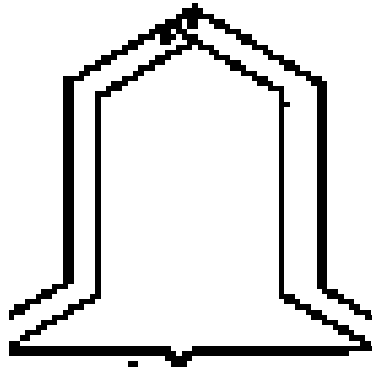


رسالة



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

## عنوان طرح:

بررسی سطح ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک

استاد راهنما: دکتر نابت تاجمیر ریاحی

مشاور آماری: دکتر علی دل پیشه

گردآورنده: هدا عبدی

## تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم، دو معلم بزرگوارم در راه زندگی.

و به قداست دست‌های پدرم برای امنیت، مهربانی و پشتیبانی‌اش و نشان دادن راه صحیح زندگی.

و به ابدیت چشمان مادرم برای وسعت و زیبایی‌اش، آن‌که آفتاب مهرش در قلمم همیشه پابرجاست و هرگز غروب نخواهد کرد.

و به لیلای عزیزم که در تمام مراحل زندگی خواهرانه کنار من بود و الگویی من برای کسب موفقیت بود و محبت بی‌کرانش را هرگز از من دریغ نکرد.

و برادران عزیزم امین، رضا و سینا که وجودشان آرامش بخش و دلگرمی زندگی‌ام است.

به دوستان عزیزم علیرضا پیامی، فروزهرام و احاصلی که ۷ سال علم را کنار هم آموختیم و لحظه لحظه‌مان همراه هم رقم خورد

و تمامی بیماری‌هایی که از در دستان علم مقدس پزشکی را آموختم.

و تمامی دوستانی که در این راه یاری‌گر من بودند.

و با تشکر و سپاس بی کران از اساتید کران قدم:

جناب آقای دکتر ریاحی، استاد راهنمای محترم که با حسن خلق و فروتنی از پیچ کگی در این عرصه بر من

دریغ نمودند و مراد این راه پستیانی نمودند.

جناب آقای دکتر دل‌پیشه، مشاور آمار می محترم به پاس زحمات بی دریغش.

و با قدر دانی صمیمانه از تمامی اساتید بزرگوار می که دانش را به من ارزانی نمودند و همه می کسانی که محطه ای

بعد انسانی و وجدانی خود را فراموش نمی کنند و بر آستان کران قدر انسانیست سرفرودمی آورند و

انسان را با همه می تفاوت هایش ارج می نهند.

## فهرست مطالب

۸.....چکیده

### فصل اول

۱۱.....مقدمه

۱۲ .....اهداف طرح

۱۲ .....هدف اصلی طرح

۱۲ .....اهداف اختصاصی طرح

۱۳ .....اهداف فرعی طرح

۱۳ .....فرضیات یا سوالات پژوهش

### فصل دوم

۱۵.....درماتیت سبورئیک

۱۷.....درمان

پیشینه تحقیق در ایران و جهان..... ۱۸.....

### فصل سوم

نوع مطالعه و جامعه ی آماری..... ۲۴.....

روش اجرا..... ۲۴.....

مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه ی جمع آوری آن..... ۲۷.....

روش محاسبه حجم و تعداد آن..... ۲۸.....

ملاحظات اخلاقی..... ۲۸.....

محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آن ها..... ۲۸.....

### فصل چهارم

نتایج..... ۳۰.....

## فصل پنجم

|    |                  |
|----|------------------|
| ۳۷ | ..... بحث        |
| ۴۱ | ..... نتیجه گیری |
| ۴۵ | ..... منابع      |

## چکیده

مقدمه: بیماری درماتیت سبورئیک یک بیماری پاپولواسکوآموس التهابی مزمن و شایع است که مخمر پیتیروسپورم در ایجاد

آن نقش احتمالی دارد. این بیماری می تواند همه ی سنین را درگیر کند. در مطالعاتی که روی سایر درماتیت ها مانند

درماتیت آتوپیک انجام شده، مشخص شده است که این بیماری با سطح ویتامین D ارتباط دارد، به گونه ای که این بیماران

داری سطح پایین تری از ویتامین D هستند. در این مطالعه بر آن شدیم که ارتباط بین میزان سرمی ویتامین D<sup>3</sup> و میزان

شدت بیماری درماتیت سبورئیک را اندازه گیری نماییم.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی می باشد. و در این مطالعه بیماران با تشخیص درماتیت سبورئیک مورد بررسی

قرار میگرفتند. پس از تشخیص بیماری شدت بیماری ثبت توسط متخصص پوست ثبت می شد و بیمار برای بررسی سطح

سرمی ویتامین D به آزمایشگاه ارجاع داده میشد. نتایج بدست آمده توسط برنامه SPSS مورد آنالیز قرار گرفت.

نتایج: در این مطالعه ۶۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که از این بین ۳۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن بودند. کمترین سنی که وارد

مطالعه شد ۱۵ سال و بیشترین سن ۴۸ سال بود. همچنین بیشترین میزان شیوع این بیماری بین سنین ۲۱ تا ۲۹ سال بود

. میانگین سطح ویتامین D در مردان ۱۵/۱۸ و در زنان ۱۳/۴۰ بود. همچنین میانگین Total score در مردان ۱۷،۵۸ و در

زنان ۱۶،۷۲ می باشد. هدف اصلی این طرح بررسی ارتباط بین Total score بیماری و سطح ویتامین D می باشد که

بررسی های انجام شده نشان دادند که رابطه ی معناداری بین این دو وجود دارد. ( $P < 0/05$ )



**نتیجه گیری:** روی هم رفته برای پاتوژنز بیماری علل مختلفی شامل ازدیاد زیر گروه های پیتروسپوروم روی سطح پوست ، تغییرات سبوم ، افزایش عوامل التهابی  $IL_2$  ،  $IL_{10}$  و  $INF$  گاما مطرح شده است. اما هنوز علت قطعی شناخته شده ای ندارد. نتیجه ی این مطالعه نشان داد که کاهش سطح ویتامین D باعث افزایش شدت بیماری و علایم اسکالینگ و اریتم و سطح درگیری می شود.

**کلمات کلیدی:** ویتامین D، درماتیت سبورئیک، اریتم، اسکالینگ، درماتیت آتوپیک، پسوریازیس

# فصل اول

## کلیات

بیماری درماتیت سبورئیک یک بیماری پاپولواسکوآموس التهابی مزمن و شایع است که مخمر پیتیروسپورم در ایجاد آن نقش احتمالی دارد. این بیماری می تواند همه ی سنین را درگیر کند. اما بیماری در بیمارانی که اختلالات نورولوژیک و نقص ایمنی دارند شدیدتر است. بیماری می تواند منتشر باشد ولی معمولاً بیش تر در نواحی از پوست که تراکم غدد سباسه زیاد است مانند کناره های اسکالپ ، وسط صورت و قدام قفسه ی سینه دیده می شود. (۱)

نواحی اختصاصی این بیماری ، ابرو ها ، ریشه ی مژه ها ، پوست اطراف بینی ، چین نازولیبیال و کانال گوش خارجی هستند. بیماری باعث می شود که فرد از لحاظ زیبایی دچار خطر جدی شود به گونه ای که از اجتماع دور افتاده و آثار مخرب روانی در فرد ایجاد می شود. (۲)

عامل اصلی ایجاد کننده ی این بیماری تشخیص داده نشده است. سیر این بیماری در بالغین به صورت مزمن همراه با عود و خاموشی های مکرر است. استرس ، خستگی و تغییرات آب و هوایی تشدید کننده ی عود این بیماری هستند. (۳)

در مطالعاتی که روی سایر درماتیت ها مانند درماتیت آتوپیک انجام شده ، مشخص شده است که این بیماری با سطح

ویتامین D ارتباط دارد، به گونه ای که این بیماران داری سطح پایین تری از ویتامین D هستند. (۴)

