

پاسخ به Patch test در مبتلایان به درماتیت تماسی و آتوپیک

*دکتر جواد گلچای (MD)^۱ - دکتر سعید رجبزاده (MD)^۱ - دکتر کاترین کیاوش (MD)^۱ - دکتر عباس درجانی (MD)^۱ -

دکتر شهریار صدر اشکوری (MD)^۱ - دکتر نرگس علیزاده (MD)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، خیابان سردار جنگل، بیمارستان رازی

پست الکترونیک: dr.golchai@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۷/۱۲ تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۱/۲

چکیده

مقدمه: آگزمای تماسی بیماری شایع التهابی پوست است که از تماس پوست با مواد مختلف با دو مکانیسم تحریکی و آلرژیک ایجاد می شود. هر چند شرح حال و معاینه فیزیکی در تشخیص عامل ایجاد بیماری کمک کننده است ولی به علت گستردگی عوامل، مواد حساسیت زای موجود در محیط به آسانی شناسایی نمی شود. Patch test مناسب ترین روش تشخیصی آگزمای تماسی آلرژیک است و استفاده مناسب از آن می تواند اشتباهات تشخیصی را در این بیماران کاهش دهد.

هدف: تعیین فراوانی مواد حساسیت زای پوستی در مبتلایان به درماتیت تماسی و آتوپیک مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت مواد و روش ها: طی یک بررسی توصیفی - مقطعی تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی و آتوپیک که مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت طی ۲۲ ماه توسط ۲۴ ماده حساسیت زای سری استاندارد اروپایی Patch test شدند و بعد از ۲۴، ۴۸، ۷۲ ساعت واکنش ها ارزیابی شد. سپس داده ها جمع آوری و توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد. نتایج: در ۱۰۰ بیمار مورد ارزیابی، ۳۶ مورد واکنش مثبت Patch test مشاهده شد که میانگین سنی آنها ۳۰/۶۷ سال با انحراف معیار ۱۰/۸۵ سال بود. شایع ترین محل، دست (۸۶٪) و شایع ترین مواد حساسیت زای، نیکل سولفات (۲۰٪) و پتاسیم دی کرومات (۹٪) بود، در این بررسی تنها ۶ ماده حساسیت زای (۲۵٪) از مجموع ۲۴ ماده حساسیت زای در جمعیت مورد مطالعه مثبت شد. نتیجه گیری: نیکل سولفات و پتاسیم دی کرومات شایع ترین مواد حساسیت زای تماسی در بیماران مورد مطالعه بودند.

کلید واژه ها: آلرژن ها / تست های پوست / درماتیت آتوپیک / درماتیت تماسی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۶، صفحات ۲۸-۲۲

مقدمه

درماتیت یا آگزما بیماری شایع التهابی پوست است (۵/۴٪) درماتیت تماسی التهاب پوست ناشی از تماس با مواد موجود در محیط است که می تواند به صورت حاد یا مزمن ظاهر نماید و حدود ۴ تا ۷ درصد موارد مراجعه به متخصصین پوست را تشکیل داده و شایع ترین نوع درماتوز شغلی است (۱ و ۲). مواد حساسیت زای می توانند با دو مکانیسم تحریکی یا آلرژیک، ایجاد درماتیت تماسی نمایند. درماتیت تماسی تحریکی شایع تر از نوع آلرژیک بوده ولی پیش آگهی نوع آلرژیک وخیم تر است (۳). علایم بالینی هر دو نوع درماتیت مشابه بوده و بر اساس مرحله درماتیت به شکل حاد، تحت حاد و مزمن بروز می کند. تنها افراد محدودی که زمینه ژنتیک خاصی دارند مستعد ابتلا به درماتیت تماسی آلرژیک هستند؛ اما تمام افراد جامعه

