

## بررسی شیوع ضایعات پوستی کشاله ران و عوارض مرتبط با آن در مراجعین به درمانگاههای پوست بیمارستان رازی تهران

دکتر معصومه برزگری<sup>۱</sup>، دکتر هایده غنی نژاد<sup>۱</sup>، دکتر رضا تقوی اردکانی<sup>۱</sup>، دکتر علی دادبان<sup>۱</sup>

### چکیده

سابقه و هدف: بر خلاف روش مرسوم در کتابها و مقاله‌های درماتولوژی که طبقه‌بندی بر اساس اتیولوژی و یا نمای بالینی بیماریها انجام می‌گیرد و با توجه به اهمیت رهیافت ناحیه‌ای به عنوان جانشینی مناسب چه در تحقیقات و چه در برخورد بالینی و همچنین به منظور تعیین شیوع ضایعات پوستی کشاله ران و عوامل مرتبط با آن، تحقیق حاضر روی مراجعین به درمانگاه سرپایی در بیمارستان رازی تهران انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق به روش مقطعی روی تعداد ۳۴۰۱ نفر که بطور مستمر مراجعه نمودند، انجام گرفت. تشخیص ضایعه براساس یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی بود. در موارد مشکوک بیوپسی صورت می‌گرفت. عوامل مرتبط با ظهور شامل سن، جنس و نمایه توده بدن تعیین گردید. شیوع ضایعه در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن برآورد شد.

یافته‌ها: از ۳۴۰۱ بیمار مراجعه‌کننده ۳/۹٪ مبتلا به ضایعات کشاله ران بودند. شایع‌ترین نوع ضایعه، درماتوفیت (۱۷/۲٪) و سپس اریتراسما و درماتیت سبورئیک هر یک به میزان ۱۴/۹٪ بودند. نوع ضایعات برحسب وضعیت چاقی و جنس متفاوت بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: چاقی در ایجاد ضایعات پوستی کشاله ران دخیل است. انجام تحقیقات بیشتر برای شناخت اتیولوژی و کاهش مشکل توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: کشاله ران، ضایعات پوستی، نمایه توده بدن.

## مقدمه

نحوه ارائه مباحث در کتابهای درسی و شیوه آموزش و پژوهش در درماتولوژی معمولاً بر مبنای اتیولوژی ضایعات (*Disease - Oriented*) و یا بر مبنای نمای ظاهری آنها (*Oriented-Morphology*) استوار است. (۱-۳). در مقابل در طب بالینی طرز برخورد با بیماران مبتلا به ضایعه پوستی عموماً بطور *Regional* (ناحیه‌ای) است. بدین ترتیب که بیمار معمولاً از پسوریازیس یا درماتیت سبورئیک شکایت ندارد، بلکه با شکایت از خارش و پوسته‌ریزی مراجعه می‌کند و پزشک بالینی (حداقل در ذهن خود) ابتدا باید ضایعات ناحیه مورد نظر را بشناسد و سپس با در نظر گرفتن مورفولوژی ضایعات همچنین شرح حال و ویژگیهای فردی بیمار و احياناً درخواست بررسی پاراکلینیکی به تشخیص برسد. به همین دلیل مناسب است. رهیافت ناحیه‌ای در تدریس و پژوهشهای درماتولوژی مورد توجه بیشتر قرار گیرد (۴).

در متن حاضر کشاله ران به عنوان مورد مناسبی برای رهیافت ناحیه‌ای انتخاب شده است زیرا اولاً این ناحیه به علت داشتن ویژگیهای خاص آناتومیک و فیزیولوژیک مستعد ابتلا به ضایعات خاص و یا تظاهرات بیماریهای ژنرالیزه پوستی است (۵) و ثانیاً به سابقه تحقیق مشابهی در این مورد برخورد نکرده‌ایم.

لذا به منظور تعیین شیوع ضایعات پوستی کشاله ران و عوامل مرتبط با آن، تحقیق حاضر در ماههای خرداد و تیر، روی مراجعین به یکی از درمانگاههای سرپایی پوست بیمارستان رازی تهران انجام گرفت.

