

بررسی بالینی ۴۳۷ بیمار

دکتر علی مؤمنی^۱، دکتر محمدرضا خرازی^۲، دکتر ملیح السادات امین جواهری^۳

۱ - متخصص بیماریهای پوست؛ ۲ - دستیار گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ۳ - پاتولوژیست

یکسال مراجعه کرده بودند، ۴۵۸ نفر (۰/۷٪) مبتلا به برص بودند. ۶۱/۱٪ بیماران را زنان تشکیل می دادند. سن متوسط بیماران در شروع بیماری ۲۰/۸۳ سال بود. محل شروع بیماری در ۴۱/۱٪ موارد از اندامها، در ۳۷/۰۸٪ موارد از سر و گردن، در ۱۶/۲۴٪ موارد از تنه و در ۵/۴۹٪ موارد از نواحی تناسلی بود. بیماران که مبتلا به ضایعات سر و صورت بودند اکثراً (۷۲٪) با تجویز استروئید موضعی بهبودی داشتند.

نتیجه گیری: بنظر می رسد که بیماری برص در اصفهان شایع بوده و لازم است یک مطالعه وسیع برای بررسی میزان دقیق شیوع آن انجام گیرد.

واژه های کلیدی: برص، درمان برص، بررسی

بالینی برص

مقدمه: بیماری برص یک بیماری ارثی نسبتاً شایع می باشد که با مرگ سلول های رنگدانه ساز پوست و از بین رفتن رنگ پوست تظاهر می کند. علت بیماری کاملاً مشخص نیست ولی فرضیه های مختلفی از جمله فرضیه عصبی، خود ایمنی و یا خود تخریبی برای بیماری پیشنهاد شده است.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین میزان نسبی شیوع بیماری برص در مقایسه با سایر بیماریهای پوستی و بررسی اشکال بالینی آن بود.

بیماران و روش ها: در این مطالعه توصیفی بیماران مبتلا به برص که در طی سال ۱۳۷۶ به یک مطب خصوصی پوست در اصفهان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی بالینی قرار گرفتند.

یافته ها: از ۶۵۴۰ بیمار پوستی که در طی

مقدمه

جسمی نسبت می دهند و در بعضی موارد، بیماری در تعقیب آسیب فیزیکی به پوست حادث می شود (۱).

برای پیدایش بیماری سه فرضیه ذکر شده است:

فرضیه عصبی (neural) که علت بیماری را ناشی از اثر سمی مواد مترشحه از انتهای اعصاب آزاد پوست بر روی سلولهای ملانوسیت می داند (۲ و ۳).

فرضیه خود تخریبی (self-destruct) که بیماری را ناشی از تجمع پیش سازهای ملانینی سمی که بدنبال نقص در مکانیسم حفاظتی طبیعی آنها ایجاد می شود می داند.

فرضیه خود ایمنی (auto-immune) که بیش از همه طرفدار دارد و همراه بودن برص با سایر بیماریهای خود ایمنی و کاهش سلولهای T-helper در این بیماری، این فرضیه را تقویت می کند.

بعلاوه وجود آنتی بادیهای بر علیه سلولهای

برص از بین رفتن رنگ طبیعی پوست ناشی از مرگ سلول های رنگدانه ساز پوست (ملانوسیت ها) می باشد. این بیماری نسبتاً شایع بوده و در جوامع مختلف شیوع آن بین ۱ تا ۲ درصد گزارش شده است. بیماری در همه نژادها دیده می شود ولی شیوع آن در نژادهایی که پوست تیره دارند زیادتر است (۱-۳). علت بیماری کاملاً شناخته شده نیست ولی بنظر می رسد که یک استعداد ژنتیکی در بروز بیماری نقش عمده داشته باشد. تا ۳۰٪ بیماران وجود بیماری را در سایر افراد خانواده ذکر می کنند و در ۲۱٪ آنها فامیل های درجه اول مبتلا هستند (۴-۵). بیماران غالباً شروع بیماری را به حوادث یا بحران های روحی و یا

