

همراهی بین آرتريت پسونرياتيک با شدت درگيري ناخن در بيماران مبتلا به پسونريازيس مراجعه کننده به درمانگاه پوست بيمارستان رازي در سال هاي ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

دکتر معصومه برزگري

دکتر زهرا حلاجي

دکتر امير هوشنگ احساني

دکتر پدram نورمحمدپور

دکتر مائده پرهام

زمينه و هدف: آرتروپاتي پسونرياتيک يک بيماري خودايمن با منشأ وراثتي است که در تعدادي از بيماران مبتلا به پسونريازيس ديده مي شود و جزو موارد آرتروپاتي سرونکاتييو طبقه بندي مي گردد. هدف از انجام اين مطالعه بررسي همراهي بين آرتريت پسونرياتيک با شدت درگيري ناخن بر اساس معيار استاندارد بررسي شدت درگيري ناخن پسونريازيس (NAPSI) در بيماران مبتلا به پسونريازيس مراجعه کننده به بيمارستان رازي بوده است.

روش اجرا: بيماران مبتلا به آرتريت پسونريازيسي به عنوان گروه مورد و بيماران مبتلا به پسونريازيس بدون درگيري مفصلي به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. پس از matching دو گروه، ميزان درگيري ناخن و امتياز NAPSI بيماران در پرسش نامه هاي ويژه اي وارد شده و توسط نرم افزار SPSS نگارش ۱۴ مورد تجزيه و تحليل قرار گرفتند.

يافته ها: تعداد ۳۰ بيمار مبتلا به آرتريت پسونرياتيک و ۷۵ بيمار مبتلا به پسونريازيس فاقد آرتريت به عنوان گروه کنترل وارد مطالعه شدند. در افراد مبتلا به آرتروپاتي ضايعات ناخني شديدتر و شايع تر از گروه کنترل بود، به طوري که ميانگين نمره ي NAPSI در گروه مبتلا به آرتريت ۴۶ و در گروه کنترل ۹/۲۳ بود ($P < 0.05$).

نتيجه گيري: شدت درگيري ناخن در بيماران پسونريازيس مبتلا به آرتريت بيشتر از بيماران فاقد درگيري مفصلي مي باشد.

کلیدواژه ها: پسونريازيس، آرتريت پسونريازيسي، آرتروپاتي، NAPSI

دريافت مقاله: ۸۹/۳/۴ پذيرش مقاله: ۸۹/۳/۳۰

پوست و زيبايي؛ تابستان ۱۳۸۹، دوره ۱ (۲): ۶۴-۶۰

گروه پوست و مرکز تحقيقات بيماري هاي تاوولي، بيمارستان رازي، دانشگاه علوم پزشکي تهران، تهران، ايران

نويسنده مسؤول:

دکتر امير هوشنگ احساني

تهران، ميدان وحدت اسلامي، بيمارستان

رازي، پست الکترونيک:

ehsanih@sina.tums.ac.ir

مقدمه

مي شود^{۱-۳}. شروع درگيري مفصلي ممکن است قبل از ضايعات جلدي بوده يا با شيوع بيشتر بعد از بروز علائم پوستي ايجاد شود. تقريباً يک سوم بيماران سابقه درگيري خانوادگي دارند^۴.

تظاهرات باليني بيماري بسيار متنوع بوده و در يک بيمار ممکن است الگوهاي مختلفی ديده شوند و اين الگوها به يکديگر تبديل شوند. درگيري ناخني معمولاً همراه درگيري پوستي است ولي مي تواند به تنهائي هم رخ دهد. در کمتر از ۵٪ بيماران مبتلا به پسونريازيس درگيري ناخني به تنهائي ديده مي شود. در بيماران مبتلا به آرتريت پسونريازيس درگيري ناخني بسيار

پسونريازيس يک بيماري مزمن عودکننده است که پوست، ناخن و مفاصل را درگير مي کند. ميزان شيوع تقريبي آن ۱٪ تا ۳٪ تخمين زده مي شود. بيماري در هر سني مي تواند شروع شود. بيشترين پيک سني شروع در سال هاي دهه دوم و بعد از ۵۰ سالگي است^{۱،۲}. بعد از بروز بيماري، سير مزمني همراه با اوج و فرودهاي مقطعي خواهد داشت. در حدود يک سوم بيماران درگيري ناخن خواهند داشت^۳.

