

## عوامل مؤثر بر درمانیت آتوپیک در کودکان دبستانی شهر شهرکرد

دکتر فاطمه افشاری<sup>۱</sup>، دکتر رضا خدیوی<sup>\*\*</sup>، دکتر هدایت اله شیرزاد<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>استادیار گروه پوست - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، <sup>\*\*</sup>استادیار گروه پزشکی اجتماعی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، <sup>\*\*\*</sup>دانشیار گروه ایمونولوژی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

تاریخ دریافت: ۸۵/۴/۲۱ تاریخ تأیید: ۸۵/۸/۲۰

### چکیده:

**زمینه و هدف:** درمانیت آتوپیک یکی از شایع ترین بیماری های پوستی دوران کودکی است که اثرات جانبی منفی جسمی و روانی بر بیمار و خانواده وی می گذارد و می تواند روابط اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع این بیماری و عوامل مؤثر بر آن در کودکان دبستانی شهر شهرکرد در سال ۱۳۸۱ انجام گرفت.

**روش بررسی:** در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از کل دانش آموزان دبستانی شهر شهرکرد تعداد ۱۵۰۰ نفر (۷۵۰ دختر و ۷۵۰ پسر) به صورت تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. سپس پرسشنامه درمانیت آتوپیک بین آنان توزیع شد که پس از تکمیل توسط والدین و معاینه پزشکی اولیه، افراد مشکوک توسط متخصص پوست و چشم پزشکی معاینه شدند. دانش آموزانی که در معاینه انجام شده دارای شواهدی دال بر درمانیت بودند، میزان IgE خون آنها اندازه گیری شد. داده ها با استفاده از آزمون t و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین سنی دانش آموزان مورد بررسی  $9/2 \pm 1/4$  سال بود. شیوع کلی درمانیت آتوپیک بر اساس معیارهای فوق ۲/۱ درصد (۳۲ نفر) به دست آمد. رابطه معنی دار آماری بین سن و جنس با شیوع درمانیت آتوپیک مشاهده نگردید. رابطه آماری معنی داری بین شیوع درمانیت آتوپیک و هر یک از موارد علائم آسم، رنیت آلرژیک، سابقه فامیلی درمانیت آتوپیک و سابقه فامیلی آتوپی وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج حاکی از آن است که در جامعه مورد مطالعه افرادی که دچار آسم، رنیت آلرژیک، سابقه فامیلی آتوپیک یا سابقه فامیلی آتوپی دارند احتمال ابتلا به درمانیت آتوپیک در آنها بیشتر است ولی ارتباطی با سن و جنس ندارد.

**واژه های کلیدی:** آتوپی، درمانیت آتوپیک، رنیت آلرژیک.

### مقدمه:

ایمونوگلوبولین E و یا واکنش فارماکولوژیک تغییر یافته آن باشد (۳،۲). اخیراً یک تعریف جدید برای آتوپی که منحصر به تولید IgE می باشد پیشنهاد شده است (۴). بطور کلی اغلب و نه همیشه یک حساسیت با واسطه به آلرژنها در بیماران یافت می گردد (۵). تاکنون علامت پوستی اختصاصی، ویژگی هیستولوژیک متمایز کننده و یا یافته آزمایشگاهی مشخصه ای برای تشخیص قطعی AD مطرح نشده اند، گرچه کرایتریای

درمانیت آتوپیک (Atopic dermatitis=AD) یا آگزمای آتوپیک یک بیماری پوستی التهابی، مزمن، راجعه، غیر عفونی و شدیداً خارش دار است که اغلب در افرادی رخ می دهد که سایر بیماری های آتوپیک نظیر آسم، رینو و کنژکتیویت آلرژیک هم در فامیل آنها دیده می شوند (۱). آتوپی می تواند به عنوان یک ازدیاد حساسیت فامیلی پوست و مخاط به مواد محیطی به حساب آید که مرتبط با افزایش

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: شهرکرد- خیابان پرستار - بیمارستان آیت اله کاشانی - گروه پوست - تلفن: ۰۲۸۱-۲۲۲۴۴۵ - E-mail: faafshari@yahoo.com

مختلفی برای آن از سوی محققین عنوان گردیده است (۸،۷،۶).

