

بررسی بیماری تیناوریسیکالر

دکتر مهین مقدمی*

خلاصه

در یک بررسی که به مدت ۲ سال در سرویس قارچ‌شناسی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت، ۱۰۸۴ بیمار با ضایعات مشکوک قارچی مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۳۲۹ نفر به تیناوریسیکالر (*Tinea versicolor*) مبتلا بودند که در میان آنان، عفونت در یک مورد (۳/۵ درصد) در یک زن و شوهر؛ در دو مورد (۶ درصد) در افراد هم‌خون (پدر و پسر، و مادر و دختر)؛ در ۴ مورد (۲/۱ درصد) ضایعات توام تیناوریسیکالر و اریتراسما (*Erythrasma*) در ناحیه‌ی کشاله‌ران و بالاخره دو مورد (۶/۵ درصد) ضایعات توام تیناوریسیکالر و درماتوفیتوزیس (*Dermatophytosis*) در ناحیه‌ی صورت و کشاله‌ران مشاهده گردید.

شیوع بیماری بیشتر در مردان (۱۹۵ مورد یا ۷/۵۷ درصد) و در گروه سنی ۲۰ تا ۴۵ سالگی (۶۷/۵۰) مشاهده شد و شایعترین محل ابتلا نیز ناحیه‌ی تنه (۳۱/۶۲ درصد) بود.

مقدمه

بر روی پوست، بخصوص در نواحی چرب بدن، مانند صورت و تنه وجود، دارد (۲). و تحت شرایط مساعد از شکل مخمری ساپروفیتی به شکل رشته‌ای (میسلیال) بیماریزا تبدیل می‌شود (۷، ۸ و ۹). این ارگانیزم در طبقه‌ی شاخی پوست جایگزین شده و تغییرات مختصری را در ساختمانهای زیرین ایجاد می‌کند (۱). بیماری بیشتر در سنین بلوغ و میانسالی که مقدار ترشحات چربی و غلظت چربیهای سطحی پوست به حداکثر می‌رسد، دیده می‌شود (۱۱). در بچه‌ها میزان کم چربی موجب کاهش میزان وقوع آن می‌گردد (۲). تیناوریسیکالر دارای انتشار جهانی است و در نواحی گرمسیر شیوع بیشتری دارد (۱۲)، به طوری که در بعضی از مناطق با حرارت و

تیناوریسیکالر بیماری قارچی مزمن و بدون علامت طبقه شاخی پوست است که با ایجاد ضایعات بیرنگ یا رنگی، به رنگهای مختلف، مشخص می‌شود (۱).

ضایعات بیشتر در نواحی گردن، بازو، پشت و یا ممکن است در سایر نواحی بدن، بجز کف دست و پا، مشاهده شود. شکایت اصلی بیماران تغییر رنگ پوست و خارش خفیف یا شدید می‌باشد (۲). عامل بیماری قارچ لیپوفیلیک (چربی-دوست) پیتیروسپوروم اوربیکولر (*Pityrosporum orbiculare*) است (۲) که جزء فلور طبیعی پوست می‌باشد (۲) و می‌توان آنرا از پوست ۹۰ تا ۱۰۰ درصد افراد سالم جدا نمود (۴، ۵ و ۶). این قارچ به صورت ساپروفیت

جدول ۱. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به تیناوریسیکالر برحسب سن و جنس

جنس	مرد	زن	جمع	درصد
گروه‌های سنی به سال				
۰ تا ۱ (شیرخوار)	-	-	-	-
۲ تا ۵ (پیش مدرسه)	۱	۱	۲	۰/۶۰
۶ تا ۱۲ (دبستان و پیش از بلوغ)	۱	۲	۳	۰/۹۰
۱۳ تا ۱۹ (نوجوانی)	۴۸	۴۱	۸۹	۲۷/۰۵
۲۰ تا ۴۵ (جوانی)	۱۳۲	۹۰	۲۲۲	۶۷/۵۰
۴۶ تا ۶۵ (میانسالی)	۸	۵	۱۳	۳/۹۵
۶۶ به بالا (کهولت)	-	-	-	-
جمع کل	۱۹۰	۱۳۹	۳۲۹	۱۰۰

همچنین از تعداد موارد مورد بررسی در ۴ مورد (۱/۲ درصد) ضایعات توام تیناوریسیکالر و اریتراسما در ناحیه کتاله ران، در یک مورد (۰/۳ درصد) ضایعات توام تیناوریسیکالر و در ماتوفیتوزیس در ناحیه صورت و در یک مورد (۰/۳ درصد) نیز ضایعات توام تیناوریسیکالر و در ماتوفیتوزیس در ناحیه کتاله ران مشاهده گردید.