مؤلف مسئول: دکتر علی مؤمنی - اصفهان، صندوق پستی ۸۱۴۶۵-۱۱۹۱

معاینه فیزیکی علائمی از سایر بیماریهای پوستی و خود ایمنی و یا اختلالات دیگری داشتند، آزمایشات تکمیلی انجام گرفت و نتایج در پروندهها ثبت شد. از نظر درمانی بیماران به دو گروه تقسیم شدند. بیمارانی که ضایعات سر و صورت داشتند تحت درمان موضعی با مخلوطی از کرم بتامنازون و الکل ایزوپروپیل (به نسبت ۱۵g بتامنازون و ۳۰ میلیلیتر الکل ایزوپروپیل) قرار گرفتند. بیمارانی که ضایعاتی در بدن داشتند ولی وسعت ضایعات محدود بود (کمتر از ۲۰٪ سطح بدن) تحت درمان با فتوترابی با محلول متوکسالن و UVA قرار گرفتند. کسانی که گرفتاری وسیع تری داشتند، با متوکسالن خوراکی و UVA درمان شدند. درمان فتوترابی یک روز در میان انجام شد. نتایج پس از یک سال با رایانه تحت نرم افزار EPI مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در طول یک سال ۶۵۴۰ بیمار به علت بیماریهای مختلف پوستی مراجعه کرده بودند که از این تعداد ۴۵۸ نفر (۷/۰٪) مبتلا به برص بودند. از نظر بررسی بالینی پرونده ۴۳۷ نفر کامل بود که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از این تعداد ۱۷۰ مرد (۳۸/۹٪) و ۲۶۷ زن (۶۱/۱٪) بودند. سن متوسط بیماران در موقع شروع بیماری ۲۰/۸۳ سال بود و جوانترین بیمار یک سال و مسن ترین آنها ۷۷ سال سن داشتند. بیشترین افراد در سنین بین ۱۱ و ۲۰ سال بودند و ۵۷/۷٪ از بیماران، شروع بیماریشان قبل از ۲۰ سالگی بوده است (جدول شماره یک). محل شروع ضایعات به ترتیب عبارت بودند از: اندام فوقانی ۲۲/۱۹٪، اندام تحتانی ۱۸/۹۹٪، سر (بدون پلک و لب) ۱۸/۰۷٪، تنه ۱۶/۲۴٪، پلک ۱۱/۶۷٪، نواحی تناسلی ۵/۴۹٪، گردن ۴/۳۴٪ و لب ۲/۹۷٪. سابقه بیماری ویتیلیگو در سایر افراد فامیل در ۱۰۰ (۲۲/۹٪) نفر مثبت بود و از این تعداد، در ۴ نفر (۵/۴٪) یکی از وابستگان درجه اول (پدر، مادر، برادر و یا خواهر) مبتلا بودند. تعداد ۲۴ نفر (۵/۵٪) سابقه حضور در منطقه جنگی داشته و یا مهاجر جنگی بودند. در ۱۲۰ بیمار (۲۷/۵٪ موارد) در آمد خانواده کمتر از حد متوسط بود و یا تعداد افراد خانواده بیش از ۶ نفر بودند. در معاینه

ملانوسیت در این بیماران به اثبات رسیده است (۱۱-۶ و ۲ و ۳).
گرچه این بیماری نسبتاً شایع است ولی تا آنجائی که ما اطلاع داریم مطالعه‌ای بر روی بیماران ایرانی انجام نشده است. به همین دلیل مطالعه زیر در طی یک سال بر روی بیماران مبتلا به برص مراجعه کننده به یک مطب خصوصی پوست در اصفهان صورت گرفت. هدف اصلی این مطالعه تعیین شیوع نسبی این بیماری در بین بیماران مبتلا به بیماری پوستی و شکل بالینی گرفتاری بود. اهداف فرعی این تحقیق عبارت بودند از: تعیین شیوع این بیماری در زن و مرد و در سنین مختلف، ارتباط بیماری با مهاجرت جنگی و عوارض ناشی از جنگ، ارتباط بیماری با وضعیت معیشتی خانواده، تعیین نسبت گرفتاری سایر افراد خانواده، میزان ارتباط بیماری با سایر بیماریهای پوستی و بیماریهای خود ایمنی و بالاخره جواب به درمان‌های متداول.

