

مقایسه روشهای تشخیصی در مایت اتوپیک در مطالعات اپیدمیولوژی

دکتر اطهر معین

استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد

چکیده

در مایت اتوپیک یکی از شایع ترین بیماریهای دوران کودکی است که تنوع زیادی در شیوع آن در مطالعات مختلف مشاهده شده است. این تنوع غیر از عوامل ژنتیکی و محیطی ممکن است در اثر روش بکارگرفته برای تعیین شیوع بیماری باشد. در این مطالعه ما از معیارهای هانیفین و UKWP برای تعیین شیوع در مایت اتوپیک در مدارس استفاده کرده ایم. در ابتدا مناطق و مدارس به روش تصادفی منظم انتخاب و سپس شیوع بیماری را در دانش آموزان کلاس اول و پنجم دبستانها توسط فرستادن پرسشنامه برای والدین و معاینه بررسی کردیم. شیوع در مایت اتوپیک طبق معیارهای هانیفین ۰/۸٪، طبق معیارهای UKWP ۱/۵٪ و شیوع کلی در مایت ۷/۹٪ بود. بنابراین شیوع در مایت اتوپیک در یک جمعیت براساس روش به کار رفته متفاوت می باشد. مهم است که محقق در صورت امکان روش استاندارد برای تشخیص بیماری به کار ببرد و با بیماری را دقیقاً تعریف کند. هنوز نیاز برای تدوین معیارهای حساس تر، اختصاصی تر و عملی تر برای تشخیص در مایت اتوپیک مطرح می باشد.

واژه های کلیدی: در مایت اتوپیک، هانیفین، UKWP

مقدمه

در مایت اتوپیک یکی از مهمترین بیماریهای پوستی دوران کودکی است که شیوع آن در منابع مختلف بین ۲۰-۷/۰٪ گزارش شده است^{۱-۴}. مطالعات اخیر افزایش شیوع این بیماری را ذکر کرده اند^۵. تفاوت شیوع بیماری در مناطق و گزارشات مختلف غیر از عوامل ژنتیکی و محیطی می تواند ناشی از روش به کار گرفته در تشخیص بیماری باشد. در برخی از مطالعات معیار تشخیص بیماری دقیقاً مشخص نبوده و یا تعاریف مختلفی برای تشخیص بیماری به کار برده اند. در برخی

دیگر از مطالعات از معیارهای ماژور و مینور هانیفین استفاده کرده و بعضاً فقط معیارهای اصلی آن را برای تشخیص بکار برده اند و اخیراً نیز معیارهای جدید United Kingdom Working Party (UKWP) به کار گرفته شده است. در این مطالعه هدف ما تعیین شیوع در مایت اتوپیک با این دو روش و مقایسه این معیارها برای کاربرد در مطالعات اپیدمیولوژیک می باشد.

مواد و روشها

جامعه مورد مطالعه ما ۱۹۰۳ نفر دانش آموزان کلاس اول و پنجم دبستانهای شهر تهران بوده که برای بررسی ۵ منطقه از ۲۰ منطقه آموزش و پرورش تهران به طور تصادفی منظم انتخاب گردید سپس از بین مدارس هر منطقه نمونه ۴ دبستان دخترانه و ۴ دبستان پسرانه به روش تصادفی ساده انتخاب گردید و از بین کلاسهای هر دبستان در هر مقطع تحصیلی در صورت وجود بیش از یک کلاس، به طور تصادفی یکی از کلاسها انتخاب می گردید و سپس پرسشنامه ای راجع به سابقه بیماری برای خانواده ها فرستاده که پر کنند و بعد از آن تمام قسمتهای پوست جز نواحی سینه و ژنیتال دانش آموزان کلاسهای نمونه توسط پزشک متخصص پوست معاینه و پرسشنامه ها پر می گردید.

