \pm 31/2$ سال بود. ۳۲ بیمار، ۱۳ مرد (۳۲/۵ درصد) و ۱۹ زن (۳۱/۷ درصد) تست حساسیت پوستی مثبت داشتند ($P > 0/05$). از ۳۲ بیمار با تست مثبت، ۲۴ نفر (۷۵ درصد) تنها به یک ماده، ۵ نفر (۱۵/۶ درصد) به ۲ ماده و ۳ نفر (۹/۴ درصد) هم‌زمان به ۴ ماده واکنش پوستی نشان دادند. ۷۵ نفر از بیماران کم‌تر از ۴۰ سال سن داشتند که از این تعداد ۲۱ نفر (۲۸ درصد) دارای تست پوستی مثبت

درماتیت تماسی آلرژیک شایع‌ترین نوع آلرژی است که یک متخصص پوست با آن مواجه می‌شود (۱). اگر چه درماتیت تحریکی شایع‌تر از درماتیت آلرژیک است اما پیش‌آگهی به‌تری دارد، به همین دلیل، بیماران به متخصص پوست کم‌تر مراجعه می‌کنند (۱). تست پوستی Patch test مهم‌ترین وسیله تشخیص درماتیت تماسی آلرژیک است (۲). میزان حساسیت و نوع آلرژن‌های شایع از جامعه‌ای به جامعه دیگر و نیز در یک جامعه در طی زمان در حال تغییر است (۳ و ۴). متعاقباً پاسخ تحریکی به تست پوستی نیز به غلظت آلرژن‌ها و مدت تماس با آن‌ها بستگی دارد و این پاسخ در افراد متفاوت متغیر است (۵). تعیین میزان پاسخ افراد جامعه به تست‌های پوستی استاندارد با در نظر گرفتن تفاوت‌های سنی، جنسی و نژادی می‌تواند اشتباهات تشخیصی را در بیماران مبتلا به درماتیت تماسی آلرژیک کاهش دهد (۶ و ۷).

از آن‌جا که ارزش استفاده از تست‌های پوستی با آلرژن‌های مشخص استاندارد شده در همه‌ی کشورها با توجه به تفاوت‌های نژادی، سنی و آلرژن‌ها مورد بحث است (۹ و ۸) و با عنایت به تفاوت جامعه ایرانی از نظر توزیع سنی و جنسی و تفاوت احتمالی آلرژن‌های منطقه، این بررسی با هدف تعیین پاسخ بیماران مبتلا به درماتیت تماسی آلرژیک و آتوپیک به تست پوستی صورت پذیرفت.

روش اجرا

در این مطالعه‌ی مقطعی، از بیماران با تشخیص بالینی به درماتیت تماسی و درماتیت آتوپیک بر اساس معیارهای هینفین و راجکا (۱۰) ارجاع داده شده به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست و سالک اصفهان ۱۰۰ بیمار به صورت تصادفی ساده در طی ۶ ماه انتخاب شدند. معیار ورود به

از مجموع ۲۸ آلرژن آزمایش شده در جمعیت مورد بررسی مثبت شد و دی کرومات پتاسیم و سولفات نیکل شایع ترین آلرژن‌ها را تشکیل می‌دادند.
در جدول شماره ۱ تعداد، شدت و میزان ارتباط ۱۳ آلرژن منجر به پاسخ مثبت در بیماران مورد مطالعه نشان داده شده است.

بودند. از ۲۵ نفر بیمار بالای ۴۰ سال، ۱۱ نفر (۴۵/۸ درصد) تست پوستی مثبت داشتند ($P < 0.05$).
در بیماران دارای تست پوستی مثبت مناطق مبتلا شامل دست (۶۵/۶٪)، دست و پا (۱۲/۵٪)، صورت (۶/۳٪) و دست و صورت (۳/۱٪) ۱ مورد بود.
در این بررسی، تنها پاسخ به ۱۳ آلرژن (۴۶/۴ درصد)

جدول شماره ۱ - فراوانی پاسخ مثبت Patch test به آلرژن‌های سری DKG در بیماران مبتلا به درماتیت تماسی و آتوپیک به تفکیک جنس، میزان ارتباط و شدت

