

# بررسی فراوانی نسبی علانم پوستی در بیماران دیابتی منطقه اصفهان\*

دکتر علی اصیلیان<sup>۱</sup>؛ دکتر غلامرضا تیموری؛ دکتر مسعود امینی

## چکیده مقاله

**مقدمه.** دیابت یک بیماری مزمن و ناتوان کننده می باشد و در سیر خود ممکن است اعضای مختلفی از جمله پوست را مبتلا کند. از طرفی به علت اختلال در ایمنی سلولی، عفونتهای میکروبی و قارچی فرصت طلب ممکن است روی پوست این بیماران تظاهر کنند؛ لذا بررسی موجود برای اثبات یا نفی ضایعات پوستی در بیماران منطقه اصفهان انجام گرفت.

**روشها:** در این بررسی تعداد ۱۲۴۱ نفر دیابتی در مرکز دیابت امین مورد معاینه دقیق پوستی قرار گرفتند و علایم پوستی آنها در چک لیستی که حاوی ۲۴ علامت پوستی - که قبلاً همراه دیابت گزارش شده بود - بود، ثبت گردید. این مطالعه طولی، مدت ۴ سال طول کشید. و در پایان با استفاده از نرم افزار EPI-6 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**نتایج.** در این مطالعه نشان داده شد که علایمی، مثل: قرمزی شبیه باد سرخ، گاز گانگرن غیرکلستریدیال، آکانتوز نیگریکانس، اسکلو رادم دیابتی، هموکروماتوز، گزانتوم حاد و منتشر و کلاژنوز واکنشی سوراخ شونده در بیماران مورد بررسی، وجود ندارد. شیوع علایمی چون: کاندیدیازیس، نکروبیوز لیپوئیدیکا، قرمزی دیابتیک، تاول دیابتیک و لیپو دیستروپی ناشی از تزریق انسولین در دیابتیک های وابسته به انسولین (IDDM) در مقایسه با دیابتیک های غیروابسته به انسولین (NIDDM)، بیشتر است. شیوع علایمی مانند: منگوله گوشتی و فتو درماتیت در دیابتیک های غیروابسته به انسولین بیشتر از دیابتیک های وابسته به انسولین است. پیگمانتاسیون پوستی بعد از التهاب و ریزش موی ۱/۳ تحتانی ساق پاها در دیابتیک های این منطقه مشاهده شد. در حالی که در سایر مطالعات به آن اشاره ای نشده بود.

**بحث.** ضایعات پوستی در بیماران دیابتیک دارای شیوع نسبتاً بالایی هستند و گاهی اوقات ممکن است بعنوان کلید تشخیص برای دیابت باشند. لذا توجه و شناخت آنها می تواند مفید باشد.

درصد بیماران وابسته به انسولین بوده و نیاز به تزریق انسولین دارند. دیابت قندی را می توان مشابه سیفلیس قبل از پیدایش پنسیلین، به عنوان مقلد بزرگ قلمداد کرد که علایم و نشانه های آن ممکن است هر عضوی از بدن را فراگیرد. بنابراین برای متخصص پوست تعجبی ندارد که دیابت نه تنها پوست را می گیرد، بلکه علایم پوستی آن زیاد و متنوع می باشد. ضایعات پوستی در بیش از ۳۰٪ بیماران دیابتی در طول بیماری آنها ممکن است ایجاد شود (۲).

در مورد پاتوژنز بسیاری از ضایعات پوستی دیابت، یقین و اتفاق نظر وجود ندارد و این بدان علت است که هنوز اطلاعات ما در مورد اساس متابولیک دیابت ناکافی است. بسیاری از نشانه های پوستی دیابت براحتی بعنوان علایم تشخیص دیابت قلمداد می شوند و ضایعات سه گانه: تاول دیابتی، سندرم کاهش حرکات مفصلی و پوست مومی، و درموپاتی دیابتیک، واقعاً دیاگنوستیک دیابت هستند (۱).