به جز یافته ی فوق ، طبق بررسی دیگری مشخص شده است که ویتامین D<sub>3</sub> در افزایش سطوح کاتلسیدین نقش دارد و ماده ی اخیر خود علیه مالاسزیا فورفور به عنوان عامل اصلی درماتیت سبوره نقش مهمی ایجاد می کند. با توجه به سابقه ی تاثیر ویتامین D<sub>3</sub> در کلیت پاتوژنز درماتیت ها و نقش مولکولی اخیر این ماده در پاتوژنز درماتیت سبوره\_بیماری شایع پوستی\_

و نبود مطالعه ی کمی انجام شده در زمینه ی اندازه گیری سطح این مولکول در درماتیت سبوریه بر آن شدیم که ارتباط بین

میزان سرمی ویتامین D<sub>3</sub> و میزان شدت بیماری درماتیت سبوریه را اندازه گیری نماییم(۵)

**اهداف طرح :**

**هدف اصلی طرح :**

(۱) تعیین سطح ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک

(۲) بررسی رابطه ی سطح خونی این ویتامین با شدت بیماری

**اهداف اختصاصی طرح:**

(۱) تعیین توزیع فراوانی سن و جنس بیماران تحت مطالعه

(۲) تعیین سطح ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک

(۳) تعیین رابطه ی سطح ویتامین با شدت بیماری درماتیت سبورئیک

## اهداف کاربردی طرح:

۱) تعیین سطح ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک

۲) تعیین رابطه ی سطح ویتامین با شدت بیماری درماتیت سبورئیک

## اهداف فرعی طرح:

۱) تعیین شدت کمبود ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک

## سوالات پژوهش :

آیا سطح ویتامین D در بروز بیماری درماتیت سبورئیک اثر دارد یا خیر؟

آیا سطح ویتامین D در شدت بیماری درماتیت سبورئیک اثر دارد یا خیر؟

## فصل دوم

# چارچوب نظری و بررسی

## متون

## درماتیت سبورئیک

درماتیت سبورئیک (Seborrheic dermatitis) نوعی بیماری التهابی پوست است که اغلب مزمن و عودکننده بوده و بیشتر در پوست سر و صورت مشاهده می شود. درماتیت سبورئیک معمولاً با شوره سر همراه است. ایجاد شوره ی سر زودرس ترین و شایع ترین علامت این بیماری است که موجب قرمزی و پوسته دار شدن نواحی گوناگون سر شده و در نواحی پیشانی از خط رویش موها نیز فراتر می رود. گاهی هم در موارد مزمن باعث ریزش موها شده که این ریزش موقتی است و موها دوباره رشد خواهند کرد. شوره ی سر که مشکل خیلی از افراد است در واقع فرم خفیف و غیر التهابی درماتیت سبورئیک است. (۶)

این بیماری با نام های سبورو پسوریازیس ، سبورئیک درماتیتیس ، سبورئیک اگزما و پیتیریاژیس کپیتیس نیز نامیده می شود که به علت اختلاف نظر در اتیولوژی آن است.

درماتیت سبورئیک بیماری شایع و مزمنی است که در مناطقی از پوست که غدد سباسه ی بیش تری وجود دارد مانند وسط صورت، پشت گوش ها، دوطرف بینی، گونه ها، ابروها، پلک ها و وسط سینه و به خصوص در پوست سر رخ می دهد. علائم آن شامل قرمزی، التهاب، خارش پوست و پوسته ریزی می باشند. در دوران طفولیت **cradle cap** نامیده می شود که تا سن یک سالگی ممکن است خود به خود بازگشت نماید و پس از آن تا دوره بلوغ، وقوع آن نادر است. شیوع آن در جامعه ۳ تا ۵ درصد است که در مردان شایع تر بوده و در فصل زمستان علائم بیماری شدید تر می باشند. (۷)

علی رغم تحقیقات زیادی که انجام شده ، علت قطعی بیماری مشخص نشده است. مشخصه درماتیت سبورئیک افزایش تغییر و تبدیل ( turnover ) سلول های اپیدرم است و از آن جا که ماده مؤثر بسیاری از داروهای ضد شوره مانند تار، پریتیون زینک و سلنیم سولفاید فعالیت میتوتیک را مهار می کنند، ابتدا تصور می شد که این ترکیبات با سرکوب تکثیر سلولی در درمان درماتیت سبورئیک مؤثرند. ولی در واقع پریتیون زینک، سلنیم سولفاید و فرآورده های حاوی اسید سالسیلیک و گوگرد تمام مخمرها را نیز از بین می برند.(۸) امروزه شواهد حاکی از آن است که علت این تکثیر زیاد سلولی، قارچی لیپوفیل و پلی مورف به نام *Pityrosporum ovale* می باشد، زیرا کتوکونازول خوراکی و موضعی و دیگر مشتقات ایمیدازول مؤثر بر *Pityrosporum ovale* و فرآورده های حاوی اسید سالسیلیک و گوگرد که این ارگانیسم را از بین می برند، باعث بهبود درماتیت سبورئیک می گردند. همچنین چون سبوم بر رشد *Pityrosporum ovale* مؤثر است، بروز درماتیت سبورئیک در مناطقی از بدن که غدد سباسه وجود دارد و نیز در مردان که آندروژن ها تولید سبوم را تشدید می کنند، شایعتر است. در شیر خوارگی نیز علت بروز آن ممکن است به واسطه ی برطرف شدن هورمون هایی باشد که قبل از تولد از مادر به طفل منتقل شده است. علت احتمالی بروز مکرر درماتیت سبورئیک نیز در بیمارانی که اختلالات عصبی مانند پارکینسون دارند، افزایش تجمع سبوم به دلیل بی حرکتی است.(۹)

*Pityrosporum ovale* در حالت طبیعی به تعداد کم در پوست وجود دارد ولی گاهی زیاد می شود.(۱۰)

به هر حال پاتوژنز درماتیت سبورئیک ممکن است در اطفال و بزرگسالان متفاوت باشد. علت در اطفال ممکن است با هورمون ارتباط داشته باشد، زیرا ضایعه اغلب در طفولیت رخ می دهد و قبل از بلوغ از بین می رود. حدود ۲٪ تا ۵٪ جمعیت (از نوزادی تا بزرگسالی) با درماتیت سبورئیک مواجه هستند. شیوع این ضایعات در آقایان بیشتر از خانم ها است. درماتیت سبورئیک اغلب با پوست قرمز ، خارش دار و پوسته ریزی بروز می کند .علایم بیماری در مناطقی از پوست که غدد سباسه بیشتری



وجود دارد و ماهیت چرب تری دارند ، بیشتر است. احتمالا مخمرها مانند گونه های مالاسزیا در بیماری نقش دارند که شایع ترین آن ها زیرگروه های *Restricta* و *Furfur, Globosa* می باشند. اسیدهای چرب نیز به عنوان ماده آسیب رسان پوست عمل کرده و موجب تکثیر بیش از حد سلول های اپیدرم می شوند. این بیماری در نوزادان پوست سر و بخش بالایی صورت را گرفتار می کند که اصطلاحاً به آن “کلاه گهواره” می گویند که خود محدود شونده بوده ، اما در سنین بالاتر معمولاً عود کننده است و ممکن است سال ها به طول بیانجامد و یا حتی در سیر خود به پسوریازیس تبدیل شود. (۱۱)

در این بیماران تری گلیسیرید و کلسترول افزایش و *Free fatty acid* و *Squalene* کاهش می یابد.

