

بررسی میزان شیوع بیماری پیتریازیز آلبا در کودکان دبستانی شهر کرمان

نویسندگان: دکتر سیمین سریزدی^۱، یداله نیکیان^۲، دکتر کتایون رضوانی^۳

(۱) استادیار بخش پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان

(۲) استادیار بخش آمار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

(۳) انترن دانشگاه علوم پزشکی کرمان

خلاصه:

پیتریازیز آلبا بیماری پوستی با علت ناشناخته است که بصورت مناطق هیپوپیکمانته در پوست تظاهر می کند و غالباً در سنین ۱۶-۳ سال دیده می شود. آمارهای مختلفی از شیوع بیماری در مناطق مختلف جهان گزارش شده است. با وجود اینکه بیماری خودبخود بهبود می یابد ولی به لحاظ شباهت آن به بیماری ویتلیگو، برای بیماران ایجاد نگرانی می کند. تعداد ۲۶۰۰ دانش آموز دبستانی شهر کرمان (بین ۷-۱۱ سال) در سال ۱۳۷۳ با نمونه گیری منظم تصادفی، انتخاب و از لحاظ این بیماری مورد معاینه قرار گرفتند. در مجموع ۱۵/۴٪ کودکان مورد معاینه، مبتلا به بیماری بودند. برخلاف آمار جهانی که شیوع بیماری را در دختر و پسر یکسان گزارش کرده اند، در این بررسی شیوع بیماری در پسرها ۳۲/۸٪ و در دخترها ۳/۵٪ محاسبه گردید و همچنین در ناحیه یک آموزش و پرورش شیوع ۲۴/۴٪ و در ناحیه دو ۸/۴٪ محاسبه شد که فاکتورهای مؤثر در این اختلاف شیوع در دو ناحیه و در پسرها و دخترها احتیاج به بررسی بیشتر دارد.

مقدمه: □

باکتریائی - قارچی - ویروسی از ضایعات، ناموفق بوده است (۳). پیتریازیز آلبا در افراد مبتلا به آتوپیک درماتیت شایعتر است (۲). هر چند وجود پیتریازیز آلبا در تأیید تشخیص درماتیت آتوپیک با ارزش است (۴) ولی بیماری محدود به افراد آتوپیک نمی باشد.

بیماری معمولاً بدون علامت است با این وجود ممکن است خارش خفیفی وجود داشته باشد. تشخیص بیماری بر اساس شیوع سنی و ظاهر کلینیکی ضایعات می باشد. دو بیماری ویتلیگو و تیناوریسیکالر در افتراق با بیماری قرار می گیرد. تیناوریسیکالر معمولاً در سنین قبل از بلوغ دیده

پیتریازیز آلبا نوعی درماتیت غیر اختصاصی با علت ناشناخته است (۱) ضایعات این بیماری ابتدا بصورت قرمزی پوست تظاهر می کند که بتدریج پوسته های ظریف پیدا کرده و با کاهش رنگدانه به شکل ماکولهای هیپوپیکمانته Hypopigmentation بروز می کند. این کاهش رنگدانه گذرا است و تدریجاً بهبود می یابد (۱ و ۲).

هر چند که اتیولوژی بیماری ناشناخته است ولی آنچه مسلم است پوستی که بعد از قرار گرفتن در معرض نور خورشید برنزه و تیره شده، ضایعات مخفی قبلی خود را بطور واضحی آشکار می سازد (۳ و ۵). تلاش جهت جدا کردن عوامل عفونی -

مورد معاینه ۱۰۶۰ پسر و ۱۵۴۰ دختر بودند. تمام نواحی بدن مورد معاینه قرار گرفت و در صورت ابتلاء به پیتریازیز آلبا از لحاظ سابقه اتوپی و نحوه مصرف صابون و کرم نیز از بیماران سؤال شد. در موارد اندکی که تشخیص کلینیکی مشکوک بود برای بیماران آزمایش قارچ شناسی و بیوپسی انجام شد و تشخیص پیتریازیز آلبا تأیید گردید.

نتایج:

در مجموع ۴۰۲ کودک (۴/۱۵٪) از افراد مورد معاینه، ضایعات حاصل از پیتریازیز آلبا را به درجات مختلف در پوست بدن داشتند از این تعداد ۳۴۸ نفر پسر و ۵۴ نفر دختر بودند (۸/۳۲٪ در پسرها و ۵/۳٪ در دخترها). بر اساس آزمون χ^2 و آنالیز یافته‌ها این اختلاف شیوع بر حسب جنس معنی دار بود (نمودار شماره ۱) در حالیکه بر طبق آمارهای موجود تفاوتی از لحاظ شیوع در دو جنس وجود ندارد.