بعضی از علایم پوستی به نظر می رسد به علت اختلاف اولیه دیابت و یا به علت عوارض عمده آن مثل اختلال عروقی و عصبی ایجاد شوند (R) و سایر علایم به علت اختلال ایمنی، تغییرات کلاژن و یا از عوارض درمان باشند. علایم و مسائل پوستی دیابت آنقدر زیاد و حائز اهمیت هستند که اخیراً در کتابی تحت عنوان علایم و مسائل پوستی دیابت انتشار یافته اند (۳).

بیماریهای پوستی همراه دیابت معمولاً بعد از بروز بیماری اولیه ظاهر می شوند ولی ممکن است همزمان با دیابت ظاهر شوند و یا سالها قبل از تشخیص دیابت وجود داشته باشند (۱).

هدف از این مطالعه تعیین توزیع فراوانی انواع علایم پوستی در بیماران دیابتیک منطقه اصفهان که تحت پوشش مرکز تحقیقات دیابت پژوهشگاه امین از خرداد ۷۱ لغایت شهریور ۷۴ بوده اند، می باشد.

## مقدمه

دیابت یک بیماری سخت و مزمنی است که میزان شیوع آن حدود ۸ درصد می باشد شایع ترین بیماری غددی محسوب می شود. در آمریکا تنها ۱۱ میلیون مورد شناخته شده بیماری وجود دارد (۱). ۱۰

\* این طرح به شماره ۷۲۰۰۶ دفتر هماهنگی امور پژوهش ثبت شده و هزینه آن از محل اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان پرداخت گردیده است.

۱- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشگاه امین، خیابان ابن سینا، اصفهان

روشها

جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم از سال ۷۴-۷۱ بودند. این بیماران بوسیله متخصص پوست معاینه و براساس چک‌لیست تنظیم شده بیه روش منظم، تمام قسمت‌های پوست، مو، ناخن و مخاط آنها مورد معاینه قرار گرفته بود و علائم مثبت آنها در چک لیست، نشاندار می‌شد. اگر علامتی دیده می‌شد که در چک لیست نبود، در پایین چک لیست یادداشت می‌شد. مطالعه از نوع توصیفی و نمونه‌گیری بصورت سرشماری و جمع‌آوری اطلاعات براساس فرم جمع‌آوری اطلاعات تنظیم شده بود.

پس از معاینه، بیمارانی که نشانه پوستی مشکوکی داشتند و نیاز به اثبات از نظر میکروبی، قارچی یا آسیب‌شناسی داشت، آزمایش مربوط به آن انجام می‌شد و نتایج در پرونده ثبت می‌گردید. لازم به ذکر است که در طول ۴ سال بیماران ممکن بود یک بار یا چند بار ویزیت گردند و در هر بار بیماران معاینه و در صورتی که درمانی برای بیماری پوستی قبلی انجام شده بود نتایج پیگیری هم در پرونده‌ها ثبت می‌گردید.

نتایج

نتایج را برحسب نوع دیابت تقسیم نموده‌ایم، به این صورت که دیابتیک‌های وابسته به انسولین (IDDM)، غیروابسته به انسولین (NIDDM) و غیروابسته به انسولین که دیابت آنها در سن پایین شروع می‌شود (MODY)، می‌باشند. (جدول ۱).

درصد شیوع ضایعات پوستی برحسب نوع دیابت در جدول ۲ ذکر گردیده است. طبق این بررسی ضایعات پوستی مانند قرمزی دیابتیک، عفونتهای قارچی سطحی پوست، تاول دیابتیک، نکروبیوز لیپونیدیکا، ویتیلیگو و واکنش انسولین در افراد دیابتیک وابسته به انسولین (IDDM) شایع‌تر از افراد دیابتیک غیروابسته به انسولین است و این اختلاف معنی‌دار می‌باشد. علایمی، مانند: منگوله پوستی (Skin-Tag) و فتودرماتیت در افراد دیابتیک.