در خطر ابتلا به نوع تحریکی هستند. زنان نسبت به مردان حساس تر نیستند ولی به علت مصرف مواد آرایشی و بعضی مواد حساسیت زای نظیر لانولین احتمال بروز حساسیت در آنها بیشتر است (۴). شرح حال و معاینه فیزیکی تا حدودی در تشخیص عامل ایجاد بیماری کمک کننده است ولی نحوه زندگی و عادات فردی مختلف بیماران با توجه به نژاد و موقعیت جغرافیایی و گستردگی عوامل محرک، باعث می شوند که مواد حساسیت زای موجود در محیط به آسانی شناسایی نشوند. همچنین میزان حساسیت و نوع مواد حساسیت زای شایع از جامعه ای به جامعه دیگر و نیز در یک جامعه طی زمان در حال تغییر است. برای اولین بار Jadassohn در سال ۱۸۹۶ برای تشخیص مواد حساسیت زای از Patch test استفاده کرد. این آزمایش یک

جنسی و تفاوت احتمالی مواد حساسیت‌زای منطقه، این مطالعه با هدف تعیین پاسخ مبتلایان به درماتیت تماسی و آتوپیک به Patch test مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، بیماران مبتلا به درماتیت تماسی و آتوپیک (بر اساس معاینه بالینی و شرح حال) با سنین بالاتر از ۱۲ سال همراه یا بدون وجود بیماری فعال در زمان معاینه که در سال‌های ۸۵-۱۳۸۳ به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. این افراد پس از حصول اطمینان از نداشتن درماتیت فعال در ناحیه پشت‌تنه با کسب فرم رضایت‌نامه و تکمیل فرم پرسشنامه برای انجام Patch test وارد مطالعه شدند. بیمارانی که طی ۳ هفته گذشته استروئید خوراکی بیش از ۲۰ میلی‌گرم روزانه یا استروئید موضعی در پشت مصرف کرده بودند وارد مطالعه نشدند. ۲۴ ماده حساسیت‌زا از سری استاندارد اروپایی (Hermal, Germany) به صورت جداگانه روی Finn chamber قرار گرفتند. به طوری که حداقل ber = تست آلومینیومی کم عمقی است که در واحدهای ده‌تایی، پنج‌تایی یا منفرد روی چسب scanpor چسبانده شده است.

نیمی از سطح تست‌ها پر شدند. سپس مواد حساسیت‌زا در قسمت فوقانی پشت بیمار در یک طرف به مدت ۲۴ ساعت چسبانده شدند. به بیمار توصیه شد که طی این ۲۴ ساعت از انجام استحمام و فعالیت بدنی شدید که منجر به تعریق شدید شود، خودداری نماید. پس از ۲۴ ساعت چسب‌ها باز شده و نتایج براساس دستورالعمل International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG) پس از ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت به شرح زیر خوانده و ثبت شد (۳). (منفی) = بدون واکنش. (+) = پاپول