## مواد و روشها

تحقیق به روش مقطعی، انجام گرفت کلیه اشخاصی که از ضایعه‌ای در کشاله ران خود شکایت داشتند، انتخاب متغیرهای زیر در مورد هر یک از آنها سنجیده شده:

سن، جنس، قد، وزن، محل اقامت، مدت بیماری، تشخیص بالینی، تشخیص پاراکلینیکی، ضایعه مشابه در سایر نقاط بدن و نمایه توده بدن (*BMI*) تشخیص بیماریها براساس دید و تجربه بالینی و تشخیص پاراکلینیکی بر مبنای جواب آزمایش میکولوژیک و باکتریولوژیک و بعضاً بیوپسی صورت گرفت. تمام موارد مشکوک تحت آزمایش و بیوپسی قرار می‌گرفتند.

در مورد محل اقامت ذکر این نکته لازم است که جداسازی مناطق گرمسیر و سردسیر در این بررسی به نوعی اختیاری و بر پایه معلومات عمومی بود، به این ترتیب استانهای شمالی و سردسیر کشور جزء مناطق سردسیر و قسمت‌های جنوبی و مرکزی جزء مناطق گرمسیر محسوب شدند.

محاسبه نمایه توده بدن (*Body Mass Index*) بر اساس فرمول وزن فرد بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد او برحسب مترمربع محاسبه شد. محدوده نرمال *BMI* بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ تعیین شد. مقادیر کمتر از ۱۸/۵ را *underweight*، بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ را *normal weight* و بالاتر از ۲۵ را *overweight* در نظر گرفتیم.

در تحلیل آماری از آزمونهای استاندارد *z* و *t student* استفاده شد. ضمناً شیوع ضایعات پوستی کشاله ران را در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن را با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد کردیم.

## یافته‌ها

در این مدت، ۳۴۰۱ نفر به درمانگاه سرپایی پوست مراجعه کردند که از این عده ۱۳۴ نفر (۳/۹۴٪) از ضایعه در کشاله ران شکایت داشتند. در مراجعین به درمانگاههای بیمارستان، با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۳/۳ تا حداکثر ۴/۶ درصد گردید. از تعداد فوق ۱۰۳ نفر (۷۷٪) مذکر و ۳۱ نفر (۲۳٪) مؤنث بودند. ۱۲۰ نفر (۹۶/۳٪) ساکن منطقه گرمسیر بودند. میانگین سنی بیماران ۳۳/۴ سال و پیک سنی این ضایعات در دهه چهارم زندگی بود. بیماران بالای ۲۰ سال و ۱۴٪ زیر ۲۰ بودند، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است (p<۰/۰۰۲). به نظر می‌رسد در میان بالغین، سن درگیری زنان بالاتر از مردان باشد چرا که با حذف بیماران زیر ۲۰ سال، میانگین سنی زنان ۳۹/۹ و مردان ۳۵/۷ سال می‌باشد. میانگین BMI کل بیماران  $24/8 \text{ kg/m}^2$  (در مردان ۲۴ و در زنان ۲۷/۵) بود. ۵٪ از کل بیماران *underweight* و ۴۴٪ *overweight* بودند.

در مجموع بیماران، ضایعات اصلی در ۱۱۸ مورد (۸۸/۱٪) و ضایعات متفرقه در ۱۶ مورد (۱۱/۹٪) (جدول شماره ۱). ضایعات متفرقه شامل: کهپر، گال، اگزما، اکتانورس نیگریکانس، لیکن‌پلان، راش دارویی ثابت و *striae* بود.

