

بررسی خصوصیات بالینی و دموگرافیک پدروس درماتیت در درمانگاه‌های پوست ساری از فروردین تا آبان ماه ۱۳۸۱

زهره حاج حیدری (M.D.)*

چکیده

سابقه و هدف : درماتیت پدروس، بیماری تاولی خود محدود شونده پوست است که به واسطه حشره ای کوچک متعلق به جنس پدروس ایجاد می‌گردد. پدین آزاد شده از حشره به هنگام له شدن یا کشیده شدن روی پوست منجر به درماتیت حاد ظرف ۲۴ ساعت می‌گردد. در ایران استان‌های شمال کشور (گیلان و مازندران) و به نسبت کمتر استان خوزستان به علت برخورداری از شرایط خاص آب و هوایی، زیستگاه مناسب‌تری برای پدروس می‌باشد و مشکلات فراوانی به دلیل شروع ناگهانی و سریع بیماری و نمای بالینی برای اهالی و توریست‌های منطقه ایجاد می‌کند.

این بررسی با توجه به شیوع بیماری در منطقه مازندران و معضلات ایجاد شده ناشی از آن و عدم انجام مطالعه‌ای مشابه در این زمینه و نداشتن اطلاعات کافی در مورد خصوصیات بالینی و همه‌گیری‌شناسی بیماری در این منطقه انجام شد. مواد و روش‌ها : مطالعه به روش توصیفی از فروردین تا آبان ماه ۱۳۸۱ بر روی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست بیمارستان‌های بوعلی سینا و امام خمینی ساری انجام پذیرفت که طی این مدت ۱۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها : در این مطالعه ۵۸ درصد بیماران زن و ۴۲ درصد مرد بودند. ۶۳ درصد بیماران در گروه سنی ۲۱-۴۰ سال قرار داشتند. بیش‌ترین مراجعه‌کننده در ماه‌های مرداد و شهریور بود (۲۵ درصد). ۸۲ درصد بیماران شهری و ۱۸ درصد ساکن روستا بودند.

شایع‌ترین محل گرفتاری، صورت (۴۳ درصد) و سپس اندام‌ها (۲۲ درصد) و تنه نادرترین محل گرفتاری به بیماری (۱۵ درصد) بود. یافته بالینی قرمزی و تورم (۵۱ درصد)، جوش چرکی (پوسچول) ۲۳ درصد و ضایعات تاولی ۱۶ درصد بود و پاپول کم‌تر از همه دیده شد. اکثراً ضایعات نامأنوس (Bizarre type) بودند. سوزش و خارش، شایع‌ترین علامت همراه (۴۱ درصد و ۲۹ درصد) و ۶ درصد بیماران بدون علامت بودند.

استنتاج : درماتیت پدروس بیماری شایعی در شمال ایران است که علی‌رغم ظاهر شدید و حاد آن خوش خیم بوده و اکثر بیماران در عرض ۲ هفته بدون عارضه بهبود می‌یابند. تنها درصدی از بیماران دچار هیپر پیگمانتاسیون گذرا می‌شوند. افزایش آگاهی جامعه در مورد این بیماری می‌تواند باعث کاهش آن شده و در ضمن آگاهی از این بیماری و یافته‌های بالینی آن از تشخیص‌های غلط و درمان‌های بی‌مورد جلوگیری می‌کند.

واژه‌های کلیدی : پدروس، درماتیت، بیماری تاولی، آب و هوا

* ساری : بلوار پاسداران، بیمارستان آموزشی بوعلی سینا

* متخصص پوست، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ تصویب: ۸۳/۵/۲۴

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۴/۱۴

تاریخ دریافت: ۸۲/۱۲/۲۳

مقدمه

درماتیت تاولی ناشی از سوسک‌ها نوعی از درماتیت حاد تحریکی است که با بثورات قرمز و تاولی به دنبال تماس با ماده شیمیایی تاول‌زای موجود در مایعات بدن سوسک‌ها ایجاد می‌شود. سه گروه بزرگ از این حشرات در ایجاد درماتیت تاولی نقش دارند. خانواده Meloidae و Oedemeridae به سبب آزاد کردن ماده تاول‌زای کانتاریدین باعث آسیب به پوست می‌شوند (۱) و گروه سوم از سوسک‌های تاول‌زا متعلق به خانواده staphylinidae (گونه پدروس) با واسطه ماده پدرین ایجاد تاول می‌کنند که از نظر شیمیایی از کانتاریدین مجزا می‌باشد (۲،۱).

