

بررسی اپیدمیولوژی و نمای بالینی پسوریازیس بستری در بخش پوست

دکتر نرگس علیزاده (MD)^۱ - دکتر عباس درجانی (MD)^۱ - دکتر مونا پورعباس (MD)^۲

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات پوست، بیمارستان رازی رشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران

پست الکترونیک: dr.abbasdarjani@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۹/۲۶ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۷/۱۲/۰۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: پسوریازیس بیماری التهابی مزمن با پدیداری بالینی در پوست و مفاصل با واسطه ایمنی است که می‌تواند از دید روانی و اجتماعی آثار منفی برای بیمار همراه داشته‌باشد. شیوع آن، به طور چشمگیر بین مناطق مختلف جهان ناهمسان است.

هدف: بررسی اپیدمیولوژی و نمای بالینی بیماران پسوریازیس در بیماران بستری در بخش پوست بیمارستان رازی رشت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی و سرشماری بر همه بیماران دچار پسوریازیس بستری در بخش پوست بیمارستان رازی از اسفند ۱۳۹۰ تا اسفند ۱۳۹۵ انجام شد. از ۲۳۴ پرونده بیمار با پسوریازیس ۱۴ مورد به علت کاستی در ثبت اطلاعات از مطالعه حذف شد. در این بررسی اطلاعات متغیرهای سن، جنس، نوع پسوریازیس، محل درگیری، زمان آغاز، پیشینه خانوادگی، بیماری‌های همراه، همراهی با آرتریت، دچار شدن ناخن، نوع درمان، فصل مراجعه و عوامل تشدیدکننده در چارچوب چک لیست توسط پژوهشگر گردآوری و ثبت شد. تشخیص بیماری بر پایه معاینه بالینی و هیستوپاتولوژی توسط متخصص مربوطه بوده‌است. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 و آکاوای شد.

نتایج: از ۲۲۰ بیمار، ۵۳/۲ درصد مرد و ۴۶/۸ درصد زن بودند. بیشترین درصد پسوریازیس، نوع ولگاریس (۵۵ درصد)، سپس، نوع پوستولار (۲۶/۸ درصد) اریترودرمی (۱۲/۷ درصد) بودند و نوع فلکسورال با ۵/۵ درصد در رده بعدی قرار داشت. بیشترین درصد بیماران پسوریازیس سن شروع بیماری خود را پیش از ۲۰ سالگی باز نمودند و ۲۶/۴ درصد افراد پیشینه پسوریازیس در خانواده را داشتند. فشارخون و دیابت هر یک با ۲۰/۷ درصد، هیپرلیپیدمی با ۱۵/۴ درصد و بیماری‌های قلبی-عروقی با ۱۱ درصد به ترتیب بیشترین درصد ابتلای به انواع بیماری‌های همراه را تشکیل می‌دادند. ۲۶/۴ درصد بیماران، ضایعه جلدی با آرتریت همراهی داشت.

نتیجه‌گیری: نوع پسوریازیس ولگاریس بیشترین شیوع را داشت، از نظر جنس شمار مردان بیش از زنان بوده. بیشتر افراد پیش از ۲۰ سالگی شروع بیماری داشته و فشارخون و دیابت شایع‌ترین بیماری همراه بوده‌است.

کلیدواژه‌ها: آرتریت/ اپیدمیولوژی/ پسوریازیس

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۸ شماره (پبی درپی ۱۱۰) صفحات: ۷-۱

مقدمه

دارند (۴ و ۵). پسوریازیس در مناطق معتدل از حاره‌ای شایع‌تر است و در عرض‌های جغرافیایی بالاتر شیوع آن افزایش می‌یابد (۶ و ۷). علت پسوریازیس چند عاملی و دربردارنده یک روند پیچیده بین عوامل ژنتیکی و محیطی است. سن آغاز بیماری به طور میانگین نزدیک ۲۷ سالگی است اما می‌تواند از نوزادی تا هفتاد سالگی رخ دهد. در مورد شروع ضایعات، دو پیک سنی گزارش شده‌است. نخست در ۲۰-۳۰ سالگی و دومین پیک در ۵۰-۶۰ سالگی است. مطالعات در بریتانیا و اسپانیا نشان داده که شیوع پسوریازیس در بالای سن ۷۰ سالگی به طور محسوسی کاهش می‌یابد (۳ و ۸) برپایه بررسی‌ها، ۹۰-۳۵ درصد بیماران پسوریازیس پیشینه خانوادگی مثبت دارند.

