شیوع آتوپی بچه‌های مهد کودک کرمان در سال ۱۳۷۶ و قدرت علامت خشکی پوست در تشخیص بیماری

دکتر سعدالله شمس الدینی *، دکتر منصور نصیری کاشانی *

دکتر احمد انجم شعاع **

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بسیار متفاوت آتوپی و نیز تعریف و روشهای نامطمئن سنجش آن و به منظور تعیین شیوع آتوپی در بچه‌های مهد کودک‌های تحت پوشش به زیستی کرمان این تحقیق در دی ماه سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش توصیفی (Descriptive) بر روی تعداد ۵۲۴ کودک به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای با معیار تشخیصی U.K Working Party's صورت پذیرفت و شیوع بیماری در نمونه‌ها تعیین و فاصله اطمینان آن در جامعه برآورد و به علاوه قدرت علامت خشکی پوست در تشخیص اگزمای آتوپی نیز تعیین گردید.

یافته‌ها: از ۵۲۴ کودک (۲۸۹ پسر و ۲۳۵ دختر)، شیوع آتوپی ۷/۲۵ درصد و در جنس مذکر و مونث به ترتیب ۸/۳ و ۶ درصد مشاهده گردید. آتوپی همراه با بیماری‌های دیگر به ویژه بیماری‌های پوستی، حساسیت دارویی، فصلی و غذایی وجود داشته است. میزان حساسیت، ویژگی و کارآیی علامت خشکی پوست نمی‌تواند در تشخیص آتوپی به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری: تحقیقات مشابه در سایر نقاط کشور برای تعیین وضعیت کشوری آن و نیز تحقیقات تحلیلی برای شناخت عامل یا علل اصلی به وجود آورنده آن توصیه می‌گردد و ضرورت دارد به دنبال یافته‌ای به عنوان علامت طلایی در تشخیص بالینی بیماری بود.

واژگان کلیدی: آتوپی، شیوع، خشکی پوست

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، گروه پوست

** پزشک عمومی

مقدمه

آتوپی (Atopy) یک اختلال ژنتیکی است و در افرادی دیده می‌شود که افزایش حساسیت به ایجاد آنتی‌بادی IgE و افزایش استعداد ابتلا به بیماری‌های آسم، تب یونجه و درماتیت آتوپیک دارند. لغت آتوپی در سال ۱۹۲۳ توسط Coca به عنوان یک واژه کلی برای دسته‌ای از بیماریها که آسم و تب یونجه جز اصلی‌ترین تظاهر بالینی آنها بودند به کار برده شد (۱،۲). شیوع بیماری را تا ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند (۱). این بیماری پوستی مزمن، عود کننده و چند عاملی، بیشترین شیوع را در اوایل شیرخوارگی ، کودکی و نوجوانی داشته و اغلب به طور واضح با افزایش سطح سرمی IgE مشخص می‌شود (۲). در بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعات اگزمایی بر حسب شدت و طول مدت اگزما، تغییراتی به صورت اسپونژیوز، آکانتوز، افزایش لایه شاخی، پاراکراتوز و اتساع عروق موجود در درم و پرپیچ و خم شدن عروق پاپیلری و ارتشاح سلولهای لنفوهیستیوسیتیک به وجود می‌آید (۱،۳). اولین قدم برای کاهش مشکلات بیماران ، اطلاع از وضعیت و عوامل به وجود آورنده بیماری در جامعه می‌باشد زیرا شیوع درماتیت آتوپیک براساس معیارهای تشخیصی و جوامع مختلف متغیر بوده و در طیف وسیعی بین ۲ تا ۲۰ درصد گزارش شده (۱) و در یک مطالعه درماتیت آتوپیک در ۳۳ درصد بچه‌هایی که تاریخچه شخصی یا فامیلی از آسم یا رینیت آلرژیک داشته‌اند بروز کرده است (۴). در بروز این بیماری عوامل متعددی دخیل هستند (۱،۵،۶،۷). تظاهر بالینی بیماری متاثر از چند ژن و تحت نفوذ عوامل محیطی می‌باشند (۱،۲). شروع و نوع ضایعات ، محل‌های درگیر پوست، نوع ضایعات ، عفونت‌های ثانویه و پیش‌آگهی متفاوتی گزارش شده است (۱،۸). عدم وجود تعریف تمام عیاری از پاتوژنز بیماری و عدم شناخت کامل زمینه ژنتیک ایجاد کننده آتوپی سبب گردید که Williams و همکاران در گزارش U.K.Working party معیارهای شناخته شده قبلی را طوری مورد بازبینی قرار دهند که بتوان مجموعه علایم بیشتری از بیماری را در یک تشخیص تحت عنوان آتوپی گنجانید (۹). با این وجود به منظور تعیین شیوع و عوامل موثر در بروز آتوپی در بچه‌های مهد کودک کرمان و تعیین قدرت علامت خشکی پوست در تشخیص بیماری، این تحقیق در دی ماه سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