هیچیک از این سوسک‌ها از طریق گزش یا نیش زدن ایجاد تاول نمی‌کنند بلکه ضایعات ایجاد شده توسط آنها به واسطه له شدن، فشار دادن یا کشیدن شدن حشره روی پوست ایجاد می‌شود (۲،۱). از نظر ریخت‌شناسی، حشرات گونه پدروس ده میلی‌متر طول داشته و دارای تنه باریک و سر سیاه و حداقل دو قطعه شکمی می‌باشند. رنگ قرمز تیره که از ناحیه سینه تا شکم حشره امتداد دارد، علامت کمک‌کننده می‌باشد. شرایط مساعد زیستی در شمال کشور، جمعیت نسبتاً زیادی از این حشرات را به وجود آورده و میزان تماس افراد با آنها افزایش می‌یابد. با وجود جنبه‌های مفید و فراوان این حشرات از نظر کنترل آفات کشاورزی (در مزارع برنج، پنبه و ذرت) عامل جلب توجه به آنها اهمیت پزشکی جنس پدروس در ایجاد عوارض پوستی، تحت عنوان درماتیت پدروس می‌باشد. ضایعات معمولاً به صورت بثورات قرمز و متورم ظاهر شده و سریعاً در عرض ۲۴-۱۲ ساعت ضایعات تاولی ایجاد می‌شود. تاول‌ها گاهی اوقات خطی هستند. (Whiplash dermatitis) (۶ تا ۸). یکی از وجوه مشخصه آن ایجاد ضایعات جدید در نواحی دیگر (Kissing lesions) به دنبال تماس با

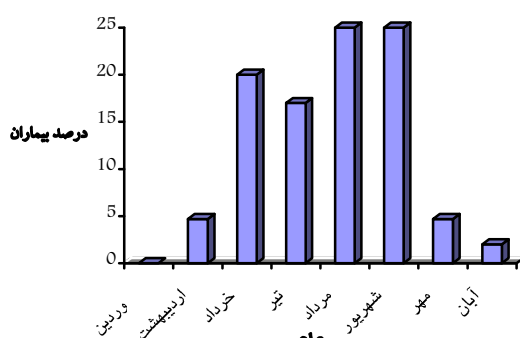
تاول می‌باشد (۲) ضایعات به دنبال پوسته ریزی و هیپر پیگمانتاسیون گذرا ظرف ۱۴-۱۰ روز التیام می‌یابد. تا کنون مطالعات متعددی در نقاط مختلف دنیا در مورد بیماری درماتیت پدروس انجام گرفته است. Satheeka و همکاران (۱۹۹۷) در یکی از بیمارستان‌های سریلانکا روی ۱۲۴ بیمار مبتلا به درماتیت پدروس مطالعه کردند. در این مطالعه شایع‌ترین محل درگیری سر و گردن و سپس اندام‌ها بودند و درد و سوزش، شایع‌ترین علامت بیماران گزارش گردید (۹). همچنین مطالعات مشابهی در ترکیه، مصر و نیجریه و استرالیا در مورد درماتیت پدروس انجام پذیرفته است (۱۰ تا ۱۳). زرگری و همکارانش (۲۰۰۳) نیز مطالعه‌ای بر روی ۱۵۶ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست در استان گیلان انجام داده‌اند که به بررسی خصوصیات بالینی و همه‌گیری‌شناسی بیماری پرداخته‌اند (۱۴). شیوع بیماری در بین اهالی منطقه مازندران، و معضلات ایجاد شده برای ساکنین و بویژه برای توریست‌ها و عدم مطالعه مشابه در این زمینه، لزوم بررسی این بیماری را جهت آشنایی بیش‌تر با خصوصیات بالینی و همه‌گیری‌شناسی آن در این منطقه توجیه می‌نماید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی که در درمانگاه‌های آموزشی شهر ساری از فروردین تا آبان ماه ۱۳۸۱ انجام پذیرفت، تعداد ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران توسط متخصص پوست مورد معاینه قرار گرفته و در صورت تشخیص این بیماری وارد مطالعه می‌شدند. مبنای تشخیص، علائم بالینی و شرح حال بیمار و در صورت لزوم نمونه‌برداری از ضایعات بود. وجه مشخصه بیماری شروع ناگهانی سوزش و خارش همراه یافته‌های پوستی شامل تاول و جوش چرکی در زمینه قرمز و متورم می‌باشد در نمونه‌برداری از ضایعات، یافته‌های بافت‌شناسی