بیماران و روش‌ها

این مطالعه بصورت یک مطالعه توصیفی انجام شد. بیماران از بین افراد مراجعه کننده به مطب خصوصی واقع در شهر اصفهان انتخاب شدند. تمام بیمارانی که در طول یک سال (از فروردین ۷۶ لغایت اسفند ۷۶) به مطب مراجعه کردند، مورد معاینه قرار گرفته و افرادی که مبتلا به برص بودند، شناسایی شدند. معیار انتخاب فقط معاینه بالینی بود و بیمارانی که بطور واضح از نظر معاینه فیزیکی مبتلا به ویتیلیگو بودند انتخاب شدند. در افرادی که بیماری آنها مورد تردید بود، آزمایشات تکمیلی شامل آزمایش مستقیم از نظر قارچ و بیوپسی و رنگ آمیزی اختصاصی از ضایعه انجام گرفت. تمام بیمارانی که بیماری آنها به اثبات رسید وارد مطالعه شدند. برای بیماران پرونده کاملی شامل اطلاعاتی نظیر سن، جنس، شغل، آدرس، طول مدت بیماری، محل شروع بیماری، درمانهای قبلی، سابقه مهاجرت جنگی، سابقه شرکت در عملیات جنگی و یا سابقه سکونت در منطقه جنگی، سابقه مصرف دارو، سابقه سایر بیماریهای پوستی و یا داخلی، شغل پدر خانواده، تعداد افراد خانواده، میزان درآمد پدر خانواده و نتایج معاینات فیزیکی تشکیل گردید. برای بیمارانی که در

است (۱،۴). در گروه مورد مطالعه نیز بیشترین سن شروع بیماری بین ۱۱ تا ۲۰ سالگی بوده است و ۵۷/۷٪ از بیماران، شروع بیماریشان قبل از ۲۰ سالگی بوده است. گرچه گفته می‌شود بیماری ارثی است و تا ۳۰ درصد موارد سابقه فامیلی مثبت است (۱،۵)، در این مطالعه ۲۲/۹٪ افراد سابقه فامیلی مثبت داشته و در ۵۴٪ از آنها، یکی از افراد درجه اول خانواده مبتلابه برص بود. صورت، دست و پا نقاطی می‌باشند که بطور شایع، بیماری از آن مناطق شروع می‌شود (۳). در این مطالعه، محل شروع ضایعات به ترتیب از اندام‌ها (۴۱/۱٪ موارد)، سر و گردن (۳۷/۰۸٪ موارد)، تنه (۱۶/۲۴٪ موارد) و نواحلی تناسلی (۵/۴۹٪ موارد) بود.

همراهی برص با سایر بیماریهای پوستی از قبیل طاسی منطقه‌ای (Alopecia Areata) و Halo nevus گزارش شده است (۱،۲،۳،۱۲).

بیماریهای متعدد دیگری نیز همراه با برص ذکر شده است که از آن جمله می‌توان از بیماریهای تیروئید، دیابت ملیتیوس، کم‌خونی وخیم و هایپوپاراتیروئیدیسم نام برد. (۱۳ و ۴-۱) در این مطالعه، ۱۶/۷٪ از بیماران مبتلابه بیماری دیگری نیز بودند. شایع‌ترین این بیماری‌ها در جدول شماره ۲ نشان داده شده‌اند. علت اینکه همراهی سایر بیماریها در گروه مطالعه کمتر از گزارشات قبلی بوده است، شاید به این دلیل باشد که ما تنها برای بیمارانی که از نظر معاینه فیزیکی مشکل داشته و یا سابقه اختلال واضحی داشتند، آزمایشات تکمیلی فرستادیم. اگر برای تمام بیماران آزمایشات تکمیلی انجام می‌شد احتمالاً یافته‌های بیشتری از سایر بیماریهای خود ایمنی در این گروه پیدا می‌کردیم.

گرچه قبل از مطالعه تصور می‌شد که شیوع بیماری ناشی از عوارض جنگی باشد، ولی تنها در ۵/۵٪ بیماران سابقه حضور در مناطق جنگی وجود داشته و یا مهاجر جنگی بودند. بنابراین بنظر نمی‌رسد که رابطه مشخص بین این دو وجود داشته باشد.