آرتريت پسونرياتيک که جزو موارد سرونکاتييو طبقه بندي مي شود در ۵٪ تا ۸٪ بيماران مبتلا ديده

هر ناخن برای درگیری بستر ناخن امتیاز از ۲ تا ۴ و برای درگیری ماتریکس ناخن امتیاز ۰ تا ۴ و نهایتاً جمع کل امتیاز برای هر ناخن از ۰ تا ۸ منظور گردید. هر ناخن جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و امتیاز کل ناخن (ماتریکس و بستر) برای همه ربع‌های ۲۰ ناخن ۰ تا ۱۶۰ در نظر گرفته شد. هم‌چنین بر اساس معیار استاندارد تعیین شدت بیماری پسوریازیس موسوم به PASI شدت بیماری در تمام بیماران وارد مطالعه شده، در هر دو گروه مورد و شاهد، محاسبه و در پرسش‌نامه مندرج گردید. اطلاعات دموگرافیک هر دو گروه بیماران مانند سن، جنس، سابقه فامیلی و طول مدت ابتلا نیز در پرسش‌نامه منعکس گردید. نهایتاً اطلاعات با نرم‌افزار SPSS نگارش ۱۶ مورد آنالیز قرار گرفت. برای مقایسه میانگین‌های کیفی از آزمون chi-square و برای مقایسه تفاوت در متغیرهای کمی از آزمون t-test استفاده گردید.

یافته‌ها

در کل تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس همراه با آرتریت پسوریاتیک وارد مطالعه گردیدند که میانگین سنی آنها ۳۷ سال بود. در مقابل تعداد ۷۵ بیمار مبتلا به پسوریازیس که هیچ‌گونه درگیری مفصلی نداشتند با میانگین سنی ۳۵ سال به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. آنالیز اطلاعات دموگرافیک مانند میانگین سنی و نسبت جنسیتی و طول مدت ابتلا میان دو گروه، تفاوت معنی‌داری نشان نداد و دو گروه همسان بودند ($P > 0.05$).

میانگین امتیاز PASI در گروه مورد (مبتلابان به آرتریت) برابر ۹/۹۵ و در گروه شاهد برابر ۷/۵۹ بود ($P > 0.05$).

شایع‌ترین نوع درگیری مفصلی الیگوآرتریت غیرقرینه (۱۷ نفر) و سپس درگیری ستون فقرات (۶ نفر)، پلی‌آرتریت قرینه (۶ نفر) و آرتریت اینترفالانژیال دیستال (۱ نفر) بود.

شایع‌تر بوده و در حدود ۵۰٪ تا ۸۰٪ بیماران دیده می‌شود^۶، خصوصاً زمانی که آرتریت، انگشتان دست و پا را درگیر کرده باشد. ضایعات ناخنی در پسوریازیس می‌تواند هم به دلیل درگیری ماتریکس و هم بستر ناخن باشد. پیک سنی شیوع آرتریت پسوریازیس در دهه ۴ دیده می‌شود. ۸۰٪ بیماران آرتریت غیرقرینه مفاصل محیطی دارند که بیشتر مفاصل دست و پا یا ترکیبی از مفاصل بزرگ و کوچک را درگیر می‌سازد^{۸و۶}.

روش اجرا

بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های بیمارستان رازی بر اساس ابتلا به آرتریت پسوریاتیک برای شرکت در مطالعه‌ای مورد - شاهدهی به گروه‌های مورد (مبتلا به آرتریت) و شاهد (عدم ابتلا به درگیری مفصلی) تقسیم‌بندی شدند. ابتلای به آرتریت در گروه مورد با نظر یک روماتولوژیست عضو هیأت علمی مورد تأیید قرار گرفت. بیمارانی که با نظر روماتولوژیست، آرتریت به‌جز آرتریت پسوریاتیک داشتند یا فاکتور روماتوئید RF آنها مثبت بود از مطالعه خارج شدند. برای افزایش دقت مطالعه تعداد افراد گروه شاهد در حدود دو برابر گروه مورد در نظر گرفته شد.

پس از مشخص شدن اینکه بیماران جزو گروه مورد یا شاهد قرار می‌گیرند پرسش‌نامه‌های مخصوصی جهت تعیین درگیری ناخن و شدت آن با استفاده از معیارهای استاندارد NAPSI تکمیل گردید. بر اساس معیارهای فوق علائم مربوط به درگیری بستر ناخن شامل انیکولیز، خونریزی خطی در ناخن، هیپرکراتوز یا نمای oil-drop و نیز علائم مربوط به درگیری بستر ناخن مانند pitting یا red-spot و نیز لکونیشی و خردشدن nail plate در هر ربع ناخن بررسی شده و در صورت عدم وجود درگیری، امتیاز ۰ و به ازای درگیری هر ربع ناخن، ۱ امتیاز اضافه منظور گردید. به

گزارش نموده‌اند، هم‌خوانی دارد^{۱۹}. هم‌چنان که آنالیز میانگین سنی دو گروه در مطالعه‌ی حاضر نشان داد احتمالاً محدوده سنی خاصی برای درگیری مفصلی پسوریازیس متصور نمی‌باشد که این مورد در تطابق با سایر مطالعات مبنی بر رخ دادن آرتریت در هر سنی است.^۲