شایع‌ترین محل درگیری به ترتیب صورت ۴۳ درصد، اندام‌ها ۲۲ درصد و گردن ۲۰ درصد و تنه ۱۵ درصد بود.

شایع‌ترین شکل ضایعات در حدود ۶۰ درصد نامأنوس و سپس خطی (۲۶ درصد) بودند.



نمودار شماره ۱: فراوانی بیمار در ماه‌های مختلف سال

بحث

درماتیت پدروس ناشی از تماس پوستی مخاطی با ماده پدیرین حشره پدروس می‌باشد. جنس پدروس شامل ۶۲۲ گونه حشره است که در منطقه گرمسیر و معتدل یافت می‌شود و انتشار جهانی دارد. شرایط مساعد زیستی در شمال کشور و همچنین کاربرد این حشره در مبارزه زیست‌شناختی با آفات برنج منجر به افزایش جمعیت آن گردیده که در نتیجه میزان تماس افراد با آنها افزایش می‌یابد. گونه *Paederus fuscipes curtis* دارای پراکندگی بیش‌تری نسبت به سایر گونه‌های بیماری‌زا در اغلب نقاط دنیا است. در ایران نیز نوع بیماری‌زای این جنس که غالباً در استان‌های شمالی و حاشیه دریایی خزر شایع و تحت عنوان دراکولا معروف است همان گونه (PFC) می‌باشد (۴). البته گونه‌های مختلف پدروس در دیگر نقاط کشور نیز یافت می‌شود. در جنوب ایران *Paederus ilsa Bernhaurt* و

در مرحله حاد شامل باقی ماندن هسته سلول‌های اپیدرمی سازنده کراتین همچنانکه این سلول‌ها از لایه قاعده‌ای تا لایه شاخی پوست بالا می‌آیند (Parakeratosis)، ادم بین سلولی در اپیدرم (Spongiosis)، نکروز اپیدرم و گاهی تخریب هسته و سلول، تاول‌های داخل اپیدرم و زیراپیدرم همراه با ارتشاح سلول‌های التهابی به میزان کم می‌باشد. برای هر بیمار چک لیستی حاوی اطلاعاتی از جمله سن، جنس، سابقه قبلی بیماری در فرد، سابقه فامیلی، ماه مراجعه بیمار، محل زندگی و همچنین محل، نوع و تعداد ضایعات و علائم همراه، تکمیل گردید و بیماران تحت درمان قرار گرفتند. در پایان مطالعه نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه (۵۸ درصد) زن و (۴۲ درصد) مرد و ۸۲ درصد ساکن شهر و ۱۸ درصد ساکن روستا و بیش‌ترین بیماری در ماه‌های مختلف در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است که بیش‌ترین ماه مراجعه مرداد و شهریور بود. بیماران مورد مطالعه در سه گروه سنی کم‌تر از ۲۰ سال، ۲۱ تا ۴۰ سال و ۴۱ تا ۶۰ سال قرار گرفتند که به ترتیب ۲۰، ۶۳ و ۱۷ درصد درگیر بیماری بودند. جوان‌ترین بیمار ۱۱ ساله و مسن‌ترین ۶۰ ساله بود.

۶۵ درصد بیماران سابقه قبلی بیماری را ذکر نمی‌کردند و برای اولین بار مبتلا شده بودند. ۲۰ درصد بیماران سابقه درگیری یکی از اعضای خانواده را داشتند.

۴۱ درصد بیماران سوزش، ۲۹ درصد خارش و ۲۴ درصد درد داشتند. ۶ درصد بیماران بدون علامت بودند. از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۵۱ درصد ضایعات قرمز و متورم، ۲۳ درصد جوش چرکی و ۱۶ درصد ضایعه تاولی و ۶ درصد پوسته‌ریزی و ۴ درصد پاپول داشتند.

