

بررسی فراوانی بیماری پمفیگوئید و تظاهرات چشمی - مخاطی آن در بیماران مبتلا به ضایعات ایمونوبولوز مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی و بیمارستان الزهراء اصفهان

۱. استاد، مرکز تحقیقات دندانی، گروه آسیب شناسی دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. نویسنده مسؤول: استادیار، مرکز تحقیقات دندانی، گروه آسیب شناسی دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
Email: f_keshani@dnt.mui.ac.ir
۳. دانشجوی دندان پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. فلوشیپ قرنیه، چشم پزشک، اصفهان، ایران.
۵. چشم پزشک، اصفهان، ایران.

پرویز دیهیمی^۱

فروز کشانی^۲

زهرا صداقت نجف آبادی^۳

رضا خلیلیان^۴

الهام رحمانی خواه^۵

چکیده

مقدمه: پمفیگوئید سیکاتریکال، نوعی از بیماری های تاولی اتو ایمنی است. محدوده های از تظاهرات چشمی می تواند در این بیماران اتفاق بیفتد. تشخیص زودهنگام آن می تواند در جلوگیری از عوارض چشمی، مؤثر باشد. این پژوهش به بررسی فراوانی بیماری پمفیگوئید و تظاهرات مخاطی آن در بیماران مبتلا به ضایعات ایمونوبولوز مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی اصفهان و بیمارستان الزهراء طی ۸ سال (۱۳۸۷-۱۳۹۵) پرداخته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، پرونده های ۷۳ بیمار ایمونوبولوز همراه با بیماری پمفیگوئید موجود در آرشیو بخش آسیب شناسی دهان دانشکده دندان پزشکی اصفهان و بیمارستان الزهراء مطالعه گردید. اطلاعاتی از جمله سن و جنس استخراج شد و در خصوص محل درگیری ضایعات دهانی، پوستی و چشمی، درمان ضایعات و زمان بهبود، از آن ها سؤال گردید. تمامی اطلاعات مربوطه به صورت یک چک لیست تهیه و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش های آمار توصیفی و آزمون ANOVA مورد تحلیل قرار گرفت ($p \text{ value} < 0/05$).

یافته ها: میانگین سنی در بیماران مبتلا، ۶۴ سالگی و درگیری زنان، ۲ برابر مردان بود. علائم چشمی در سنین زیر ۶۰ سال و تظاهرات چشمی در افرادی که تظاهرات دهانی داشتند، حدود ۴ برابر بیشتر از افراد بدون تظاهرات دهانی بود.

نتیجه گیری: فراوانی بیماری پمفیگوئید، ۱۸/۸۱۴ درصد بود. فراوانی تظاهرات چشمی در این بیماران (۱۲/۳ درصد) احتساب شد که بیشتر موارد به صورت تازی دید (۴/۱ درصد) بود. ارتباط بین تظاهرات چشمی و دهانی، تظاهرات چشمی و پوستی و تظاهرات چشمی با سن و جنس، معنی دار نبود.

کلید واژه ها: بیماری های اتوایمنی، پمفیگوئید بلوز، پمفیگوئید غشاء مخاطی خوش خیم، پمفیگوس، تظاهرات چشمی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۸

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۸/۹/۳۰

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۶/۳۰

استناد به مقاله: دیهیمی پرویز، کشانی فروز، صداقت نجف آبادی زهرا، خلیلیان رضا، رحمانی خواه الهام. بررسی فراوانی بیماری پمفیگوئید و تظاهرات چشمی - مخاطی آن در بیماران مبتلا به ضایعات ایمونوبولوز مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی و بیمارستان الزهراء اصفهان. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۹؛ ۱۶: (۱)۵۳-۴۵.

مقدمه

بیماری‌های ایمنوبلوز از جمله پمفیگوس، پمفیگوئید بلوز، پمفیگوئید سیکاتریکال و غیره، گروه ناهمگونی از بیماری‌های پوستی و مخاطی هستند که می‌توانند با ناخوشی و مرگ و میر همراه باشند (۱). پمفیگوئید سیکاتریکال، بیماری ایمنوبلوز زیر اپی‌تلیالی مزمنی می‌باشد که پوست و مخاط دهان را درگیر می‌کند (۲). پمفیگوئید بلوز، نوع دیگر از بیماری‌های ایمنوبلوز می‌باشد که بیشتر، پوست و کمتر دهان را درگیر می‌نماید (۳). این نوع پمفیگوئید، از رایج‌ترین بیماری‌های ایمنوبلوز می‌باشد، که در هر سال، ۱۰ نفر از هر ۱ میلیون نفر را درگیر می‌کند.