تابلوی بالینی پسوریازیس مختلف بوده و شایع‌ترین نوع این بیماری، پسوریازیس ولگاریس است که به شکل پلاک‌های اریتماتوو پوسته‌دار نقره‌ای با پیرامون آشکار دیده می‌شود.

پسوریازیس بیماری التهابی شایع، مزمن با واسطه سیستم ایمنی است که از نظر بالینی گستره‌ای از خودنمایی پوستی را می‌تواند داشته‌باشد. گرچه پسوریازیس بیماری مزمنی است دوره‌هایی از بهبود و پیشرفت در سیر بیماری رخ می‌دهد. پسوریازیس در سراسر جهان وجود دارد. با این حال شیوع آن به طور چشمگیر متفاوت است. به طور کلی شیوع پسوریازیس در نزدیک ۲ درصد جمعیت جهان دیده می‌شود. گرچه این میزان در ایالات متحده و کانادا تا حدود ۴/۶ درصد هم گزارش شده است. در آفریقای غربی، آمریکای شمالی و آسیای شرقی و آسیای غربی بین ۰/۴ تا ۰/۷ درصد است (۱ و ۲) شیوع پسوریازیس با توجه به مطالعات اپیدمیولوژی با گذشت زمان در مقایسه با دیگر بیماری‌های خود ایمنی که میزان شیوع آنها افزایش یافته، تغییری نکرده (۳) و شیوع پایین در ژاپنی‌ها، اسکیموها، بومیان استرالیا و سرخپوستان آمریکا گزارش شده‌است. نژاد قفقازی بیشترین و نژاد سیاه‌کترین شیوع را

۱. مرکز تحقیقات پوست، بیمارستان رازی رشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران

۲. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران

در صورت کاستی در پرونده به ویژه بیماری‌های همراه و عوامل تشدید کننده با شماره تلفن بیمار که در پرونده ثبت شده بود تماس گرفته شد.

در این بررسی اطلاعات متغیرهای سن، جنس، نوع پسوریازیس، محل درگیری، زمان آغاز، پیشینه خانوادگی، بیماری‌های همراه، همراهی با آرتريت، ابتلای ناخن، نوع درمان، فصل مراجعه بیمار و عوامل تشدیدکننده در چارچوب یک چک لیست با گفتگو و معاینه توسط متخصصان پوست گردآوری و نوشته شد. بیماری زمینه‌ای و همراه براساس تشخیص پزشک یا مصرف دارو بود. اطلاعات با نرم‌افزار SPSS 18 واکاوی و از آمار توصیفی برای نشان دادن داده‌ها استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه از ۲۳۴ پرونده بیمار دچار پسوریازیس، ۱۴ مورد به علت نقص در ثبت اطلاعات از مطالعه حذف شدند و ۲۲۰ بیمار بررسی شدند.

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران تحت مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۱۱۷ (۵۳/۲)
زن	۱۰۳ (۴۴/۸)
سن (سال)	
<۱۰	۲ (۰/۹)
۱۱-۲۰	۴ (۱/۸)
۲۱-۳۰	۳۱ (۱۴/۱)
۳۱-۴۰	۶۵ (۲۹/۵)
۴۱-۵۰	۴۲ (۱۹/۱)
۵۱-۶۰	۳۶ (۱۶/۴)
>۶۰	۴۰ (۱۸/۲)
سن شروع بیماری (سال)	
<۲۰	۱۹۹ (۹۰/۵)
۲۰-۴۰	۲۱ (۹/۵)
>۴۰	۰ (۰)
سابقه ابتلاء در خانواده	
بلی	۵۸ (۲۶/۴)
خیر	۱۶۲ (۷۳/۶)
فصل بستری	
بهار	۵۵ (۲۵)
تابستان	۲۶ (۱۱/۸)
پاییز	۷۸ (۳۵/۵)
زمستان	۶۱ (۲۷/۷)

اسکالپ، آرنج، زانو، پره‌ساکرال و همینطور دست و پا بیشتر گرفتار می‌شوند. انواع دیگر بیماری شامل پسوریازیس قطره‌ای، پسوریازیس فلکسورال، پسوریازیس اریترودرمیک، پسوریازیس Pustular کف دست و پا را دچار و منتشر کرده است این بیماری افزون بر پوست، ناخن و مفاصل را نیز دچار می‌کند.