آزمون پوستی است که برای تعیین نوع مواد حساسیت‌زای تماسی مورد استفاده قرار می‌گیرد و نسبت به آزمون و خطای بالینی روش بهتری است. در این آزمایش مواد حساسیت‌زا با غلظت معین و در یک پایه مناسب توسط نوارپولی‌اتیلنی روی پوست پشت بیمار قرار داده شده و با چسب ضدحساسیت محکم می‌شود و پس از ۲۴ ساعت برداشته شده و نتایج ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت پس از تماس خوانده می‌شوند. از آنجا که امکان آزمون تمام مواد حساسیت‌زا وجود ندارد معمولاً مواد حساسیت‌زای شایع‌تر را با هم به عنوان سری غربالگری در Patch test به کار می‌برند. سری‌های غربالگری متعددی وجود دارند که سری استاندارد اروپایی (European Standard Series (ESS) حاوی ۲۴ ماده حساسیت‌زا، یکی از معتبرترین آنهاست (۳). بررسی‌های متعددی با استفاده از این سری استاندارد انجام گرفته است. مطالعه‌ای با شرکت ۲۲۲ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی و آتوپیک در سال‌های ۸۲-۱۳۷۲ در یک کلینیک تخصصی پوست در تهران با استفاده از سری استاندارد اروپایی انجام شد که نیکل سولفات شایع‌ترین ماده حساسیت‌زای تماسی در بیماران مورد مطالعه بود (۵). در بررسی مشابه در بیمارستان رازی تهران که توسط دکتر نصیری کاشانی انجام پذیرفت نیز شایع‌ترین ماده حساسیت‌زای تماسی در ۲۲۳ بیمار مورد مطالعه نیکل سولفات بود (۷). در پژوهشی در هند نیکل سولفات و پتاسیم‌دی‌کرومات بیشترین شیوع را در جمعیت مورد مطالعه داشتند (۱۳). در مطالعه دیگری که در بیمارستان عمومی ماساچوست طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۷ روی ۶۰۸ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی صورت گرفت، شایع‌ترین مواد حساسیت‌زا، نیکل سولفات، مواد معطر و خوشبو و پتاسیم‌دی‌کرومات معرفی شد (۱۰). با توجه به تفاوت جامعه گیلانی از نظر توزیع سنی و

۱۲٪ مردان و ۲۴٪ زنان دارای واکنش مثبت بودند ($P < 0/05$). میانگین سنی افراد با و بدون واکنش مثبت به ترتیب $31/9 \pm 11/9$ و $30/4 \pm 12/1$ سال بود و تفاوت معنی دار آماری از نظر واکنش مثبت در گروه‌های سنی مورد مطالعه وجود نداشت.

شایع‌ترین محل درگیری درماتیت در افراد با و بدون واکنش مثبت به Patch test ناحیه دست‌ها بود. واکنش به نیکل سولفات در زن‌ها و به دی‌کرومات پتاسیم در مردها شایع‌تر بود ($P < 0/05$). افراد شاغل بیشتر به دی‌کرومات پتاسیم و کلرید کبالت واکنش نشان دادند ($P < 0/05$). ارتباط معنی داری بین شغل و موارد مثبت آزمون مشاهده نشد.

در افراد با و بدون سابقه آتوپیی از نظر نوع واکنش اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه بر اساس

ایندهکس MOAHLFA

مشخصه	تعداد (درصد)
M مرد	۲۶ (۲۶٪)
O ارتباط شغلی	—
A درماتیت آتوپیک	۱۱ (۱۱٪)
H درگیری دست	۸۶ (۸۶٪)
L درگیری پا	۴۴ (۴۴٪)
F درگیری صورت	۲۷ (۲۷٪)
A سن بالای ۴۰ سال	۲۲ (۲۲٪)

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ مثبت در Patch test بر حسب نوع ماده و به تفکیک جنس در ۱۰۰ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی یا آتوپیک

جنس	مواد حساسیت زا	
	مرد	زن
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نیکل سولفات	۲۰ (۲۰٪)	۱۶ (۱۶٪)
پتاسیم دی‌کرومات	۷ (۷٪)	۲ (۲٪)
بالم پرو	۵ (۵٪)	۴ (۴٪)
کبالت کلرید	۳ (۳٪)	۱ (۱٪)
فراگراس میکس	۱ (۱٪)	۰
اپوکسی رزین	۱ (۱٪)	۰

اریتماتو. (+۲) = وزیکول. (+۳) = واکنش گسترده همراه زخم و کراست.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون مربع کای دو و با سطح معنی داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

۱۰۰ بیمار (۷۴ زن، ۲۶ مرد) با میانگین سنی $30/67$ سال (حداقل ۱۳ و حداکثر ۵۷ سال) مبتلا به درماتیت تماسی و آتوپیک بررسی شدند. میانگین سنی بیماران زن و مرد به ترتیب 27 ± 10 و 39 ± 11 سال و میانگین زمان ابتلا به بیماری $45/86$ ماه بود. تشخیص‌های بالینی بیماران به ترتیب درماتیت تماسی تحریکی ۸۵ مورد (۸۵٪)، درماتیت تماسی آلرژیک ۱۳ مورد (۱۳٪) و درماتیت آتوپیک ۱۱ مورد (۱۱٪) بود.