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

نوع دیابت	جنس	زن	مرد	کل
IDDM		۱۱۱	۷۸	۱۸۰
MODY		۴۶	۲۱	۶۷
NIDDM		۶۰۲	۲۸۲	۹۸۴
جمع کل		۷۶۰	۳۸۱	۱۲۴۱

بحث

در مطالعه حاضر که روی ۱۲۴۱ بیمار دیابتی انجام شد بعضی

جدول ۲. توزیع درصد فراوانی شیوع انواع ضایعات پوستی در بیماران

نوع ضایعات پوستی	نوع دیابت	IDDM	NIDDM	جمع
گانگرن		۰/۸	۰/۸	۱/۶
قرمزی دیابتیک		۲/۸	۲/۷	۶/۵
گرانولوم حلقوی منتشر		۰	۰/۴	۰/۴
عفونت کاندیدا آلبیکنس		۱۵	۱۲	۲۷
عفونتهای قارچی غیرکاندیدا		۲/۵	۲	۶/۵
نکروبیوز لیپونیدیکا		۱/۵	۰/۴	۱/۹
تاول دیابتیک		۵/۳	۱/۹	۷/۲
خارش		۲۴/۵	۳۷	۶۱/۵
کاهش حرکات مفصلی و پوست مومی		۱/۵	۲	۳/۵
ویتیلیگو		۵	۲/۵	۷/۵
لیکن پلان		۰/۸	۰/۸	۱/۶
تاوهای ریز نوک انگشتان		۱/۵	۱/۹	۲/۴
تگ پوستی		۱۳/۵	۲۸/۵	۴۲
واکنش موضعی به انسولین		۲/۵	۰	۱/۵
لپودستروفی انسولین		۲/۳	۰	۲/۳
فتودرماتیت		۲/۸	۶	۹/۸
عفونت میکروبی		۲/۵	۳	۵/۵

از ضایعات پوستی گزارش شده در منابع خارجی، از جمله: آکانتوز تیره رنگ، اسکروادم، گزانتوم حاد منتشر پوستی و کلاژنوز سوراخ شونده واکنشی مشاهده نشد در حالی که چندین سندرم که مقاوم به انسولین بوده‌اند و در آنها آکانتوز دیده شده گزارش شده است (۴). اسکروادم یا سفید شدن پوست نیز در یک مطالعه که در روی ۴۸۴ بیمار دیابتی انجام شده ۲/۵٪ گزارش گردیده است (۵). حدود ۱۴۰ بیمار با اسکروادم دیابتی در منابع پزشکی گزارش شده است (۶) که بیشتر افراد گزارش شده مردان میانسال چاق و دیابتی با دیابت متوسط یا شدید که عوارض عروقی داشته‌اند، بوده‌اند.

گزانتوم حاد منتشر نیز به علت هیپرلیپیدمی در دیابتیک‌های کنترل نشده و بطور عمده روی سطوح اکستنسور اندامهایی دیده می‌شود (۷) که خارش دارد و گاهی حساس می‌باشند. شواهدی وجود دارد که گزانتوم منتشر در افراد دیابتیک به علت ماکروفاهایی است که پر از لیپوپروتئین‌های پلاسما شده و تشکیل سلولهای کف‌آلود یا گزانتوم را می‌دهند (۸). علت عدم مشاهده در بیماران مورد بررسی شاید کنترل دیابت آنها باشد. بیماریهای سوراخ‌شونده نیز در افراد دیابتی گزارش شده‌اند و در گزارشات اولیه، دوسوم بیماران گزارش شده دیابت داشته‌اند (۹). این بیماری

دیابتی خیلی شبیه تاول کوماى باربیتوریک و یا اکسیدکربن است. تاولها معمولاً داخل اپیدرمی هستند. شیوع بیشتر ویتیلیگو در بیماران دیابتی را نیز می‌توان به پدیده ایمنی بیمار مرتبط دانست. شیوع دیابت در افراد ویتیلیگویی نیز شایع‌تر از افراد کنترل می‌باشد. ویتیلیگو هم در افراد دیابتی وابسته به انسولین و هم در افراد دیابتی غیروابسته به انسولین دیده می‌شود. ولی در مطالعه اخیر شیوع آن در دیابتیک‌های وابسته به انسولین بسیار بیشتر بود (۵٪ در برابر ۲/۵ درصد).

منگوله گوشتی در دیابتی‌های غیروابسته به انسولین شیوع بیشتری داشت. (۲۸/۵ درصد در برابر ۱۴/۵٪) این علامت در منابع خارجی گزارش نشده است. فتودرماتیت نیز در دیابتیک‌های غیروابسته به انسولین شایع‌تر بود (۶٪ در برابر ۲/۸٪) که شاید به علت مصرف داروهای خوراکی ضد دیابت باشد.