معیارهای تشخیص بیماری:

معیارهای هانیفین و راجکا

- معیارهای ماژور

خارش

شکل و پراکنندگی تی پیک

بالغین: چرمی شدن یا افزایش خطوط فلکسورها

- معیارهای مینور

خشکی پوست

ایکتیوز، کراتوز پیلاریس، افزایش خطوط کف دستی

افزایش IgE سرمی

سن شروع زودرس

تمایل به عفونتهای پوستی (استاف - تب خال)

درماتیت کف دست و پا

اگزمای nipple

چین دنی مورگان

تیرگی اطراف چشم

پیتریازیس آلبا

چین قدامی گردن

خارش در موقع تعریق

عدم تحمل به پشم و حلالهای چربی

تشدید اطراف فولیکولی

عدم تحمل غذایی

تشدید با تغییرات محیطی، استرس

که برای تشخیص بایستی حداقل ۳ معیار مازور و ۳ معیار مینور وجود داشته باشد^{۱-۵} در مطالعه ما سطح IgE سرمی به علت تهاجمی بودن تست و عدم قبول توسط دانش آموزان اندازه گیری نشد.

معیارهای جدید UKWP:

- معیار اصلی

خارش

- معیارهای فرعی

سابقه گرفتاری چین‌های پوستی مانند چین آرنج، پشت

زانو، جلوی میچ پا و گردن

سابقه شخصی آسم یا تب یونجه

سابقه پوست خشک در سال گذشته

درماتیت قابل دید فلکسورال

سن شروع زیر ۲ سال

که برای تشخیص بیماری باید معیار اصلی خارش همراه ۳ تا یا بیشتر از معیارهای فرعی باشد^{۶-۹}.

تعریف واژه‌ها

- درماتیت واضح: اریتم با حدود نامشخص با تغییرات سطحی

مانند پوسته‌ریزی، وزیکول، ترک، چرمی شدن، ترشح، دلمه.

- درماتیت فلکسورال: چین آرنج - زانو - کشاله‌ران - جلو پا

کناره‌های گردن - جلو میچ پا - نواحی اطراف چشم و گوش.

- درماتیت اکستانسور: زانو - آرنج - قسمت‌های خارجی اندام

فوقانی یا تحتانی.

- پوست خشک: پوست غیر شفاف با پوسته‌های سفید ظریف

و فقدان درماتیت واضح.

- پیتریازیس آلبا: نواحی هیپوپیگمانته بزرگتر از ۱ cm قطر در

فقدان درماتیت واضح.

- تشدید اطراف فولیکولی: درماتیت شامل لیکنیفیکاسیون یا

هیپوپیگمانتاسیون اطراف فولیکولهای مو در دو یا بیشتر

نواحی بزرگتر ۲ cm قطر.

- چین دنی مورگان: چین مشخص زیر یک یا هر دو چشم یک

عدد یا ۲ عدد که توسعه به آنطرف خط وسط مردمک موقعی

که مستقیم به طرف جلو است داشته باشد.

- فیسور زیر گوش: یک شقاق پوستی زیر لب گوش که ممکن

است در غیاب درماتیت باشد.

- التهاب لب: اریتم و پوسته‌ریزی لب‌ها بدون در نظر گرفتن اینکه

ممکن است ثانویه به لیسیدن باشد.

- افزایش خطوط کف دست: بیشتر از ۵ خط برجسته بزرگتر از

۳ cm که به‌طور افقی از عرض برجستگی تنار بگذرد.

- کراتوز پیلاریس: بیشتر از ۲۰ پاپول شاخی فولیکولار که ناحیه

خلفی طرفی فوقانی بازو، ران یا باسن را بگیرد^{۷-۹}.