بحث

تیناوریسیکالر یکی از شایعترین بیماریهای قارچی است که انتشار جهانی دارد و در نواحی گرم و مرطوب بیشتر شایع است، به طوری که، مارپلس میزان شیوع (Prevalence) بیماری را در نواحی گرمسیر و تحت گرمسیر تا ۵۰ درصد

رطوبت بالا مانند Liberia یا Samoa در آفریقا تقریباً نصف جمعیت بالغین به این بیماری مبتلا می‌باشند (۱۴) و عامل بیماری در پوسته‌های حاصل از ضایعات به صورت یاخته‌های گرد و قمقمه‌ای شکل، با یا بدون جوانه، لوله‌زا یا رشته (میسلیوم) دیده می‌شود (۱۵). تیناوریسیکالر یک بیماری مسری نیست و همان‌طور که گفته شد تبدیل شکل ساپروفیتی به شکل بیماری‌زای آن بستگی به عوامل مستعد کننده دارد که حذف این عوامل بعید به نظر می‌رسد و به همین سبب بهبود آن مشکل است و معمولاً "به صورت یک بیماری مزمن در می‌آید، و نیز اینکه گفته می‌شود شیوع تیناوریسیکالر در افراد با بهداشت پایین شایع است درست نیست (۲).

روش و چگونگی بررسی، تعداد ۱۰۸۴ بیمار با ضایعات مشکوک قارچی که در طول ۲ سال (از تاریخ ۱۳۶۴/۱/۲۵ تا تاریخ ۱۳۶۶/۱/۲۵) به سرویس قارچ شناسی پزشکی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مراجعه کرده بودند تحت بررسی قرار گرفتند. از ضایعات مشکوک به تیناوریسیکالر به روش چسب اسکاچ (۱۶) نمونه برداری و با روش بلودومتیلن رنگ آمیزی شد.

نتیجه

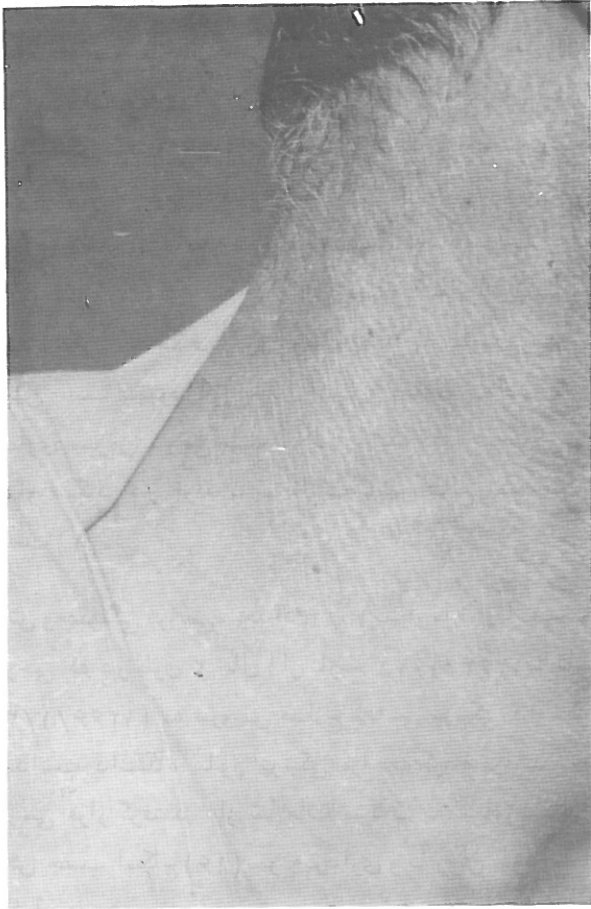
از ۱۰۸۴ بیمار مورد بررسی ۳۲۹ بیمار به تیناوریسیکالر مبتلا بودند که از این تعداد ۱۹۰ نفر (۵۷/۷ درصد) مرد و ۱۳۹ نفر دیگر (۴۲/۳ درصد) زن بودند (جدول ۱).

در مبتلایان به تیناوریسیکالر، ضایعات در ۲۰۵ مورد (۶۲/۳۱ درصد) در ناحیه تنه؛ در ۶۰ مورد (۱۸/۲۴ درصد) در ناحیه گردن، که در یک بیمار ضایعات التهابی با وزیکول همراه بود (شکل ۱). ۳۰ مورد (۹/۱۲ درصد) در ناحیه کتاله ران؛ ۱۲ مورد (۳/۶۵ درصد) در زیر بغل؛ ۱۰ مورد (۳/۰۴ درصد) در دست؛ ۵ مورد (۱/۵۲ درصد) در صورت که در یک بیمار ضایعات علاوه بر پیشانی در سر نیز وجود داشت (شکل ۲). ۵۰ مورد (۱/۵۲ درصد) در بازو، یک مورد (۰/۳ درصد) در سطح مخاط لب و یک مورد (۰/۳ درصد) در ناحیه تناسلی مشاهده شد (جدول ۲).