مواد و روشها

پژوهش حاضر به روش توصیفی (Descriptive) صورت پذیرفت. با توجه به شیوع معمول بیماری در کشورهای دیگر و با اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای مناسب و لحاظ داشتن موارد افت نمونه و اطمینان بیشتر ، تعداد ۶۰۰ نمونه تعیین گردید. فهرست به هنگام مهد کودک‌های به زیستی مستقر در مناطق ۲۱گانه کد پستی کرمان تهیه گردیدو با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ، تعداد ۱۳ مهد کودک انتخاب و از هر مهد کودک تعداد ۵۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. اگر تعداد کودکان هر مهد بیش از ۵۰ نفر بودنمونه‌گیری‌به‌روش‌ساده تصادفی به عمل می‌آمد.

معیار تشخیص بیماری Working party's بود که توسط یک گروه بریتانیایی استاندارد و پیشنهاد شده است(۹). این معیارها در ۲ پرسش‌نامه جداگانه مربوط به کودکان زیر ۴ سال و بالای ۴ سال تنظیم شد و پس از تعریف واژه‌های خارش ، چین‌های پوستی ، آسم ، حساسیت فصلی و پوست خشک ، جهت تکمیل در اختیار والدین کودک قرار گرفت. در مجموع ۶۰۰ پرسش‌نامه مربوط به کودکان بالا و زیر ۴ سال توزیع گردید که از این تعداد ۵۲۴ نفر فرم تکمیل شده را عودت دادند.

در مرحله بعدی ، کودکان از نظر درماتیت قابل مشاهده معاینه و در صورت مسجل گردیدن بیماری (یعنی وجود خارش به‌همراه‌حداقل سه تا از معیارهای شاخص فرعی) ، محل ضایعه اگزمایی و در صورت وجود بیماری پوستی همراه در پرونده بیمار درج می‌گردید. کودکانی که پرسش‌نامه را به مهد کودک عودت نداده و یا در هنگام معاینه غیبت داشتند از مطالعه حذف شدند.

داده‌های کلیه پرسش‌نامه‌ها به کامپیوتر وارد و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفتند و شیوع بیماری در نمونه‌های مورد بررسی تعیین و فاصله اطمینان (Confidence- Interval) آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه مهدکودک‌های تحت پوشش به زیستی برآورد و نیز میزان حساسیت (Sensitivity) ، ویژگی Specificity ، میزان کارآیی و دقت (Accuracy) علامت خشکی پوست در تشخیص اگزمای آتوپی تعیین گردید.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۵۲۴ کودک که ۲۸۹ نفر (۵۵/۲ درصد) آنها پسر و ۲۳۵ نفر (۴۴/۸ درصد) دختر مورد مطالعه قرار گرفتند که تعداد ۳۸ نفر مبتلا به عارضه آتوپی بودند و به این ترتیب شیوع بیماری ۷/۲۵ درصد به دست آمد. با توجه به این میزان شیوع در نمونه‌های مورد بررسی، شیوع آن در جامعه مورد بررسی از حداقل ۵ و حداکثر ۹/۵ درصد برآورد می‌شود. از ۳۸ کودک مبتلا تعداد ۲۴ نفر (۶۳/۲ درصد) آنها پسر و ۱۴ نفر (۳۶/۸ درصد) آنها دختر بودند که با توجه به جمعیت مورد مطالعه هر یک شیوع بیماری در پسران ۸/۳ درصد و در دختران حدود ۶ درصد به دست آمد و یا نسبت بیماری در پسران نسبت به دختران ۱/۴ به ۱ مشاهده گردید. در جدول (۱) یافته فوق به همراه سایر خصوصیات مورد بررسی ارایه شده است.

