

بررسی بیماران اگزمای دست و عوامل مؤثر بر آن در مراجعان به یکی از درمانگاههای پوست بیمارستان رازی (بهار سال ۱۳۷۶)

دکتر هایده غنی‌نژاد اهری، استادیار گروه پوست بیمارستان رازی

دکتر معصومه برزگری، استادیار گروه پوست بیمارستان رازی

پریسا باباخانی، انترن گروه پوست

ریحانه پیرجانی، انترن گروه پوست

Hand Eczema and Related Factors in Patients Referred to Razi Hospital (Spring - 1376)

ABSTRACT

Introduction: Hand eczema is one of the most common causes of disabling dermatoses.

Objective : Our purpose was to determine the frequency of hand eczema in out patients seen in Razi hospital (university medical center).

Design : Of 3754 patients with skin problems, 206 were investigated for hand eczema and the study was carried out with regard to age, sex, occupation, exposure to chemical and physical irritants and predispositional factors.

Results : The prevalence of hand eczema was 5.48%. The mean age was 30.8 years. The female: male ratio was 1.6. The highest number of patients were in the occupational group with exposure to reagents and water (We couldn't do patch test because it was not available).

The most common complaint was itching (85.5%) and the fingers were the predominant affected sites.

Conclusion : The major cause of hand eczema in contact dermatitis (Irritant and Allergic) and patch testing is necessary to determine the allergic agent, that can be helpful in allergic contact dermatitis (ACD) but are sometimes discouraged because of high false - positive rate and also in many instances, simultaneous exposure to irritant factors plays an essential role in the development of ACD.

Key Words: Hand Eczema; Contact dermatitis; Razi-Hospital

چکیده

بیماری در مدت زمان مطالعه ۵/۴۸٪ کل بیماران و میانگین سنی ۳۰/۸ سال بود و بیشترین تعداد در فاصله سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند.

نسبت زنان به مردان ۱/۶ بود و فراوانترین تعداد بیماران در آن گروه‌های شغلی بوده است که بیشترین تماس را با مواد شوینده و کارهای مرطوب داشتند (۳/۳۹٪)، شایعترین شکایت بیماران خارش و از نظر نوع ابتلا، نوع خشک (Dry) بوده است. شایعترین علت اگزمای دست، به دلیل تماس می‌باشد که می‌تواند به دو

اگزمای دست بی‌تردید یکی از شایعترین علل ناتوانی ناشی از بیماریهای پوستی می‌باشد. لذا به منظور آگاهی از فراوانی نسبی و عوامل احتمالی مرتبط به آن، مطالعه توصیفی و مقطعی در یکی از درمانگاههای پوست بیمارستان رازی در بهار سال ۱۳۷۶ انجام گرفت. در این مطالعه ۲۰۶ بیمار از نظر ابتلا به اگزمای دست مشخص و از نظر تعیین فراوانی سنی، جنسی، شغلی، سابقه تماس با مواد شیمیایی و محرکهای فیزیکی و همچنین تعیین فاز بیماری و سایر عوامل احتمالی مستعد کننده مورد مطالعه قرار گرفتند. شیوع

مراحل اولیه اریتم و وزیکول و کپیر دیده می‌شود که نشانه حاد بودن ضایعه و در انتها هیپرکراتوز و شقاق مشاهده می‌شود که نشانه‌های مزمن بودن آن است. فرم‌های کلینیکی مختلفی هم می‌توان برای بیماری فرض کرد که البته در درمان تأثیر زیادی ندارد (۱۴). این فرم‌ها شامل پمفولیکس، پوسته‌ریزی مکرر موضعی کف دستها، اگزمای حلقه‌ای، اگزمای نوک انگشت، اگزمای آپرون، اگزمای دیسکوئید، درماتیت اکرال مزمن و اگزمای وزیکولواسکواموس patchy می‌باشد (۱). هدف از این مطالعه بررسی بیماران از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تماس با انواع مواد شیمیایی، تماس با محرک فیزیکی، وجود عفونت باکتریال همزمان در دستها، زمینه آتوپی، هیپریدروز، محل درگیری دستها و نوع اگزمای دست بیماران می‌باشد.