میانگین سن شروع بیماری در مطالعه‌ی کنونی ۲۴ سال در گروه مورد و ۲۶ سال در گروه شاهد بوده است که نسبت به مطالعات انجام شده در دیگر نقاط دنیا تا حدی کمتر است. مطالعات دیگر انجام شده در ایران نیز این امر را تأیید می‌کنند.^۸ این امر احتمالاً ناشی از جوان‌تر بودن بافت جمعیتی کشور ما و نیز تمایل بیشتر برای درمان در این سنین به دلیل مسائل مربوط به زیبایی است.

نکته دیگر در مطالعه‌ی حاضر، عدم یافتن ارتباط معنی‌دار میان ترکیب جنسیتی بیماران و شیوع آرتریت پسوریاتیک است که این امر نیز در راستای نتایج مطالعات پیشین در خصوص برابری احتمالی شیوع آرتریت در هر دو جنس است.^۲

و اما در خصوص سابقه خانوادگی مثبت برای پسوریازیس با درگیری مفصلی در این بیماری مطالعه‌ی حاضر نتوانست رابطه‌ی معنی‌داری را نشان دهد که این امر تا حدودی در تناقض با مطالعات دیگر است که عموماً بر وجود رابطه‌ای معنی‌دار و هم‌جهت میان این دو متغیر تأکید دارند^{۴۵}. هم‌چنان که در بخش یافته‌ها بیان گردید مطالعه‌ی ما توانست میان درگیری بخش‌های آناتومیک مختلف بدن و درگیری مفصلی تنها در خصوص درگیری کف دست و پا رابطه‌ی معنی‌داری را نشان دهد.

یک یافته‌ی درخور توجه در مطالعه‌ی حاضر عدم ارتباط میان PASI و درگیری مفصلی است که بین دو گروه مورد و شاهد آنالیز آن تفاوت معنی‌داری نشان نداد. مطالعات دیگر بر عدم ارتباط میان فروکش کردن

درگیری کف دست و پا در بیماران مبتلا به آرتریت به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران فاقد آرتریت بود: ۶۶/۷٪ در مقابل ۳۷/۳٪ ($P=0/016$). اما درگیری پوست سر (۹۳/۳٪ در مقابل ۷۷/۳٪) و صورت (۱۳/۳٪ در مقابل ۲۰٪) در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت. جدول ۱ نشان‌دهنده شیوع درگیری ناخن در دو گروه می‌باشد که بیانگر بیشتر بودن درگیری ناخن در مبتلایان به آرتریت پسوریاتیک نسبت به گروه کنترل است ($P>0/05$).

میانگین نمره‌ی NAPSI در گروه مورد، ۴۶ و در گروه شاهد، ۹/۲۳ بود که تفاوت واضحی داشت ($P=0/017$)، اما تفاوت معنی‌داری میان درگیری اجزای ناخن و نیز نوع درگیری ناخن در دو گروه دیده نشد.

بحث

مطالعات مختلفی تاکنون در خصوص بررسی درگیری ناخن در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شده است. برای مثال مطالعه‌ای که قبلاً در بیمارستان رازی توسط دکتر جمشیدی و همکاران وی انجام شده است^۶، شدت و شیوع درگیری ناخن را در بیماران مبتلا به آرتریت پسوریاتیک بیشتر از بیماران غیرمبتلا به آرتریت گزارش نموده است که با نتایج ما هم‌خوانی دارد. میانگین سنی گروه مورد در مطالعه‌ی ما ۳۷ سال و در گروه شاهد ۳۵ سال بوده است که این نیز با سایر مطالعات که بیشترین شیوع بیماری را در دهه ۳ و ۴

جدول ۱: شیوع درگیری ناخن در دو گروه بیماران پسوریازیس با و بدون آرتریت

جمع	درگیری ناخن		نوع بیماری
	ندارد	دارد	
۳۰	۱۰ (۳۳/۳٪)	۲۰ (۶۶/۷٪)*	با آرتریت
۷۵	۵۰ (۶۶/۷٪)	۲۵ (۳۳/۳٪)	بدون آرتریت
۱۰۵	۶۰ (۵۷/۱٪)	۴۵ (۴۲/۹٪)	جمع

* $P<0/05$

بر شیوع بیشتر pitting می‌باشد^{۲۳}. این امر احتمالاً ناشی از کم‌بودن حجم نمونه در مطالعه‌ی ما است که احتمال تغییر آن با افزایش حجم نمونه وجود دارد. مطالعه‌ی ما نتوانست ارتباط معنی‌داری میان انواع درگیری ناخن با آرتریت پسوریاتیک نشان دهد، اما مطالعات دیگر در مواردی نوع خاصی از درگیری ناخن مانند انیکودیستروفی در یک ناخن و سیر زمانی آن را در همراهی معنی‌داری با درگیری مفصل DIP همان انگشت پیشنهاد نموده‌اند^{۲۴}.