در تعداد زیادی از مطالعات، پمفیگوئید بلوز را با پمفیگوئید سیکاتریکال مشابه دانسته‌اند، اما در مطالعات دیگر، تفاوت‌های کافی برای تمایز این دو بیماری وجود دارد، به این صورت که سیر پیشرفت پمفیگوئید بلوز، محدود بوده ولی سیر بیماری پمفیگوئید سیکاتریکال به صورت توسعه یافته و مهاجم می‌باشد (۴). این بیماری‌ها می‌توانند مخاط دهان، مخاط چشم، سایر مخاط‌ها را تحت تأثیر قرار دهند. در مطالعه‌ای، درگیری چشمی در این بیماران، ۶۰/۱ و ضایعات دهانی، ۹۰/۲ درصد بود (۲).

بیش‌ترین تظاهرات چشمی، به صورت یک التهاب مزمن ملتحمه بوده که می‌تواند به سمت فیبروز ملتحمه و کثرانکتویت سیکاتریکال مزمن (قرمز شدن چشم) و ناراحتی‌های شدید چشمی از جمله ورم مزمن غشای مخاطی، پیش‌روی نماید و در نهایت ورم ملتحمه ناشی از بیماری می‌تواند به سمت چسبندگی مخاط چشم، برگشت مژه‌ها به داخل چشم (یک عارضه رایج و خطرناک چشمی)، ناراحتی غیرالتهابی قرنیه و کوری پیش برود (۱). همچنین این بیماری فعال، می‌تواند همراه با از دست رفتن عملکرد غدد میومین چشم و انسداد مجاری اشک باشد که چشم را به سمت خشکی و متعاقباً عوارضی از جمله: زخم قرنیه و رگ‌زایی غیرنرمال ببرد (۵، ۶).

تشخیص پمفیگوئید غشای مخاطی، اغلب به تأخیر می‌افتد و تغییرات مزمن می‌تواند منجر به کاهش بینایی، زخم‌های قرنیه و خشکی چشم ناشی از انسداد مجاری اشک گردد. تشخیص زودهنگام پمفیگوئید سیکاتریکال می‌تواند در شروع درمان‌های موضعی و سیستمیک مؤثر بوده و در بهبود عوارض طولانی‌مدت بیماری اثرگذار باشد (۷).

التهاب چشمی شدید و درمان نشده، منجر به کاهش دید و کوری می‌شود به همین دلیل تأکید زیاد بر اهمیت تشخیص زودهنگام و درمان سریع برای درگیری‌های چشمی، پیشنهاد می‌گردد (۳).

دانش‌پژوه و همکاران (۸)، میانگین سنی بیماران ایمنوبلوز را در مطالعه‌ی خود، ۶۸/۸ سال گزارش کردند. در این مطالعه، ۵۴ درصد بیماران زن بوده‌اند.

بروزارد و همکاران (۵)، پیشنهاد نمودند که اطلاع و تشخیص زودهنگام درگیری‌های چشمی در این بیماران، کاهش ریسک بینایی و کوری را به دنبال خواهد داشت.

تن و همکاران (۱) در مطالعه‌ای بیان نمودند که در این بیماران، سندرم خشکی چشم، به میزان بالا دیده می‌شود. به دلیل شیوع بالای این سندرم در این بیماران و تأثیر منفی بر روی مدت بهبود سلامت چشم و کیفیت زندگی، چشم‌پزشکان باید برای انجام مدیریت سریع و مناسب، هوشیار باشند.

هایگین و همکاران (۲)، مشاهده نمودند که ریسک شیوع بیماری‌های چشمی در بیماران مبتلا به پمفیگوئید غشای مخاطی با ضایعات دهانی، بین ۰/۰۳ تا ۰/۰۷ درصد در هر فرد، در ۱ سال تا ۵ سال می‌باشد و فاصله‌ی زمانی بین ایجاد ضایعات دهانی و چشمی متغیر است و این موضوع از این جهت اهمیت دارد که تعداد زیادی از بیماران با درگیری چشمی در فازهای اولیه، بدون علامت هستند و بهتر است برای جلوگیری از گسترش علائم چشمی، بیمار به منظور بررسی زمان شروع بیماری چشمی به صورت دوره‌ای معاینه گردد.

