

در سال ۱۳۷۶

دکتر مصطفی میرشمس شهشانی^۱، دکتر سیما اعلمی هرنیدی^۲، دکتر امیر هوشنگ احسانی^۱

۱- استادیار پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۲- متخصص پوست

حاد تشکیل می‌دادند. علت ایجاد کپیر حاد در ۵۸٪ موارد مشخص شد که عمدتاً شامل انواع عفونت‌های حاد دستگاه تنفسی فوقانی، دارو و غذا بود. در کپیر مزمن فقط در ۲۲٪ موارد علت مشخص شد که شامل انواع عفونت‌ها (مثل سینوزیت، هپاتیت B و عفونت‌های انگلی روده)، داروها (عمدتاً NSAIDs و کدئین) و غذا بود.

در کپیر مزمن، حدود نیمی از بیماران، کپیر معمولی، ۲۲٪ فقط یکی از انواع کپیر فیزیکی و بقیه عمدتاً مخلوطی از ۲ یا چند نوع کپیر داشتند.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین مسئله در تعیین علت ایجاد و عوامل تشدیدکننده کپیر شرح حال دقیق و معاینه بالینی است و بررسی‌های پاراکلینیکی سهم کمی را در تعیین علت کپیر دارا هستند.

واژه‌های کلیدی: کپیر، حاد، مزمن

فصلنامه بیماری‌های پوست، پاییز ۱۳۸۳؛ ۲۹: ۴۳-۳۹

مقدمه: کپیر از بیماری‌های شایع پوست است که با تورم خارش‌دار و گذرای پوست مشخص می‌شود. علل ایجادکننده کپیر طیف وسیعی دارد و عوامل خارجی مثل غذا و دارو و بیماری‌های داخلی مثل انواع عفونت‌ها، لوپوس اریتماتو، عوامل هورمونی و حتی لنفوم را شامل می‌شود.

هدف: تعیین انواع مختلف کپیر و عوامل ایجادکننده و نیز تشدیدکننده آن

روش اجرا: این مطالعه به روش توصیفی بر روی ۱۲۰ بیمار مبتلا به کپیر انجام شد که طی سال ۱۳۷۶ به بیمارستان رازی مراجعه کرده‌اند. این بیماران در دو گروه حاد و مزمن (کوتاه‌تر و طولانی‌تر از ۶ هفته) مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: حدود ۳۰٪ بیماران را مبتلایان به انواع کپیر

مقدمه

کپیر نوعی واکنش عروقی است که با تورم اریتماتو یا سفیدرنگ، خارش‌دار، غیرگوده‌گذار و گذرای درم مشخص می‌شود. این بیماری جزو بیماری‌های شایع پوست است به طوری که حدود ۲۰٪ افراد حداقل یک حمله کپیر

مؤلف مسوول: دکتر مصطفی میرشمس شهشانی - تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی، بخش پوست

را در طول عمر خود تجربه می‌کنند (۱، ۲).

گاه کپیر ماه‌ها یا سال‌ها طول می‌کشد و فعالیت‌های شخصی، اجتماعی و وضعیت روحی بیمار را تحت الشعاع قرار می‌دهد. علل ایجادکننده کپیر طیف وسیعی دارند و عوامل خارجی مثل غذا، دارو، مواد استنشاقی تا بیماری‌های داخلی مثل انواع عفونت‌ها، لوپوس اریتماتو، عوامل هورمونی و حتی لنفوم را شامل می‌شوند (۳-۵). لذا بررسی دقیق این بیماران می‌تواند ما را در یافتن علت ایجادکننده

۱۵٪ بیماران فقط کپیرهای فیزیکی، یک مورد فقط آنژیوادم و بقیه آن‌ها مخلوطی از ۲ یا چند نوع کپیر را داشتند. علت ایجاد کپیر در ۲۲ بیمار (۵۸٪ موارد) مشخص شده که نتایج آن در جدول شماره ۱ آمده است.

کپیر مزمن (بیشتر از ۶ هفته): ۶۰٪ بیماران را خانم‌ها تشکیل می‌دادند. طیف سنی از ۹ سالگی تا ۷۵ سالگی با میانگین سنی ۳۳ سال بود و بیشتر بیماران به ترتیب در دهه‌های ۳ و ۴ و ۲ عمر بودند. سابقه شخصی آتوپی در ۳ بیمار (۳/۵٪) وجود داشت. جمعاً در ۱۷ بیمار (۲۲٪) علتی برای کپیر شناخته شد که نتایج حاصل در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

حدود ۳۰٪ بیماران تشدید کپیر با غذا، ۲۰٪ تشدید با دارو (عمدتاً آسپرین و NSAIDs و بعد کدئین و پنی-سیلین) و ۲۷٪ عوامل سیکولوژیک (مثل هیجان و عصبانیت) را به عنوان عامل تشدید کننده کپیر بیان می‌کردند.