شیوع AD در دهه گذشته در سراسر دنیا بخصوص در کشورهای صنعتی در حال افزایش بوده است (۹). AD با شیوع ۲۰/۵-۰/۰۶ درصد یکی از شایع ترین بیماری های پوست می باشد (۱۰،۱).

AD بر تطابق اجتماعی کودکان و دستاوردهای تحصیلی آنان تأثیر می گذارد. به علاوه یک مسئله جدی مالی برای خانواده بیمار و سیستم بهداشتی ملی است (۱۱). AD می تواند باعث اختلال در عملکرد فیزیکی و سلامت روانی در مقایسه با افراد عمومی گردد (۱۲) و حتی اسکور سلامت روانی پائین تری نسبت به مبتلایان به دیابت و یا هیپرتانسیون داشته باشند (۱۳). بنابراین بررسی شیوع آن در جامعه اهمیت خاصی در اتخاذ سیاست های بهداشتی - درمانی می یابد.

از آنجا که در ایران آمار وسیعی از فراوانی بیماری بخصوص در مناطق مرتفع و با خصوصیت آب و هوایی سرد و خشک نمی باشد این مطالعه با هدف بررسی شیوع بیماری در کودکان دبستانی شهر کرد صورت گرفت.

### روش بررسی:

در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی بر روی جامعه دانش آموزان ۶-۱۲ ساله شهر شهر کرد در سال ۱۳۸۱، میزان فراوانی درمانیت اتوپیک مورد بررسی قرار گرفت. از بین حدود ۱۱ هزار نفر دانش آموز ۶-۱۲ ساله، تعداد ۱۵۰۰ نفر (۷۵۰ نفر دختر و ۷۵۰ نفر پسر) بصورت تصادفی خوشه ای از بین کل دانش آموزان شهر شهر کرد انتخاب شدند. در مرحله نخست پرسشنامه درمانیت اتوپیک بین دانش آموزان منتخب توزیع شد که توسط والدین آنها در منزل تکمیل شده و

سپس جمع آوری گردید. این پرسشنامه دارای دقت ۸۸ درصد، حساسیت ۹۱ درصد و ویژگی ۸۶ درصد می باشد (۱۴). سپس تمام دانش آموزان منتخب توسط پزشک عمومی، تحت معاینه اولیه پوستی قرار گرفتند. دانش آموزانی که پرسشنامه تکمیل شده آنها دارای امتیاز بالاتر از ۵۰ بود (از مجموع ۱۱۰ امتیاز پرسشنامه)، یا در معاینه اولیه پوستی طبق معیارهای تشخیصی نکته مثبتی داشتند (۶)، توسط یک متخصص پوست و همچنین یک نفر متخصص چشم پزشکی (از نظر وجود کاتاراکت، کراتوکونوس و کنژنکتیویت) مورد معاینه قرار می گرفتند. دانش آموزانی که در معاینه انجام شده توسط متخصصین پوست و چشم پزشکی، دارای شواهدی دال بر درمانیت اتوپیک بودند، تحت نمونه گیری خون جهت اندازه گیری سطح IgE قرار می گرفتند که برای این کار بعد از کسب رضایت کتبی از والدین آنها نمونه گیری انجام و همه نمونه ها در یک آزمایشگاه با روش Radio Enzyme Assay با کیت Radim ساخت کشور ایتالیا سطح سرمی IgE آنها اندازه گیری گردید. مقادیر بالای  $100 \text{ IU/ml}$  غیر طبیعی ارزیابی و گزارش می گردید (۴). داده های مربوط به پرسشنامه ها، معاینات پزشک عمومی و پزشکان متخصص پوست و چشم پزشکی و سطح IgE دانش آموزان جمع آوری با کمک آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون های  $t$  و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این تحقیق تمامی معیارهای درمانیت اتوپیک به جز دو معیار واکنش فوری تست پوستی و درموگرافیسیم مورد ارزیابی قرار گرفتند. احتمال بروز خطر واکنش های غیر منتظره و نیاز به ست احیا و عملیات احیا به دنبال تست پوستی و عدم دسترسی به وسایل استاندارد درموگرافیسیم به ترتیب دلایل عدم استفاده از این دو تست بوده است.