روش و مواد

در این مطالعه توصیفی مقطعی، جهت بیمارانی که با شکایت اگزمای دست به درمانگاه بیمارستان رازی مراجعه کرده بودند پرسشنامه و برگه معاینه پر می‌شد. روش نمونه‌برداری به این نحو بود که ۳۰ روز بطور اتفاقی در بین روزهای بهار سال ۱۳۷۶ جهت مطالعه تعیین شدند و در کل این روزها، از ۳۷۵۴ بیمار مراجعه کننده، ۲۰۶ نفر با شکایت اگزمای دست مراجعه کردند و تشخیص بیماری و نوع کلینیکی اگزما در این بیماران به ثبت رسید. سن و جنس، وضعیت تأهل و مدت آن، وضعیت شغلی و مدت اشتغال بیمار، مدت بیماری و دارا بودن کودک زیر ۲ سال از ایشان پرسیده شد. شکایت بیمار شامل خارش و سوزش و هر دو یا هیچکدام پرسیده شد. زمینه آتوپی با پرسش از سه معیار سابقه آسم و رینیت آلرژیک در بیمار، سابقه آسم و رینیت آلرژیک در فامیل درجه یک و درماتیت اتوپیک در سابقه تعیین شد. داشتن هر کدام از این معیارها بعنوان زمینه آتوپی مطرح شد. عفونت باکتریال دست و درگیری ناخنی توسط پژوهشگر تعیین گردید.

نوع اگزما به دو دسته تقسیم می‌شد و در یک دسته برحسب علائم بالینی به سه فاز حاد و تحت حاد و مزمن تقسیم شد. فاز حاد دارای علائم وزیکول، اریتم، ادم، ترشح و یا کپیر؛ فاز تحت حاد دارای خشکی و پوسته‌ریزی، احتمالاً با درجات خفیف ترشح یا هیپرکراتوز و فاز مزمن دارای خشکی کراتوز و لیکن فیکاسیون می‌باشد. در دسته دیگر پنج نوع اگزمای دست از نظر مورفولوژیک به طریق زیر مشخص شدند: اول دیسکوئید با تعریف: پلاکی با

صورت درماتیت تماسی آلرژیک (Allergic) و تماسی تحریکی (Irritant) تظاهر بکنند که خود ابعاد وسیعی را در گستره جمعیت معمول و مشاغل صنعتی خاصی به خود می‌گیرد. از این رهگذر هم، نیاز مبرم به انجام patch test را در مراکز خاص مراجعه بیماران (بخصوص مراکز دانشگاهی) واضح و مبرهن می‌سازد، چرا که با شناسایی و تعیین دقیق عوامل موجه تا حدی می‌توان این معضل را تحت کنترل در آورد.

کلمات کلیدی: اگزمای دست؛ درماتیت‌های تماسی؛ بیمارستان پوست رازی.

مقدمه

اگزما یک پاسخ التهابی پوست به عوامل محرک داخلی یا خارجی، معلوم یا نامعلوم می‌باشد و اگزمای دست، اگزمای محدود به دستها با درگیری مختصر سایر قسمتهای بدن است (۱). در بررسی‌های بعمل آمده، شایعترین علت ناتوانی دائمی ناشی از بیماریهای پوستی، درماتیت دستها گزارش شده است (۲). در مراکز درماتولوژی مختلف، ۱۹ تا ۳۰ درصد بیماریهای پوستی را اگزمای دست تشکیل می‌دهد است (۳، ۱). شیوع آن در مطالعات مختلف بسته به آب و هوا و درجه صنعتی شدن منطقه مورد مطالعه متفاوت است. شیوع آن در هوای سرد و کم رطوبت افزایش می‌یابد (۵). از عوامل مؤثر دیگر، گروههای شغلی است. در گروههای شغلی با کارهای مرطوب، شیوع آن ۳۷-۱۰٪ گزارش شده است. در مطالعات، نسبت شیوع زن به مرد ۲ به ۱ گزارش شده است و در زنان جوان شایعتر است (۶). در مطالعاتی شیوع اگزمای دست در زنان با دوره مراقبت از کودک مرتبط بوده است (۴).