شایع‌ترین محل درگیری در بیماران به ترتیب دست (۸۶٪)، ساق پا (۴۴٪)، صورت (۲۷٪) و درگیری سایر نواحی (۱۱٪) بود. مشخصات دموگرافیک مهم بیماران بر اساس ایندهکس MOAHLFA در جدول ۱ خلاصه شده است.

سابقه فردی هر نوع آتوپیی در ۲۵ مورد مثبت بود که از این میان ۸ نفر دچار آسم، ۱۵ نفر رینیت آلرژیک، ۱۰ نفر خارش و ۱۱ نفر درماتیت آتوپیک بودند (با لحاظ بعضی همپوشانی در این بیماران). ۳۶ مورد واکنش مثبت به Patch test مشاهده شد. از این میان نیکل سولفات با ۲۰ مورد، دی‌کرومات پتاسیم با ۹ مورد، پروبالسام با ۵ مورد کلرید کبالت با ۴ مورد، شایع‌ترین حساسیت‌زها محسوب شدند (جدول ۲).

مجموعاً ۴۰ بار حساسیت دیده شد که ۸ بار (۲۰٪) ارتباط قطعی با مواد در دسترس بیمار یافت شد. از این تعداد ۲۸ بیمار دارای شدت ۲ یا ۳ مثبت بودند. همچنین ۵ نفر به بیش از یک ماده حساسیت نشان دادند.

مطالعه کاشانی و همکاران ۵۳/۸٪، و در بررسی داودی ۶۵/۳٪ بود (۵). رقم به دست آمده در مطالعه حاضر از اغلب بررسی‌های داخلی و خارجی کمتر است که شاید به علت تعداد کمتر بیماران مورد مطالعه یا بیشتر بودن تعداد مواد حساسیت‌زا در بعضی مطالعات فوق باشد.

دست‌ها (۸۶٪) شایع‌ترین محل در ابتلا به اگزما بودند. این عدد همانند مطالعات قبلی داخلی و خارجی است (۴، ۶، ۸ و ۱۰) که خود بیانگر این مطلب است که دست محل قابل توجهی برای درماتیت تماسی تحریکی و آلرژیک است و مواد حساسیت‌زای مختلف می‌توانند باعث اگزما در دست شوند که البته به راحتی نیز قابل شناسایی نیستند. بنابراین انجام Patch test در مبتلایان به اگزمای دست برای شناخت مواد حساسیت‌زا و دوری از آن مفید است. اگزمای دست در بسیاری از مطالعات مرتبط با شغل بیمار بوده است که البته در مطالعه ما چنین ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۱۴، ۶). در مطالعه حاضر میزان واکنش مثبت در مردان ۱۳٪ و در زنان ۲۳٪ بود ($P < 0.05$) که هماهنگ با مطالعات قبلی داخلی بود (۷ و ۵). در گروه واکنش مثبت متوسط سن بین ۳۱/۹ با انحراف معیار ۱۱/۹ و در گروه واکنش منفی متوسط سن ۳۰/۴ با انحراف معیار ۱۲/۱ بود ($P > 0.05$) که برخلاف مطالعات قبلی تفاوت آن معنی‌دار نبود (۷ و ۵).

در مطالعه ما از نظر جنس از بین مواد حساسیت‌زاهای بررسی‌شده نیکل سولفات در زن‌ها و پتاسیم‌دی‌کرومات در مردها شایع‌تر بود ($P < 0.05$). شیوع بالای حساسیت به پتاسیم‌دی‌کرومات در اکثر دنیا احتمالاً مرتبط با نوع مشاغل غالب در مردها است. این میزان فراوانی مشابه با مطالعات داخلی و خارجی بود (۸، ۱۱ و ۱۴).