جدول ۱. توزیع نوع ضایعات پوستی کشاله ران مراجعین به درمانگاههای پوست بیمارستان رازی تهران

نوع بیماری	فراوانی	درصد
TINEA CRURIS (درماتوفیت)	۲۳	۱۷/۲
اریتراسما	۲۰	۱۴/۹۰
درماتیت سبورئیک	۲۰	۱۴/۹
تینا ورسیکالر	۱۸	۱۳/۴
پسوریازیس	۱۰	۷/۵
انترتریگو	۹	۶/۷
وتیلیگو	۸	۶
لیکن سیمپلکس	۶	۴/۵
کاندیدا	۴	۳
متفرقه	۱۶	۱۱/۹
کل	۱۳۴	۱۰۰

فراوانی ضایعات در گروههای مختلف BMI به صورت زیر بود:

در گروه *under weight* فراوانترین ضایعه ورسیکالر بود؛

در گروه *normal weight* فراوانترین ضایعات به ترتیب درماتوفیت، (۲۳/۵٪)، درماتیت سبورئیک (۱۹/۱٪) و تینا ورسیکالر اریتراسما بودند و در گروه *over weight* اریتراسما (۲۳/۷٪) فراوانترین ضایعه بود. در این گروه درماتوفیت، و درماتیت سبورئیک، پسوریازیس و انترتریگو در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

نوع ضایعات به تفکیک در جدول شماره ۲ ارائه گردیده نشان می‌دهد که در مردان فراوانترین ضایعات به ترتیب درماتوفیت (۱۷/۵٪)، اریتراسما (۱۵/۵٪)، ورسیکالر (۱۵/۵٪) و درماتیت سبورئیک (۱۲/۶٪) بوده‌اند که جمعاً در ۶۱/۴٪ از بیماران مرد وجود داشته است. در زنان مورد بررسی فراوانترین ضایعات کشاله ران به ترتیب درماتیت سبورئیک (۲۲/۶٪)، درماتوفیت (۶/۱٪)، و انترتریگو (۱۶/۱٪)، اریتراسما (۱۲/۹٪) بودند که جمعاً در ۶۷/۷٪ بیماران زن وجود داشته‌اند.

جدول ۲. توزیع نوع ضایعات پوستی کشاله ران به تفکیک جنس در درمانگاههای بیمارستان رازی تهران

نوع ضایعه پوستی کشاله ران	مردان	زنان
Tinea - cruris	۱۸ * (۱۷/۵)	۵ (۱۶/۱)
اریتراسما	۱۶ (۱۵/۵)	۴ (۱۲/۹)
درماتیت سبورئیک	۱۳ (۱۲/۶)	۷ (۲۲/۶)
تینا ورسیکالر	۱۶ (۱۵/۵)	۲ (۶/۵)
پسوریازیس	۸ (۷/۸)	۲ (۶/۵)
انترتریگو	۴ (۳/۹)	۵ (۱۶/۱)
وتیلیگو	۶ (۵/۹)	۲ (۶/۵)
LSC	۵ (۴/۹)	۱ (۳/۲)
کاندیدا	۳ (۲/۹)	۱ (۳/۲)
متفرقه	۱۴ (۱۳/۶)	۲ (۱۶/۵)
کل	۱۰۳ (۱۰۰٪)	۳۱ (۱۰۰٪)

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

## بحث

تحقیق نشان داد که نسبت بیماران سرپایی درماتولوژی با شکایتی از کشاله ران در مرکز محل انجام تحقیق بین ۳/۳ تا ۴/۶ درصد است. بر این مبنا می‌توان ضایعات *groin* را جزء شکایتهای شایع بیماران به حساب آورد که آشنایی با آنها می‌تواند برای هر درماتولوژیست یا طبیب عمومی مفید باشد.

در مجموعه بیماران ما ۷۷٪ مذکر و ۲۳٪ مؤنث بودند هر چند در مورد فراوانی نسبی مراجعین مرد و زن به درمانگاه تخصصی پوست در کل اطلاعی نداریم، ولی تفاوت بین دو لیست مذکور می‌تواند مؤید فراوانی بیشتر این ضایعات در مردان باشد. برای رفع اختلال ناشی از مسایل اجتماعی و عدم تمایل احتمالی خانمها برای شکایت از کشاله ران در نزد پزشک (اگر چه تقریباً همه اساتید در درمانگاه خانم بودند) در مطالعات بالینی راه خاصی به نظر نمی‌رسد.