آن‌ها پرسیده شد. در مورد سایر مخاط‌ها، محل درگیری ثبت گردید. پرونده‌های فاقد اطلاعات کافی و بدون شماره‌ی تماس و بیمارانی که به تماس پاسخ ندادند، از لیست بیماران جهت بررسی تظاهرات چشمی حذف شدند. سپس اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (IBM Corporation, Armonk, NY) و روش‌های آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت ($p \text{ value} < 0/05$).

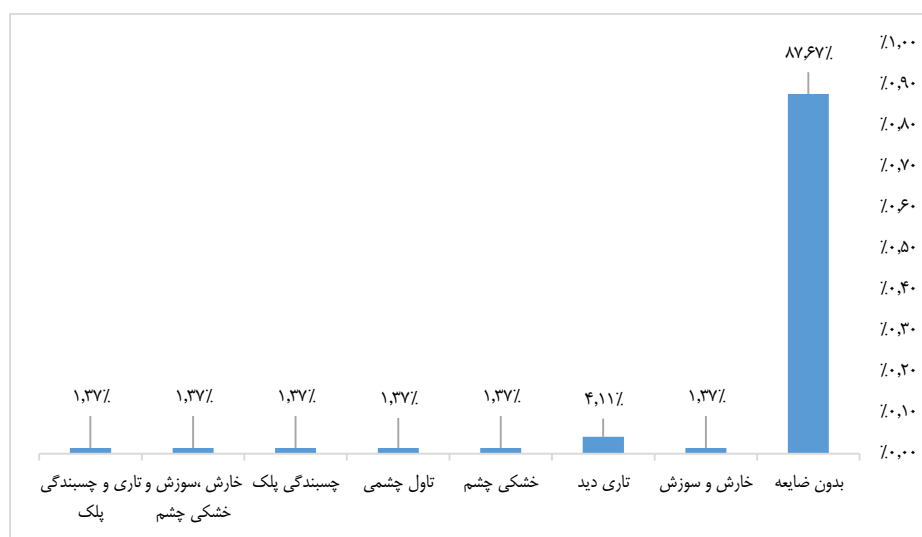
یافته‌ها

در این مطالعه، در مجموع ۶۷۵ بیمار ایمونوبولوز، ۱۲۷ نفر (۱۸/۸۱۴ درصد) بیمار پمفیگوییید گزارش شد. اطلاعات مورد نیاز از مجموع ۷۳ پرونده‌ی موجود و قابل دسترس در پرونده‌های بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان‌پزشکی اصفهان (۹ پرونده) و بخش پوست بیمارستان الزهرا (۶۴ پرونده) جمع‌آوری شد. فراوانی بیماری پمفیگوییید بر حسب سن و جنس از میان ۱۲۷ بیمار پمفیگوییید بررسی گردید. بیش‌ترین گروه سنی درگیر، مربوط به ۶۰-۹۰ سال (۶۱/۱۱ درصد) و میانگین درگیری ۶۴ سالگی بود. زنان، دو برابر مردان درگیر بودند. علائم چشمی، پوستی و دهانی، درمان و زمان بهبودی این علائم بر اساس ۷۳ پرونده‌ی موجود و قابل دسترس بررسی شد. فراوانی تظاهرات چشمی ۹ نفر (۱۲/۳ درصد) احتساب شد که در بیشتر موارد، تاری دید بود (نمودار ۱).

با توجه به اهمیت بیماری پمفیگوییید، درگیری‌های دهانی و چشمی این بیماری و نیز مطالعات کم در خصوص فراوانی این بیماری در ایران و ضایعات چشمی آن‌ها، هدف از این مطالعه، بررسی فراوانی بیماری پمفیگوییید و تظاهرات مخاطی آن در بیماران مبتلا به ضایعات ایمونوبولوز مراجعه‌کننده به دانشکده‌ی دندان‌پزشکی اصفهان و بیمارستان الزهرا طی سال (۱۳۸۷-۱۳۹۵) بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، تعداد ۶۷۵ پرونده‌ی بیماران ایمونوبولوز موجود در آرشیو بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده‌ی دندان‌پزشکی اصفهان و بیمارستان الزهرا، طی سال‌های (۱۳۸۷-۱۳۹۵) استفاده گردید. از این میان، ۱۲۷ بیمار پمفیگوییید وجود داشت. ۵۴ بیمار پرونده نداشته و از پرونده‌ی ۷۳ بیمار استفاده شد. اطلاعاتی از جمله سن، جنس، محل درگیری ضایعات دهانی، درمان دریافتی و زمان بهبودی ضایعات دهانی، نوع درگیری چشمی، زمان ایجاد درگیری چشمی بعد از ضایعات دهانی، درمان دریافتی و زمان بهبودی ضایعات چشمی، محل درگیری پوستی، درمان دریافتی و زمان بهبودی آن‌ها از پرونده‌ها استخراج گردید. در صورت عدم وجود این اطلاعات در پرونده، با شماره تلفن بیماران تماس گرفته و از



