

مطالعه توصیفی انواع کچلی‌ها در گیلان

دکتر نرگس علیزاده^۱، دکتر شهریار صدر اشکوری^۲، دکتر جواد گلچای^۳، دکتر آرش معبدی^۴، دکتر علی اکبر فلاحتی^۵

۱- استادیار، ۲- دانشیار، ۳- دستیار پوست؛ ۴- کارشناس ارشد قارچ شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۱۴٪)، کچلی سر (۱۲٪) و در نهایت کچلی ناخن، دست و صورت بودند. عمدت ترین عامل کچلی کشاله ران تریکوفیتون متاگروفیت بود. شیوع کچلی کشاله ران به طور معنی‌دار در فصول گرم بیشتر از فصول سرد بود.

نتیجه گیری: کچلی کشاله ران شایع‌ترین نوع کچلی در این مطالعه بود. در شیوع بالای این نوع کچلی بالاخص در زنان نسبت به مطالعات قبلی، ممکن است فعالیت شغلی (کشاورزی) و نوع پوشش زنان شمال کشور نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: کچلی کشاله ران، درماتوفیتوزیس، اپیدمیولوژی

فصلنامه بیماری‌های پوست، تابستان ۱۳۸۳: ۲۸۶-۲۹۰، ۲۵۵-

مقدمه: به رغم کاربرد روش‌های پی‌گیری و درمان هنوز بیماری‌های قارچی ناشی از درماتوفیت‌ها در بسیاری از نقاط دنیا شیوع نسبتاً بالای دارد.

هدف: بررسی توصیفی انواع کچلی (درماتوفیتوزیس) در گیلان.

روش اجرا: این مطالعه بر روی ۲۱۷ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت از فروردین تا پایان اسفند ۱۳۸۱ انجام شد. در صورت مشکوک بودن ضایعه اسمیر مستقیم و کشت تهیه شد

یافته‌ها: ۹۳ بیمار اسمیر مستقیم (KOH/۱۰٪) و کشت مثبت از نظر درماتوفیتوزیس داشتند که از این تعداد ۵۰ نفر زن و ۴۳ نفر مرد بوده‌اند. انواع کچلی به ترتیب شیوع کچلی کشاله ران (۴۷٪)، کچلی پا

قارچی درماتوفیتی در مراجعه کنندگان به درمانگاه تخصصی پوست بیمارستان رازی بر حسب سن، جنس و گونه‌های دخیل انجام شد. نتایج این تحقیق می‌تواند در درمان افراد آلوده، پیش‌گیری از انتشار عفونت در جامعه و تعیین گونه‌های ارگانیسم در منطقه و نهایتاً برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و دراز مدت مراکز بهداشتی برای پیشگیری و کنترل آلودگی‌های قارچی مفید واقع شود.

روش اجرا

مطالعه اخیر بر روی ۲۱۷ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی پوست بیمارستان رازی رشت طی سال

مقدمه: عفونت‌های قارچی سطحی و جلدی نسبت به سایر عفونت‌های قارچی شیوع بیشتری دارد و در نقاط مختلف جهان فراوانی این بیماری‌ها متفاوت است. در برخی از آمارها شیوع درماتوفیتوزیس حدود ۱۰-۲۰ درصد کل جمعیت دنیا تخمین زده شده است. شیوع قارچ‌های سطحی و جلدی در مناطق مختلف کشور نیز متفاوت است. این مطالعه به منظور شناسایی و تعیین فراوانی عفونت‌های

مؤلف مسئول: دکتر نرگس علیزاده - گیلان، رشت، بیمارستان رازی، پخش پوست

یافته‌ها

از ۲۱۷ بیمار مشکوک به عفونت درماتوفیتی ۹۳ بیمار(٪۴۲/۸) نمونه KOH و کشت مثبت داشته‌اند. از ۹۳ بیمار مبتلا به درماتوفیتوزیس، ۵۰ نفر (٪۵۴) زن و ۴۳ نفر (٪۴۶) مرد بوده‌اند. ۶۶/۶٪ بیماران در فصول گرم سال (بهار و تابستان) و ۳۳/۴٪ در فصول سرد سال (پاییز و زمستان) مراجعه کرده‌اند. بیش از نیمی از جمعیت فوق (٪۵۵) سن زیر ۳۰ سال داشته‌اند (دامنه سنی مبتلایان بین ۱۸-۴۱ سال) و میانگین سنی مراجعه کنندگان ۲۹/۱ سال بوده است (جدول شماره ۱). بیشترین شکل بالینی، کچلی کشاله ران و بعد از آن به ترتیب کچلی پا، مو، ناخن، دست، تنہ و در نهایت صورت بود (جدول شماره ۲).