## درمان:

این بیماری در نوزادان خود محدود شونده بوده ، اما در سنین بالاتر معمولاً عود کننده است و ممکن است سال ها به طول بیانجامد و یا حتی در سیر خود به پسوریازیس تبدیل شود. درمان با آنتی هیستامین ها ، کورتیکواستروئید های موضعی و داروهای ضدقارچ مفید است. (۱۲)

درماتیت سبورئیک با درمان توسط دارو های ضدقارچ بهتر شده که این نکته مطرح کننده ی این احتمال است که قارچ های مخمری پوست در ایجاد این بیماری دخالت دارند. اتیولوژی دقیق بیماری ناشناخته است ولی بیش از یک دهه است که همراهی این درماتوز با مخمر مالاسزیا شناخته شده است (۱۳)

# پیشینه تحقیق در ایران و جهان

درماتیت سبورئیک یک درماتیت مزمن است که هم در نوزادان و هم در بالغین مشاهده می شود. حداکثر میزان شوره ی سر در ۲۰ سالگی است و از ۵۰ سالگی به بعد کم می شود. در دوران طفولیت cradle cap نامیده می شود که تا سن یک سالگی ممکن است خودبه خود بازگشت نماید و پس از آن تا دوره ی بلوغ، وقوع آن نادر است. علائم این بیماری در بالغین تمایل دارد بر روی قسمت های مرکزی صورت، ابروها و سر ظاهر شده و اغلب باعث پوسته پوسته دار شدن می گردد. (۱۴)

علائم درماتیت سبورئیک، هم چنین می تواند در زیر بغل، کشاله ی ران یا وسط قفسه ی سینه ایجاد شود. در مردان این وضعیت گاهی در نواحی رویش ریش نیز ایجاد می شود .

در این بیماری سلول های مرده ی پوست (لایه ی کراتینی پوست) به طور غیرعادی زیاد شده و همراه با چربی یا ترشحات دیگر لایه های موها قرار می گیرند. در اکثر موارد شوره ی سر با ترشح زیاد چربی پوست ارتباط دارد . شدت درماتیت سبورئیک از یک شوره ی خفیف تا بروز قرمزی و پوسته ریزی شدید متفاوت است. بعضی بیماری ها از جمله پارکینسون و ایدز نیز این اختلال را تشدید می کنند. (۱۵)

بیماری درماتیت سبورئیک یک بیماری پاپولواسکوآموس التهابی مزمن و شایع است که می تواند همه ی سنین را درگیر کند. در بیماران با نقص نورولوژیک و مبتلایان به ایدز ، علائم شدید تر است. (۱۶)

بیماری می تواند منتشر باشد. معمولا نواحی از پوست که تراکم غدد سباسه زیاد است درگیر می شوند.

نواحی اختصاصی بیماری شامل ابروها، ریشه ی مژه ها، پوست اطراف بینی، چین نازولیبیال و کانال گوش خارجی است.

ممکن است پوست نواحی فلکسوری مانند پشت گوش، کشاله ی ران ، زیر پستان و ناحیه ی آنونیتال نیز درگیر شود. (۱۷)

سیر بیماری در بالغین به صورت مزمن و همراه با دوره های عود و خاموشی مکرر است. استرس، خستگی و تغییرات آب و هوایی تشدید کننده ی عود بیماری هستند. درماتیت سبورئیک خفیف تا متوسط پاسخ خوبی به کرم های موضعی ضد قارچ می دهد. در صورت لزوم دوره ی کوتاه مدت استروئید خوراکی مجاز است. (۱۸) درماتیت آتوپیک یک اختلال التهابی مزمن است که پایه ی ایمنولوژیک دارد و دارای آثار منفی اجتماعی بر روی فرد است. (۱۹)

پپتید های ضد میکروبی مرتبط با کاتلسیدین خانواده ای از پلی پپتیدها هستند که در لیزوزوم های ماکروفاژها و PMN ها و سلول های اپیدرم پوست یافت می شوند. کاتلسیدین ها در دفاع ایمنی ذاتی پستانداران علیه عفونت های مهاجمی باکتریایی نقش حیاتی دارند. پپتید های کاتلسیدین از بسیاری از گونه های مختلف پستانداران به دست آمده اند.  $Vit_2(OH)_2$ ،  $d_3$  (فرم فعال ویتامین D) نقشی مهم در تنظیم پپتیدهای ضد میکروبی تحت عنوان کاتلسیدین دارد.

در مطالعه ای که توسط آدریان گومبارت و همکاران انجام شد مشاهده شد که سطوح بالاتری از پروتئین های ضد میکروبی کاتلسیدین انسانی (Human cathelicidin antimicrobial protein (hcAp<sub>18</sub>)) که توسط ویتامین D تنظیم می شود ظاهرا به میزان قابل ملاحظه ای خطر مرگ حاصل از عفونت در بیماران دیالیزی را کاهش می دهد. همچنین گفته شده که کاتلسیدین ها با کشتن مستقیم باکتری ها و با فعال سازی پاسخ های سلول میزبان، در ترمیم زخم و فراخوانی گلبول های سفید درگیرند. کاتلسیدین ها ارائه دهنده ی بخشی حیاتی از دفاع پوست در مقابل عوامل میکروبی بوده و احتمالا در یک پاسخ هماهنگ شده با عناصر سیستم ایمنی پوستی مشارکت می

نمایند. مکانیسم عمل این مولکول عموما ناشناخته است. (۲۰)

مطالعه ای توسط سیکارمای و همکاران در سال ۲۰۱۲ با هدف بررسی اینکه آیا فتوتراپی با UVBn در بیماران پسوریازیس و اگزمای آتوپیک بر روی سطح ویتامین D موثر است یا خیر انجام شد. بدین منظور سطح سرمی  $Vit_2(OH)_2$  قبل و

بعد از nUVB اندازه گیری شد که نشان داد که در بیماران با سطح اولیه ی  $Vit D < 80(OH)$  پس از گرفتن nUVB افزایش ۳۰-۶۰ درصدی در سطح ویتامین D مشاهده شد. (۲۱)

در مطالعه ی دیگری که در سال ۲۰۱۱ توسط پرونی و همکاران انجام شد، ۳۷ کودک (۱۷ دختر و ۲۰ پسر) در سنین بین ۸ ماه تا ۱۲ سال با سابقه ی درماتیت آتوپیک وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۹ نفر (۲۴٪) به نوع Severe، ۱۳ نفر (۳۵٪) به نوع moderate و ۱۵ نفر (۴۱٪) به نوع mild درماتیت آتوپیک مبتلا بودند. سطح سرمی ویتامین D در آن ها سنجیده شد و مشاهده شد ارتباط معناداری بین سطح ویتامین D و درماتیت آتوپیک وجود دارد. همچنین نشان دادند که کاهش سطح ویتامین D با شدت علائم بیماری ارتباط معکوس دارد و نیاز به انجام مطالعه در ارتباط با استفاده از ویتامین D به عنوان درمان در بیماران درماتیت آتوپیک را نشان داد. (۲۲)

در سال ۲۰۱۴ مطالعه ی دیگری توسط کارلوس کامارگو و همکاران انجام شد که در آن به بررسی تاثیر درمانی ویتامین D در بیماران درماتیت آتوپیک پرداخته شد. بدین منظور ۱۰۷ کودک بین سنین ۲ تا ۱۷ سال مبتلا به درماتیت آتوپیک که در فصل سرد سال بیماری آن ها تشدید می شد، وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی به ۲ گروه تقسیم شدند. به یک گروه از آن ها روزانه ۱۰۰۰ واحد ویتامین D به گروه دیگر نوعی دارو نما داده شد و یک ماه تحت درمان قرار گرفتند. در پایان درمان مشاهده شد که گروهی که تحت درمان با ویتامین D بودند ۲۹٪ و گروهی که تحت درمان با دارونما بودند ۱۶٪ بهبودی را نشان دادند و در هیچ یک از دو گروه تاثیر منفی نداشت. (۲۳)

هدف از مطالعه ای که توسط چيون و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام شد این بود که آیا سطح  $VitD(OH)$  ۲۵ ارتباطی با IL۳۱ (جهت بررسی علت خارش در بیماران درماتیت آتوپیک) و شدت بیماری درماتیت آتوپیک دارد یا خیر. در این مطالعه ۹۱ کودک با بیماری درماتیت آتوپیک و ۳۲ کودک بدون داشتن تاریخچه ی علائم آلرژیک وارد مطالعه شدند. Cell count

آن ها به طور کامل بدست آمد. total eosinophil count(TEC) و total IgE و Specific IgE آلرژن های

معمول و ۲۵(OH)VitD و سطح IL۳۱ بیماران اندازه گیری شد.