اتیولوژی اگزمای دست شامل عوامل اگزوزن و اندوزن است. عوامل اگزوزن شامل: ۱- محرک‌های تماسی که شایعترین عامل است و خود شامل عوامل شیمیایی و فیزیکی می‌شود؛ ۲- آلرژن‌های تماسی که تنها راه اثبات آن patch test است؛ ۳- آلرژن‌های خوراکی؛ ۴- فتوآلرژی؛ ۵- عفونت باکتریال دستها؛ ۶- واکنش ثانویه و علل اندوزن شامل: ۱- دیاتزاتوپیک که شایعترین علت اندوزن است؛ ۲- عوامل سایکوسوماتیک مثل استرس؛ ۳- دیس هیدروز؛ ۴- ایدئوپاتیک مثل نوع دیسکوئید که علت خاصی یافت نمی‌شود (۱).

از روی علائم کلینیکی بخوبی می‌توان درمان را تعیین کرد، در

از نظر تماس با مواد شیمیایی: ۱۲۷ نفر از بیماران تماس با مواد شیمیایی، ۸۴ نفر تماس با حلال‌ها، اسید و باز، روغن، گریس، رزین، بنزین، چسب، رنگ و ضد آفات نباتی، ۵۸ نفر تماس با کرم، صابون و لوازم آرایشی، ۸۷ نفر تماس با گچ و خاک و سیمان و ۲۳ نفر تماس با چرم، خمیر لاستیک، پلاستیک و فایبرگلاس را ذکر می‌کردند. این اطلاعات به استناد گفته بیماران بوده و اثبات آنکه آلرژن واقعی محیطی چه ماده‌ای بوده است فقط از طریق patch test میسر است که در دسترس نبود.

۱۱ زن در مقابل ۲ مرد کودک زیر دو سال داشتند که اختلاف این دو گروه معنی‌دار بوده که نشانگر آن است که کودک زیر ۲ سال در کشور ما، بیشتر برای زنان عامل خطر می‌باشد.

شایعترین شکایت بیماران خارش بوده که ۸۵/۵٪ بیماران از خارش شکایت داشته‌اند و بیش از نیمی از آنها تنها شکایاتشان خارش بوده است. ۴۴/۷٪ بیماران از سوزش شاکی بوده‌اند و درصد کمی (۱۰/۲٪)، فقط از ظاهر کلینیکی بدون خارش و سوزش شاکی بوده‌اند.

فاز تحت حاد بیماری بیشترین شیوع را داشته است (۶۵/۱٪) و پس از آن فاز مزمن (۱۸/۵٪) و بعد فاز حاد بیماری (۱۶/۵٪) به ترتیب، شیوع قرار دارند و تمامی نواحی مختلف دستها به همین ترتیب ابتدا فاز تحت حاد و سپس فاز مزمن و بعد فاز حاد قرار دارند.

درگیری ناخن در ۲۵ نفر (۱۲/۱٪) از بیماران مشاهده شد که ۳ نفر نوع حاد (که ۸/۸٪ از کل موارد حاد را تشکیل می‌دهد است)، ۱۵ نفر نوع تحت حاد (که ۱۱/۲٪ از کل موارد تحت حاد را تشکیل می‌دهد است) و ۷ نفر نوع مزمن (که ۱۸/۹٪ از موارد مزمن را تشکیل می‌دهد است) که با مزمن شدن بیماری، شیوع درگیری ناخنی افزایش یافته است.

بعنوان یک تشخیص افتراقی مهم برای اگزمای دست باید پسوریازیس در نظر باشد که دو نفر از بیماران، همزمان پلاکهای پسوریازیس را در مناطق دیگری از بدن نمایش می‌دادند و تشخیص اگزمای دست آنان از نظر بالینی تأیید شده است. تشخیص افتراقی دیگر برای بیماری، هیپرکراتوز پالموپلاتار است که برای هیچکدام از بیماران تحت بررسی چنین تشخیص افتراقی مطرح نشد.

هیپرهیدروز در ۳۰/۶٪ از بیماران وجود داشته است که ریسک اگزمای کف دست در این بیماران افزایش نیافته بود.

از نظر انواع مورفولوژیک، به ترتیب شیوع نوع Dry در ۳۲٪ از بیماران، نوع Finger tip در ۱۳/۶٪ از بیماران، نوع پمفولیکس در

حدود مشخص و شکل غیر اختصاصی که معمولاً گرد یا بیضوی که می‌تواند نمای حاد یا تحت حاد داشته باشد. دوم پمفولیکس با تعریف اگزمای کف دست که با دسته‌های وزیکول در عمق دست مشخص می‌شود. سوم fingertip با تعریف گرفتاری سطح پالمار ونوک انگشتان و با پوست خشک و شکافدار. چهارم dry با تعریف پوست خشک و کشیده، همراه با مختصری پوسته‌ریزی و افزایش خطوط و گاهی فیشر. پنجم هیپرکراتوتیک با تعریف patchهای تحریکی شدید، پوسته‌ریزی منتشر و هیپرکراتوز در کف دستها و سطح پالمار انگشتان.