شایع‌ترین نوع کپیر، کپیر معمولی بود که به تنهایی در ۴۷٪ بیماران وجود داشت. کپیر فیزیکی خالص در ۲۲٪ بیماران و همراهی ۲ یا چند نوع کپیر در ۲۲٪ بیماران دیده شد. شایع‌ترین نوع کپیر فیزیکی، درموگرافیسم بود ولی کپیر فشاری نیز به طور شایع همراه سایر انواع کپیر وجود داشت. آنژیوادم در ۵۴٪ بیماران، همراه کپیر و در ۲/۵٪ بیماران به تنهایی وجود داشت و ۱۹٪ بیماران، درموگرافیسم مثبت داشتند. ۳/۶٪ بیماران آتوپیک بودند.

در کل، ۵۵٪ بیماران مبتلا به کپیر (اعم از حاد و مزمن) را خانم‌ها تشکیل می‌دادند که میانگین سنی ابتلا به کپیر ۳۱ سال بود. درموگرافیسم در ۱۷٪ بیماران مثبت بود و آنژیوادم در نیمی از بیماران وجود داشت.

مختلف دنیا در مورد کپیر انجام شده است. هدف مطالعه حاضر شناخت انواع مختلف کپیر، علل ایجاد کننده و تشدید کننده آن و نیز تعیین فراوانی آنژیوادم و درموگرافیسم بیماران مبتلا به کپیر مراجعه کننده به بیمارستان رازی تهران بود.

روش اجرا

مطالعه حاضر از نوع توصیفی و به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و متوالی است. محل و زمان مطالعه، درمانگاه‌های پوست بیمارستان رازی تهران در سال ۷۶ بوده است. روش مطالعه به صورت تکمیل پرسشنامه با اطلاعات حاصل از شرح حال، معاینه بالینی و در صورت لزوم بررسی‌های پاراکلینیکی و اطلاعات ثبت شده از بیماران، شامل موارد زیر بود: سن، جنس، مدت ابتلا، عوامل تشدید کننده (مثل دارو، غذا و عوامل سیکولوژیک)، انواع بالینی کپیر، وجود آنژیوادم و درموگرافیسم.

در کپیر مزمن علاوه بر موارد فوق، آزمایش‌های معمول شامل CBC, ESR, آزمایش ادرار و مدفوع در همه بیماران و برحسب ضرورت، بررسی‌های خاص نظیر آزمایش‌های عملکرد تیروئید، ANA, HBSAg, گرافی سینوس و غیره انجام شد.

یافته‌ها

از ۱۲۰ بیمار، ۳۸ مورد (۳۰٪) کپیر حاد و ۸۲ مورد (۷۰٪) کپیر مزمن داشتند.

کپیر حاد (کمتر از ۶ هفته):

۴۴٪ بیماران را خانم‌ها تشکیل می‌دادند. طیف سنی بیماران از ۹ ماه تا ۶۸ سال با میانگین سنی ۲۷ سال بود و عمده بیماران به ترتیب در دهه ۳ و ۲ و ۴ عمر بودند. شایع‌ترین نوع کپیر، کپیر

رازی تهران در سال ۱۳۷۶ بر اساس نوع کهیر و علل آن

مزمّن	حاد	نوع کهیر علل
۶	۸	عفونی بدون مصرف آنتی بیوتیک
-	۵	عفونی همراه با مصرف آنتی بیوتیک
۵	۴	مصرف داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی و کدئین
۳	۳	غذا
۱	۱	کهیر تماسی
۰	۱	سوختگی و بانداز
۱	۰	کهیر واسکولیتی در لوپوس
۱	۰	حساسیت به پروژسترون
۵۶	۱۶	نامشخص
۸۳	۳۸	جمع

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی گروهی از مبتلایان به کهیر است که به یک مرکز بیماریهای پوست مراجعه کرده‌اند و نتایج حاصل از این مطالعه با سایر مطالعات مقایسه می‌شود.

کهیر مزمن در خانم‌های میانسال شیوع بیشتری دارد که در مطالعه ما نیز ۶۰٪ بیماران خانم‌ها و عمدتاً در دهه ۳ و ۴ عمر بودند.