## یافته ها :

در این تحقیق ۱۵۰۰ نفر دانش آموز ۱۲-۶ ساله (۷۵۰ نفر دختر و ۷۵۰ نفر پسر) از دبستان های شهر شهرکرد شرکت کردند که میانگین سن آنها  $9/162 \pm 1/38$  سال بود. ۳۲ نفر از دانش آموزان بر اساس امتیاز بالای ۵۰ پرسشنامه، معاینه پزشک عمومی و پزشک متخصص پوست دارای درماتیتک آتوپیک بودند.

بدین ترتیب شیوع کلی درماتیت آتوپیک بر اساس معیارهای فوق (۳۲ نفر از بین ۱۵۰۰ نفر دانش آموز)  $2/1$  درصد بدست می آید. به منظور بررسی سطح Ige، تنها ۲۵ نفر از ۳۲ نفر به آزمایشگاه مراجعه کردند. (۷ نفر مراجعه نکردند) که از این بین ۷ نفر دارای مقادیر Ige بالاتر از  $200 \text{ IU/ml}$  بودند. با استفاده از آزمون t-test رابطه آماری معنی داری بین سطوح Ige سرمی و سایر مشخصات بیماران مبتلا به AD دیده نشد.

فراوانی بیماران از نظر جنسی بصورت ۱۵ نفر دختر و ۱۷ نفر پسر بودند. با استفاده از آزمون مجذور کای رابطه معنی دار آماری بین جنس و شیوع AD مشاهده نگردید. بیماری در ۶ درصد موارد زیر ۲ سال، ۲۲ درصد بین ۲-۵ سال و بقیه بالای ۵ سال شروع شده بود. همچنین با استفاده از آزمون مجذور کای رابطه معنی دار آماری بین سن و شیوع بیماری بدست نیامد.

بین دانش آموزان ۱۱ نفر مبتلا به ریت آلرژیک، ۶ نفر مبتلا به علائم آسم، ۶ نفر با سابقه فامیلی مثبت از نظر AD و ۱۷ نفر با سابقه فامیلی مثبت از نظر آتوپیی بودند. با استفاده از آزمون مجذور کای رابطه معنی داری بین شیوع AD و هر یک از موارد: علائم آسم، ریت آلرژیک، سابقه فامیلی AD و سابقه فامیلی آتوپیی وجود داشت ( $p < 0/001$ ) و همچنین ۸ نفر از دانش آموزان دچار مشکلات چشمی: شامل قرمزی، خارش، آبریزش، ترس از نور و ماساژ زیاد چشمها بودند که با استفاده از آزمون مجذور کای رابطه معنی داری بین مشکلات چشمی و شیوع AD مشاهده گردید ( $p < 0/05$ ) (جدول شماره ۱).

از ۳۲ بیمار مبتلا به AD حدود ۶۲ درصد پوست خشک، ۵۹ درصد تحریک پوستی ناشی از لباس خشن، ۱۴ درصد تشدید بیماری با تعریق، ۳۸ درصد تشدید بیماری با تغییر فصل، ۳۱ درصد تشدید بیماری با فشارهای روانی - عصبی داشتند.