سطح ویتامین D در گروه اول به طور قابل ملاحظه ای کمتر از گروه دوم بود. شدت بیماری نیز ارتباطی معکوس با سطح

سرمی ویتامین D و ارتباط مستقیم با TECs و total IgE level داشت اما سطح IL۳۱ ارتباطی با بیماری درماتیت

آتوپیک و سطح ویتامین D نداشت.(۲۴)

در مطالعه ی دیگری که در سال ۲۰۱۵ توسط وویر و همکاران انجام شد، ۷۲ بیمار با کهیر مزمن، ۲۶ بیمار با کهیر حاد و ۲۶

بیمار با درماتیت آتوپیک و ۷۲ بیمار سالم مورد مطالعه قرار گرفتند که نشان داده شد سطح سرمی ویتامین D<sub>۳</sub> در بیماران

کهیر مزمن به طور قابل ملاحظه ای در مقایسه با گروه های دیگر کاهش یافته بود. همچنین سطح ویتامین D ارتباط

معکوس با شدت و طول دوره ی بیماری داشت.(۲۵)

در مطالعه ی توصیفی دیگری ، ۷۰ نمونه ی جداشده از ضایعه های پوستی مبتلایان به درماتیت سبورئیک مورد مطالعه قرار

گرفت . شناسایی ایزوله ها با استفاده از روش مولکولی Internal Transcribed Spacer ۲ (ITS) انجام شد. این

مطالعه نشان داد که بیشترین شیوع را مالاسزیا گلوبوزا تشکیل داد.(۲۶)

# فصل سوم

## مواد و روش ها

## نوع مطالعه و جامعه ی آماری:

این مطالعه از نوع توصیفی می باشد.

جامعه ی آماری از بین بیماران مبتلا به درماتیت سبورئیک مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام خمینی (ره)

ایلام و مطب آقای دکتر تاجمیر ریاحی انتخاب شدند.

از بین بیماران جمعا ۶۰ نفر بر اساس رضایت بیماران انتخاب شده و وارد مطالعه شدند.

## روش اجرا:

بیمارانی که به درمانگاه پوست بیمارستان امام خمینی (ره) و مطب دکتر ریاحی مراجعه کرده و شک بالینی درماتیت

سبورئیک برای آن ها مطرح شد ، مورد بررسی قرار گرفتند.

علائم بالینی بیماری می تواند به صورت منتشر بروز کند اما بیش تر تمایل به درگیری نواحی از پوست که تراکم غدد سباسه

بیشتر است ، دارد که شامل نواحی ابرو ها ، ریشه ی مژه ها ، پوست اطراف بینی ، چین نازولببیل و کانال گوش خارجی می

باشد.

علائم بالینی به صورت پاپول و پلاک های اریتماتو التهابی مزمن همراه با پوسته های چرب زرد رنگ تا سفید رنگ که بیش

تر در نواحی مذکور است ظهور می یابد.

استرس ، خستگی و تغییرات آب و هوایی تشدید کننده ی عود علائم این بیماری هستند.

پس از تشخیص بیماری درماتیت سبورئیک، در رابطه با بیماری و هدف پژوهش برای بیماران توضیح داده شد.



در صورت موافقت ، بیماران وارد مطالعه شدند.

بر اساس علائم بیماران به آن ها امتیازی از نظر شدت بیماری داده شد. (برای تعیین امتیاز شدت بیماری جدولی تهیه شده که در انتها نوشته شده)

سپس برای هر بیمار فرمی طراحی شد که جهت ارجاع بیمار به آزمایشگاه مورد نظر بود.

با آزمایشگاه مربوطه هماهنگی لازم صورت گرفته و هزینه ی آزمایشات به مرکز داده شده تا بیماران نیازی به پرداخت هزینه نداشته باشند. (فرم معارفه در انتها ضمیمه شده است)

سپس بیماران را به آزمایشگاه مربوطه جهت تعیین سطح ویتامین D ارجاع دادیم.

سپس لیست بیماران را با توجه به سطح ویتامین D و شدت بیماری تهیه کرده تا رابطه ای منطقی بین این دو امتیاز بیابیم. به هر بیمار بر اساس فرمول زیر یک امتیاز اولیه که نشان دهنده ی شدت بیماری است داده شد:

$$0.5 * \text{Area} * (\text{face erythema} + \text{face scaling}) + 0.5 * \text{Area} * (\text{scalpe erythema} + \text{scalpe scaling})$$

Area نشان دهنده ی وسعت درگیری است که بر اساس درصد به ۷ دسته تقسیم شد:

|   |               |
|---|---------------|
| ۰ | Lower than ۱٪ |
| ۱ | ۱٪-۱۰٪        |
| ۲ | ۱۱٪-۲۰٪       |
| ۳ | ۲۱٪-۳۵٪       |
| ۴ | ۳۶٪-۵۰٪       |

|   |          |
|---|----------|
| ۵ | ۵۱٪-۷۵٪  |
| ۶ | ۷۶٪-۱۰۰٪ |

این امتیاز هم برای صورت و هم برای اسکالپ به صورت جداگانه محاسبه شد.

میزان erythema و scaling نیز به صورت جداگانه برای اسکالپ و صورت محاسبه شده و به ۵ دسته تقسیم شدند:

|   |             |
|---|-------------|
| ۰ | None        |
| ۱ | Mild        |
| ۲ | Moderate    |
| ۳ | Severe      |
| ۴ | Very severe |

هر بیمار بر اساس فرمول فوق امتیازی بین ۰ تا ۴۸ دریافت کرد.

همچنین سطح سرمی ویتامین D را طبق جدول زیر سطح بندی کردیم و به هر بیمار شدتی از سطح ویتامین D تعلق

گرفت که بر اساس جدول زیر گروه بندی شدند :

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| میزان ویتامین D | شدت ویتامین D |
| <۵              | Very severe   |

|       |         |
|-------|---------|
| ۵-۱۰  | Severe  |
| ۱۰-۲۰ | Modrate |
| ۲۰-۳۰ | Mild    |
| >۳۰   | Normal  |

روش سنجش سطح ویتامین D که توسط آزمایشگاه انجام شد ، الیزا بوده و با کیت ۲۵ (OH) Vitamin D

MICROWELL PLATES-ELISA-CBI انجام گرفت. این کیت توسط شرکت فارمد آوران سبز (فاسکو) وارد شده

و در اختیار ما قرار گرفت.

### مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه ی جمع آوری آن:

بر اساس مطالعات قبلی انجام شده و علایم بالینی بیماری درماتیت سبورئیک یک چک لیست برای هر بیمار تهیه شده که

شدت بیماری را بر اساس معیار های گفته شده در ابتدای مراجعه مورد امتیاز دهی قرار می داد.

سن و جنس هر بیمار نیز در این چک لیست لحاظ شد.

همچنین فرمی جهت مراجعه ی بیماران به آزمایشگاه جهت سنجش سطح ویتامین D نیز طراحی شده که به وسیله ی این

فرم بیماران به آزمایشگاه مربوطه معارفه شدند. (فرم مربوطه ضمیمه شده است)

اطلاعات به دست آمده مورد آنالیز آماری قرار گرفته و نتایج به دست آمد.

### روش محاسبه حجم و تعداد آن:

با استفاده از نرم افزار Epi-info تحت برنامه Statcalc با ۹۵ درصد اطمینان و ۸۰ درصد توان تعداد ۶۰ نمونه در مجموع مورد نیاز است.

### ملاحظات اخلاقی:

به بیماران در رابطه با مطالعه توضیحات لازم داده شد و در صورت رضایت کامل وارد مطالعه شدند. هزینه ای جهت انجام آزمایش دریافت نشد و هزینه ها با هماهنگی قبلی به آزمایشگاه داده شد. جهت ویزیت مجدد که بیماران نتیجه ی آزمایش را به همراه داشتند هزینه ای دریافت نشد.

### محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آن ها:

عدم رضایت فرد جهت ورود به مطالعه که با توجه به رایگان بودن آزمایشات این محدودیت کمتر شد. عدم مراجعه ی بیماران جهت نشان دادن جواب آزمایش که این محدودیت نیز از طریق فرمی که به آزمایشگاه داده شده بود و اطلاعات بیمار در آن ثبت شده بود تا حدودی بر طرف شد.