جدول ۱- توزیع ویژگی‌های مبتلایان به آتوپی در مهد کودک‌های به زیستی کرمان طی سال ۱۳۷۶

متغیرهای مختلف	مبتلا به آتوپی	غیرآتوپی	جمع
جنس: مرد	۲۴ (۸/۳)	۲۶۵ (۹۱/۷)	۲۸۹ (۱۰۰)
جنس: زن	۱۴ (۶)	۲۲۱ (۹۴)	۲۳۵ (۱۰۰)
سن: میانگین	۳/۸ سال	۴ سال	—
سن: دامنه	۶ماه - ۶/۱سال	۴ماه - ۷/۳ سال	—
خشکی پوست: مرد	۱۸ (۷۵)	۱۸ (۶/۸)	۳۶ (۱۲/۵)
خشکی پوست: زن	۱۱ (۷۸/۶)	۱۷ (۷/۷)	۲۸ (۱۱/۹)
حساسیت غذایی: دارد	۷ (۱۸/۴)	۲۷ (۵/۶)	۳۴ (۶/۵)
حساسیت غذایی: ندارد	۳۱ (۸۱/۶)	۴۵۹ (۹۴/۴)	۴۹۰ (۹۳/۵)
حساسیت فصلی: دارد	۶ (۲۸/۶)	۲۰ (۷/۷)	۲۶ (۹/۳)
حساسیت فصلی: ندارد	۱۵ (۷۱/۴)	۲۳۹ (۹۲/۳)	۲۴۵ (۹۰/۷)
حساسیت دارویی: دارد	۸ (۲۱/۱)	۱۸ (۳/۷)	۲۶ (۵)
حساسیت دارویی: ندارد	۳۰ (۷۸/۹)	۴۶۸ (۹۶/۳)	۴۹۸ (۹۵)
بیماری پوستی همراه: دارد	۱۳ (۳۴/۲)	۱ (۰/۲)	۱۴ (۲/۷)
بیماری پوستی همراه: ندارد	۲۵ (۶۵/۸)	۴۸۵ (۹۹/۸)	۵۱۰ (۹۷/۳)

خشکی پوست در بیش از ۷۵ درصد مبتلایان به آتوپی وجود داشته است و حساسیت غذایی در این مبتلایان نسبت به افراد سالم بیش از ۳ برابر بود و حساسیت فصلی نیز در مبتلایان به آتوپی بیش از ۳ برابر افراد غیرآتوپی است و همین طور حساسیت دارویی و بیماری پوستی همراه در این مبتلایان بیش از چند برابر افراد غیرمبتلا به آتوپی می‌باشد. در جدول (۲) وضعیت سابقه آسم کمتر و بیشتر از ۴ سال ارایه گردید و نشان می‌دهد که اختلاف قابل توجه آماری بین این دو گروه مشاهده نشده است.

جدول ۲ـ توزیع سابقه آسم بیشتر از ۴ سال در مبتلایان به آتوپی و غیرآتوپی کودکان مهد کودک‌های کرمان طی سال ۱۳۷۶

آتوپی / سابقه آسم		دارد	ندارد	جمع
زیر ۴ سال	دارد	۱۳	۴۱	۵۴
	ندارد	۴	۸۲	۸۶
بالای ۴ سال	دارد	۴	۸	۱۲
	ندارد	۱۷	۲۵۱	۲۶۸
جمع		۳۸	۳۸۲	۴۲۰

بیماری با فصل رابطه معنی‌دار داشته و ۴۰/۷ درصد بیماران در بهار و تابستان و ۳۲/۱ درصد در پاییز و زمستان تشدید بیماری را ذکر کرده‌اند. تعریق، استرس، استفاده از صابون و لباس پشمی اثر تشدید کننده بر بیماری داشتند.