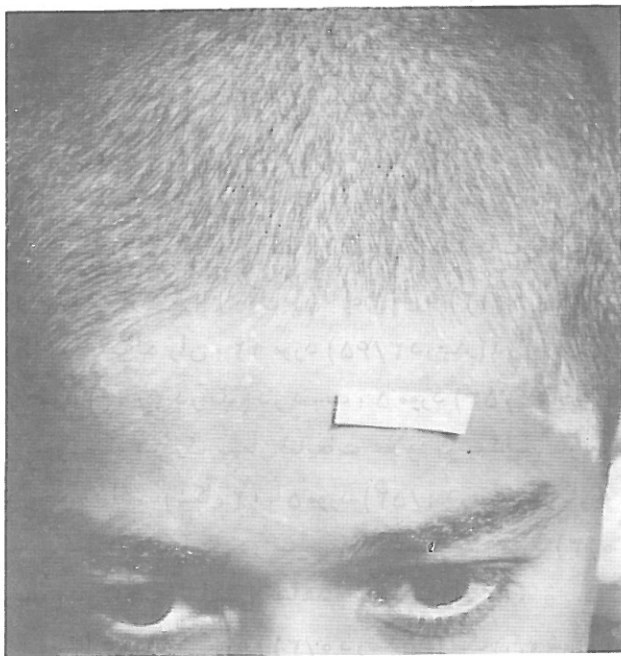
بیماری در یک مورد (۰/۳۱ درصد) در یک زن و شوهر؛ در یک مورد در یک مادر و دختر (۰/۳ درصد)؛ و در یک مورد (۰/۳ درصد) نیز در یک پدر و پسر مشاهده شد.

جدول ۰۲. توزیع فراوانی محل ابتلا در مبتلایان به تینا ورسیکالر

محل ضایعه	تعداد	درصد
تنه	۲۰۵	۶۲/۳۱
گردن	۶۰	۱۸/۲۴
کشاله ران	۳۰	۹/۱۲
زیر بغل	۱۲	۳/۶۵
دست	۱۰	۳/۰۴
صورت	۵	۱/۵۲
بازو	۵	۱/۵۲
مخاطب	۱	۰/۳۰
ناحیه تناسلی	۱	۰/۳۰
جمع کل	۳۲۹	۱۰۰



شکل ۰۱. ضایعات وزیکولی در ناحیه گردن



شکل ۰۲

ضایعات ناشی از تینا ورسیکالر در ناحیه پیشانی و سر

گزارش کرده است (۱۴). این بیماری در نواحی گرمسیر به صورت اندمیک وجود دارد (۱۷). در ایران نیز در نواحی جنوب (بندرعباس، بوشهر، کازرون، آبادان و اهواز)، در نواحی شمال (سخت سر، بابل و رشت)، و نیز سواحل دریاچه ارومیه این بیماری شیوع فراوان دارد (۱۸). بیماری در مردان بیشتر از زنان و یا مساوی با آنها مشاهده می شود، ولی به طور کلی تعیین میزان واقعی شیوع بیماری از نظر جنس مشکل است، زیرا در بیشتر بیمارانی که به علت تغییر رنگ پوست به پزشک مراجعه می کنند، ضایعات فقط از نظر زیبایی مورد توجه بیمار قرار می گیرد و این موضوع می تواند تنها عامل انسیدانس بالای عفونت در زنان در برخی از تحقیقات باشد (۱۹). در بررسی روبرت، میزان شیوع بیماری در مردان نسبت به زنان ۳ به ۲ گزارش شده است (۳). در بررسی نیکپور و همکاران در شیراز، این میزان در زنان در ۵۴ درصد موارد و در مردان در ۴۶ درصد موارد (۱۷) بوده است و در بررسی شیرون در شهسوار نیز میزان شیوع بیماری در زنان ۶۵ درصد و در مردان ۳۵ درصد است (۲۰). برخلاف مطالعات انجام شده در شیراز و شهسوار، در بررسی ما نیز شیوع بیماری در مردان بیش از زنان بود چنانکه از ۳۲۹ بیمار مبتلا به تینا ورسیکالر ۱۹۰ نفر (۵۷/۷ درصد مرد

از پیتی روسپوروم اوربیکولر را در فیلادلفیا گزارش کرده است (۲۳). در مطالعه ما هم، تنها در یک مورد ضایعات وزیکولی در ناحیه عفونته گردن مشاهده شد.