در این مطالعه بیشترین واکنش مثبت به مواد حساسیت‌زا به ترتیب نیکل سولفات (۲۰٪)، پتاسیم‌دی‌کرومات (۹٪)، بالسام پرو (۵٪)، کبالت کلرید (۴٪)، فرگرانس میکس

واکنش مثبت به مواد حساسیت‌زای سولفات نئومایسین، تیورام میکس، پارافیلین دی آمین، بنزوکائین، فرمالوئید، کلوفونی، کلیوکینول، ان-ایزوپروپیل-ان-فنیل-پارافیلین دی آمین، محلول الکی پشم، مرکا پتومیکس، پارابن میکس، پارا-ترت، بوتیل فنل فرمالدئید رزین، کوآترینوم ۱۵، ۵-کلرو-۲ میتل ایزوتیازولین-۲ میتل ایزوتیازولین-۱، مرکا پتوبنزوتیالزول، سسکوترین لاکتون میکس، پریمین دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین پاسخ مبتلایان به درماتیت تماسی و اتوپیک به Patch test در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی رشت و مقایسه آمار به دست آمده با مطالعات قبلی همکاران دیگر در داخل و خارج کشور انجام شد. در مطالعه حاضر، ۱۰۰ بیمار با ۲۴ مواد حساسیت‌زا از سری استاندارد اروپایی (ESS) ارزیابی شدند. متوسط سنی آنها ۳۰/۶۷ ($SD=10/85$) سال بود و ۷۴٪ بیماران زن بودند. در مقایسه با بررسی‌های همکاران دیگر در داخل کشور این ارقام هماهنگ بود (۸-۵).

در مطالعه NACDG متوسط سنی بیماران ۴۷ سال و محدوده سنی آنها ۴ تا ۹۶ سال بود (۸). در مطالعه حاضر دامنه تغییر سنی ۱۳ تا ۵۷ سال بود. این اختلاف شاید به این علت باشد که در کشور ما Patch test بیشتر در افراد جوان و میانسال به کار برده می‌شود (۷-۵). با افزایش سن از میزان واکنش‌های التهابی کاسته می‌شود ولی حساسیت به مواد حساسیت‌زای خاصی از قبیل حساسیت‌زاهای دارویی شیوع بیشتری پیدا می‌کند (۵).

در این مطالعه ۳۶٪ بیماران حداقل یک واکنش مثبت نشان دادند. این تعداد موارد مثبت در Patch test در مطالعه NACDG ۶۶/۵٪، در بررسی Sharma در هند ۶۵/۵٪، در گزارش‌های Albert از ماساچوست ۶۰٪، در

حساسیت‌زا بود و کبالت کلرید، پتاسیم‌دی‌کرومات و فرگرانس میکس و نئوماپسین سولفات جزء ۵ ماده حساسیت‌زای شایع بودند. تعداد مبتلایان و مواد حساسیت‌زای شرکت داده شده در مطالعات فوق نسبت به مطالعه ما بیشتر بود. این مواد حساسیت‌زا با توجه به مسائل اقلیمی و نژادی انتخاب می‌شدند و بیانگر این هستند که میزان حساسیت و نوع مواد حساسیت‌زای شایع از جامعه‌ای به جامعه دیگر و نیز در یک جامعه طی زمان در حال تغییر است و به عوامل مختلفی مانند میزان مصرف، حداکثر غلظت مجاز برای مصرف، ساختار جمعیتی از نظر سن، جنس و اشتغال بستگی دارد (۳).

با توجه به درصد پایین واکنش مثبت Patch test در مطالعه ما (۳۶٪) و با توجه به اینکه تنها ۶ ماده حساسیت‌زا از مجموع ۲۴ ماده حساسیت‌زای سری استاندارد اروپایی در جمعیت مورد بررسی ما مثبت شد؛ به نظر می‌رسد که این سری استاندارد برای استفاده در گیلان مناسب نیست و اضافه نمودن مواد حساسیت‌زای بیشتر متناسب با شرایط خاص منطقه مفید و راه‌گشا باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است.