شايع ترین گونه درماتوفیتی کشف شده در کشت، تریکوفیتون میتاگروفیت بود و بعد از آن به ترتیب شیوع اپیدرموفیتون فلوکوزوم، تریکوفیتون تونسورانس، تریکوفیتون ویولاستوم و روکوزوم، تریکوفیتون شون لایشی و در نهایت میکروسپوروم کنیس و زیپسیوم در مراتب بعدی قرار داشتند (جدول شماره ۲). در ۴۴ مورد کچلی کشاله ران، خانم‌ها بیشتر از آقایان مبتلا بوده‌اند (٪۲۵ نفر زن و ٪۱۹ نفر مرد). مراجعات ناشی از کچلی کشاله ران به طور معنی‌داری در بهار و تابستان بیشتر از پاییز و زمستان بوده است (Pvalue: ۰/۰۰۰۱)، (نمودار شماره ۱).

(از فروردین تا پایان اسفند) انجام شد. تشخیص بالینی عفونت درماتوفیتی توسط همکاران متخصص پوست یا دستیاران پوست داده می‌شد. بررسی قارچ شناسی با روش‌های تهیه نمونه مستقیم KOH ۱٪ و کشت در محیط مایکروزیل آگار ساخت کارخانه BBL و محیط کشت سابورزد کستروز آگار همراه با کلرامفینکل بدون سیکلوهگرامید (SC) کارخانه مرک در حرارت ۲۵ درجه سانتی گراد انجام شد. در موارد لازم از محیط کشت آگار، آزمون اوره آز و آزمون سوراخ کردن مونیز استفاده شد. ثبت تمامی نتایج کشت و تعیین گونه توسط کارشناس قارچ شناسی صورت گرفت. برای تمام بیماران پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات سن، جنس، شغل، نشانی محل زندگی و همچنین سابقه مصرف دارو برای انجام آزمایش در صورت درمان قبلی تکمیل شد. درمان‌های موضعی از یک هفته قبل و خوراکی از ۲ هفته قبل از شروع درمان قطع و برای انجام آزمایشات حداقل از ۴۸ ساعت قبل از نمونه گیری، از هر گونه شست و شویا نظافت موضعی، جلوگیری می‌شد. معیار عفونت فعال در این بررسی مثبت بودن توأم اسمیر و کشت بوده است. اطلاعات به دست آمده در دستگاه آماری SPSS توسط آزمون‌های chi-square و t.test، mann whitney تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

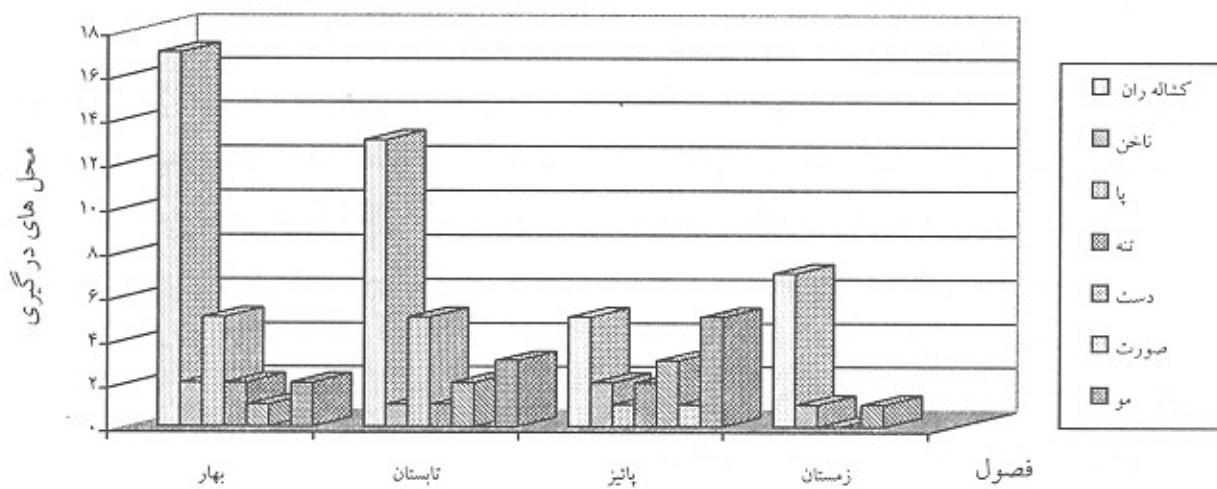
جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی انواع کچلی بر حسب گروه‌های سنی در ۸۸ بیمار مبتلا به عفونت درماتوفیتی در درمانگاه بیمارستان رازی رشت*