همچنین در ناحیه یک شیوع بیماری ۴/۲۴٪ و در ناحیه دو ۴/۸٪ بود که این اختلاف نیز معنی دار بود (نمودار شماره ۲). از لحاظ نحوه پراکندگی ضایعات در سطح بدن در همه بیماران ابتلاء صورت دیده می‌شد (۱۰۰٪) که در ۸/۷۸٪ موارد ضایعات فقط در صورت مشاهده می‌شود و در بقیه موارد ابتلاهی صورت به همراه گرفتاری دست، گردن، پا و تنه بود.

۱۸٪ بیماران مبتلا به پیتریازیز آلبا سابقه اتوپیک درماتیت را

ذکر می‌کردند که دقیق بودن این سابقه

به لحاظ سن بیماران و درستی پاسخ

آنها مورد سؤال است. اختلاف

چشمگیری از لحاظ شیوع سنی در

مقطع دبستان (سال ۷-۱۱) دیده

نشد و همچنین اختلاف معنی داری

بر حسب نوع دبستان از نظر

غیرانتفاعی و دولتی نیز یافت نشد.

۴۹٪ بیماران استفاده از کرم را

روزانه ذکر می‌کردند و ۴/۵۰٪ از

کرم استفاده نمی‌کردند که برخلاف

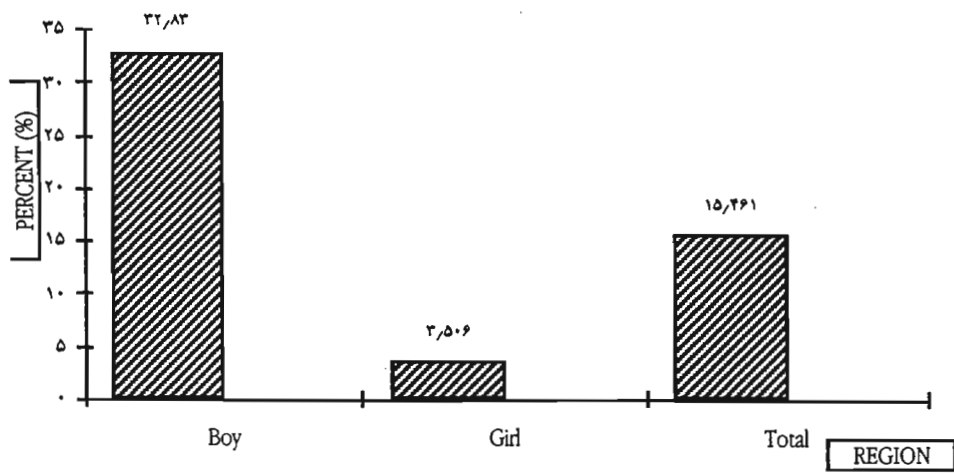
انتظار تفاوت مهمی از جهت

نمی‌شود و بیشتر ضایعات در تنه دیده می‌شود و در موارد مشکوک آزمایش قارچ شناسی مفید است در بیماری ویتلیگوماکولها دیگمانته است و مواردی که تشخیص مقدور نباشد، بیوپسی کمک کننده است. شیوع بیماری پیتریازیز آلبا تا ۴۰٪ (در مصر)^(۷) نیز گزارش شده است. ولی در هر دو جنس به یک میزان دیده می‌شود^(۱). این بررسی جهت مشخص کردن اپیدمیولوژی بیماری در کودکان دبستانی شهر کرمان و با توجه به اینکه قبلاً در این زمینه مطالعه‌ای در کرمان انجام نشده بود، صورت گرفته است.

روش بررسی:

آموزش و پرورش شهرستان کرمان دارای دو ناحیه می‌باشد که در مجموع تعداد ۱۴۲ واحد آموزشی دبستانی دخترانه و پسرانه را شامل می‌شود (۷۲ واحد در ناحیه یک و ۷۰ واحد در ناحیه دو). تعداد کل دانش آموزان در مقطع دبستان ۵۸۰۴۷ نفر بودند که با روش مقطعی و استفاده از نمونه گیری منظم تصادفی، ۸ دبستان در ناحیه یک و ۷ دبستان در ناحیه دو انتخاب شد و ۲۶۰۰ دانش آموز با انتخاب تصادفی عدد فرد یا زوج اسامی که در دفتر کلاس ثبت شده بود، مورد معاینه قرار گرفتند، چون تعداد دانش آموزان در ناحیه دو بیشتر بود، ۱۴۶۰ نفر از ناحیه دو و ۱۱۴۰ نفر از ناحیه یک انتخاب شدند و همچنین با توجه به اینکه تعداد دخترها بیشتر از پسرها بود افراد