گواهان نشان می‌دهند که کارکرد دوسویه ژن‌ها و عوامل محیطی در ایجاد بیماری بسیار مهم‌ند. عوامل برانگیزاننده محیطی شامل تروما، عفونت‌ها بویژه عفونت‌های باکتریایی مانند استرپتوکوک و HIV، داروها مانند لیتیوم، آنتی مالاریا، بتابلاکر، NSAID، ACE inhibitorها، نور خورشید، عوامل متابولیک، هیپوکلسمی، عوامل پسیکوژنیک، الکل و سیگار هستند (۲).

تشخیص بیماری براساس نمای بالینی و هیستوپاتولوژی است. برای درمان بیماری روش‌های موضعی دربرگیرنده فرآورده‌های قطران یا tar، استروئیدهای موضعی، رتینوئیدهای موضعی، آنالوگهای ویتامین D و در صورت نیاز از درمان‌های سیستمی مانند نوردرمانی (فتوتراپی)، داروها همانند متوتروکسات خوراکی یا تزریقی، سیکلوسپورین، آسیترتین و درمان‌های بیولوژی کاربرد دارد (۳ و ۴).

چون عوامل محیطی و جغرافیایی در شیوع این بیماری دخیل است و با توجه به این که تاکنون مطالعات در زمینه این بیماری در ایران (۱۳-۹) و شمال کشور اندکی بوده، این مطالعه با هدف گردآوری اطلاعات پایه و زمینه‌ای برای استفاده در مطالعات پس از این انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی بر تمامی بیماران پسوریازیس بستری در بخش پوست بیمارستان رازی از اسفند ۱۳۹۰ تا اسفند ۱۳۹۵ انجام شد. انتخاب ورود بیماران برپایه داده‌های پرونده و تایید تشخیص نهایی در زمان ترخیص توسط یک نفر از اعضای هیات علمی، و در صورت لزوم یافته‌های آسیب‌شناسی بود.

۱۱۷ نفر (۲/۵۳ درصد) مرد و ۱۰۳ نفر (۸/۴۶ درصد) زن بودند. بیشترین درصد بیماران مبتلا به پسوریازیس در زمان بستری در رده سنی ۳۱-۴۰ سالگی قرار داشتند (۵/۲۹ درصد). میانگین سنی بیماران $69/44 \pm 15/51$ ساله با کمینه سن ۶ سالگی و بیشینه ۹۲ سالگی بود. جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافی بیماران مطالعه شده را نشان می‌دهد. ۹۰/۵ درصد بیماران سن شروع بیماری خود را پیش از ۲۰ سالگی باز نمودند.

۴/۲۶ درصد افراد سابقه ابتلای به پسوریازیس را در خانواده درجه اول داشتند. ۵/۳۵ درصد مراجعه‌ها در فصل پاییز بود. (جدول شماره ۱) تابلوی بالینی و درمانی بیماران در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بیشترین توزیع فراوانی (۵۵ درصد) در بیماران مربوط به پسوریازیس و لگاریس بود.