در مطالعه‌ی حاضر شایع‌ترین نوع مختلف درگیری مفصلی الیگوآرتریت غیرقرینه با شیوع ۵۵٪ بوده است که با سایر منابع هم‌سو است^{۸،۶،۳و۲}. بررسی ارتباط جزء به جزء درگیری ناخن با شدت بیماری پسوریازیس احتمالاً برای نخستین بار در این مطالعه در ایران انجام شده است که این امر از امتیازات آن به‌شمار می‌رود.

در کل و بر اساس مطالعه‌ی حاضر به نظر می‌رسد میان شدت درگیری ناخن NAPSI و درگیری مفصلی ارتباط معنی‌داری قابل پیشنهاد است، اما در خصوص نوع درگیری ناخن حداقل بر اساس این مطالعه ارتباط خاصی متصور نمی‌باشد. البته چنان‌چه این موارد در مطالعه‌ای وسیع‌تر و با حجم نمونه بیشتر مورد آنالیز قرار گیرند شاید بتوان به رابطه‌ی خاصی میان این متغیرها پی برد.

یا عود علائم جلدی با درگیری مفصلی پسوریازیس تأکید دارند که بیان همین یافته به زبانی دیگر است^۲. در نهایت آنالیز امتیاز مربوط به NAPSI بین دو گروه مورد و شاهد در مطالعه‌ی ما تفاوت معنی‌داری به‌صورت هم‌جهت را آشکار نمود. به بیان دیگر بیماران مبتلا به درگیری مفصلی با احتمال بسیار بیشتری درگیری ناخنی را نشان خواهند داد. مطالعات دیگر بر بیشتر بودن شیوع درگیری ناخنی در بیماران مبتلا به آرتریت به‌خصوص هنگامی که این آرتریت مفاصل دست یا پا را درگیر کرده باشد صحت داده‌اند^{۸،۷و۵و۲}، که در مجموع با یافته‌های ما در خصوص شیوع بالاتر درگیری مفصلی در بیماران مبتلا به درگیری کف دست و پا و نیز شیوع بیشتر درگیری ناخن در این بیماران مطابقت دارد. شیوع درگیری ناخنی در ۸۵٪ بیماران مبتلا به آرتریت پسوریاتیک گزارش شده است درحالی که این رقم در کسانی که فاقد درگیری مفصلی هستند فقط حدود ۳۱٪ است^۲. مطالعه‌ی حاضر درگیری ناخنی در مبتلایان به آرتریت پسوریاتیکی را در حدود ۶۶٪ نشان داده است که با مطالعات قبلی مطابقت دارد^۲. هم‌چنین شیوع درگیری ناخن در مطالعه‌ی ما در مجموع بیماران حدود ۴۳٪ بوده است که در محدوده‌ی سایر مطالعات (متغیر از ۱۰ تا ۵۵٪) قرار می‌گیرد^{۲۳}. شایع‌ترین فرم درگیری ناخن در مطالعه‌ی حاضر انیکولیز بوده است که در تناقض با سایر مطالعات مبنی

References

1. Naldi L. Epidemiology of psoriasis. *Curr drug targets inflamm allergy* 2004;3:121-28.
2. Christophers E. Psoriasis epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:314-20.
3. Schon MP, Boehneck WH. Psoriasis. *New England J Med* 2005;352:1899.
4. Andressen C, Henseler T. Inheritance of psoriasis: Analysis of 2035 family histories. *Hautarzt* 1982;33:214-17.
5. Farber E, Nail L. Epidemiology: natural history and genetics. Roenigk HH, Maibach HI (editors). *Psoriasis*, 3rd Ed. New York; Marcel Dekker;1998:107-58.
6. Moll JMH. Psoriatic arthropathy. In: Mier PD, van de Kerkhof PCM (editors). *Textbook of dermatology*. Edinburgh; Churchill Livingstone;1986:55-82.

7. Farnaghi F, Seyrafi H, Jamshidi F, et al. Frequency of arthropathy in psoriatic patients referring to Tehran Razi hospital dermatology clinic. Iranian Journal of Dermatology 2003;1:19-23 (Persian).
8. Farnaghi F, Moiin A. One year evaluation of hospitalized psoriatic patients in Razi hospital dermatology ward and their treatment. Tehran University Medical Journal 1998;56:83-88 (Persian).