(مواد خوشبو کننده و معطر) (۱٪) واپوکسی رزین (۱٪) بود و به بقیه مواد حساسیت‌زا واکنش مثبتی دیده نشد. در مطالعه‌ای از ترکیه، نیکل سولفات شایع‌ترین نوع مواد حساسیت‌زا بود و پتاسیم‌دی‌کرومات، پالادیوم و تیورام میکس در رده‌های بعدی قرار گرفتند. ابتلا به درماتیت تماسی در ۳۰٪ بیماران آن مطالعه ارتباط قطعی با شغل آنها داشته و اکثراً مردها در این گروه قرار داشتند. در مطالعه حاضر هیچ ارتباط معنی‌داری بین شغل و موارد مثبت Patch test مشاهده نشد. در این مطالعه متناسب با شرایط منطقه به تعداد مواد حساسیت‌زای ESS افزوده شده بود که این مورد باعث افزایش دقت آزمون در شناسایی مواد حساسیت‌زا شد (۱۴).

Sharma و همکارانش در هند از ESS برای انجام Patch test در بیماران خود استفاده نمودند که در نتیجه پتاسیم‌دی‌کرومات، نیکل سولفات و SQ-lacton بیشترین شیوع را داشتند. در هنگ‌کنگ پس از انجام Patch test در ۲۲٪ موارد مواد شوینده و صابون‌ها و در ۱۷/۳٪ داروهای طب سنتی چینی علت حساسیت بودند. مؤلفین مقالات فوق آشنایی درماتولوژیست‌ها را با انواع ترکیبات بومی لازم و ضروری دانستند. در این مطالعات نیز تغییر در تعداد مواد حساسیت‌زای ESS ضروری تشخیص داده شد (۱۲ و ۱۳).

شایع‌ترین مواد حساسیت‌زا در بررسی EL-Rab در عربستان توسط ESS نیکل سولفات، پتاسیم‌دی‌کرومات و کبالت کلرید بودند در این گزارش با توجه به ایجاد واکنش مثبت به اکثریت مواد حساسیت‌زا و اندک بودن نتایج منفی سری استاندارد اروپایی برای کاربرد در عربستان مناسب تشخیص داده شد (۱۶).

در مطالعات NACDG (۸)، کوهن و همکاران (۹)، Albert (۱۰) و Wetter و همکاران (۱۵) که در مناطق مختلف اروپا انجام شد، نیکل سولفات شایع‌ترین ماده