بودند (۱۱). درصد بالای بیماران زن بیانگر اهمیت دادن به بیماری و درمان آن از طرف خانم‌ها می‌باشد.

بیش‌ترین سنین ابتلا به بیماری گروه سنی ۴۰-۲۱ سال (۶۳ درصد) می‌باشد که می‌توان گفت حضور فعال این گروه سنی در جامعه و تماس بیش‌تر آنها در محیط باعث افزایش شیوع بیماری در این گروه می‌باشد. از طرف دیگر این امر با هرم سنی جامعه ایران مطابقت دارد.

اگرچه بیش‌ترین احتمال تماس در طول شب و در اماکن مسکونی است، تماس با پدروس و وقوع عوارض مربوطه در طول روز نیز در محل‌های زندگی حشره به خصوص در مزارع و سواحل رخ می‌دهد.

۶۵ درصد بیماران فاقد سابقه قبلی بیماری بودند. در گیلان نیز ۴۷ درصد برای اولین بار مبتلا شده بودند. شروع ناگهانی بیماری و سیر سریع و نمای بالینی بیماری باعث ترس و وحشت بیماران بدون سابقه قبلی و مراجعه بیش‌تر آنها به پزشک می‌گردد.

۲۰ درصد بیماران نیز سابقه فامیلی مثبت را در یکی از اعضا خانواده متذکر بودند. در مصر و گیلان به ترتیب ۱۰ و ۵۰ درصد سابقه فامیلی مثبت داشته‌اند.

بیش‌تر ضایعات در مناطق باز بدن مشاهده شدند. صورت، شایع‌ترین محل گرفتاری (۴۳ درصد) بوده و سپس گرفتاری اندام‌ها ۲۲ درصد و گردن ۲۰ درصد و تنه ۱۵ درصد دیده شده است. در سایر مطالعات ترتیب درگیری اعضای بدن به همین منوال گزارش گردیده است. علت نادر بودن گرفتاری تنه به علت پوشیده بودن آن است.

یکی از محل‌های درگیر در صورت، چشم و بافت اطراف آن بوده که البته در سایر مطالعات نیز گزارش گردیده است. درگیری چشم به دلیل انتقال ماده سمی از سایر قسمت‌ها توسط تماس با انگشتان می‌باشد. علایم درگیری چشم شامل قرمزی، تورم چشم و بافت اطراف

Paederus iliensis coiffait دو گونه اصلی هستند. در مطالعاتی که در سربلانکا، ترکیه و نیجریه انجام شده است نیز گونه اصلی عامل بیماری را PFC بیان کرده‌اند (۹، ۱۰، ۱۲).

در این مطالعه بیش‌ترین شیوع در ماه‌های مرداد و شهریور بوده است که با مطالعه انجام شده در گیلان مطابقت داشته است (۱۴). علت شیوع بیماری در تابستان ناشی از حداکثر فعالیت حشره (اردیبهشت تا شهریور) است. در ضمن میزان افزایش یا کاهش جمعیت این حشره در طول فصل علاوه بر خصوصیات زیستی و تکرار نسل آن بستگی به عوامل آب و هوایی، بویژه رطوبت دارد. تمام مراحل زندگی PFC به خشکی هوا حساس بوده و در اثر کاهش رطوبت براحتی از بین می‌رود. بدین ترتیب اگرچه احتمال وقوع پدروس درماتیت از اواسط بهار تا اواسط پاییز وجود دارد، مواقعی که جمعیت این حشره بیش‌تر می‌باشد احتمال ابتلا بیش‌تر خواهد شد. در منطقه سربلانکا دو دوره اوج شیوع بیماری گزارش گردیده است که یکی آذر و دی ماه و دیگری، اردیبهشت و خرداد ماه بوده است و ناشی از شرایط آب و هوایی آن منطقه می‌باشد. پرواز شبانه و تحرکات روزانه پدروس در تمام فصل به شدت رطوبت و درجه حرارت هوا بستگی دارد (۵).