میانگین سنی ابتلا به کهیر مزمن بیشتر از کهیر حاد است به طوری که کهیر مزمن عمدتاً در دهه ۳ و ۴ ولی کهیر حاد عمدتاً در دهه ۳ و ۲ عمر شایع است. در مراجع مختلف نیز این طور عنوان می‌شود که کهیر حاد بیشتر در جوانان و همچنین در کودکان و کهیر مزمن در افراد بالغ دیده می‌شود.

کلاً در بیماران مبتلا به کهیر سابقه شخصی و فامیلی اتوپبی شایع‌تر از جمعیت عادی نیست (۳). هر چند در

کهیرهای آلرژیک مثل کهیر ناشی از آلرژی به غذا سابقه اتوپبی شایع است (۳). همچنین در بیماران با درماتیت اتوپیک فعال و تب یونجه، افزایش کهیرهای آلرژیک دیده می‌شود (۴). در افراد مبتلا به کهیر مزمن مطالعه‌ی ما ۳/۶٪ افراد اتوپیک بودند که این میزان در حدود شیوع اتوپبی در جامعه است.

علت تقسیم کهیر به دو گروه حاد و مزمن، اختلاف در نوع درمان و نیز اختلاف در یافتن علت ایجادکننده بین این دو گروه است به طوری که در کهیر حاد (کمتر از ۶ هفته از شروع کهیر) اغلب با شرح حال و معاینه‌ی بیمار می‌توان علت کهیر را مشخص کرد و به انجام آزمایشات در این بیماران نیازی وجود ندارد. در مطالعه‌ای علت ۴۰٪ کهیرهای حاد، عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی و ۹٪ داروها بودند و بقیه عمدتاً علت نامشخص داشتند ولی در کهیر مزمن حتی با بررسی‌های پاراکلینیکی در ۷۰-۹۰٪ موارد علت کهیر نامشخص می‌ماند (۶). لذا مراجع مختلف

روش‌های متفاوتی را برای برخورد با بیماران پیشنهاد می‌کنند. بعضی مطالعات آزمایش‌هایی مثل ESR, CBC و آزمایش مدفوع را در همه بیماران پیشنهاد می‌کنند ولی برخی نیز این‌ها را غیر ضروری می‌دانند. بعضی حتی گرافی سینوس و دندان و قفسه صدری و آزمایش‌های سرولوژیک زیگما را در همه‌ی بیماران جزو بررسی معمول قرار می‌دهند (۷-۹). ما در این مطالعه در کبیر مزمن تعدادی آزمایش‌های ساده معمول و کم هزینه را در همه‌ی بیماران و آزمایش‌های اختصاصی دیگر را فقط بسته به بیمار و نتایج حاصل از شرح حال و معاینه درخواست کردیم.

در مطالعه ما اختلاف بین دو نوع کبیر از نظر میزان تعیین علت ایجادکننده‌ی کبیر بارز بود به طوری که در کبیر حاد در ۵۸٪ موارد و در کبیر مزمن فقط در ۲۲٪ موارد عامل ایجادکننده کبیر شناخته شدند. علل ایجاد کبیر حاد عمدتاً عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی (با یا بدون مصرف همزمان آنتی‌بیوتیک)، مصرف داروها و غذاها بود. ولی در کبیر مزمن این علل شامل انواع عفونت‌ها (سینوزیت، انگلی، هپاتیت و واژینیت)، داروها و غذا، لوپوس و حساسیت هورمونی بود.

غذاها با مکانیسم‌های آلرژیک و فارماکولوژیک می‌توانند باعث آزادسازی هیستامین و ایجاد کبیر شوند (۲). هر چند بیماران به طور شایع کبیر را به غذاهای مختلف نسبت می‌دهند ولی در مطالعات دو سوبه کور این یافته چندان شایع نیست و کلاً غذاها سهم کمی را به عنوان عامل ایجادکننده‌ی کبیر در کبیر مزمن دارا هستند. در افراد آتوییک آلرژی‌های غذایی شایع‌تر است و می‌تواند عامل کبیر باشد.

داروها نیز با مکانیسم‌های آلرژیک و فارماکولوژیک مختلف می‌توانند عامل کبیر باشند. داروهایی که در ایجاد کبیر دخالت دارند شامل آسپیرین و NSAIDها، گروه پنی‌سیلین، کلدین، دکستران، کورار، مرفین، سولفونامیدها،

سفالوسپورین‌ها هستند (۲). در مطالعه ما چه در کبیر حاد و چه مزمن تعدادی از بیماران، عامل ایجاد کبیر یا عامل تشدید آن را داروها می‌دانستند.