منابع

1. Wilkinson JD, Shaw S. Contact Dermatitis: Allergic. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (editors). Rook Textbook of Dermatology. Oxford; Blackwell Science, 2004: 733-820.
2. Habif TB(ed). Clinical Dermatology. St Louis; Mosby, 2004:57.
- 3- نصیری کاشانی، منصور؛ فیروز، علیرضا: پیچ تست و نکات عملی آن. فصلنامه بیماری‌های پوست، ۱۳۸۱، سال ششم شماره ۱، صص: ۴۲-۳۲.
4. Nassiri Kashani M, Gorouhi F, Behnia F, et al. Allergic Contact Dermatitis in Iran. Contact Dermatitis 2005;52:154-58.
- 5- داودی، مسعود؛ کریمی زارچی، علی اکبر؛ غفوری منش، سعید؛ [ودیگران]: فراوانی آلرژنهای پوستی در بیماران مبتلا به درماتیت تماسی. فصلنامه بیماری‌های پوست، ۱۳۸۳، سال هشتم شماره ۳، صص: ۷۰-۱۶۶.
- 6- طوسی، پرویز؛ حسین زاده، فاطمه؛ رحمتی رودسری، محمد؛ [ودیگران]: بررسی مبتلایان به آگزمای دست به روش Patch test. فصلنامه بیماریهای پوست، ۱۳۸۳، سال هفتم شماره ۴، صص: ۲۳۱-۶.
- 7- نصیری کاشانی، منصور؛ مرتضوی، حسین؛ [ودیگران]: بررسی فراوانی حساسیت تماسی در بیماران با درماتیت تماسی و اتوپیک به روش Patch test.
9. Cohen D E, Brancaccio R, Andersen D, Belsito DV. Utility of a Standard Allergen Series Alone in the Evaluation of Allergic Contact Dermatitis: A Retrospective Study of 732 Patients. J Am Acad Dermatol 1997; 36:914-18.
10. Albert MR. Patch Testing Reaction to a Standard Series in 608 Patients Tested From 1990 to 1997 at Massachusetts. Am J Contact Derm 1998; 9: 207-11.
11. Brasch J, Geier J. Patch Test Results in School Children. Results from the Information Network of Departments of Dermatology (IVDK) and the German Contact Dermatitis Research Group (DKG). Contact Dermatitis 1997;37:286-93.
12. Lee TY, Lam TH. Patch Testing of 490 Patients in Hong kong. Contact Dermatitis 1996;35:23-26.
13. Sharma VK, Chakvabarti A. Common Contact Sensitizers in Chandigarh, India. A Study of 200 patients with the European Standard Series. Contact Dermatitis 1998;38:127-31.
14. Akasya HE, Ozkaya BE. Patch Test Results in 542 Patients with Suspected Contact Dermatitis in Turkey. Contact Dermatitis 2002;46:17-23.
15. Wetter DA, Davis MD. Patch Test Results From the Mayo Clinic Contact Dermatitis Group, 1998-2000. Am J Contact Dermatol 2005;53:416-210.
16. El-Ra b Mo, Al-Sheikh OA. Is the European Standard Series Suitable for Patch Testing in Riyadh, Saudi Arabia?. Contact Dermatitis 1995; 33: 310-14.

Reaction to Patch Test in Patients with Clinical Diagnoses of Contact and Atopic Dermatitis

*Golchai J.(MD)¹-Rajabzadeh S.(MD)¹- Kiavash K.(MD)¹- Darjani A.(MD)¹- Sadr Eshkevari Sh.(MD)¹- Alizadeh N.(MD)¹

* **Corresponding Author:** Dermatology Department, Razi Hospital of Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E-mail: dr-golchai@yahoo.com

Received: 3/ Sep/ 2007 Accepted: 2/Jan/ 2008

Abstract

Introduction: Contact eczema is a common inflammatory skin disease; different materials with irritant and allergic mechanisms can produce this disease. Although history and physical examination are important in diagnosis of allergen, because of extent of several factors, environmental allergens, were not simply recognized. Patch test is an important diagnostic tool to confirm allergic contact dermatitis and can reduce mistake of clinical diagnoses.

Objective: Determine frequency of dermatic allergens in patients with contact or atopic dermatitis who were referred to Razi hospital in Rasht.

Materials and Methods: In a descriptive cross sectional study during 22 months, 100 patients with clinical diagnoses of contact and atopic dermatitis who referred to Razi hospital patch tested with European standard series containing 24 allergens. Their reactions were evaluated after 24, 48 and 72 hours after application of patch test. Data was collected and were analyzed by SPSS. ($P < 0.05$ was considered significant).

Results: Among 100 patients, positive patch test was seen in 36% which mean age of them was (30.67) years (SD=10.85).

The most common involved location was hand (86%) and most common allergens were Nickel sulfate (20%) and potassium dichromate (9%). In this study 6(25%) of all allergens showed positive reaction.

Conclusion: Nickel Sulfate and Potassium Dichromate were the most common contact allergens in our study.

Key words: Allergens/ Dermatitis Atopic/ Dermatitis Contact/ Skin Tests

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 66, Pages 22-28