نتایج

۱۹۰۳ دانش‌آموز مورد بررسی قرار گرفتند که شیوع درماتیت

آتوپیک طبق معیارهای هانیفین ۰/۸٪ (n = ۱۶) و طبق

معیارهای UKWP، ۱/۵٪ (n = ۲۸) بود. اگر به معیارهای

UKWP درماتیت صورت اضافه شود شیوع بیماری ۳٪

(n = ۵۸) و اگر درماتیت اکستانسور نیز اضافه شود شیوع

بیماری ۳/۶٪ (n = ۶۹) می‌شود. به‌طور کلی ۷/۹٪

دانش‌آموزان درماتیت داشتند (n = ۱۵۱)، ۲/۹٪ درماتیت

صورت (n = ۵۶)، ۲٪ درماتیت اکستانسور (n = ۳۹)، ۱۶٪

درماتیت کف دست و پا (n = ۳۰)، ۰/۹٪ درماتیت فلکسورها

(n = ۱۷)، ۰/۴٪ درماتیت تنه (n = ۸)، ۰/۳٪ درماتیت

اطراف چشم (n = ۵): ۰/۲٪ درماتیت اطراف گوش (n = ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

تفاوت در شیوع بیماری با روشهای تشخیصی فوق نشان

می‌دهد که معیارها و روشهای استفاده شده برای تشخیص درماتیت آتوپیک روی میزان شیوع بیماری اثر می‌گذارد. در یک مطالعه توسط Neam و همکاران در Leicester روی ۳۳۲ کودک ۴-۱ ساله شیوع درماتیت آتوپیک طبق معیارهای ماژور هانفین ۱۴٪ بود^{۱۱}. در مطالعه دیگری روی کودکان ۱۱-۳ ساله، با تعریف درماتیت لیکنیفیه خارش دار، اغلب عودکننده که صورت و دستها را در شیرخواران و نواحی چین زانو و آرنج را در بچه‌های ۱۸ ماهه یا بیشتر بگیرد، شیوع درماتیت آتوپیک در ۱ سال گذشته در پسران ۱۲٪ و در دختران ۱۱٪ بود^{۱۲}. در مطالعه‌ای دیگر در ۷۰۰ کودک دبستانی در لندن طبق معیارهای UKWP شیوع بیماری ۸/۵٪ بود و در یک مطالعه در بیمارستان رازی تهران توسط دکتر قریشی با استفاده از معیارهای UKWP شیوع بیماری ۱/۶٪ بود^{۱۳}. در مطالعه دیگری در ۱۸۳۵ کودک زیر دبستانی در Nottingham طبق معیارهای UKWP شیوع بیماری ۱۳/۴٪ و طبق تشخیص بالینی متخصص پوست شیوع درماتیت آتوپیک در ۱ سال گذشته ۱۶/۵٪ بود^{۱۴}. بنابراین برای تعیین شیوع درماتیت آتوپیک تعریف دقیق و حتی‌المقدور استاندارد لازم است. معیارهای هانفین اگرچه ممکن است در مطالعات بیمارستانی مفید باشد اما به علت تستهای تهاجمی در مطالعات اپیدمیولوژی در سطح جامعه قابل قبول نیست و تعداد زیاد معیارها و وقت‌گیری می‌باشد و بعضی از این معیارها مانند چین دنی مورگان از اعتبار لازم برای تشخیص بیماری برخوردار نیست^{۱۵}. در مطالعات اپیدمیولوژیک توصیه می‌شود که معیارهای تشخیص یک بیماری باید دارای شرایط زیر باشد:

۱. اعتبار: معیارهای تشخیصی باید معتبر باشد یک تعریف خوب از بیماری باید حساس (sensitive) باشد (هرچند بیمار

را که ممکن است شامل شود) و اختصاصی (specific) باشد (موارد غیربیمار را کنار بگذارد).

۲. قابل تکرار بودن: معیارها اگر به وسیله افراد مختلف انجام شود یا به وسیله همان فرد تکرار گردد نتایج یکسانی بدهد.

۳. قابل استفاده در موقعیتهای مختلف باشد: در جوامع مختلف مثل گروههای نژادی، اقتصادی، اجتماعی و سنین مختلف قابل استفاده باشد.