بیش‌ترین مراجعه کنندگان از مناطق شهری بوده‌اند که البته این موضوع نمی‌تواند بیانگر شیوع بیش‌تر آن در مناطق شهری باشد. با بررسی‌های به عمل آمده مشخص گردید که روستاییان به دلیل تماس مکرر با حشره، شناخت بیش‌تری از بیماری داشته و عمدتاً درمان‌های اولیه را خود انجام می‌دهند.

بیش‌ترین بیماران مراجعه کننده خانم‌ها بودند (۵۸ درصد) که با مطالعه انجام شده در گیلان مطابقت دارد (۱۴)، اما در مصر هر دو جنس به نسبت مساوی درگیر

سپس قرار گرفتن در معرض نور خورشید^۳ و درمانیت کانتاریدین اشتباه گردد. اگرچه پزشکان بومی با این بیماری آشنا می‌باشند، سایر همکارانی که در مناطق دیگر زندگی می‌کنند با این بیماری آشنایی کافی نداشته و همین امر باعث می‌شود تا این بیماری را به عنوان یکی از ضایعات پوستی غیر معمول در افرادی که به مناطق آلوده مسافرت نموده‌اند، در نظر بگیرند که باعث تشخیص‌های غلط و درمان‌های بی‌مورد می‌گردد. شروع ناگهانی علائم همراه با ضایعات تاولی و نمای خطی ضایعات و Kissing ulcers از علائم کمک کننده برای تشخیص بیماری می‌باشد.

درمان‌های مختلفی برای بیماری استفاده می‌گردد که از جمله می‌توان تخلیه تاول‌ها و استفاده از کمپرس‌های سرد و مرطوب و استروئیدهای موضعی و در صورت عفونت ثانوی، آنتی بیوتیک موضعی و در صورت خارش، آنتی هیستامین را نام برد. اکثر بیماران طی ۲ هفته بدون عارضه بهبود یافتند. تنها درصدی از بیماران، هیپرپیگمانتاسیون ناشی از ضایعات قبلی را به همراه داشتند. درمانیت علی‌رغم ظاهر شدید و حاد آن خوش خیم بوده و بهترین شیوه کنترل عوارض ناشی از آن احتراز از تماس با آن می‌باشد. افزایش آگاهی جامعه درمورد این حشره و آموزش‌های لازم در مورد بیماری، علایم و روش‌های پیشگیری توسط مراکز بهداشتی- درمانی به مردم باعث جلوگیری از ابتلا می‌گردد. در ضمن اقداماتی مانند نصب توری، خاموش کردن لامپ‌های فلورسنت در زمان حداکثر فعالیت حشره در طول شب باعث کاهش تماس با حشره می‌گردد و توصیه می‌شود در صورت مشاهده حشره در قسمتی از بدن، بدون ضربه و آسیب به حشره، آن را به آرامی دور نمود تا از ایجاد عوارض مربوطه پیشگیری شود.

آن است که تحت عنوان درمانیت پری اوربیتال بیان می‌گردد.

شایع‌ترین علائم، سوزش ۴۱ درصد و خارش ۲۹ درصد بود و ۶ درصد بیماران فاقد علامت بودند. در سریلانکا ۶ درصد بیماران تورم غدد لنفاوی و ۸ درصد تب و علائم عمومی داشتند (۹). ولی در هیچیک از بیماران بررسی شده در این مطالعه علائم عمومی مشاهده نگردید. قرمزی و تورم در ۵۱ درصد بیماران، جوش چرکی ۲۳ درصد و ضایعات تاولی، ۱۶ درصد، پوسته‌ریزی ۶ درصد و پاپول ۴ درصد دیده شد که با سایر گزارش‌ها مطابقت دارد. علت ایجاد علائم و ضایعات پوستی تماس پوست با سم پدرین می‌باشد که منجر به درمانیت تماسی حاد در عرض ۱۲ تا ۳۶ ساعت می‌گردد. سم پدریس باعث مهار سنتز پروتیین و میتوز می‌گردد. تماس با سم پدریس طیفی از تغییرات بافت‌شناسی از نکروز اپیدرم و تاول‌های داخل و زیراپیدرم و عدم پیوستگی بین سلول‌های اپیدرم^۱ در مراحل حال تا ضخیم شدگی لایه سلول‌های خاری اپیدرم^۲ و ارتشاح سلول‌های التهابی به میزان کم را در پی دارد که توجه کننده علایم بالینی می‌باشد.