جدول شماره ۲. تابلوی بالینی و درمانی بیماران تحت مطالعه

تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)	متغیر
	ناخن		نوع بیماری
(۵۱/۳)۱۱۵	Pitting	(۵۵)۱۲۱	ولگاریس
(۱۲/۹)۲۹	ضخیم شدن ناخن	(۵/۵)۱۲	فلکسورال
(۲۹/۹)۶۷	انیکولیز	(۲۶/۸)۵۹	پوستولار
(۵/۸)۱۳	دیستروفی	(۱۲/۷)۲۸	اریترودرمیک
	نوع درمان**		ناحیه درگیر
(۵۶/۸)۱۵۰	متوتروکسات	(۳۰/۲)۱۴۳	اندام‌های تحتانی
(۷/۲)۱۹	RePUVA	(۲۹)۱۳۷	اندام‌های فوقانی
(۹/۸)۲۶	PUVA تراپی	(۲۴/۱)۱۱۴	سر و گردن
(۲۶/۲)۶۹	سایر داروها	(۱۶/۷)۷۹	تنه
	عامل تشدید کننده بیماری*		تعداد محل درگیری
(۴۳/۷)۶۹	مصرف مداوم سیگار	(۲۶/۴)۵۸	یک
(۶/۹)۱۱	مصرف مداوم الکل	(۴۲/۶)۹۴	دو
(۱۲)۱۹	عفونت	(۳۱)۶۸	سه یا بیشتر
(۲۰/۳)۳۲	سابقه اختلالات پسیکولوژی		همراهی آرتريت
(۱۴/۶)۲۳	مصرف داروهای تشدید کننده	(۲۶/۴)۵۸	بلی
(۱/۹)۳	تروما	(۷۳/۶)۱۶۲	خیر
(۰/۶)۱	بارداری		بیماری همراه*
		(۲۰/۷)۵۱	دیابت
		(۲۰/۷)۵۱	فشارخون
		(۱۱)۲۷	بیماریهای قلبی و عروقی
		(۱۵/۴)۳۸	افزایش چربی خون
		(۴/۵)۱۱	کم کاری تیروئید
		(۷/۳)۱۸	اضطراب
		(۲)۵	افسردگی

* از ۲۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس در مطالعه ۱۴۲ نفر بیماریهای همراه داشتند که بعضی از بیماران چند بیماری همراه داشتند و مجموعاً ۲۴۶ بیماری همراه مشاهده شد. از ۲۲۰ نفر مبتلایان به پسوریازیس در مطالعه ۱۳۶ نفر درگیری ناخن داشتند که در ۶۱ بیمار بیش از یک نوع درگیری ناخن مشاهده شد و مجموعاً ۲۲۴ مورد مشکلات ناخنی ثبت شد. ** از ۲۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس در مطالعه ۲۰ درصد بیماران دو نوع درمان مصرف داشتند که ۲۶۴ مورد دارویی ثبت شد. * از ۲۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس در مطالعه ۱۵۸ نفر نقش عامل تشدید کننده بیماری را بیان کردند.

بیشترین ناحیه گرفتار در بیماران، اندام‌های تحتانی (۲/۳۰ درصد)، سپس، اندام‌های فوقانی، سر و گردن و تنه بود. ۴/۲۶ درصد موارد تنها در یک ناحیه، ۷/۴۲ درصد در دو ناحیه و ۳۱ درصد موارد در سه ناحیه بدن یا بیشتر درگیر بودند. ۴/۲۶ درصد افراد همراهی آرتريت با پسوریازیس جلدی داشتند.

بیشترین ناحیه گرفتار در بیماران، اندام‌های تحتانی (۲/۳۰ درصد)، سپس، اندام‌های فوقانی، سر و گردن و تنه بود. ۴/۲۶ درصد موارد تنها در یک ناحیه، ۷/۴۲ درصد در دو ناحیه و ۳۱ درصد موارد در سه ناحیه بدن یا بیشتر درگیر بودند.

بر اساس شیوع توزیع پسونیازیس در نظر گرفته شده است، تیپ ۱ پیش از ۴۰ سالگی رخ می‌دهد و ۷۵ درصد موارد را در برمی‌گیرد و در بیشتر مواقع سخت است، در حالی که نوع ۲ بیشتر پس از ۴۰ سالگی رخ می‌دهد. در این مطالعه، کمابیش همه بیماران سن آغاز بیماری را پیش از ۴۰ سالگی باز نمودند، (۹۰/۵ درصد) پیش از ۲۰ سالگی و تنها ۹/۵ درصد بیماران پس از ۲۰ سالگی دچار پسونیازیس شده بودند. با توجه به این که بیشتر بیماران سن شروع قبل از ۴۰ سالگی داشتند به نظر می‌رسد فراوانی بیماری تیپ ۱ نسبت به تیپ ۲ در این مطالعه بیشتر باشد.

در بررسی ما بیشترین نواحی درگیر، به ترتیب اندام‌های تحتانی، اندام‌های فوقانی و سپس، نواحی سر و گردنی بودند حال آن که در مطالعه سلمانپور و همکاران (۱۱)، آرنج‌ها و زانوها، شایع‌ترین نقطه آغاز بیماری بودند (۷۵/۲۷ درصد) و اسکالپ و دست‌ها به ترتیب در جایگاه پسین قرار داشتند. پسونیازیس نوع ولگاریس بیش از ۵۰ درصد بیماران ما را در بر می‌گرفته است و مشابه مطالعات دیگر شایع‌ترین نوع بیماری بوده است (۱۶، ۱۵، ۱۱، ۷).