با توجه به آنچه گذشت نتیجه می‌گیریم که باید در مورد علائم پوستی موجود در دیابتیک‌ها هشدار و آموزش کافی به پزشکان جوان و خود بیماران داده شود تا بتوانند با تشخیص به موقع و درمان مناسب از پیشرفت آن کاسته و راحتی بیشتری برای بیماران فراهم نمایند.

بیشتر در مردان بوده و درمان با اسید رتینوئیک موضعی و اشعه ماوراء بنفش مفید می‌باشد.

تعدادی از ضنایعات پوستی، از جمله: عفونت کاندیدایی، نکروبیوز لیپوئیدیکا، تاول دیابتیک و ویتیلیگو در بیماران دیابتی وابسته به انسولین (IDDM) شایع‌تر بودند. قبلاً تصور می‌شد که تمام بیماران دیابتی در معرض ابتلاء عفونت بیشتری در مقایسه با افراد طبیعی هستند در حالی که با پیدایش انسولین و آنتی‌بیوتیک‌ها، بجز کاندیدیازیس و اریتراسما بقیه عفونتها در دیابتیک‌های کنترل شده تفاوتی با افراد غیردیابتیک ندارد (۱۰).

کاندیدای دهان در افراد دیابتی که سیگاری بوده و یا دارای دندان مصنوعی باشند، خیلی شایع‌تر است. نکروبیوز لیپوئیدیکا در ۰/۷ درصد افراد دیابتی دیده می‌شود (۱۱) و در زمان تشخیص دوسوم بیماران دیابت واضح دارند. این بیماری در زنان ۴ بار شایع‌تر از مردان است. در بیماران وابسته به انسولین بروز در سنین پایین‌تر اتفاق می‌افتد.

تاول دیابتیک گرچه ناشایع است ولی اگر بطور ناگهانی یک یا چند تاول سفت در نواحی انتهایی ایجاد شود، نشانه خوبی از دیابت می‌باشد. حدود ۱۰۰ مورد از این بیماری گزارش شده است. تاول

## منابع

1. L.E. Jelinek, Cutaneous manifestations of diabetes melitus, Int. J.Dermatol; 1994 33, 605-617.
2. Perez M.I.Kohns.R, Cutaneous manifestaions of diabedtes melitus, JAM.ACAD. DERMATOL: 1994 519-531.
3. Jelinek J Èthe skin in diabetes. philadelphial. Leafebiber 1986.
4. Kahnér, Flier J.S, Bar-Rs, et al. The syndromes of insulin resistance and acanthosis nigricans. N.Eng. J Med 1976; 294: 739-745.
5. Cole GW, Neadley J, skowsky R. Scleroderma diabeticorum: a common and distinct cutaneous manifestaion of diabetes melitus. Diabets care 1983; 6: 189-192.
6. Gelinek JE, collagen disorders in which diabetes and cutaneous Features co - exist. in: The skin and diabetes. philadelphia.lea & feblyer 1986: 155.
7. Crvzpo, Eastc, BerstresserpR Dermal, Subcutaneous and tendon xanthomas: diagnostic markers for specific lipoprotein disorders. J.Am. Acad Dermatol 1988; 19: 95-111.
8. Parker F.Bagdade JD, odland Gf,al, Evidence for the chylomicrone origin of lipids accumulation in diabetic eruptive xanthomas: a correlative lipied biochemical, histochemical and electron microscope study. J. clin invest 1970; 49 (21): 72-77.
9. Bartholenew A, Rodu B, Bell Ds. Oral candidiasis in patients with diabetes mellitus, A thoruyh analysis. Diabetes care 1987; 10: 607-612.
10. Giglor Rs. Cutaneous in diabetes mellitus, in: Jelinek JE. ed the skin and diabetes philadelphia: lea & Feblyer 1986: 111.
11. Shall L, millard lg, stovens a , et al, necrobiosis Lipoidica the foet print not the foet stop. Br J Dermatol 1990; 123: 47.