بنظر می‌رسد وضعیت معیشتی افراد در بروز بیماری نقش داشته باشد. با توجه به اینکه مطب محل مطالعه در مرکز شهر قرار داشت و بیماران از طبقات مختلف به آن مراجعه می‌کردند، وجود ۲۷/۵٪ از بیماران در

فیزیکی که از این بیماران به عمل آمد، ضایعه در ۱۷۱ نفر (۳۹/۱٪) محدود (کمتر از ۵٪ سطح بدن)، در ۱۲۲ نفر (۲۷/۹٪) بین ۵ تا ۲۰٪ سطح بدن، در ۱۱۵ نفر (۲۶/۳٪) بین ۲۰ تا ۵۰٪ سطح بدن و در ۲۹ نفر (۶/۶٪) بیش از ۵۰٪ سطح بدن بود. تعداد ۷۳ بیمار (۱۶/۷٪ موارد) بیماری دیگری نیز داشتند که شایعترین آنها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

از کل بیمارانی که درمان شدند تنها ۱۸۵ بیمار بطور مرتب برای پیگیری درمان مراجعه کرده بودند و بقیه افراد یا درمان را ناقص انجام داده بودند و یا به علت عدم مراجعه از مطالعه حذف شدند. بهترین نتایج درمانی در ضایعات محدود سر و صورت بود که با درمان موضعی (مخلوط کرم بتامتازون و الکل ایزوپروپیل) بدست آمد. جمعاً از ۶۳ نفری که تحت این درمان قرار گرفتند ۵۰ نفر بهبودی کامل داشتند (۷۹/۴٪). از این تعداد ۱۸ نفر عود مجدد داشتند که با تکرار درمان، ۱۶ نفر مجدداً بهبود یافتند. طول متوسط جواب به درمان موضعی در این گروه ۷ هفته بود. تعداد ۹۶ نفر تحت درمان با محلول متوکسالن قرار گرفته که بهبودی نسبی در ۶۴ نفر (۶۶/۷٪) و بهبودی کامل در ۱۲ نفر (۱۲/۵٪) حاصل شد. در ۲۰ نفر (۲۰/۸٪) یا درمان مؤثر نبود و یا عود مجدد و پیشرفت ضایعه پدید آمد. تعداد ۲۶ بیمار با متوکسالن خوراکی درمان شدند که ۱۸ بیمار (۶۹/۲٪) بهبودی نسبی داشتند و در ۸ بیمار (۳۰/۸٪) درمان مؤثر نبود.

بحث

برص بیماری نسبتاً شایعی است. شیوع این بیماری در آمریکا یک درصد (۱،۳)، در دانمارک ۰/۳۸٪ (۲،۳) و در هند ۰/۴۶٪ (۲،۳) ذکر شده است. گرچه ما آمار دقیقی از این بیماری در ایران نداریم ولی بنظر می‌رسد که این بیماری در ایران شیوع زیادی دارد. در این مطالعه ۷/۰٪ از بیماران پوستی را مبتلایان به برص تشکیل دادند. بیماری در زنان شایع‌تر از مردان گزارش شده است و علت آن شاید توجه بیشتر زنان به مسائل زیبایی باشد (۱،۳). در این مطالعه نیز تعداد بیماران زن بیشتر از مرد بوده است. مطالعات نشان داده است که بیش از نیمی از بیماران مبتلابه برص، شروع بیماریشان قبل از ۲۰ سالگی بوده

خانواده‌های متوسط و کم‌درآمد و جمعیت شش نفر یا بالاتر حائز اهمیت است.

درمانهای متعددی برای برص پیشنهاد شده است. این درمان‌ها را می‌توان به دو نوع طبی و جراحی تقسیم کرد. درمان‌های طبی شامل استروئیدهای موضعی و فوتوتراپی می‌باشد. درمان جراحی شامل انواع مختلف گرافت‌های پوستی و سلولی و خالکوبی می‌باشد. استروئیدهای موضعی برای کودکان کمتر از ده سال و کسانی که لکه‌های محدود دارند پیشنهاد شده است (۱۸-۱۴ و ۴-۱). در گروه مورد مطالعه ما، ضایعات محدود صورت بخوبی به درمان استروئید موضعی پاسخ دادند (۷۲٪). گرچه همین درمان در چندین مورد برای ضایعات محدود تنه و اندام‌ها بکار رفت ولی نتایج چندان موفق نبود. بنظر می‌رسد استروئید موضعی فقط در ضایعات صورت و در موارد اولیه بیماری مؤثر بوده و در موارد پیشرفته و مزمن و در

ضایعات تنه و اندام‌ها، چندان مؤثر واقع نمی‌گردد. ما تجربه زیادی در مورد جراحی نداریم ولی سه بیمار با ضایعات محدود و ثابت بر روی مفاصل، گرافت شدند و پس از آن تحت درمان با متوکسالن موضعی قرار گرفتند که بهبودی نسبی نشان دادند.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیماری برص در جامعه ما نسبتاً شایع بوده و شاید لازم باشد یک مطالعه فراگیر برای بررسی میزان دقیق شیوع آن انجام گیرد. ضایعات موضعی مخصوصاً ضایعات سر و صورت به خوبی به درمانهای موضعی با استروئید پاسخ می‌دهند. بنابراین بهتر است قبل از هر درمان شدیدی برای این بیماران از استروئید موضعی استفاده گردد و در صورت عدم پاسخ پس از ۷ الی ۸ هفته درمانهای دیگر شروع شود.