شیوع پیشینه خانوادگی در مطالعات مختلف بسیار متفاوت است. در پژوهشی در کشور نیجریه پیشینه خانوادگی تنها در ۵/۴ درصد بیماران مثبت گزارش شده که رقمی پایین‌تر نسبت به مطالعات دیگر است. Farber و همکاران بروز خانوادگی بیماری را در ۳۶ درصد بیماران خود گزارش کردند (۲۰ و ۱۹). فراوانی پیشینه خانوادگی مثبت در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه سلمانپور بیشتر بود (۱۱).

شیوع پیشینه خانوادگی مثبت در پسونیازیس کودکی در سنجنش با شروع پسونیازیس در بزرگسالان بیشتر است (۲۱). گرچه در بیماران ما بررسی ژنتیک انجام نشده ولی با توجه به سن شروع و شدت بیماری متوسط تا شدید شاید بتوان نتیجه گرفت در بیماران ما تیپ ۱ بیماری پسونیازیس شایع‌تر بوده است و انتظار می‌رفت فراوانی سابقه خانوادگی مثبت در آنها درصد بالاتری داشته باشد گرچه سبب آن می‌تواند ناآگاهی بیماران از ابتلای خانواده به دلیل تنوع اشکال بالینی پسونیازیس یا وجود انواع خفیف به ویژه در ناحیه سر یا

از ۲۲۰ بیمار پسونیازیس، ۱۴۲ نفر بیماری همراه داشتند که روی هم رفته ۲۴۶ بیماری همراه ثبت شد به طوری که ۳۶ مورد دو بیماری، ۱۷ نفر ۳ بیماری همراه و ۱۱ نفر ۴ یا بیشتر بیماری همراه داشتند (جدول شماره ۲).

پرفشاری خون، دیابت، هیپرلیپیدمی و بیماری‌های قلبی عروقی به ترتیب بیشترین درصد ابتلای به انواع بیماری‌های همراه بودند (جدول شماره ۲).

۶۱/۸ درصد درگیری ناخن در بیماران مورد مطالعه مشاهده شد. بیشترین اختلال ناخنی در بیماران pitting با ۵۱/۳ درصد بود (جدول شماره ۲). از ۲۲۰ بیمار پسونیازیس، ۱۳۳ نفر نقش عوامل تشدیدکننده بیماری را گزارش کردند. به طوری که ۱۰۸ بیمار دارای یک عامل تشدیدکننده و ۲۵ نفر دارای دو عامل تشدیدکننده بیماری بودند. روی هم رفته، ۱۵۸ عامل تشدیدکننده دیده شد.

بنا به جدول شماره ۲ بیشترین عوامل تشدیدکننده در بیماران به ترتیب مصرف همیشگی سیگار، اختلال پسیکولوژی و کاربرد برخی از داروها بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه فراوانی پسونیازیس در مردان بیش از زنان دیده شد که مشابه یافته sinniah است و با توجه به این که در هر دو مطالعه بیماران بررسی شده مطالعه بیمارستانی بودند، نمی‌توان آن را در جامعه همگانی کرد. (۵) در مطالعه sinniah افزون بر شیوع بیشتر پسونیازیس در مردان نسبت به زنان به افزایش موارد پسونیازیس در مردان نسبت به زنان با افزایش سن اشاره شده است. اما هیچ گواهی مبنی بر پخشایش دو مدلی در گروه‌های سنی مختلف گزارش نشده و تنها یک اوج در گروه سنی ۴۰-۶۰ ساله وجود داشت. دیگر مطالعات (۱۵) نیز کاهش شیوع پسونیازیس در افراد مسن به ویژه در سن بالای ۷۰ سالگی را نشان داده است (۱۶ و ۱۷). در مطالعه ADAM هم تعداد مردان، دو برابر زنان گزارش شد (۱۸). این نتایج به وارون مطالعاتی است که مطالعه جمعیتی یا بیماران سرپایی را بررسی کرده‌اند (۹ و ۱۴) Neimann و همکاران (۱۷)، در مطالعه خود مدعی شدند که پسونیازیس دو نقطه اوج سنی فعالیت دارد که بر همین پایه دو نوع الگو