# فصل چهارم

## نتایج

## نتایج:

مطالعه حاضر به منظور بررسی سطح ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک انجام گرفت. به همین منظور ۶۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که از این بین ۳۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن بودند. کمترین سنی که وارد مطالعه شد ۱۵ سال و بیشترین سن ۴۸ سال بود. همچنین بیشترین میزان شیوع این بیماری بین سنین ۲۱ تا ۲۹ سال بود. (جدول ۱ و ۲)

در این مطالعه ۴ بیمار درگیری Face نداشتند. از آنجایی که تشخیص بیماری درماتیت سبورئیک بالینی است و این بیماری در تشخیص افتراقی پسوریازیس و درماتیت آتوپیک قرار می‌گیرد و با توجه به این که تشخیص ما بر اساس علائم بالینی بوده و از بیماران نمونه برداری جهت تایید تشخیص و افتراق از تشخیص افتراقی های

آن صورت نگرفت، به همین دلیل آنالیزهای آماری با و بدون این داده‌ها انجام شده است. هدف اصلی این طرح بررسی ارتباط بین Total score بیماری و سطح ویتامین D می‌باشد که بررسی‌های انجام شده نشان دادند که رابطه‌ی معناداری بین این دو وجود دارد. ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۳ و ۴)

اریتم و اسکالینگ صورت و اسکالپ رابطه‌ی معناداری با سطح ویتامین D دارد. ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۵ و ۶)

وسعت ناحیه‌ی درگیر صورت و اسکالپ رابطه‌ی معناداری با سطح ویتامین D دارد. ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۵ و ۶)

Total score بیماری رابطه‌ی معناداری با سطح ویتامین D دارد. ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۵ و ۶)

میانگین سطح ویتامین D در مردان ۱۵/۱۸ و در زنان ۱۳/۴۰ بود. همچنین میانگین Total score در مردان ۱۷،۵۸ و در زنان ۱۶،۷۲ می‌باشد. (جدول شماره ۷)

بیماران بر اساس شدت کاهش ویتامین D به ۵ گروه تقسیم شدند که ۱۵ درصد کمبود خیلی شدید، ۲۶/۶۷ درصد کمبود شدید، ۳۵ درصد کمبود میانه، ۱۶/۶۷ درصد کمبود خفیف و ۶/۶۶ درصد در رنج نرمال بودند. (جدول شماره ۸)

جدول شماره ۱: جنسیت

| جنسیت | فراوانی | درصد |
|-------|---------|------|
| مرد   | ۳۵      | ۵۸/۳ |
| زن    | ۲۵      | ۴۱/۷ |
| جمع   | ۶۰      | ۱۰۰  |

جدول شماره ۲: سن

| گروه های سنی (سال) | فراوانی | درصد | فراوانی تجمعی |
|--------------------|---------|------|---------------|
| ۱۲-۲۱              | ۱۰      | ۱۶/۷ | ۱۶/۷          |
| ۲۱-۲۹              | ۲۴      | ۴۰   | ۵۶/۷          |
| ۲۹-۳۸              | ۱۵      | ۲۵   | ۸۱/۷          |
| ۳۸-۴۷              | ۱۰      | ۱۶/۷ | ۹۸/۳          |
| ۴۷-۵۵              | ۱       | ۱/۷  | ۱۰۰           |
| جمع                | ۶۰      | ۱۰۰  |               |

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط بین سطح ویتامین D و Total Score در ۶۰ بیمار

|               |                   |                   |                 |
|---------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| سطح ویتامین D | جمع امتیاز بیماری |                   |                 |
| ۰/۰۰          |                   | جمع امتیاز بیماری | اختلاف معناداری |
|               | ۰/۰۰              | D سطح ویتامین     | (P value)       |

جدول شماره ۴: بررسی ارتباط بین سطح ویتامین D و Total Score در ۵۶ بیمار

|               |                   |                   |                 |
|---------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| سطح ویتامین D | جمع امتیاز بیماری |                   |                 |
| ۰/۰۰          |                   | جمع امتیاز بیماری | اختلاف معناداری |
|               | ۰/۰۰              | D سطح ویتامین     | (P value)       |



جدول شماره ۵: بررسی ارتباط بین پارامترهای مورد آنالیز در ۶۰ بیمار

| ناحیه درگیری اسکالپ | پوسته ریزی اسکالپ | اریتم اسکالپ | ناحیه درگیری صورت | پوسته ریزی صورت | اریتم صورت  | سن           | سطح ویتامین D | جمع امتیاز  |                       |                     |
|---------------------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------|---------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| ۰/۰۰<br>۶۰          | ۰/۰۰<br>۶۰        | ۰/۰۰<br>۶۰   | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰<br>۵۶      | ۰/۰۰<br>۵۶  | ۰/۰۱۴<br>۶۰  | ۰/۰۰<br>۶۰    | -<br>۶۰     | سطح معنی دار<br>تعداد | جمع امتیاز          |
| ۰/۰۰۸<br>۶۰         | ۰/۰۰۱<br>۶۰       | ۰/۰۳۶<br>۶۰  | ۰/۰۰۲<br>۵۶       | ۰/۰۰<br>۵۶      | ۰/۰۳۶<br>۵۶ | ۰/۲۴۷<br>۶۰  | -<br>۶۰       | ۰/۰۰<br>۶۰  | سطح معنی دار<br>تعداد | سطح ویتامین D       |
| ۰/۰۶۹۰<br>۶۰        | ۰/۰۲۴<br>۶۰       | ۰/۰۲۵<br>۶۰  | ۰/۲۳۸<br>۵۶       | ۰/۰۴۸<br>۵۶     | ۰/۱۱۳<br>۵۶ | -<br>۶۰      | ۰/۲۴<br>۶۰    | ۰/۰۱۴<br>۶۰ | سطح معنی دار<br>تعداد | سن                  |
| ۰/۳۲۸<br>۵۶         | ۰/۰۰۵<br>۵۶       | ۰/۰۰<br>۵۶   | ۰/۴۰۵<br>۵۶       | ۰/۰۷۲<br>۵۶     | -<br>۵۶     | ۰/۱۱۳<br>۵۶  | ۰/۰۳۶<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | اریتم صورت          |
| ۰/۰۰۴<br>۵۶         | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰۵<br>۵۶  | ۰/۰۲۷<br>۵۶       | -<br>۵۶         | ۰/۰۷۲<br>۵۶ | ۰/۰۴۸<br>۵۶  | ۰/۰۰<br>۵۶    | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | پوسته ریزی صورت     |
| ۰/۰۰<br>۵۶          | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۴۲<br>۵۶  | -<br>۵۶           | ۰/۰۲۷<br>۵۶     | ۰/۴۰۵<br>۵۶ | ۰/۲۳۸<br>۵۶  | ۰/۰۰۲<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | ناحیه درگیری صورت   |
| ۰/۲۲۸<br>۶۰         | ۰/۰۰<br>۶۰        | -<br>۶۰      | ۰/۰۴۲<br>۵۶       | ۰/۰۰۵<br>۵۶     | ۰/۰۰<br>۵۶  | ۰/۰۲۵<br>۶۰  | ۰/۰۳۶<br>۶۰   | ۰/۰۰<br>۶۰  | سطح معنی دار<br>تعداد | اریتم اسکالپ        |
| ۰/۰۰<br>۶۰          | -<br>۶۰           | ۰/۰۰<br>۶۰   | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰<br>۵۶      | ۰/۰۰۵<br>۵۶ | ۰/۰۲۴<br>۶۰  | ۰/۰۰۱<br>۶۰   | ۰/۰۰<br>۶۰  | سطح معنی دار<br>تعداد | پوسته ریزی اسکالپ   |
| -<br>۶۰             | ۰/۰۰<br>۶۰        | ۰/۲۲۸<br>۶۰  | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰۴<br>۵۶     | ۰/۳۲۸<br>۵۶ | ۰/۰۶۹۰<br>۶۰ | ۰/۰۰۸<br>۶۰   | ۰/۰۰<br>۶۰  | سطح معنی دار<br>تعداد | ناحیه درگیری اسکالپ |