میزان حساسیت (sensitivity) و ویژگی (Specifity) علامت خشکی پوست و این که از این علامت هم مشابه خارش می‌توان به عنوان علامت اصلی در تشخیص استفاده نمود، محاسبه نشان داد که خشکی پوست از حساسیت و ویژگی کارآیی زیر برخوردار است.

$$\text{Sensitivity} = \frac{\text{مثبت های حقیقی}}{\text{منفی های کاذب + مثبت های حقیقی}} = ۷۶\% \quad (\text{حساسیت})$$

$$\text{Specifity} = \frac{\text{منفی های حقیقی}}{\text{مثبت کاذب + منفی های حقیقی}} = ۹۲\% \quad (\text{ویژگی})$$

گرچه علامت خشکی پوست در تشخیص بیماری آتوپی از حساسیت نسبتاً کم و ویژگی نسبتاً بالایی برخوردار است ولی روی هم رفته از دقت کارآیی لازم (accuracy) مناسب برخوردار نیست.

$$\text{accuracy} = \frac{\text{منفی های حقیقی + مثبت های حقیقی}}{\text{مجموعه کل افراد}} = ۸۴\% \quad (\text{میزان دقت})$$

میزان دقت ۸۴ درصد ضریب قابل قبولی برای پذیرفتن این علامت به عنوان یک علامت در تشخیص اصلی اگزمای آتوپی نمی‌باشد.

بحث

در این مطالعه از مجموع ۵۲۴ کودک تحت بررسی ۳۸ نفر (۷/۲۵ درصد) براساس معیارهای تشخیصی، Working party's به عارضه آتوپی مبتلا بودند. در این بررسی رابطه معنی‌داری بین سن و عارضه آتوپی به دست نیامد. تاکنون مطالعه‌های بسیاری با هدف اصلی تعیین شیوع درماتیت آتوپیک در نقاط مختلف دنیا انجام گرفته که نتایج متفاوتی به همراه داشته است. عدم وجود تعریف مناسب از بیماری، استفاده از معیارهای تشخیصی مختلف در تحقیق‌ها، وجود تفاوت‌های سنی، نژادی، ژنتیکی و محیطی در بررسی‌های صورت پذیرفته، عادات غذایی خاص، استفاده از شیر مادر و دیگر عوامل ناشناخته باعث شده است که شیوع بیماری در جوامع مختلف متفاوت باشد (۱،۱۰). از این رو میزان شیوع ۷/۲۵ درصد حاصل در این مطالعه با شیوع آن در مطالعات مشابه در جوامع غربی متفاوت است، در مطالعه Svensson و همکاران در اسکاتلند، ۲/۳ افراد را مبتلا به درماتیت آتوپیک گزارش کردند(۱۱). همین مطالعه شیوع بیماری را در افراد زیر ۲ سال ۹/۸ درصد بیان می‌دارد که به تدریج با افزایش سن از شیوع آن کاسته شده به طوری که در سن ۴۰ سالگی به ۰/۲ درصد می‌رسید (۱۱،۱۲). در مطالعه دیگری که توسط Schultz و همکاران در دانمارک، سوئد و آلمان به طور مقطعی بر روی ۳۰۰۰ کودک ۷ ساله به عمل آمد، نشان داده شد که ۱۵/۶ درصد آنها به درماتیت آتوپیک مبتلا هستند (۱۳).