حساسیت به تیناوریسیکالر ممکن است توسط ژن‌ها انتقال یابد (۱۵) ولی انتقال از راه تماس جنسی بندرت صورت می‌گیرد، زیرا این بیماری مسری نیست (۱۹). در بررسی روبرت انتقال از راه جنسی در ۷/۵ درصد موارد (۳) گزارش شده است. در یک بررسی آینده‌نگر (prospectively) نیز که به وسیله فرگمن و همکاران صورت گرفت عفونت در افراد همخون در ۶/۷ درصد موارد، در دو مرد دوقلوی یک تخمکی (هموزیگوت)، در یک پدر و دختر و در ۲ برادر مشاهده شد. ولی، در هیچ موردی انتقال عفونت از راه تماس جنسی مشاهده نشد (۱۹). انتقال عفونت از راه تماس جنسی بر اثر تماس مستقیم است ولی در افراد هم خون که در یک محل زندگی می‌کنند به وسیله انواع پیتی‌وسپوروم اوربیکولر با ویرولانسی زیاد ایجاد می‌شود (۳). در این بررسی عفونت توام (کونژوگال) در یک زن و شوهر و در افراد هم خون، در یک پدر و پسر و در یک مادر و دختر مشاهده شد.

در بعضی موارد عفونت تیناوریسیکالر با سایر عفونت‌های قارچی همراه است. کامالام و همکاران سه مورد عفونت توام در ماتوفیتوزیس و تیناوریسیکالر را گزارش کردند. به نظر آنان قارچ چربی دوست مالاسزیا فورفور *Malassezia furfur* قادر به رشد فرصت طلبانه در همان نواحی است که قارچ‌های چربی‌زای (لیپوژنیک) در ماتوفیت‌ها رشد می‌کنند (۲۴). اسکاپنر و همکاران نیز عفونت توام در ماتوفیتوزیس و اریتراسما را در ناحیه کشاله‌ران گزارش کرده‌اند، ولی ارتباط دو ارگانیزم با یکدیگر در نواحی چین‌دار بدن تاکنون مشخص نشده است (۲۵). در بررسی ما نیز در ۴ مورد (۱/۲ درصد) ضایعات توام تیناوریسیکالر و اریتراسما در ناحیه صورت و کشاله‌ران مشاهده شد.

و ۱۳۹ بیمار (۴۲/۳ درصد) زن بودند. تیناوریسیکالر، تمام گروه‌های سنی را مبتلا می‌کند اما در بیشتر موارد بیماری در تازه بالغین مشاهده می‌شود (۳). در زمان بلوغ و میانسالی مقدار ترشحات چربی و غلظت چربی‌های سطحی پوست به حداکثر خود می‌رسد، در نتیجه بیماری در این سنین بیشتر دیده می‌شود (۱۱)؛ به طوری که در یک بررسی که توسط فرگمن و همکاران صورت گرفت عفونت در کودکان کمتر از ۵ سال دیده نشده، اما در افراد ۱۵ ساله انسیدانس بالایی از بیماری (۹۳ درصد) مشاهده شد (۲۱). در مطالعه نیکپور و همکاران در شیراز، سن مبتلایان از ۱۵ تا ۳۳ سال مشاهده شده (۱۷) و در بررسی شیرون در شهسوار از ۱۵ تا ۲۴ سال (۴۸ درصد) (۲۰) گزارش شده است. در بررسی ما نیز در بیشتر موارد، بیماری در گروه سنی ۲۰ تا ۴۵ سالگی یا جوانی (۶۷/۵۰ درصد) و در مرحله بعدی در گروه سنی ۱۳ تا ۱۹ سالگی یا نوجوانی (۲۷/۰۵ درصد) مشاهده شد.

ضایعات تیناوریسیکالر محدود به نواحی سیوره‌ای یا پر چربی پوست بدن می‌باشد. در نواحی گرمسیر که حرارت و رطوبت بالاست ضایعات معمولاً "در ناحیه صورت دیده می‌شوند (۱۴). و در نواحی معتدل معمولاً محدود به تنه می‌باشند که ممکن است به دست‌ها نیز تسری یابند. ابتلای نواحی چین‌دار بدن (کشاله‌ران و زیر بغل) اغلب شایع، ولی ابتلای صورت و پوست سر نادر است (۳). در این بررسی نیز در اغلب موارد (۲۰۵ مورد یا ۶۲/۳۱ درصد) ضایعات در ناحیه تنه بود و تنها در یک مورد ضایعات علاوه بر صورت در سر نیز مشاهده شد.