برپایه مطالعه ما، پسوریازیس در مردان فراوانی بیشتری داشت و در بیشتر موارد سن شروع قبل از ۲۰ سالگی بوده است. آرتريت پسوریاتیک نیز در یک چهارم بیماران دیده شد. در این بررسی تنها بیماران بستری در بیمارستان رازی رشت بررسی شدند و بیماران سرپایی به سبب نگاهشته نشدن ویژگی‌های دموگرافی در پرونده‌های درمانگاه بررسی نشدند. بنابراین، نمی‌توان آن را شامل همه موارد بیماری در جامعه دانست. با توجه به این که تعدادی از بیماران با پسوریازیس متوسط و شدید سرپایی پی‌گیری می‌شوند، برای گردآوری اطلاعات این بیماران در سطح استان نیاز به طرح پژوهشی استانی دارد، بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در سطوح گسترده‌تر و با حجم نمونه بیشتر انجام شود. با توجه به عدم ثبت کامل عواملی چون محل سکونت، BMI، PASI، بررسی این عوامل در بیماران امکانپذیر نبود بنابراین، پیشنهاد می‌شود تا در پرونده بیماران بستری به نقش این عوامل اهمیت ویژه داده شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

اشکال آرتريت به تنهایی (بدون نشانه‌های جلدی پسوریازیس) باشد. درگیری ناخن در پسوریازیس شایع است و می‌تواند نخستین یا تنها محل درگیری در برخی بیماران باشد. مورفولوژی تغییر ناخن بر پایه میزان درگیری ماتریکس یا بستر ناخن و هیپونیکوم متفاوت است. درگیری ناخن در بیمارانی که آرتريت پسوریاتیک همزمان دارند شایع‌تر است (۷). گرچه در مطالعه ما فراوانی درگیری ناخن نسبت به مطالعه Bedi اندکی کمتر بود ولی دگرگونی مختلف ناخن کمابیش مشابه بدست آمده است (۲۲). در این مطالعه بیش از یک چهارم موارد دچار آرتريت همراه بودند حال آن که در یکی از مطالعات مشابه که جمشیدی و همکاران (۲۳) در زمینه فراوانی آرتريت پسوریاتیک انجام داده بودند، آرتريت پسوریاتیک در ۲۹ نفر (۱/۹ درصد) دیده شد. شیوع آرتريت پسوریاتیک در مردان ۱/۱۰ درصد بود که از دید آماری با زنان (۸/۷ درصد) تفاوتی نداشت. همچنین، درگیری ناخن در بیماران آرتريت پسوریاتیک شایع‌تر بود. هیچ‌گونه تفاوت معنی‌دار بین تایپ پسوریازیس در بیماران با و بدون آرتريت پسوریاتیک دیده نشد.

منابع

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, Cerroni L, Callen JP. *Dermatology*. v1. 4th ed. China; Elsevier, 2018:138.
2. Griffiths C, Barker J, Chalmers R, Bleiker T, Creamer D. *Rook's Textbook of Dermatology*. 9th ed. New York; John Wiley & Sons, 2016.
3. Basko-Piluska JL, Petronic-Rosic V. Psoriasis: epidemiology, natural history, and differential diagnosis. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2012; 2:67-76.
4. Jams DW, Berger T, Elston D. *Andrews' diseases of the skin. Clinical dermatology*. 12th ed. China; Elsevier, 2016: 190-191.
5. Sinniah B, Devi S, Prashant D. Epidemiology of Psoriasis in Malaysia: A Hospital Based Study. *Med J Malaysia* 2010; 65(2):112-114.
6. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(2):18-23.
7. Dogra S, Yadav S. Psoriasis in India: prevalence and pattern. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76(6):595-601.
8. Suite M. The epidemiology of psoriasis in a dermatology clinic in a general hospital in Port-of-Spain, Trinidad and Tobago, West Indies. *West Indian Med J* 2006 Dec; 55(6):399-402.
9. Ghorbani Birgani A, Feily A, Hakim A. Epidemiologic study of psoriasis and concomitant diseases among patients referred to dermatology clinic of Imam Khomeini hospital Ahvaz. *JJCDC* 2012; 1(2):1-9.
10. Shamsoddini S, Mehdizadeh T. Psoriasis and its demographic features in patients who attending to a treatment center of Kerman, Five years period. *Quarterly Kowsar Medical Journal* 1998; 3(4):30-35.
11. Salmanpour R, Aghaei Sh. A Descriptive Study of Patients with Psoriasis Admitted To Martyr Dr. Faghihi Hospital in Shiraz, 1990-2000. *Journal of Medical Research* 2002; 1(1) 33 - 38. [Text in Persian].
12. Omidian M, Pazyar N, Ghaleh-Taki Sh. Epidemiologic Study of Psoriasis Disease in Admitted Patients to Dermatology Ward of Ahvaz Imam Khomeini Hospital from 2005 to 2015. Doctoral thesis, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences,