جمع	۰-۱	بالای ۵۱	سن (سال)						
			کشاله ران	ناخن	پا	بدن	دست	صورت	مو
۴۱	۷	۶	۷	۷	۱۰	۴	—	—	—
۸	۲	—	۳	۲	۱	—	—	—	—
۱۲	۳	۳	۲	۴	—	—	—	—	—
۶	۱	—	۱	—	۴	—	—	—	—
۷	۱	۱	۱	۱	۳	—	—	—	—
۲	—	۱	—	۱	—	—	—	—	—
۱۲	—	—	—	—	۳	۹	—	—	—
۸۸	۱۴	۱۱	۱۴	۱۵	۲۱	۱۳	—	—	—

* اطلاعات سنی مربوط به ۸۸ بیمار در دسترس است.

جدول ۲ - توزیع فراوانی گونه‌های درماتوفیتی بر حسب محل آلودگی در ۹۳ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت

گونه درماتوفیت	محل آلودگی	کشاله ران	پا	ناخن	تبه	دست	سر	صورت	جمع (درصد)
تریکوفیتون مانتاگروفت		۳۰	۱۲	۹	۳	۲	۱	۱	(۶۲/۴)۵۸
اپیدرموفیتون فلوکوزوم		۱۴	---	---	---	۱	---	---	(۱۶/۱)۱۵
تریکوفیتون تونسورانس		---	---	---	---	۲	۱	۱	(۶/۵)۶
تریکوفیتون وروکوزوم		---	۱	---	۱	۲	---	۱	(۵/۴)۵
تریکوفیتون ویولاستوم		---	---	---	---	---	---	۰	(۵/۴)۵
تریکوفیتون شون لایتنی		---	---	---	---	---	۲	---	(۲/۲)۲
میکروسپوروم ژیپسیوم		---	---	---	---	---	---	۱	(۱/۱)۱
میکروسپوروم کنیس		---	---	---	---	---	---	۱	(۱/۱)۱
جمع (درصد)		۴۴(۴۷/۳)	۱۳(۱۴)	۹(۹/۷)	۶(۶/۵)	۷(۷/۰)	۱۲(۱۲/۹)	۲(۲/۲)	(۱۰۰)۹۳



نمودار شماره ۱ - نمودار فراوانی انواع کچلی بر حسب فصول سال در ۸۸ بیمار مبتلا به عفونت درماتوفیتی در درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت

کشورهای پیشرفته کچلی پا و ناخن و در بعضی از کشورهای در حال رشد کچلی کشاله ران و بدن، شایع ترین عفونت‌های درماتوفیتی قلمداد می‌شوند^(۱-۴). در اکثر بررسی‌های انجام شده در کشورمان، کچلی سر رتبه نخست مراجعات درمانی این گروه از عفونت‌ها را به خود اختصاص داده است^(۵,۶)، ولی در مطالعه فلاحتی و همکاران وی، شایعترین عفونت درماتوفیتی، کچلی تن و سپس کشاله ران گزارش شده است^(۷).

در مطالعه مانیز کچلی کشاله ران و سپس پا و سر به ترتیب شایع ترین شکل بالینی عفونت درماتوفیتی بوده‌اند. با توجه به به اطلاعات موجود از گذشته تا امروز به نظر می‌رسد که سیمای وفور و عوامل ایدمیولوزیکی بعضی از انواع کچلی‌ها در جهان در حال تغییر است، همچنان که Kasai در گزارشی از دو بررسی ایدمیولوزیکی نسبتاً گسترده مقایسه‌ای در فاصله شش سال، کاهش شیوع عفونت با گونه میکروسپوروم canis و افزایش رو به تزايد کچلی ناخن را نشان داده است^(۱).

در مطالعه حاضر، بیشترین شیوع جنسی کچلی کشاله ران در زنان مشاهده شد و این غلبه شیوع جنس مؤنث در قیاس با مطالعات دیگر که در کشور صورت گرفته است می‌تواند به علت فعالیت شغلی نسبتاً شدید زنان شمال ایران در کار کشاورزی در فصول گرم و مرطوب بهار و تابستان باشد. با توجه به معنی دار بودن شیوع کلی کچلی کشاله ران در فصول گرم سال که با رطوبت بسیار بالای هوا و تعریق همراه است، به نظر می‌رسد که عامل شغل (فعالیت روزمره)، رطوبت، تعریق و سایش بیش از نوع پوشش و تفاوت‌های آناتومیکی جنسی در برقراری غلبه و ظاهر بالینی کچلی کشاله ران در منطقه شمال ایران، ایفای نقش می‌کند و آموزش همگانی در زمینه برقراری غلبه بهداشت مناسب و حذف دخالت عوامل فوق الذکر می‌تواند سبب کاهش شیوع این عارضه و نیز کچلی پا (دومین کچلی