نمودار شماره ۱: Pityriasis Alba بر حسب جنس، در کودکان دبستانی شهرستان کرمان

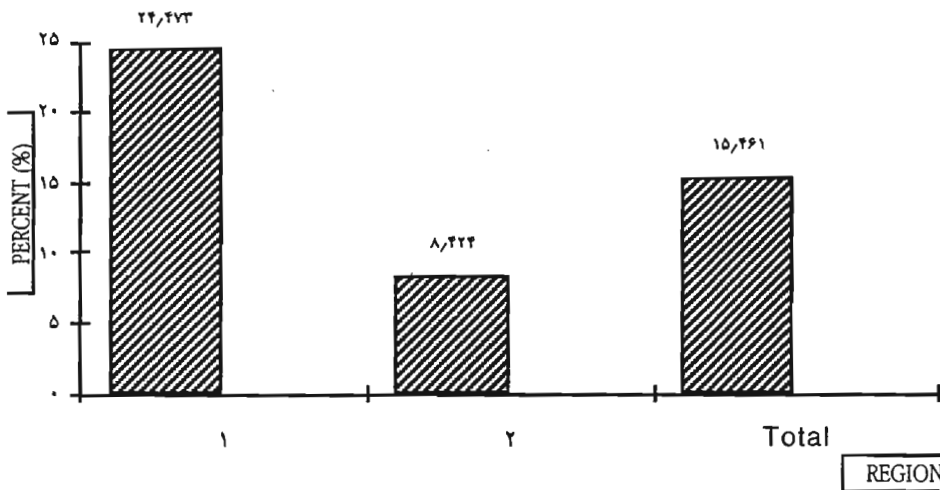


مصرف روزانه کرم در دو گروه وجود نداشت.

در مدارس واقع در ناحیه یک آموزش و پرورش بیماری حدود سه برابر شایعتر از ناحیه دو آموزش و پرورش بود. با

بحث و نتیجه گیری:

نمودار شماره ۲: شیوع Pityriasis Alba بر حسب ناحیه آموزش و پرورش، در کودکان دبستانی شهرستان کرمان



پیتیریا زائلیبا نوعی درماتیت غیراختصاصی است که در سنین بین ۳-۱۶ سالگی رخ می دهد و در دو جنس به یک میزان دیده می شود. هر چند که بیماری بهبود خودبخود دارد، ولی موجب نگرانی بیمار و صرف هزینه برای مراجعه به پزشک و درمان آن می شود. از آن جا که علت بیماری مشخص نیست، بررسی شیوع آن در نواحی مختلف شاید بتواند به شناخت فاکتورهای احتمالی مؤثر در ایجاد بیماری کمک کند.

توجه به اینکه ناحیه یک آموزش و پرورش شامل مناطقی است که ساکنین آن اکثراً از وضعیت اقتصادی اجتماعی پائین تری نسبت به ساکنین مناطق ناحیه دو آموزش و پرورش برخوردار می باشند، شاید این عامل بتواند در شیوع بیماری تأثیر بگذارد. از آنجا که برخی کتب فاکتور تغذیه را در بروز بیماری پیتیریا زائلیبا مهم ذکر کرده اند، شاید فاکتور تغذیه و فرهنگ نوع بازی کودکان در ۲ ناحیه در اختلاف میزان شیوع بیماری مهم باشد، که تأیید این نظرات و مشخص شدن سایر عوامل احتمالی مؤثر در این اختلاف شیوع بررسی بیشتری لازم دارد.

در این بررسی میزان شیوع بیماری در پسرها تقریباً ۹ برابر دخترها بود. از آنجا که در معرض آفتاب بودن باعث آشکار شدن ضایعات می شود، شاید چون در کشور ما پسرها بیشتر از دخترها در معرض آفتاب هستند و از لحاظ فرهنگی سرگرمیها و بازیهای کودکان پسران اکثراً در محیط های باز می باشد و از طرف دیگر پوشش دخترها تا حدی جلوی نور خورشید را می گیرد و ضمن اینکه دخترها کمتر در بازیهای خارج از منزل شرکت می کنند این تفاوت شیوع در دو جنس توجیه شود.

REFERENCES:

- 1- J.L.Burton pityriasis Alba in rook, wilkinson/Ebling text book of Dermatology fiftheen edition blackwell 1992, P.P 570-571.
- 2- Thomas p.Habif pityriasis Alba in clinical Dermatology: Acolor guide to diagnosis and Therapy. Second edition mosboy 1990 p.p 492-493.
- 3- Arnold, Odom, James pityriasis Alba in Andrew, s disease of the skin clinical dermatology 8th Edition saunders 1990 p.p 230-231.
- 4- Mevorah-B; frenk-E; Wietlisbach - V; carrel- CF minor clinical

- features of Atopic Dermatitis. Evaluation of their Diagnostic significance. Dermatologic 1988; 177(6): 360-4.
- 5- Harper. J, Topical corticosteroids for skin disorders in Infants and children. Drugs. 1988: 369(Suppl.5): 34-37.
- 6- Du- Toit-MJ; Jordaen-HF. pigmenting pityriasis Alba. pediater-Dermatol. 1993 Mar; 10(1): 1-5.
- 7- Pinto F.J and Bologna J.L. Disorders of Hypopigmentation in children. pediater-Clin-North-Am, 1991 Aug; 38(4): 991-1017.
- 8- wolf. R, wolf.D and trau. H. Pityriasis Alba in a psoriatic Location. Acta-Derm-Venereol-stockh- 1992 sep; 72(5): 360.