طی یک پژوهش دیگر جهت بررسی و مقایسه روشهای تشخیصی مختلف برای درماتیت آتوپیک در

انگلستان ، ۳۳۲ کودک ۱ ساله و ۴ ساله توسط معاینه کننده آموزش دیده و سپس توسط یک پزشک عمومی بررسی می‌شدند که شیوع گزارش شده در آن مطالعه به ترتیب ۱۴ درصد و ۳۲ درصد بود، در حالی که ۲۷ درصد والدین آنها عنوان داشتند که فرزندانشان اگزما دارند (۱۴).

شیوع درماتیت آتوپیک در کشور ما نسبت به سایر کشورها پایین‌تر است. در بررسی داوودی و همکاران بر روی ۱۹۰۳ دانش آموز کلاس اول و پنجم مدارس شهر تهران ، شیوع درماتیت آتوپیک طبق معیارهای Working party's ۱/۵ درصد و طبق معیارهای Hanifin ۰/۸ درصد به دست آمد. از بین دانش‌آموزان ۴۲/۹ درصد زیر ۲ سال و ۶۰/۸ درصد زیر ۵ سال سن داشتند (۱۲). در مطالعه‌ای مشابه بر روی ۴۲۴ کودک ۷ تا ۱۲ ساله در کشور نروژ ، شیوع درماتیت آتوپیک خیلی بالاتر و ۲۳ درصد گزارش شده است (۱۰)، شاید عواملی چون استفاده بیشتر از شیر مادر در کاهش بروز درماتیت آتوپیک نقش داشته باشد. طی یک پژوهش دیگر بر روی ۴۵۸ مراجعه کننده پشت سرهم به یک مطب متخصص پوست در شهر تهران ، شیوع درماتیت آتوپیک براساس معیارهای جدید، ۱۴/۴ درصد گزارش گردید (۱۵). نتیجه کلی که از شیوع متفاوت این عارضه در گروهها و مناطق مختلف عاید می‌شود، عدم تبعیت بیماری از روال شناخته شده است ولی تردیدی نیست که شیوع درماتیت آتوپیک با گذشت زمان درجهان در حال افزایش است (۱،۲،۳). هر چند که علت این امر به درستی روشن نیست ولی احتمالاً افزایش آلودگی‌های محیط ، آلرژی‌های غذایی ، استفاده وسیع از مواد شوینده و پاک کننده که باعث خشکی پوست می‌گردند در این امر دخالت دارند (۵،۶،۱۶).

در بررسی حاضر ، نسبت پسرهای مبتلا ۱/۴ برابر دختران مبتلا به دست آمد. البته در مطالعه مشابهی که در نروژ صورت‌گرفته، نسبت‌دختران‌مبتلابه‌پسران‌مبتلابر عکس مطالعه‌ماو۱/۳ به ۱ بوده است (۱۰)، در حالی که در مطالعه‌ای‌که درسه کشورآلمان ، سوئد و دانمارک انجام شده نسبت‌پسران۱/۳ برابردختران‌وتاییدکننده‌نسبت حاصل ازمطالعه حاضر می‌باشد (۱۳). مطالعه دیگری در تهران ، شیوع بیماری در کلاس‌اولی‌هادرجنس‌مذکر بیشتر و در کلاس پنجمی‌ها در جنس مونث بیشتربود (۱،۱۵).

از نظر میانگین و بیشترین گروه سنی مبتلایان در مطالعه، میانگین سنی بیماران ۳/۸ سال به دست آمد. اگر چه میانگین سنی در این تحقیق بالاتر از سن معمول و رایج است ولی چون هنوز نگهداری بچه‌های کمتر از یک سال برای کارمندان هم کمتر معمول است، از این رو ارزشمندی این میانگین مورد سوال می‌باشد ولی اغلب بیماران در این مطالعه در گروه سنی ۳-۲ سال بودند که ۱۲ درصد افراد این گروه را شامل گردید. Rajka و دیگر همکاران در مطالعه‌ای که در برلین انجام دادند گزارش کردند که ۶۰ درصد بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک طی سال اول زندگی خود و ۳۰ درصد آنها بین سنین ۱۵-۱ سال دچار بیماری می‌شوند (۱۷).