مابقی بیماران که به صورت تیپیک شباهتی به انواع کلینیکی فوق نداشتند را در گروه غیره قرار دادیم. محل درگیری شامل تفکیک به دست راست و چپ و سپس درگیری محل‌های انگشتان، پشت دست، دیستال ساعد و کف دست شامل ناحیه تار، هیپوتار و مرکز دست بوده است.

تماس با مواد شیمیایی به تفکیک شوینده‌ها، حلال‌ها، اسید و باز، روغن، گریس، رزین، بنزین، چسب، چرم، رنگ خمیر، فایبرگلاس، لاستیک، گچ و خاک، سیمان، گیاهان، چوب، ضدآفات نباتی، کرم، صابون، لوازم آرایشی و زیورآلات مصنوعی پرسش و در صورتی که به گفته بیمار این تماس باعث ایجاد و یا تشدید اگزمای دست می‌شد، ثبت می‌شد. تماس با تحریک‌های فیزیکی شامل تروما یا سایش مداوم قبل از اگزمای دست پرسش و ثبت شد.

نتایج

۲۰۶ نفر از ۳۷۵۴ مراجعه‌کننده در مدت مطالعه به درمانگاه پوست بیمارستان رازی مبتلا به اگزمای دست بودند که ۵/۴۸ درصد از کل مراجعان را در مدت مورد نظر تشکیل می‌دهد است. میانگین سنی بیماران ۳۰/۸ سال با دامنه ۳ تا ۸۰ سال بوده است. بیشترین گروه سنی گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۳۰/۱٪) و پس از آن گروه سنی ۳۹-۳۰ سال (۲۱/۴٪) بوده است. ۷۹ بیمار (۳۸/۳٪) مرد و ۱۲۷ نفر زن (۶۱/۷٪) بوده‌اند. نسبت زن به مرد ۱/۶ بوده است که این با نتایج مطالعات دیگر که بیماری را در زنان جوان شایعتر می‌دانند همخوانی داشت. گروه شغلی که با شوینده‌ها و کارهای مرطوب بیشتر سر و کار داشت (شامل خانه‌دار، مری مه‌کودک، نظافتچی، آرایشگر و کارگر اطاق زایمان)، بیشترین تعداد بیماران (۸۰ نفر معادل ۳۹/۳٪ از کل) را تشکیل می‌داد.

آگزماها و $\frac{1}{3}$ از این تعداد را مبتلایان به آگزماهای دست تشکیل می‌دهند و چنانچه از این مطالعه هم قابل استنتاج است بیشترین علت آگزماهای دست و شایعترین فرم ابتلا به آن به دلیل تماس می‌باشد که یک عامل بیرونی است و به دو صورت عمده درماتیت‌های تماسی آلرژیک (Allergic contact dermatitis) و درماتیت‌های تماسی تحریکی (ACD) (Irritant-Cont-Dermatitin) تظاهر می‌کند. لذا بخوبی آشکار است که این نوع آگزما چه ابعاد وسیعی از ابتلا را در گستره جمعیت معمول در بر می‌گیرد و در ضمن اگر مسأله روزبروز صنعتی شدن بیشتر جوامع بشری را هم در نظر بگیریم، لزوم توجه و تلاش وافر در شناسایی دقیق عوامل مسببه بیشتر خود را می‌نمایاند که یکی از ضرورت‌های مهم در این رهگذر، دسترسی و انجام patch test بیماران مشکوک به ACD می‌باشد. البته مسأله به این سادگی هم نبوده و نباید دچار ساده‌انگاری شد، چرا که اولاً نیاز به تحقیقات وسیعتر، جامع‌تر و دقیقتری بر اساس مطالعات جمعیتی (on population-study) هم بوده و در ثانی علیرغم دقت نظر کافی در انجام patch test هم، گاهی بدست آوردن علت نهایی و دقیق بسیار مشکل می‌باشد چرا که از یک طرف ممکن است با نتایج مثبت کاذب فراوان روبرو بشویم و از طرف دیگر اینکه گاه هم‌زمانی در ابتلا انواع آگزماهای دست وجود دارد و در حقیقت در برخی از موارد این درماتیت تحریکی اولیه است که زمینه‌ساز بروز درماتیت تماسی آلرژیک بطور ثانویه می‌شود (۸). بهر حال نیاز مبرم به patch test را نمی‌توان منکر شد (که متأسفانه در اکثر مراکز درمانی و دانشگاهی، موجود و مقدور نمی‌باشد، از جمله در بیمارستان پوست رازی)، چرا که با شناسایی دقیق در افراد مبتلا و مستعد و با آموزش دادن این افراد و تنظیم و برنامه‌ریزی در زندگی روزمره و شغلی این گروه، می‌توان تا حدی این معضل ناتوان‌کننده و آسیب‌رسان به جامعه را کنترل کرد.