شایع‌ترین شکل ضایعات، Bizarre type بود که به دنبال قرار گرفتن مستقیم حشره روی بدن و یا رفتن لابلای لباس‌ها و رختخواب و تلاش بیمار برای دور کردن حشره بواسطه له شدن حشره، بانحاء مختلف سم پدرین با پوست بدن تماس می‌یابد و اکثراً در محل تماس ضایعات ایجاد می‌شود.

تظاهرات بالینی درمانیت تاولی ممکن است با سایر بیماری‌های تاولی مانند تب خال، زونا، سوختگی‌های حرارتی، سلولیت اطراف چشم، درمانیت تماسی آلرژیک، درمانیت ناشی از تماس با بعضی از گیاهان و

3. Phytophotodermatitis

1. Acantholysis
2. Acanthosis

در اینجا لازم می‌دانم از آقای دکتر حسامی رستمی متخصص پوست که در ارجاع بیماران همکاری نموده‌اند و همچنین از آقای دکتر غلامرضا شفیعی که در بخش اول مطالعه همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایم.

از محدودیت‌های این پژوهش انجام آن در شهرها و عدم بررسی دقیق در روستاها است و همچنین به دلیل عدم مراجعه مجدد بیماران امکان پیگیری بعد از درمان دشوار می‌باشد.

سپاسگزار

فهرست منابع

1. Richard B.O, William D.J, Timothy G.B. Andrews. *Diseases of the skin clinical dermatology*. Ninth ed. Philadelphia: W.B. saunders company. 2000: 558.
2. Burns D.A. Diseases caused by arthropods and other noxious animals .In: Champion RH, Burton J.L, Burns. D.A, editors. *Rook. Text book of dermatology*. London: 6th ed. Oxford: black well scientific publications, 1998: 1447-8.
3. Boroni G., V. Brazzelli and M. pavan. paederus fuscipes dermatitis. *Ann. J of Derm.* 1991. 13(5).
4. جانبخش، ب و ع، اردلان، مطالعات مقدماتی درباره بعضی حشرات خانواده استفلنیده و ضایعات پوستی حاصل از آن. *مجله بهداشت*. جلد ۶ شماره ۲، صفحات ۷۰-۶۷- ایران، ۱۳۶۵.
5. نیکدل مصطفی، تیرگی سیاوش، بررسی خصوصیات زیستی و رفتار بیماری‌زایی سوسک‌های دراکولا در منطقه رامسر، *مجله پژوهش و سازندگی* ۱۳۷۷. ش ۳۹. ۱۹-۱۴.
6. Lehmann CF. Pipkin JL, Ressimann AC. Blister beetle dermatosis. *Arch Dermatol* 1995; 71: 36-8.
7. Kerdel-Vegas F, Goihman-Yahr M. paederus dermatitis. *Arch Dermatol* 1966; 94: 175-85.
8. Nicholls DSH, christmas T1, Greig DE. Oedemrid blister beetle dermatosis a review. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 815-19.
9. Satheeka D.Kamaladadas, Perera W.D.H, Weeratunge L. An outbreak of paederus dermatitis in a suburban hospital in Sri Lanka, *International Journal of Dermatology*, 1997; 36: 34-36.
10. Sendur N, Karaman G, Bozkurt E, Basak O. Paederus Dermatitis: A Report of 38 cases in Aydin, Turkey, *Journal of the European Academy of Dermatology*, 1998; 11(2): 206-207.
11. Abdel Hafez K. Rove beetle (paederus) dermatitis, *Journal of the European Academy of Dermatology*, 1998 Sep; 11(2): 129.
12. George A.O, Falope Z.F. An epidemic of paederus dermatitis in southern Nigeria, *Contact Dermatitis*, 1989 Apr; 20(4): 314-316.
13. Banney L.A., Dominic J.W, Francis G.D. Whiplash rove beetle dermatitis in

central Queensland, *Australian Journal of Dermatology*, 2000 Aug; 41(3): 162.

northern Iran: A report of 156 cases, *International Journal of Dermatology*, 2003 Aug; 42(8): 608-612.

14. Zargari O, Kimyai Asadi A, Fathalikhani F, Panahi M. Paederus Dermatitis in