۴. قابل قبول برای مردم باشد: در حالی که یک تست خونی ممکن است برای بیماری که به بیمارستان مراجعه می‌کند قابل قبول باشد انجام تستهای تهاجمی برای افراد سالم جامعه ممکن است کمتر قابل قبول باشد.

۵. سریع و راحت برای انجام دادن باشد: این مطلب مهم است چون مطالعات اپیدمیولوژیک تعداد زیادی از افراد را مطالعه می‌کند^{۱۶}.

از نظر درجه اعتبار در مطالعات انجام شده معیارهای هانفین حساسیت ۹۳/۱٪ و اختصاصی بودن ۷۷/۶٪ داشته و معیارهای UKWP حساسیت ۸۷/۹٪ و اختصاصی بودن ۹۲/۸٪ دارد^{۱۷}. هر دو دسته معیارها اعتبار لازم را برای تشخیص در مطالعات اپیدمیولوژیک دارند اما معیارهای بعدی لازم برای مطالعات اپیدمیولوژیک بیشتر شامل حال معیارهای UKWP می‌شود. نکته دیگر اینکه با توجه به درماتیت فلکسورال در هر دو روش تشخیصی، بعضی از کودکان هستند که مانند دوره شیرخوارگی درماتیت صورت و یا درماتیت اکستانسور داشته و سابقه آتوپیی هم دارند ولی درماتیت آنها به عنوان یک معیار تشخیصی محسوب نمی‌شود بنابراین علیرغم معیارهای تشخیصی فوق هنوز نیاز برای تدوین معیارهای حساس‌تر، اختصاصی‌تر و عملی‌تر مطرح می‌باشد.

References

- Hanifin JM. Atopic dermatitis. In: Allergy principles and practice, 1993: 1581-1604.
- Champion RH, Parish WE. Atopic dermatitis. In: Text book of dermatology, 1992: 589-610.
- Demis DJ. Atopic dermatitis. In: Clinical dermatology, 1996: Vol-3, 133-134.
- Gawkrodger DI, Mortimer MJ, Jaron AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population, J Am Acad Dermatol, 1994; 30:35-39.
- Rothe MJ, Grant-Kels JM. Atopic dermatitis: An update. J Am Acad Dermatol. 1996; 35:1-14.
- Weston WL, Lane AT, Morelli JG. Dermatitis, Color text book of pediatric dermatology, 1996: 30-45.
- Williams HC, Burney P G J, Hay R J, et al. The U.K. Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic

dermatitis. Br J Dermatol. 1994; 131: 383-396.

- Williams H C, Burney P G J, Strachan D, et al: The U. K. Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. II. Observer variation of clinical diagnosis and signs of atopic dermatitis. Br J Dermatol. 1994; 131: 397-405.
- Williams H C, Burney P G J, Pembroke A C, et al. The UK Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. III. Independent hospital validation. Br J Dermatol. 1994; 131: 406-416.
- Williams H C, Forsdyke H, Boodoo G, et al. A protocol for recording the sign of flexural dermatitis in children. Br J Dermatol. 1995; 133: 941-949.
- Neame R L, Berth Jones I, Kurinczuk J, et al. Prevalence of atopic dermatitis in Leicester, a study of methodology and examination of possible ethnic variation. Br J Dermatol. 1995; 132, 772-777.
- Williams HC. On definition and epidemiology of atopic

dermatitis. *Dermatologic clinics*, 1995; V. 13, No. 3, 646-657.

۱۲. دکتر قریشی، سیدمحمد رضا: بررسی اپیدمیولوژی بیش از ۲۵۰۰ مورد مراجعه کننده به بیمارستان رازی تهران، پایان نامه تخصصی رشته پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۷۵.

14. Emerson R, Williams H C. A comparison of four different

methods of prevalence estimation of preschool children. *Br J Dermatol*. 1997; 136, 283-286.

15. Williams H C, Pembrok A. Infraorbital crease, ethnic group, and atopic dermatitis. *Arch Dermatol*. 1996; Vol. 132.