جدول شماره ۶: بررسی ارتباط بین پارامترهای مورد آنالیز در ۵۶ بیمار

| ناحیه درگیری اسکالپ | پوسته ریزی اسکالپ | اریتم اسکالپ | ناحیه درگیری صورت | پوسته ریزی صورت | اریتم صورت  | سن          | سطح ویتامین D | جمع امتیاز  |                       |                     |
|---------------------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| ۰/۰۰<br>۵۶          | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰<br>۵۶      | ۰/۰۰<br>۵۶  | ۰/۰۳۱<br>۵۶ | ۰/۰۰<br>۵۶    | -<br>۵۶     | سطح معنی دار<br>تعداد | جمع امتیاز          |
| ۰/۰۰۲<br>۵۶         | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰۵<br>۵۶  | ۰/۰۰۲<br>۵۶       | ۰/۰۰<br>۵۶      | ۰/۰۳۶<br>۵۶ | ۰/۳۲۸<br>۵۶ | -<br>۵۶       | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | سطح ویتامین D       |
| ۰/۲۸۹<br>۵۶         | ۰/۰۰۹<br>۵۶       | ۰/۰۳۸<br>۵۶  | ۰/۲۳۸<br>۵۶       | ۰/۰۴۸<br>۵۶     | ۰/۱۱۳<br>۵۶ | -<br>۵۶     | ۰/۳۲۸<br>۵۶   | ۰/۰۳۱<br>۵۶ | سطح معنی دار<br>تعداد | سن                  |
| ۰/۳۲۸<br>۵۶         | ۰/۰۰۵<br>۵۶       | ۰/۰۰<br>۵۶   | ۰/۴۰۵<br>۵۶       | ۰/۰۷۲<br>۵۶     | -<br>۵۶     | ۰/۱۱۳<br>۵۶ | ۰/۰۳۶<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | اریتم صورت          |
| ۰/۰۰۴<br>۵۶         | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰۵<br>۵۶  | ۰/۰۲۷<br>۵۶       | -<br>۵۶         | ۰/۰۷۲<br>۵۶ | ۰/۰۴۸<br>۵۶ | ۰/۰۰<br>۵۶    | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | پوسته ریزی صورت     |
| ۰/۰۰<br>۵۶          | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۴۲<br>۵۶  | -<br>۵۶           | ۰/۰۲۷<br>۵۶     | ۰/۴۰۵<br>۵۶ | ۰/۲۳۸<br>۵۶ | ۰/۰۰۲<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | ناحیه درگیری صورت   |
| ۰/۰۶۷<br>۵۶         | ۰/۰۰<br>۵۶        | -<br>۶۰      | ۰/۰۴۲<br>۵۶       | ۰/۰۰۵<br>۵۶     | ۰/۰۰<br>۵۶  | ۰/۰۳۸<br>۵۶ | ۰/۰۰۵<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | اریتم اسکالپ        |
| ۰/۰۰<br>۵۶          | -<br>۵۶           | ۰/۰۰<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰<br>۵۶      | ۰/۰۰۵<br>۵۶ | ۰/۰۰۹<br>۵۶ | ۰/۰۰<br>۵۶    | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | پوسته ریزی اسکالپ   |
| -<br>۵۶             | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۶۷<br>۵۶  | ۰/۰۰<br>۵۶        | ۰/۰۰۴<br>۵۶     | ۰/۳۲۸<br>۵۶ | ۰/۲۸۹<br>۵۶ | ۰/۰۰۲<br>۵۶   | ۰/۰۰<br>۵۶  | سطح معنی دار<br>تعداد | ناحیه درگیری اسکالپ |

جدول شماره ۷: میانگین سطح ویتامین D و total Score بر اساس جنسیت

| انحراف معیار | میانگین | تعداد |     |     |                   |
|--------------|---------|-------|-----|-----|-------------------|
| ۹/۷۵         | ۱۵/۱۸   | ۳۵    | مرد | جنس | سطح ویتامین D     |
| ۸/۱۵         | ۱۳/۴۰   | ۲۵    | زن  |     |                   |
| ۶/۱۶         | ۱۷/۵۸   | ۳۵    | مرد | جنس | جمع امتیاز بیماری |
| ۷/۲۴         | ۱۶/۷۲   | ۲۵    | زن  |     |                   |

جدول شماره ۸: تقسیم بندی شدت کاهش ویتامین D

| درصد  | سطح ویتامین D | شدت کاهش ویتامین D |
|-------|---------------|--------------------|
| ۱۵    | $5 >$         | Very severe        |
| ۲۶/۶۷ | ۵-۱۰          | Severe             |
| ۳۵    | ۱۰-۲۰         | Moderate           |
| ۱۶/۶۷ | ۲۰-۳۰         | Mild               |
| ۶/۶۶  | $30 <$        | normal             |

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## بحث :

درماتیت سبورئیک یک درماتیت مزمن است که هم در نوزادان و هم در بالغین مشاهده می شود. در دوران طفولیت cradle

cap نامیده می شود که تا سن یک سالگی ممکن است خودبه خود بازگشت نماید و پس از آن تا دوره ی بلوغ، وقوع آن

نادراست. ایجاد شوره ی سر زودرس ترین و شایع ترین علامت این بیماریست که حداکثر میزان شوره ی سر در ۲۰ سالگی

بوده و از ۵۰ سالگی به بعد کم می شود. گاهی در موارد مزمن می تواند موجب ریزش موها شود که این ریزش موقتی است.

طیف علائم درماتیت سبورئیک می تواند از یک شوره ی خفیف تا بروز قرمزی و پوسته ریزی شدید متفاوت باشد. علائم این

بیماری در بالغین تمایل دارد بر روی قسمت های مرکزی صورت، ابروها و سر ظاهر شده و اغلب باعث پوسته پوسته دار شدن

می گردد. (۱۴) علائم درماتیت سبورئیک، هم چنین می تواند در زیر بغل، کشاله ی ران یا وسط قفسه ی سینه ایجاد شود. در

مردان این وضعیت گاهی در نواحی رویش ریش نیز ایجاد می شود. اگر درماتیت سبورئیک در سر ایجاد شود معمولا از حاشیه

ی موها فراتر رفته و در مناطق پیشانی و گوش ها و گردن نیز منتشر می شود. در موارد شدید بیماری، تمام پوست سر با

پوسته ی قهوه ای چرک دلمه مانند بد بویی پوشیده می شود. بعضی بیماری ها از جمله پارکینسون و ایدز نیز این اختلال را

تشدید می کنند. سیر بیماری در بالغین به صورت مزمن بوده و با دوره های عود و خاموشی مکرر همراه است و ممکن است

برای سال ها به طول بیانجامد یا در سیر خود به پسوریازیس تبدیل شود. استرس، خستگی و تغییرات آب و هوایی می توانند

تشدید کننده ی عود بیماری باشند. درماتیت سبورئیک خفیف تا متوسط پاسخ خوبی به درمان با کرم های موضعی ضد قارچ

می دهند. نور خورشید می تواند در بهبودی آن دخیل باشد سیستم التهابی را مهار می کند. درماتیت سبورئیک جز بیماری

های پاپولواسکوآموس است. در بیماری های پاپولواسکوآموس دیگر مثل اگزمای آتوپیک و پسوریازیس مطالعاتی در مورد

ارتباط سطح ویتامین D با این بیماری ها صورت گرفته که در ادامه به بررسی ارتباط بین سطح ویتامین D و برخی از این

بیماری های پوستی پرداخته اند. این مطالعات لزوم بررسی ارتباط بین سطح ویتامین D و بیماری درماتیت سبورئیک را که از خانواده ی بیماری های ذکر شده است و تا کنون مطالعه ای در این رابطه به بررسی این ارتباط نپرداخته است ، برای ما مسجل می نمایند.

از جمله این مطالعات می توان به مطالعه ای که توسط سیکارمای و همکاران در سال ۲۰۱۲ با هدف بررسی اینکه آیا فتوتراپی با nUVB در بیماران پسوریازیس و آگزمای اتوپیک بر روی سطح ویتامین D موثر است یا خیر اشاره کرد. بدین منظور سطح سرمی Vit D (OH)۲۵ قبل و بعد از nUVB اندازه گیری شد که نشان داد که در بیماران با سطح اولیه ی ۸۰  $\text{Vit D (OH) 25} <$  پس از گرفتن nUVB افزایش ۶۰-۳۰ درصدی در سطح ویتامین D مشاهده شد. این مطالعه نشان می دهد که nUVB درمانی در افزایش سطح ویتامین D و در پی آن بهبود درماتیت های مذکور موثر می باشد.