در مورد محل اقامت همان طور که قبلاً ذکر شده تقسیم‌بندی محل اقامت به گرمسیر و سردسیر در متن حاضر کم و بیش اختیاری بوده و گذشته از این مطالعه در تهران انجام شده است. (که ما این شهر و بیشتر شهرهای اطراف آن نظیر کرج و شهر ری را گرمسیر به حساب آورده‌ایم). بر این مبنا ممکن است یافته ما که بیان می‌کند ۹۶٪ از افراد مورد بررسی، در مناطق گرمسیر سکونت دارند، تا حد زیادی از شیوه نمونه‌گیری نتیجه شده باشد. اگر چه متون درماتولوژی نیز تأیید می‌کنند که بسیاری از ضایعات *groin* در آب و هوای گرم شایع‌ترند (۱،۲،۵)، پیشنهاد می‌شود.

فراوانی نسبی ضایعات *groin* در مطالعات (گذشته یا آینده) انجام شده در نواحی گرمسیر و سردسیر با هم مقایسه شود.

۸۶٪ از بیماران مورد بررسی ۲۰ ساله یا بزرگتر بوده‌اند که قویاً مؤید فراوانی بیشتر این ضایعات در بالغین است. پیک سنی این ضایعات بطور کلی در دهه چهارم زندگی است.

نسبت افراد *Over weight* در میان مبتلایان به ضایعه کشاله ران در کل ۴۳٪، در زنان ۶۸٪ و در مردان ۳۷٪ بود. میانگین *BMI* در مردان ۲۴ و در زنان ۲۷/۵ کیلوگرم بر متر مربع بود که در مقایسه با مقدار نرمال آن از اختلاف معنی‌داری برخوردار است، بنابراین نقش چاقی در ایجاد ضایعات کشاله ران کاملاً مشخص است (۶). در مورد فراوانی نسبی ضایعات: در گروه بیماران می‌توان تشخیص‌ها را به دو گروه شایع و غیرشایع تقسیم کرد؛ به این ترتیب که تشخیصهای درماتوفیت، اریتراسما، درماتیت سبورئیک و ورسیکالر تشخیصهای شایع محسوب شده و سایر ضایعات ناشایع فرض شدند. مبنای این تقسیم‌بندی، فراوانی نسبی ضایعات بوده است.

نتیجه‌گیری ما در مورد ضایعات شایع و غیر شایع کشاله ران ممکن است در شرایطی که امکانات تشخیص پاراکلینیکی در دسترس نباشد، حائز اهمیت بالینی باشد.

انجام این تحقیق همانطور که در مقدمه ذکر شد، گذشته از موضوع، به عنوان نمونه‌ای از تحقیق و نگارش در درماتولوژی با رهیافت ناحیه‌ای (*regional dermatology*) انجام شده است. بنابراین می‌توان پیشنهاد کرد در زمینه طراحی کلی برای *regional dermatology* تحقیقات مشابهی در مورد سایر نواحی پوست انجام گیرد که نهایتاً

راهگشای طرز فکر *regional* در پژوهش و نیز در کلینیک خواهد بود. برآورد ۴/۶ - ۳/۳ درصدی فراوانی نسبی شکایت از *groin* در میان بیماران سرپایی درماتولوژی، نشان دهنده شایع بودن این ضایعات است که می‌تواند پیشنهادکننده لزوم تأکید بیشتر بر آنها در آموزش تنوری و بالینی باشد.

## REFERENCES

1. Demis DJ. *Clinical Dermatology*. 23<sup>rd</sup> ed. Lippincott – Raven, Units 1,16,17.
2. Habif TP. *Clinical Dermatology*. 3<sup>rd</sup> ed.
3. Champion RH, Buton JL, Eblin FJ. *Textbook of Dermatology*. Blackwell Science, USA, 1992.
4. White GM. *Regional Dermatology*. Mosby-Wolfe, 1994: 103–8.
5. Robins DN. *Cutaneous groin lesions*. *Primary Care* 1978; 5(2): 25 – 32.
6. Shils ME, Olson JA. *Modern nutrition in health and disease*. 8<sup>th</sup> ed, Lea and Fabiger, 1994.