## بحث:

شیوع درماتیت آتوپیک (AD) در کشورهای توسعه یافته و مناطق شهری بالاتر است. همچنین مطالعه روی مهاجرین از مناطق با شیوع کم به مناطق با شیوع زیاد نشانگر افزایش

**جدول شماره ۱:** بررسی ارتباط بین فاکتورهای مورد بررسی و درماتیت آتوپیک AD در دانش آموزان دبستانی شهر شهرکرد

pvalue	دانش آموزان سالم **		دانش آموزان مبتلا به AD *		فراوانی فاکتورهای مورد بررسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p < 0/001$	۵/۹	۸۷	۳۴/۴	۱۱	ریت آلرژیک
$p < 0/001$	۲/۳۸	۳۵	۱۸/۷	۶	علائم آسم
$p < 0/001$	۰/۷	۱۰	۹/۴	۳	سابقه فامیلی AD
$p < 0/001$	۱۱/۴	۱۶۷	۵۳/۵	۱۷	سابقه فامیلی آتوپیی
$p < 0/05$	۹	۱۳۲	۲۵	۸	علائم چشمی

\*\*n=۱۴۶۸

\*n=۳۲

مطالعه سمنان (۱/۹٪) هم نزدیک است که منطقه ای با آب و هوای خشک و زمستان های نسبتاً سرد می باشد (۱۷). شیوع AD در مطالعه ما پائین تر از مطالعه صورت گرفته در تهران است (۱۸) که علیرغم ارتفاع شهرکرد (۱۵) و سرد و خشک بودن آن می تواند به علت تفاوت متدها و معیارهای تشخیصی باشد. مثلاً در مطالعه تهران مقدار IgE سرم و تغییرات چشمی لحاظ نشده اند. به علاوه شیوع بیشتر بیماری در تهران را با تفاوت های ژنتیکی متنوع در آن شهر می توان توجیه نمود.

وجود رابطه معنی دار بین AD از یک سو و علائم آسم و رنیت آلرژیک و سابقه فامیلی آتوپیی و AD از سوی دیگر تا حدی صحت و دقت پاسخ به پرسشنامه را از والدین نشان می دهد. پائین بودن آمار شروع بیماری زیر ۲ سال در مقایسه با افراد ۵-۲ سال می تواند به علت اشکال در یادآوری والدین یا موارد تشخیص داده شده در آن سنین باشد و گرنه شیوع AD با افزایش سن کاهش می یابد.

### نتیجه گیری:

نتایج حاکی از آن است که در جامعه مورد مطالعه، افرادی که دچار علائم آسم، رنیت آلرژیک، سابقه فامیلی اگزمای آتوپیک یا سابقه فامیلی آتوپیی دارند احتمال ابتلا به درمانیت آتوپیک در آنها بیشتر است ولی ارتباطی با سن و جنس ندارد.

### تشکر و قدردانی:

نویسندگان از خانم دکتر آرزو زمانی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی چهارمعال و بختیاری و مسئولین آموزش و پرورش شهرکرد و دبستانهای تابعه که در انجام این مطالعه تلاش و یاری نمودند تشکر و قدردانی می نمایند.

AD در جمعیت مهاجرین می باشد و این امر مؤید نقش عوامل محیطی بر تظاهر بیماری است. در نقاط مرتفع AD شایع تر می باشد. افزایش بیماری ارتباط با کلاس اجتماعی بالاتر دارد و این بر عکس سایر بیماریهای مزمن تظاهر می کند. سابقه خانوادگی آتوپیی قوی ترین فاکتور پیش بینی کننده در تکامل AD است. تفاوت نژادی قوی در شیوع بیماری وجود ندارد. در جنس مؤنث شیوع کمی بیشتر دارد. زندگی روستایی و اندازه بزرگتر فامیل فاکتورهای محافظتی در تکامل AD هستند. تماس زود هنگام میکروبی در نوزادی و شیرخوارگی می تواند مکانیسم زمینه ای توجیه کننده این مشاهدات باشد (۱۵).