این مطالعه با مطالعه ی پرونی و همکاران در سال ۲۰۱۱ که بر روی ۳۷ کودک (۱۷ دختر و ۲۰ پسر) در سنین بین ۸ ماه تا ۱۲ سال با سابقه ی درماتیت اتوپیک انجام شد ، مطابقت داشت. از این تعداد ۹ نفر (۲۴٪) به نوع Severe ، ۱۳ نفر (۳۵٪) به نوع modrate و ۱۵ نفر (۴۱٪) به نوع mild درماتیت اتوپیک مبتلا بودند. سطح سرمی ویتامین D در آن ها سنجیده شد و مشاهده شد ارتباط معنا داری بین سطح ویتامین D و درماتیت اتوپیک وجود دارد. همچنین نشان دادند که کاهش سطح ویتامین D با شدت علایم بیماری ارتباط معکوس دارد و نیاز به انجام مطالعه ای در ارتباط با استفاده از ویتامین D به عنوان درمان در بیماران درماتیت اتوپیک را نشان داد. (۲۷)

همچنین این نتایج با نتایج مطالعه ای که در سال ۲۰۱۴ توسط کارلوس کامارگو و همکاران انجام شد و در آن به بررسی تاثیر درمانی ویتامین D در بیماران درماتیت اتوپیک پرداخت همخوانی دارد . در این مطالعه ۱۰۷ کودک بین سنین ۲ تا ۱۷ سال مبتلا به درماتیت اتوپیک که در فصل سرد سال بیماری آن ها تشدید می شد، وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی به ۲ گروه

تقسیم شدند. به یک گروه از آن ها روزانه ۱۰۰۰ واحد ویتامین D و یک گروه دیگر نوعی دارو نما داده شد و یک ماه تحت

درمان قرار گرفتند. در پایان درمان مشاهده شد که گروهی که تحت درمان با ویتامین D بودند ۲۹٪ و گروهی که تحت

درمان با دارونما بودند ۱۶٪ بهبودی را نشان دادند و در هیچ یک از دو گروه تاثیر منفی نداشت.(۲۸)

هدف از مطالعه ای که توسط چیون و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام شد این بود که آیا سطح ۲۵(OH)VitD ارتباطی با

IL۳۱(جهت بررسی علت خارش در بیماران درماتیت آتوپیک) و شدت بیماری درماتیت آتوپیک دارد یا خیر. در این مطالعه

۹۱ کودک با بیماری درماتیت آتوپیک و ۳۱ کودک بدون داشتن تاریخچه ای از علایم آلرژی وارد مطالعه شدند. cell count

آن ها به طور کامل به دست آمد.

Total eosinophil count(TEC) و Total IgE و Specific IgE آلرژن های معمول و ۲۵(OH)vitD و سطح

IL۳۱ اندازه گیری شد. سطح ویتامین D در گروه اول به طور قابل ملاحظه ای کمتر از گروه دوم بود. شدت بیماری نیز

ارتباط معکوس با سطح سرمی ویتامین D و ارتباط مستقیم با TEC و Total IgE level داشت ، اما سطح IL۳۱

ارتباطی با بیماری درماتیت آتوپیک و سطح ویتامین D نداشت. که این نتایج نیز با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد.(۲۹)

در مطالعه ی دیگری که در سال ۲۰۱۵ توسط وویر و همکاران انجام شد ۷۲ بیمار با کهیر مزمن، ۲۶ بیمار با کهیر حاد و ۲۶

بیمار با درماتیت آتوپیک و ۷۲ بیمار سالم مورد مطالعه قرار گرفتند که نشان داده شد ، سطح سرمی ویتامین D<sub>۲</sub> در بیماران

کهیر مزمن به طور قابل ملاحظه ای در مقایسه با گروه های دیگر کاهش یافته بود. همچنین سطح ویتامین D ارتباط

معکوس با شدت و طول دوره ی بیماری داشت.(۳۰)

که تمامی مطالعات فوق نشان دهنده این امر هستند که بین شدت بیماری و سطح ویتامین D ارتباط وجود دارد.

مطالعه ی حاضر نیز به منظور بررسی سطح ویتامین D در بیماران درماتیت سبورئیک انجام گرفته است. به همین منظور ۶۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۳۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن بودند. همچنین بیشترین میزان شیوع این بیماری بین سنین ۲۱ تا ۲۹ سال می باشد.

هدف اصلی این طرح بررسی ارتباط Total score بیماری و سطح ویتامین D می باشد ، که بررسی های انجام شده نشان

داد که رابطه ی معنا داری بین این دو وجود دارد. ( $P < 0/05$ ) این امر موید این است که کاهش سطح ویتامین D باعث

افزایش شدت بیماری و علایم اسکالینگ و اریتم و سطح درگیری می شود.

نتیجه ی مطالعه ی انجام شده موید نتایج مطالعات سیکارمای و همکاران ، پرونی و همکاران ، کارلوس کامارگو و همکاران ،

وویر و همکاران و چیون و همکاران است.

بیماران بر اساس شدت کاهش ویتامین D به ۵ گروه تقسیم شدند که ۱۵ درصد کمبود خیلی شدید ، ۲۶/۶۷ درصد کمبود

شدید ، ۳۵ درصد کمبود میانه ، ۱۶/۶۷ درصد کمبود خفیف و ۶/۶۶ درصد در رنج نرمال بودند. که نشان دهنده ی این

موضوع است که بیشتر بیماران کمبود ویتامین D در حد متوسط داشته و کمترین بیماران سطح ویتامین D در رنج نرمال

داشتند.



## نتیجه گیری :

روی هم رفته برای پاتوژنز بیماری علل مختلفی شامل ازدیاد زیر گروه های پیتروسپوروم روی سطح پوست ، تغییرات سبوم ، افزایش عوامل التهابی  $IL_2$ ،  $IL_{10}$  و  $INF$  گاما مطرح شده است. اما هنوز علت قطعی شناخته شده ای ندارد. نتیجه ی این مطالعه نشان داد که کاهش سطح ویتامین D باعث افزایش شدت بیماری و علائم اسکالینگ و اریتم و سطح درگیری می شود.

علی رغم این که درماتیت آتوپیک ، پسوریازیس و درماتیت سبورئیک ماهیت پاپولواسکوآموس دارند ، اما در بررسی ها مشخص شده است که سطح کاتلسیدین در درماتیت آتوپیک و درماتیت سبورئیک کاهش و در پسوریازیس افزایش می یابد. اما در همه ی بیماری های فوق سطح ویتامین D کاهش می یابد. با توجه به افزایش سطح کاتلسیدین در پسوریازیس ، دیگر نمیتوان به طور قطعی گفت ویتامین D از طریق افزایش کاتلسیدین موجب بهبود علائم بیماری می شود. از طرفی بیشترین تاثیر ویتامین D روی سیستم ایمنی و التهابی است، پیشنهاد می شود مطالعات ی بیشتری روی اثرات مثبت افزایش سطح ویتامین D بر مهار سیستم ایمنی و به دنبال آن ، بهبود علائم بیماری صورت گیرد. و یا اینکه مکانیسم اثرش در هر کدام از این بیماری ها به رغم ماهیت پاپولواسکوآموس مشترک ، متفاوت باشد.

همچنین پیشنهاد می شود که مطالعاتی در زمینه ی بررسی تاثیر استفاده از ویتامین D فارغ از میزان سرمی آن در درمان بیماران درماتیت سبورئیک صورت گیرد.