جدول شماره ۱: توزیع سنی بیماران مبتلا به برص

دامنه سنی (سال)	تعداد بیماران (%)
۱-۱۰	۱۲۰ (۲۷/۵)
۱۱-۲۰	۱۳۲ (۳۰/۲)
۲۱-۳۰	۹۴ (۲۱/۳)
۳۱-۴۰	۴۷ (۱۰/۸)
۴۱-۵۰	۲۴ (۵/۶)
>۵۰	۲۰ (۴/۶)
جمع	۴۳۷ (۱۰۰)

جدول شماره ۲: شایع ترین بیماریهای همراه با برص
در ۴۳۷ بیمار

درصد	تعداد	نوع بیماری
۲/۹۷	۱۳	Halo nevus
۲/۰۶	۹	بیماری تیروئید
۱/۳۷	۶	طاسی منطقه‌ای
۱/۱۴	۵	لیکن پلان
۰/۹۲	۴	پسوریازیس
۰/۴۶	۲	دیابت قندی

منابع

- 1 - Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, Hori Y. Hypomelanosis and hypermelanosis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: Mc McGraw-Hill Companies, 1999: 949-63.
- 2 - Bleehen S S. Disorders of skin colour. In: Champion RH, Burton J L, Burns DA and Breathnach SM(eds). Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998: 1802-05.
- 3 - Kovacs S D. Vitiligo. J Am Acad Dermatol 1998; 38:647-66.
- 4 - Majumder P, Nordlound J, Nath S. Pattern of familial aggregation of vitiligo. Arch Dermatol 1993; 129: 994-98.
- 5 - Mandry RC, Ortiz LJ, Lugo-Somolinos A, et al. Organ-specific autoantibodies in vitiligo patients and their relatives. Int J Dermatol 1996; 15:17-24.
- 6 - Naughton G, Eisinger M, Bystryn J. Detection of antibodies to melanocytes in vitiligo by specific immunoprecipitation. J Invest Dermatol 1983; 81: 540-42.
- 7 - Naughton G, Reggiardo D, Bystryn G. Correlation between vitiligo antibodies and extent of depigmentation in vitiligo. J Am Acad Dermatol 1986; 15:973-81.
- 8 - Ghoneum M, Grimes E, Gill G, et al. Natural cell-mediated cytotoxicity in vitiligo. J Am Acad Dermatol 1987; 17:600-5.
- 9 - Grimes PE, Ghoneum M, Stockton T, et al. T-cell profiles in vitiligo. J Am Acad Dermatol 1986; 14: 196-201.
- 10 - Mozzanica N, Frigerio U, Finzi AF, et al. T cell subpopulations in vitiligo: a chronobiologic study. J Am Acad

- Dermatol 1990; 22: 223-30.
- 11 - Woolfson H, Finn OA, Machie RM, et al. Serum anti-tumour antibodies and auto-antibodies in vitiligo. Br J Dermatol 1975; 92: 393-400.
 - 12 - Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in Northern India. Int J Dermatol 1996; 35: 22-27.
 - 13 - Grunnet I, Howitz J, Reyman F, Schwartz M. Vitiligo and pernicious anemia. Arch Dermatol 1970; 101:82-85.
 - 14 - Boissy RE, Nordlund J J. Vitiligo. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, Wintroub BU (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996: 1210-18.
 - 15 - Koga M. Vitiligo: a new classification and therapy. Br J Dermatol 1997; 97:255-61.
 - 16 - Kandil E. Treatment of vitiligo with 0.1% betamethasone 17-valerate in isopropyl alcohol: a double-blind trial. Br J Dermatol 1974; 91: 457-60.
 - 17 - Lerner A. Repopulation of pigment cells in patients with vitiligo. Arch Dermatol 1988; 124: 1701-02.
 - 18 - Falabella R. Treatment of localized vitiligo by autologous minigrafting. Arch Dermatol 1988; 124: 1649-55.