همان طور که قبلاً گفته شد به غیر از تغییر رنگ پوست و خارش مختصر، ناراحتی دیگری در بیماران مشاهده نشد. بندرت ممکن است فولیکول‌های مو نیز مبتلا شده و ضایعات وزیکولی ایجاد شود (۲۲). پتر، ۷ مورد فولیکولیت ناشی

مراجع

1. Rippon J W: Medical Mycology, Second Edition Philadelphia, W.B.Saunders, 1981, pp 140-145
2. Faergemann J, Fredriksson T: Tinea versicolor. Some new aspects on etiology, pathogenesis and Treatment. International Journal of Dermatology , 121: 8-11, 1982
3. Roberts SOB: Pityriasis versicolor: A clinical and Mycological investigation. Br J Dermatol 81: 315, 1969
4. Gordon M A: Lipophilic yeastlike organisms associated with Tinea versicolor. J Invest Dermatol 17: 267, 1951
5. Faergemann J, Bernander S: Tinea versicolor and Pityrosporum orbiculare. A mycological investigation. Sabouraudia 17:171,1979
6. Roberts SOB: Pityrosporum orbiculare: Incidence and distribution on clinically normal skin. Br J Dermatol 81: 264, 1969
7. Faergemann RA, Wilson DR, Maibach HI: Skin occlusion. Effect on pityrosporum orbiculare, skin Pco2, PH, Transepidermal water Loss and water content. Arch Dermatol Res 275: 383-387, 1983
8. Hellgren L, Vincent J: The incidence of Tinea versicolor in central Sweden. J Med Microbiol 16: 501-502, 1983
9. Tanaka M, Imamura S: Immunological studies on Pityrosporum genus and Malassezia furfur. The Journal of Investigative Dermatology 73:321-324, 1979
10. Pierard J, Docky P: The Ultrastructure of Tinea versicolor and Malassezia furfur. International J of Dermatology 11,2:116-124, 1972
11. Catteral MD: Tinea versicolor. A reappraisal. International Journal of Dermatology 2:84-85, 1980
12. El.Gothamy Z: Amino acid metabolism of Malassezia furfur. Annales de Parasitologie 3:359-361,1981
13. Marples MJ: The incidence of certain skin diseases in western Samoa: A preliminary survey. Trans Roy Soc Trop Med Hyg 44:319,1950
14. Brinkman A : Zum vorrkommen von Dermatomykosen in Liberia. Tropenmed Parasitol 25:350,1974
15. Maheswari Amma S: A Mycological study of Tinea versicolor. Indian J Med Res 74: 372-379, 1981
16. Keddie F orr A liebes D: Direct staining on vinyl Plastic tape: Demonstration of the cutaneous flora of the epidermis by the strip method. Sabouraudia 1:108-111, 1961

17. Nikpoor N, Leppard B: Fungal diseases in Shiraz. *raniavi Medical Journal* 9,1: 27-49, 1978
۱۸. مسعود امامی، پریش کرد بچه، مهین مقدمی و فریده زینی: "قارچ‌شناسی پزشکی". انتشارات دانشگاه تهران ۱۳۶۵، ص ۹۵-۱۰۰
19. Faergemann J, Fredriksson T: Tinea versicolor with regard to seborrheic dermatitis. *Arch Dermatol* 115: 966-968, 1979
۲۰. هاشم شیرون "بررسی بیماری تیناوریسیکالر در شهسوار" پایان نامه برای دریافت درجه فوق لیسانس بهداشت عمومی ام، پی، اچ در رشته پاتوبیولوژی، دانشگاه تهران، دانشکده بهداشت، ۴۸-۱۳۴۷
21. Faergemann J, Fredriksson T: Age incidence of *Pityrosporum orbiculare* on human skin, *Acta Derm Venereal* 60(6):531-533, 1980.
22. Chandler FW, Kaplan W, Ajello L: *The Histopathology of Mycotic Diseases*, Wolfe Medical Publications LTD, 1980, pp 120-121
23. Potter BS, Burgoon CF, Johnson WC: *Pityrosporum Folliculitis*. *Arch Dermatol* 107:388-391, 1973
24. Kamalam A, Thamniah AS: A study of 3891 cases of Mycoses in the Tropics. *Sabouroudia* 14:129-148, 1976
25. Schlarppner OLA, Rosenblum GA et al: concomitant erythrasma and dermatophytosis of the groin. *British Journal of Dermatology*, 100:147-151, 1979