تریکوفیتون متابگروفیت شایع ترین گونه درماتوفیتی مسبب کچلی کشاله ران بود و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی مختلف و ابتلاء به این کچلی وجود نداشت. پایین ترین سن ابتلاء کچلی کشاله ران، ۱۰ سالگی و بالاترین ۸۱ سالگی بود. از ۱۲ مورد کچلی سر، دخترها دو برابر پسرها مبتلا بوده‌اند (۸ زن و ۴ مرد). این مراجعات در فصول گرم و سرد سال تفاوتی نداشته و شایع ترین قارچ بیماری‌ای این کچلی تریکوفیتون و بولاستوم (۴۱٪) بوده است. دامنه سنی افراد مبتلا به کچلی سر بین ۵-۱۶ سالگی (میانگین سنی ۸/۸ سال) قرار داشت. در مجموع ۲۰٪ افراد مورد مطالعه در دامنه سنی زیر ۱۶ سال بوده‌اند که بعداز کچلی سر (۶۳٪)، کچلی کشاله ران (۲۶٪) و در نهایت کچلی تن و دست (هر کدام ۵٪) شایع ترین انواع کچلی در این محدوده سنی محسوب می‌شدند. شیوع کچلی پا در خانم‌ها بیشتر از آقایان بوده است (۸ زن و ۵ مرد). تقریباً همه مراجعات در فصول گرم سال (بهار و تابستان) بود (۱۲ مورد) و جز یک مورد (تریکوفیتون و روکوزوم) همگی ناشی از تریکوفیتون متابگروفیت بوده‌اند. محدوده سنی بیماران ۲۰-۶۰ سالگی بوده است. اینکو مايكوزيس شیوع جنسی تقریباً یکسانی داشته (۴ زن و ۵ مرد)، مراجعات در فصول مختلف یکسان و عامل اصلی در همه موارد تریکوفیتون متابگروفیت بود.

بحث

شیوع انواع بالینی عفونت‌های درماتوفیتی در مناطق مختلف جهان و کشورمان متفاوت و متنوع است. برآورد واقعی شیوع این گروه از بیماری‌ها با توجه به عوامل تأثیرگذار در شیوع سنی و جنسی، علامت‌دار یا بی علامت بودن بیماری، فرهنگ و اشتغال و عادات زیستی و نیز تعديل سیر بالینی انواع این عفونت‌ها در طی زمان، امری مشکل است. در پسیاری از بررسی‌های ایدمیولوزیک در

کچلی سر بوده‌اند(۱۷-۱۳). با توجه به این که اکثر موارد کچلی سر را جمعیت روستایی این منطقه تشکیل می‌دهد شاید علت آن آموزش‌های لازم و افزایش سطح دانش و بهداشت فردی در مناطق شهری باشد که تا حدودی موجب کنترل کچلی سر شده است. این در حالی است که بسیاری از مطالعات قبلی بالاترین شیوع کچلی سر را در محدوده سنی قبل از بلوغ عنوان کرده‌اند(۸) که در مطالعه حاضر نیز در محدوده سنی فوق آماری مشابه حاصل شده است. شیوع کچلی ناخن در این بررسی ۱۰٪ و شایع‌ترین عامل آن تریکوفیتون متاگروفیت بوده است. توجه به وفور کچلی پا و کشاله ران با عامل فوق در بررسی حاضر و روند روبه رشد شیوع کچلی ناخن پا در بررسی‌های دیگر خصوصاً در بررسی مقایسه‌ای Kasai از ژاپن، لزوم برنامه‌ریزی آموزشی مناسب برای ارتقای سطح بهداشت فردی پا و در نتیجه کاهش احتمال بروز این سه نوع کچلی شایع را توسط مسئولان مطرح می‌کند.

تشکر و قدردانی

از همراهی و مساعدت سرکار خانم صغیری شاد در طی اجرای طرح و جناب آقای دکتر باقرزاده به جهت مساعدت در تحلیل آماری یافته‌ها قدردانی می‌شود.