ردیف	نام آلرژن	جنس		میزان ارتباط			شدت حساسیت تماسی			جمع	
		مرد	زن	منفی	ممکن	محتمل	قطعی	+	++		+++
۱	Potassium dichromate	۸	۲	۱	۵	۲	۲	۳	۵	۲	۱۰
۲	Nickel sulfate	۱	۸	۰	۶	۱	۲	۱	۵	۳	۹
۳	Cobalt chloride	۱	۵	۲	۳	۰	۱	۲	۳	۱	۶
۴	Paraben-Mix	۱	۳	۰	۳	۰	۱	۰	۳	۱	۴
۵	Colophonium	۱	۲	۰	۱	۱	۱	۰	۲	۱	۳
۶	Turpentin	۱	۲	۰	۲	۱	۰	۰	۲	۱	۳
۷	Zink-diethyldithiocarbamat	۱	۲	۰	۰	۰	۳	۰	۳	۰	۳
۸	Thiuram-Mix	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۲	۰	۲
۹	Fragrance	۰	۲	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۲
۱۰	P-tert-butylphenol-Formaldehyde	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۲	۲
۱۱	Peru balsam	۰	۲	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۲	۲
۱۲	p-Phenylenediamine	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۱
۱۳	Quecksilber(II)-amidchloride	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۱

بحث

آتوپیک در تهران با استفاده از ۲۸ آلرژن سری DKG، ۱۲۶ بیمار (۵۰/۴٪) حداقل یک پاسخ مثبت نشان دادند و شایع ترین آلرژن‌های مشاهده شده سولفات نیکل (۲۸/۰٪)، کلرید کبالت (۱۲/۸٪) و بوتیل فنل فرمالدئید (۸/۰٪) بود (۱۲). در بررسی کوهن و همکارانش با آلرژن‌های استاندارد نیز در ۵۰ درصد موارد نتیجه مثبت بوده است (۸). در بررسی‌های صورت پذیرفته بعد از سولفات نیکل، کلرید کبالت و دی کرومات پتاسیم بیشترین موارد تست مثبت را تشکیل می‌دادند (۱۳). بررسی رابینسن نیز تفاوت‌هایی از پاسخ به تست‌های پوستی را در گروه‌های

در این بررسی شایع ترین آلرژن در مردان دی کرومات پتاسیم (۶۱/۵٪) و در بیماران زن مورد بررسی سولفات نیکل بود (۴۲/۱٪). در بررسی‌های صورت گرفته در سایر کشورها شایع ترین آلرژن در بیماران مبتلا به درماتیت تماسی آلرژی سولفات نیکل بوده است (۲). در این مطالعه تست حساسیت پوستی مثبت در ۳۲ درصد بیماران و تنها با ۱۳ آلرژن از ۲۸ آلرژن دیده شد. میزان مثبت شدن تست در این مطالعه کم‌تر از میزان گزارش شده در سایر مطالعه‌ها بود. در مطالعه‌ای روی ۲۵۰ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی و

چنین در این بررسی اکثر بیماران آگزمایی را زنان تشکیل می‌دادند. تماس با لکه‌های این گروه با مواد شوینده توجیه کننده‌ی اختلاف در فراوانی تست پوستی مثبت است. به نظر می‌رسد استفاده از تست‌های پوستی استاندارد با توجه به تفاوت بودن آلرژن‌ها تواند به تنهایی فراوانی آلرژن‌ها را در جوامع مختلف با جنس و نژاد متفاوت به خوبی نشان دهد. پایین بودن میزان مثبت شدن تست پوستی در این مطالعه و مطالعه‌های مشابه خود گویای این واقعیت است.

کوهن و همکارانش نیز در مطالعه خود محدودیت تست‌های استاندارد را به تنهایی در غربالگری بیماران مبتلا به درماتیت تماسی آلرژیک بیان کرده‌اند (۸). با توجه به اختلاف فراوانی آلرژن‌های مثبت در تست حساسیت پوستی و درصد پایین تست مثبت در این مطالعه که کم‌تر از ۵۰ درصد بود و با توجه به این که تنها ۱۳ آلرژن (۴۶/۴٪) از مجموع ۲۸ آلرژن سری DKG در جمعیت مورد بررسی مثبت شد، نیاز به اضافه کردن آلرژن‌های محلی برای ارزیابی به‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جدام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۴۲۳/۳۳۲۶ ج مورخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۰ می‌باشد.