۱۲/۶٪، نوع دیسکوئید در ۹/۷٪ و فرم هیپرکراتوتیک در ۵/۵٪ از بیماران وجود داشت و ۲۶/۵٪ از بیماران فرم بالینی مشخصی را نداشتند.

شیوع پمفولیکس در مطالعات دیگر ۲۰-۵ درصد برحسب محل جغرافیایی تعیین شده است که در این مطالعه نیز در این حدود بدست آمد.

شایعترین محل درگیری در دستها انگشتان بود که به ترتیب در دست راست ۶۷/۵٪ موارد و در دست چپ ۵۳/۴٪ از موارد را تشکیل می‌دهد. مناطق بعدی به ترتیب شیوع در هر دودست عبارتند از: پشت دست، مرکز دست، ناحیه تنار، هیپوتنار و دیستال ساعد.

از ۲۶ مورد پمفولیکس در ۲۲ مورد (۸۴/۶٪)، درگیری انگشتان و بعد به ترتیب درگیری تنار (۶ مورد)، هیپوتنار (۶ مورد) و مرکز دست (۷ مورد) وجود داشت که با منابع موجود که بیان می‌دارد انگشتان شایعترین محل درگیری در پمفولیکس هستند، تطابق دارد. در این مطالعه شایعترین محل درگیری آگزماهای نوع دیسکوئید پشت دست بوده که ۶۰ درصد موارد آگزماهای دیسکوئید را شامل می‌شود، پس از آن دردیستال ساعد و بعد در انگشتان شایع بوده و در کف دست مشاهده نشده است.

در آگزماهای نوع dry شایعترین محل، انگشتان بوده (۶۶٪ موارد) و پس از آن به ترتیب در مرکز دست، ناحیه تنار و هیپوتنار شایع بوده و پس از آن در پشت دست و دیستال ساعد دیده می‌شود.

زمینه آتوپی در ۳۶/۴٪ از بیماران وجود داشت که فراوانی آن در فازها و انواع مختلف آگزماهای دست تفاوت واضحی نداشت و زمینه آتوپی در این مطالعه شانس درگیری در هیچکدام از نواحی دست را افزایش نداده بود.

بحث

طبق آمار کلی جهانی، $\frac{1}{3}$ مراجعه‌کنندگان به مراکز پوستی را

منابع

- 1- Textbook of Dermatology. Rook 5th Edit. 1992.
- 2- Mennet - T, Permanent disability from skin disease, study of 564 patients registered over 4 years period, Derm-Berus Umwelt, 1979, 27 (9): 37-42.
- 3- Wilkonson - BS, personal communication, Bi.J. Dermatology, 1982, 107: 195.
- 4- Demis Clinical Dermatology. 1996.
- 5- Kavil - G - Forde - OH, Hand dermatitis in Tromso, Contact Dermatitis, 10, 174-177, 1984.
- 6- Kavil - G, Anglell - E, Moseng - D; Hospital in employers & skin problems, Contact Dermatitis 1987, 17: 156-158.
- 7- Ake - Svensson, Hand Eczema; An evaluation of the frequency of

atopic back ground & the difference in clinical pattern between patients with & without atopic Dermatitis, Acta - Derm - Venereol (Stockh) 1988: 509-513.

8- Williams, Hywel, Streachan, David P. The challenge of dermatology epidemiology 1997. CRC. Press, Inc.