ارزشمندی رینیت آلرژیک و آسم و سابقه فامیلی بیماری‌های آلرژیک تنفسی کمتر بوده و بررسی ما نشان دادکه ۴۷/۶ درصد کودکان بالای ۴ سال عارضه آتوپی داشتند به آسم بارینیت آلرژیک هم مبتلا بودند و نتایج نیز با یافته‌های حاصل از مطالعات سایر کشورهای جهان نیز مطابقت دارد.

پژوهش حاضر نشان داد که ۷۶/۳ درصد از کودکان مبتلا به عارضه آتوپی ، خشکی پوست نیز داشتند که در مقایسه با شیوع ۷/۲ درصد خشکی پوست در کودکان سالم را نشان می‌دهد ولی رابطه خشکی پوست با جنس معنی‌دار نبود.

References:

1. Champion RH. Parish WE., Atopic dermatitis. In: Champion RH. Burton JL. Ebling FJG (Eds)., Textbook of Dermatology. 5th ed., London: Blackwell; 1992: 589-610.
2. Schulz larsen F. Grunnet N., Genetic investigations in atopic dermatitis. Tissue Antigens. 1987; 29:1.
3. Herd RM. Tidman MJ. Prescott RJ., Prevalence of atopic eczema in the community, The lothian atopic dermatitis study, Br J Dermatol. 1996; 135: 18-19.
4. Halpern S., Development of childhood allergy in infants fed breast soy of cow milk, J Allergy Clin Immunol. 1983; 51: 139.
5. Ottolenghi A. D-Chiarraa A. Arrigoni S., Diagnosis of food allergy caused by fruit and vegetables in children with atopic dermatitis, Pediatr Med Chir. 1995; 17: 525-530.
6. Stogmann W. Kurz H., Atopic dermatitis and food allergy in infancy and childhood, Wien Med Wochencher. 1996; 146: 411-414.
7. Von Mutinus E. Nicolai T., Relation of indoor heating with asthma allergic sensitization and bronchial responsiveness: Survey of children in south Bavaria, Br Med J. 1996; 312: 1448-1450.
8. Bare RI., Atopic Dermatitis. 1st ed. Philadlphia: Lippincott; 1985: 37-49.
9. Williams HC. Burney PGJ., The U.K. Working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. 111 Independent hospital validation, Br J Dermatol. 1994; 131: 406-416.
10. Dottrrud LK. Kwammen B. Lund E., Prevalence and some clinical aspects of atopic dermatitis in the community of sor-varanger, Acta Derm Venerol. 1995;75: 50-53.
11. Svensson S. Edman B. Moller H., A diagnostic tool for atopic dermatitis based on clinical criteria, Acta Derm Venereol (Stockh) 1985; 55: 33-40.
۱۲- داودی م. نصیری کاشانی م. ارزیابی معیارهای جدید تشخیص بالینی درماتیت آتوپیک .تهران: چکیده مقالات ارایه شده به صورت پوستر در چهارمین کنگره بین المللی درماتولوژی و درماپاتولوژی ؛ ۱۳۷۶ : ۱۸-۱۶.
13. Schulz LF. Diepgen T., The occurence of AD in north Europe an international questionnaire study, J Am Acad Dermatol. 1996; 34: 760-764.
14. Neam RL. Berth Jones J, Prevalence of atopic dermatitis in Leicester, a study of methodology and examination of possible ethnic variation, Br J Dermatol. 1995: 132: 772-777.

۱۵- معین ا. اپیدمیولوژی درماتیت آتوپیک در مدارس تهران . تهران: چکیده مقالات ارایه شده به صورت پوستر در چهارمین کنگره درماتولوژی و درماپاتولوژی ؛ ۱۳۷۶ : ۱۱۹.

16. Behrendi H., Allergens and pollutants in the air a complex interaction, in New Trends in Allergy, 2nd ed. Berline: Springer; 1991: 137-151.

17. Rajka G., Essential Aspects of Atopic Dermatitis, 1st ed. Berlin: Springer; 1989: 218-223.