با توجه به آنکه شیوع AD در سه دهه گذشته رو به فزونی گذاشته و ارقام شیوع در ازاکای ژاپن حتی تا ۲۴/۱ درصد گزارش شده اند (۱۶) در مطالعه ما شیوع ۲/۱ بدست آمده که می تواند ناشی از چند نکته باشد. نخست شهرکرد علیرغم عنوان شهری آن هنوز در مناطقی، بافت روستایی حفظ شده بطوری که در نقاطی نگهداری دام و پرندگان مشهودند و بلافاصله در حاشیه شهر مزارع متعدد کشاورزی مشاهده می گردند. رفت و آمد بسیار افراد به روستا و فامیلی بزرگ در آن هنوز مصداق دارند که اینها همه فاکتورهای محافظتی در ابتلا به AD هستند (۱۵). دیگر آنکه اختلاط مردم با سایر مناطق قابل توجه نیست پس می توان فرض نمود که ژنهای مسئول آتوپیی در فامیل های این منطقه شیوع بالایی ندارد. دو تست تشخیصی حساسیت فوری پوستی و درموگرافیسیم در مطالعه حذف شده اند که می تواند به تخمین کمتر شیوع انجامیده باشد ولی در بسیاری از مطالعات بخصوص با حجم نمونه های بزرگ همه تستها روی افراد انجام نگرفته اند. نتیجه مطالعه ما با شیوع

**منابع:**

1. Darsow U, Lubbe J, Taieb A, Seidenari S, wollen berg A, calza AM, et al. Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J EADV*. 2005; 19: 286-95.
2. Ring J. *Allergy in practice*, springer. Heidelberg, 2004; p: 375-82.
3. Ruzicha T, Ring J, przybilla B. *Hand book of atopic eczema*, springer. Heidelberg. 2005.
4. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R. Revised nomenclature for allergy for global use. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 113: 832-6.
5. Flohr C, Johansson SGO, wahlgren CF, Williams HC. How atopic is atopic dermatitis? *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 114: 150-8.
6. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 1980; 114: 146-8.
7. Williams HC, Burney PGJ, Pembroke AC, Hay RJ. Validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. *Br J Dermatol*. 1996; 135: 12-17.
8. Ring J. *Allergy in practica*, springer. Heidelberg. 2005.
9. Mohrenschlger M, Darsow U, Schnopp C, Ring J. Atopic eczema, what,s new? *J EADV*. 2006; 20: 503-13.
10. Williams HC, Robertson C. Worldwide variation in the prevalence of symptoms of atopic eczema. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 103: 125-38.
11. Sebok B, Schneider I. Familriar and environmental factors influencing atopic dermatitis in the childhood. *J EADV*. 2006; 20: 418-22.
12. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Quality of life, health – state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. *Br J Dermatol*. 1999; 141: 1067-75.
13. Kiebert G, Sorensen SV, Revicki D. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health – related quality of life. *Int J Dermatol*. 2002; 41: 151-8.
14. Lavghter D, Istvan JA, Tofte SJ, Hanifin JM. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon school children. *J AM Acad Dermatol*. 2000; 43(4): 649-54.
15. Simpson EL, Hanifin JM. Atopic dermatitis. *J AM Acad Dermatol*. 2005; 53: 115-28.
16. Yura A, Shimizut . Trends in the prevalcne of AD in school children, longitudinal study in Osaka prepecture of atopic dermatitis in school children. *Br J Dermatol*. 2001; 145: 966-73.
۱۷. سعدالدین محمد. بررسی شیوع درماتیت آتوپیک و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان ۷-۱۱ ساله دبستانهای سمنان، پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی سمنان. ۱۳۷۸-۷۹.
۱۸. معین اطهر. بررسی اپیدمیولوژیک درماتیت اتوپیک در مدارس ابتدایی تهران. پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی. دانشگاه علوم پزشکی شاهد. ۱۳۷۷-۷۹.