Ahvaz, Iran, School of Medicine. 2017. No 1476. [Text in Persian].

13. Chang YT, Chen TJ, Liu PC, Chen YC, Chen YJ, Huang YL, Jih JS, Chen CC, Lee DD, Wang WJ, Lin MW, Liu HN. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm Venereol* 2009; 89(3):262-266.

14. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population based study. *J Am Acad Dermatol*. 2010 June; 62(6):979-87.

15. Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, et al. The prevalence of psoriasis in African Americans: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52(1):23-26.

16. Ferrandiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of Psoriasis in Spain. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2001; 15:20-23.

17. Neimann AL, Porter SB, Gelfand JM. Epidemiology of psoriasis. *Expert Rev Dermatol* 2006; 1(1):63-75.

18. Adam BA. Psoriasis in a hospital population. *Med J Malaysia* 1980; 34:379-374.

19. Farber EM, Nall L. Natural history of psoriasis in 5600 patients. *Dermatologica* 1974; 148:1-18.

20. Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 26:314-320.

21. Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26(4):321-325.

22. Bedi T R. Clinical profile of psoriasis in North India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1995; 61:202-5.

23. Jamshidi F, Bouzari N, Seirafi H, Farnaghi F, Firooz A. The prevalence of psoriatic arthritis in psoriatic patients in Tehran, Iran. *Arch Iran Med* 2008 Mar; 11(2):162-5.

Epidemiology and Clinical Features of Psoriasis Patients Admitted to A Dermatology Ward

Alizadeh N (MD)¹- *Darjani A (MD)¹- Porabbas M (MD)²

***Corresponding Address:** Skin Research Center, Razi Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email: dr.abbasdarjani@yahoo.com

Received: 17/Dec/2018 Revised: 25/Feb/2019 Accepted: 14/Apr/2019

Abstract

Introduction: Psoriasis is a chronic, immune-mediated, inflammatory disease which affects primarily the skin and joints. It occurs worldwide, but its prevalence varies considerably between different regions of the world.

Objective: To determine of epidemiologic aspects and clinical features of psoriasis among the patients admitted to a tertiary referral hospital.

Materials and Methods: This was a descriptive study reviewing all psoriasis patients hospitalized from March 2012 to March 2017 at the dermatology ward of tertiary Razi Hospital in Rasht, northern Iran. Of 234 patients 14 cases were excluded from the study due to paucity of data. Demographic and clinical data such as age, gender, location, type of psoriasis, time of onset, family history, comorbidities, accompanied by arthritis, nail involvement and type of treatment were gathered. Diagnosis of disease was based on clinical and histopathologic findings. Data were analyzed by SPSS version 18 software

Results: Among 220 patients entered into this study, 53.2% were men and 46.8% were women. The most popular types of psoriasis were psoriasis vulgaris (55%), pustular (26.8%), erythrodermic (12.7%) and flexural (5.5%). 199(90.5%) patients were under 20 years at the time of the onset of psoriasis and 26.4% having a positive family history of psoriasis. Hypertension and diabetes with 20.7% each, hyperlipidemia (15.4%) and cardiovascular disease (11%) were the most frequent comorbidities. 26.4% had arthritis.

Conclusion: Psoriasis vulgaris was the most prevalent type of the disease and men were more affected than women. The age of onset in most patients was under 20 years. Hypertension and diabetes were the most comorbidities among these patients

Conflict of interest: non declared

Key Words: Arthritis\ Epidemiology\ psoriasis

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 110, Pages: 1-7

Please cite this article as: Alizadeh N, Darjani A, Porabbas M. Epidemiology and Clinical Features of Psoriasis Patients Admitted to A Dermatology Ward. J of Guilan University of Med Sci 2019; 28(110):1-7. [Text in Persian]