سنی مختلف، گروه‌های نژادی و جنس بیماران مورد بررسی نشان داده است (۵). در بررسی مقایسه‌ای در ژاپن نیز تفاوت‌هایی بین حساسیت پوستی در زنان ژاپنی و زنان اروپایی گزارش شده است (۱۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که تست پوستی مثبت در افراد مسن نسبت به افراد جوان بالاتر بوده است که با یافته‌های مطالعه حاضر هم خوانی دارد (۹). بر اساس یک بررسی در ترکیه مشخص شد که آلرژی به نیکل در سنین جوانی به خصوص در زنان، بالاتر بوده است (۲) در حالی که در بررسی صورت گرفته در افراد مسن معلوم شد که سولفات نیکل چهارمین آلرژن تست پوستی مثبت است (۹). در بررسی دیکل و همکارانش سولفات نیکل به تنهایی یا همراه با تیمورسال، شایع‌ترین آلرژن در افراد مورد مطالعه بود که علت اختلاف در حساسیت به بعضی آلرژن‌ها را تفاوت در تماس با آلرژن‌ها در افراد با نژاد، و جنس متفاوت ذکر کرده‌اند (۶). در این مطالعه نیز واکنش به آلرژن‌ها در افراد بالای ۴۰ سال بالاتر بود. یک بررسی در هندوستان، ۶۷ درصد بیماران دچار آگزمای دست، تست پوستی مثبت داشتند که گیاهان (۲۱ درصد)، سولفات نیکل (۲۰ درصد) و دی کرومات پتاسیم، شایع‌ترین آلرژن‌ها بودند و استفاده از صابون و مواد شوینده شایع‌ترین عامل، دانسته شد (۱۵). در مطالعه حاضر بیش‌ترین تست پوستی مثبت در افراد مبتلا به آگزمای دست دیده شد (۶۵/۶٪) و بعد از آن ضایعه‌های هم‌زمان دست و ساق پا (۱۲/۵٪) بیش‌ترین تست پوستی مثبت را داشتند. هم

References

- 1-Agtup C. Hand eczema and other hand dermatosis in south Sweden. *Acta Dermatol Venereol Suppl* 1969:61.
- 2-Akasya Hillenbrand E, Ozkaya Bayazit E. Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey. *Contact Dermatitis* 2002; 46: 17-23.
- 3-Wilkinson JD, Shaw S. Contact dermatitis: Allergic. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. editors. *Rook/ Wilkinson/Ebling textbook of dermatology*. 6th ed. Oxford: Blackwell Science;1998: p.733-820.

- 4-Rabinson MK. Intra-individual variations in acute and cumulative skin irritation responses. *Contact Dermatitis* 2001; 46: 75-83.
- 5-Rabinson MK. Population difference in acute skin irritation responses. *Contact Dermatitis* 2002; 46: 86-93.
- 6-Dickel H, Taylor JS, Evey P, Meric HF. Comparison of patch test results with a standard series among white and black racial groups. *Am J Contact Dermatol* 2001; 12: 77-82.
- 7-Deleo VA, Taylor SC, Besito DV, et al. The effects of race and ethnicity on patch test results. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 107-12.
- 8-Cohen DE, Brancaccio R, Anderson D, Belsito DV. Utility of standard allergen series alone in the evaluation of allergic contact dermatitis. A retrospective study of 732 patients. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 914-18.
- 9-Mangelsdorf HC, Fleischer AB, Sherertz EF. Patch testing in an aged population without dermatitis: high prevalence of patch test positivng. *Am J Contact Dermatol* 1996; 7(3): 155-57.
- 10-Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatol Venereol* 1980; 46: 44-7.
- 11-Wahlberg JE. Patch testing. In: Rycroft RJG, Manne T, Frosch PJ, editors. *Textbook of contact dermatitis*. 2nd ed. Berlin: Springer Verlag; 1995; 240-68.
- 12-Nassiri Kashani M, Gorouhi F, Behnia F, et al. Allergic contact dermatitis in Iran. *Contact Dermatitis* 2005; 52: 154-58.
- 13-Sharma VK, Chakrabarti A. Common contact sensitizers in Chandigarh, India. A study of 200 patients with the European Standard Series. *Contact Dermatitis* 1998; 46: 127-31.
- 14-Aramaki J, Kawana S, Effendy I, et al. Differences of skin irritation between Japanese and European women. *Br J Dermatol* 2002; 146: 1052-56.
- 15-Sumun M, Reddy BS. Pattern of contact sensitivity in Indian patients with hand eczema. *J Dermatol* 2003; 30: 649-54.