پیشنهاد دیگر آن که مطالعاتی پیرامون اثر افزودن فرم موضعی یا خوراکی از کاتلسیدین و تاثیر آن در درمان بیماری درماتیت سبورئیک انجام شود. (۳۱،۳۲)

# منابع

- 1- Holden CA, Berth-Jones J. Eczema, lichenification and prurigo. In: Rook, Wilkinson, Ebling: Rook's textbook of dermatology. 7th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing Company; 2004, 1: 17,10 - 17,14.
2. Jean L Bologna, Joseph L Jorizzo, Ronald P Rapini, Thomas D Horn, Jose M Mascaró, Anthony J Mancini, et al. Dermatology. 2nd ed. Spain, Elsevier, 2008; PP: 197-200.
3. Theelen B, Silvestri M, Gue'ho E, et al. Identification and typing of Malassezia yeasts using amplified fragment length polymorphism (AFLP), random amplified polymorphic DNA(RAPD) and denaturing gradient gel electrophoresis (DGGE). FEMS Yeast Res 2001; 1: 79-86.
- 4- Parsad D, Green CA, Farr PM Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Hapif P. Thomas: Clinical dermatology. 4th ed. Edinburgh: Mosby Company; 2004, 240-40.
- 5- Devereux G, Seaton A. Diet as a risk factor for atopy and asthma. J Allergy Clin Immunol. 2005; 110(6): 1109-17.
- 6- Antille C, Sorg O, Lubbe J, Saurat JH. Decreased oxidative state in non-lesional skin of atopic dermatitis. Dermatolo. 2002; 204(1): 69-71.
- 7- Gupta AK, Nicol KA. Seborrheic dermatitis of the scalp: etiology and treatment. J Drugs Dermatol. 2004; 3(2): 100-8.
- 8- isen M, Kaur S, Rehema A, Kullisaar T, et al. Allergic contact dermatitis is accompanied by severe abnormal changes in antioxidativity of blood. Biomed Pharmacother. 2004; 58(4): 260-3.
9. Katsambas A, Antoniou C, Frangouli E. A doubleblind trial of treatment of seborrheic dermatitis with 2% ketoconazole cream compared with 1% hydrocortisone cream. Br J Dermatol 1989; 121(3): 303-307.
10. Yamada Y, Makimura K, Ueda K, et al. DNA base alignment and taxonomic study of genus Malassezia based upon partial sequences of mitochondrial large subunit ribosomal RNA gene. Microbiol Immunol 2003; 47: 470-8.
- 11- Kuriyama K, Shimizu T, Horiguchi T, et al. Vitamin E ointment at high dose levels suppresses contact dermatitis in rats by stabilizing keratinocytes. Inflamm Res. 2002; 51(10): 483-9.

- ١٢- Baron Samuel Medical Microbiology ٣th ed. New York: Churchill Livingstone Publishing Company; ١٩٩١, ١٢٧ - ٣٥.
- ١٣- De Angelis YM, Gemmer CM, Kaczvinsky JR, Kenneally DC. Three etiologic facets of dandruff and seborrheic dermatitis: Malassezia fungi, sebaceous lipids, and individual sensitivity. J Invest Dermatol Symp Proc. ٢٠٠٥; ١٠(٣): ٢٩٥-٧.
١٤. Faergemann J, Borgers M, Degreef H. A new ketoconazole topical gel formulation in seborrhoeic dermatitis: an updated review of mechanism. Expert Opin Pharmacotherapy ٢٠٠٧; ٨(٩): ١٣٦٥-١٣٧١.
١٥. Borgers M, Degreef H. The role of ketoconazole in seborrhea dermatitis. Cutis ٢٠٠٧; ٨٠(٤): ٣٥٩-٣٦٣.
١٦. Peter RU, Korting HC. Treatment of seborrhoeic eczema with ketoconazole in comparison with an active agent-free cream. Arzneimittelfors Chung ١٩٩١; ٤١(٨): ٨٥٢-٨٥٤.
١٧. Skinner RB Jr, Noah PW, Taylor RM, Zanolli MD, West S, Guin JD, et al. Double-blind treatment of seborrheic dermatitis With ٢% ketoconazole cream. J Am Acad Dermatology ١٩٨٥; ١٢(٥): ٨٥٢-٨٥٦.
١٨. Elewski BE, Abramovits W, Kempers S, Schlessinger J, Rosen T, Gupta AK, et al. A novel foam formulation of ketoconazole ٢% for the treatment of seborrheic dermatitis on multiple body regions. Drugs Dermatol ٢٠٠٧; ٦(١٠): ١٠٠١-١٠٠٨.
١٩. Seckin D, Gurbuz O, Akin O. Metronidazole ٠,٧٥% gel vs ketoconazole ٢% cream in the treatment of facial seborrheic dermatitis: A randomized, double-blind study. J Eur Acad Dermatol Venereol ٢٠٠٧; ٢١(٣): ٣٤٥- ٣٥٠.
- ٢٠) Adrian gombarat, ٢٠١١, diagnosis an treatment of Skin disease, Translator: Parvni Mansouri, third edition, Publisher: Andishe rafi
- ٢١) Cikamay A, MD, Andreas Katsambas, MD Seborrheic dermatitis : etiology, risk factors. and treatments: facts and controversies Clinics in dermatology ٢٠١٣ ٣١, ٣٤٣-٣٥١
- ٢٢) G. Peroni; G.L. Piacentini; E. Cametti; I. Chinellato; A.L. Boner Correlation Between Serum ٢٥-hydroxyvitamin D Levels and Severity of Atopic Dermatitis in Children The British Journal of Dermatology. ٢٠١١; ١٦٤(٥): ١٠٧٨-١٠٨٢

- 23) Carlos JD, Antoniou C, Katsambas A, Böhler K, Fritsch P, Schmölz A, et al. Ketoconazole 2% cream versus hydrocortisone 1% cream in the treatment of seborrheic dermatitis. A double blind comparative study. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19(5): 800-803.
24. Chiu YE<sup>1</sup>, Havens PL, Siegel DH, Ali O, Wang T, Holland KE, Galbraith SS, Lyon VB, Drolet BA. Serum 25-hydroxyvitamin D concentration does not correlate with atopic dermatitis severity. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Jul; 69(1): 40-6. doi: 10.1016/j.jaad.2013.01.010. Epub 2013 Feb 14.
25. Woo YR<sup>1</sup>, Jung KE<sup>1</sup>, Koo DW<sup>1</sup>, Lee JS<sup>1</sup>, Vitamin D as a Marker for Disease Severity in Chronic Urticaria and Its Possible Role in Pathogenesis, *Ann Dermatol*. 2010 Aug; 27(4): 423-30. doi: 10.5021/ad.2010.27.4.423. Epub 2010 Jul 29.
26. Claudine P, Veronique G, Jacques D, Gerald E. A multicenter randomized trial of ketoconazole 2% and zine Pyrithione 1% Sham. *Skin Pharmacology and Applied skin Physiology* 2002; 15: 434-441.
27. G. Peroni; G.L. Piacentini; E. Cametti; I. Chinellato; A.L. Boner Correlation Between Serum 25-hydroxyvitamin D Levels and Severity of Atopic Dermatitis in Children *The British Journal of Dermatology*. 2011; 164(5): 1078-1082
28. Carlos C, Stefania Latrofa M, Testini G, et al. study of relationship between atopic dermatitis and vitamin D and genetic markers in patient with atopic dermatitis. *Mol Cell Probes* 2014; 21: 229-38.
29. Chion T. Quantitative analysis of cutaneous Malassezia in atopic dermatitis patients using real-time PCR. *Microbiol Immunol* 2006; 50: 549-52.
30. Woo YR<sup>1</sup>, Jung KE<sup>1</sup>, Koo DW<sup>1</sup>, Lee JS<sup>1</sup>, Vitamin D as a Marker for Disease Severity in Chronic Urticaria and Its Possible Role in Pathogenesis, *Ann Dermatol*. 2010 Aug; 27(4): 423-30. doi: 10.5021/ad.2010.27.4.423. Epub 2010 Jul 29.
31. Bagella, L., Scocchi, M., and Zanetti, M. (1990). cDNA sequences of three sheep myeloid cathelicidins. *FEBS Lett*. 376, 220-228.
32. López-García B, Lee PH, Gallo RL (May 2006). "Expression and potential function of cathelicidin antimicrobial peptides in dermatophytosis and tinea versicolor". *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 57 (5): 877-82.