منابع

- 1-Kasai T. Epidemiological survey of dermatophytoses in Japan. Nippin Ishinkai Zasshi 2001; 42: 8-11.
- 2-Pierard G. Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly. Dermatology 2001; 202: 220-24.
- 3-Agarwalla A, Jacob M, Sethi M. A clinico-

شایع) در بررسی حاضر شود.

در این بررسی، تفاوتی بین ابتلای سین ۳۰-۱۰ سال با بقیه رده‌های سنی از نظر ابتلا به کچلی کشاله ران مشاهده نشد، در حالی که در یک بررسی در کشور برباد بیشترین شیوع سنی در نوجوانان گزارش شده است(۸).

در بررسی حاضر شایع‌ترین گونه کچلی کشاله ران، تریکوفیتون متاگروفیت و سپس اپیدرموفیتون فلوکوزوم بوده است. اگرچه کچلی پا در این مطالعه در رده دوم قرار دارد، ولی به نظر می‌رسد شیوع کچلی پا بیشتر از موارد مراجعه باشد زیرا بسیاری از افراد از اشکال بالینی خفیف (اینتردیزیتال) اطلاع کافی ندارند یا به آن توجه نمی‌کنند و تنها در صورت وجود اشکال بالینی شدید و علامت‌دار به پزشک مراجعه می‌کنند. شیوع گونه‌های کچلی پا، مشابه با آمار به دست آمده از مناطق دیگر ایران بوده است(۹).

در این مطالعه برخلاف بسیاری از مطالعات قبلی در ایران کچلی سر بعد از کچلی کشاله ران و پا قرار داشت. در ضمن تریکوفیتون ویولاستوم گونه برتر در مطالعه حاضر بود که آمار ارایه شده مطابق با برخی بررسی‌ها (۱۱، ۱۰، ۶) است، حال آن که در پساهه از مطالعات، گونه‌های درماتوفیتی دیگر مثل تریکوفیتون روبروم(۱۲)، تریکوفیتون تونسورانس یا میکروسپوروم کمیس شایع‌ترین می‌باشند.

mycological study of dermatophytoses in Nepal. J Dermatol 2001; 28: 16-21.

4-Muhsin TM, Al-Rubaiy KK, Al-Duboon AH. Characteristics of dermatophytoses in Basrah, Iraq. Mycoses 1999; 42: 335-58.

۵- امیدیان م. مطالعه ۱۰۰ مورد کچلی (درماتوفیتوزیس) در اهواز. فصلنامه بیماری‌های پوست ۴؛ ۱۳۷۸: ۲۲-۱۷.

- ۶- انصارین ح. تعیین میزان شیوع و بررسی عوامل کچلی‌های سر و بدن در بین دانش آموزان مدارس ابتدایی شهرستان ورامین. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۹؛ ۲۴-۲۹.
- 7-Falahati M, Akhlaghi L, Lari AR, et al. Epidemiology of dermatophytoses in an area south of Tehran. Mycopathologia 2003; 156: 279-87.
- 8-Fernandes NC, Akiti T, Barreiros MG. Dermatophytoses in children: Study of 137 cases. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2001; 43: 83-85.
- ۹- زمانیان ع. شیوع کچلی پا در کارکنان بیمارستان سینا همدان در سال ۱۳۷۹. فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۲؛ ۳۱-۳۵.
- ۱۰- قجری ع. بررسی ابیدمیولژیکی و قارچ شناسی کچلی سر در مدارس و مهد کودک‌های بندر چابهار. پایان نامه دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران ۱۳۶۵؛ ۷۶.
- 11-Chandrasekaran N, Kamalam A, Thambiah AS, et al. Tinea capitis in an Anglo-Indian school. Trop Geogr Med 1981; 33: 253-55.
- 12-Bhaktavizium C, Shafi M, Metha MC, et al. Tinea capitis in tropoli. Clin Exp Dermatol 1984; 9: 84-88.
- 13-Frieden IJ, Howard R. Tinea capitis: Epidemiology, diagnosis, treatment, and control. J Am Acad Dermatol 1994; 31: 26-42.
- 14-Smith ML. Tinea capitis. Pediatr Ann 1996; 25: 101-05.
- 15-Howard R, Frieden IJ. Tinea capitis, new perspectives on an old disease. Semin Dermatol 1995; 14: 2-8.
- 16-Zienicke HC, Kortting HC, Lukacs A, et al. Dermatophytosis in children and adolescents: epidemiological, clinical, and microbiological aspects changing with age. J Dermatol 1991; 18: 438-46.
- 17-Hay RJ, Moore M. Mycology. In: Champion RH, Burton JL, Burn DA, et al (eds). Rook/ Wilkinson/ Ebling, textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science 1998: 1277-322.