عوامل سیکولوژیک نیز در ۱/۳ بیماران در ایجاد کبیر نقش دارد به طوری که بعضی بیماران ایجاد کبیر و بعضی، تشدید آن را به عوامل روحی ربط می‌دهند. توجه این امر نیز می‌تواند آزادشدن مواد مختلف از جمله کاتکول آمین‌ها در زمان استرس باشد (۲).

کبیر را می‌توان به انواع معمولی، کبیر فیزیکی (که در ایجاد آن عوامل فیزیکی مثل فشار، نور، سرما، فعالیت و آب نقش دارد) و کبیر تماسی تقسیم کرد. مشخص کردن نوع کبیر از این نظر اهمیت دارد که گاه تعیین علت کبیر می‌تواند ما را از انجام بررسی‌های مختلف و انجام آزمایش‌های پر هزینه بی‌نیاز کند. مثل ایجاد کبیر میکروپاپولر یا کولینرژیک که به دنبال هیجان و ورزش یا کبیر فشاری که به دنبال پوشیدن لباس‌های تنگ یا نشستن و ایستادن طولانی ایجاد می‌شود (۱۰).

در مطالعه ما نیز در کبیر مزمن ۲۲٪ بیماران فقط یکی از انواع کبیر فیزیکی را داشتند و در همین تعداد علاوه بر کبیر معمولی بعضی انواع کبیر فیزیکی خصوصاً کبیر فشاری و درموگرافیسیم دیده شد.

آنژیوادم نامی است که برای توصیف تورم‌های عمقی‌تر درم و بافت زیر جلدی و زیر مخاطی به کار می‌رود. در مراجع مختلف، شیوع آنژیوادم را در کبیر مزمن به این صورت بیان می‌کنند که ۵۰٪ افراد، کبیر همراه با آنژیوادم، ۴۰٪ فقط کبیر تنها و ۱۰٪ فقط آنژیوادم دارند (۶). در مطالعه ما نیز ارقام، نزدیک به مقادیر فوق بود. به طوری که ۵۲٪ کبیر و آنژیوادم، ۲/۵٪ فقط آنژیوادم و بقیه فقط کبیر داشتند.

شیوع درموگرافیسیم در مراجع مختلف متفاوت ذکر می‌شود که از ۹-۵۰٪ تا ۲۲٪ در کبیر مزمن در مطالعات

از مجموعه‌ی مطالب فوق می‌توان به این نتیجه مهم رسید که مهم‌ترین عامل برای بررسی بیماران مبتلا به کهیر گرفتن شرح حال دقیق و معاینه‌ی بالینی است. اطلاعات پاراکلینیکی نقش کمتری را در تعیین علت کهیر دارا هستند.

منابع

- 1-Habif J (ed). Clinical dermatology. Edinburg: Mosby, 1996: 122-147.
- 2-Odom RB, James WWD, Timo BTG (eds). Saunders Company, 2000: 160-70.
- 3-Soter NH. Urticaria and angioedema. In: Freedberg IM, Eisen Az, Wolff K, et al (eds). Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1999: 1409-18.
- 4-Champion RH, Burton JL, Barns DA, et al (eds). Rook / Wilkinson / Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Sciences, 1998: 2113-39.
- 5-Sanford M, Goldstein D, Tharp M. Urticaria. In: Arndt KA, Robinson JK, LeBoit PE, et al (eds). Cutaneous medicine & surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 392-403.
- 6-Greaves MW. Chronic idiopathic urticaria. Curr Opin Clin Immunol 2003; 3: 363-68.
- 7-Ortonne JP. Chronic idiopathic urticaria for the generalist. Eur J Intern Med 2003; 14: 148-57.
- 8-Belaich S. Management of chronic urticaria. Presse Med 2003; 31: 868-69.
- 9-Zuberbier T. Urticaria. Allergy 2003; 58: 1224-34.

مختلف، است. عامل آن می‌تواند اختلاف در گزارش پاسخ ایجاد شده به دنبال مالش یا فشار به پوست باشد. ولی اکثر کتاب‌ها شیوع درموگرافیسیم را در افراد مبتلا به کهیر با افراد سالم یکسان می‌دانند (۴). در مطالعه ما کلاً در ۱۷٪ بیماران درموگرافیسیم مثبت بود.