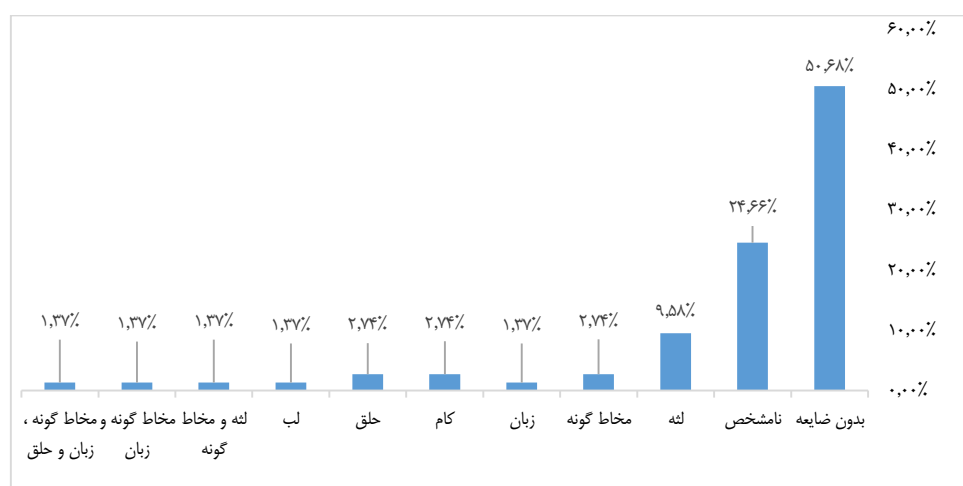
نمودار ۱: درصد فراوانی انواع تظاهرات چشمی در بیماران مبتلا به پمفیگوییید

چشمی و جنس، سن، تظاهرات دهانی و تظاهرات پوستی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p \text{ value} > 0.05$). ولی در توزیع فراوانی، تظاهرات چشمی در افراد دارای تظاهرات دهانی، حدود ۴ برابر بیشتر از افراد بدون تظاهرات دهانی بود.

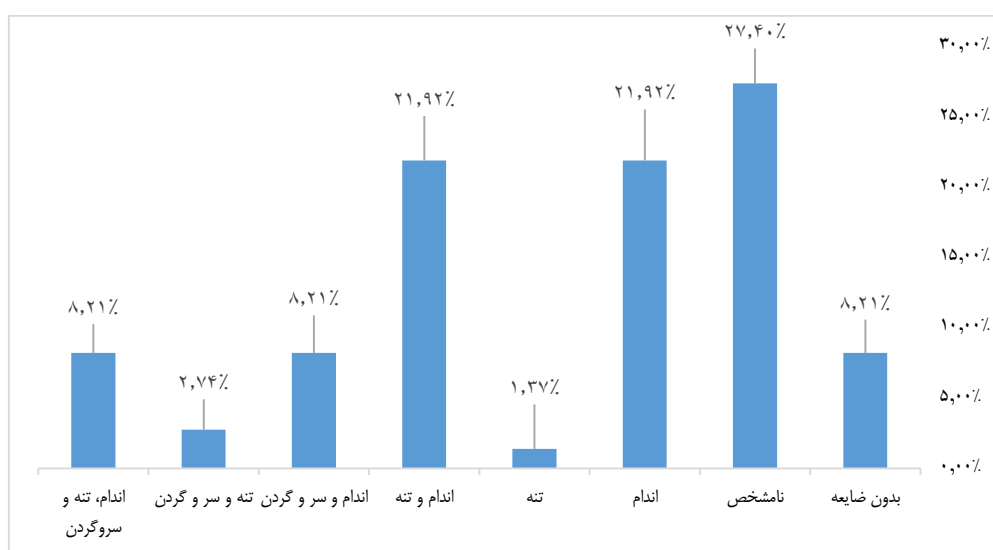
در بین مخاط‌های دیگر، مخاط واژینال، بیشتر از مخاط بینی درگیر شده بود. متوسط زمان بهبودی علائم پوستی بعد از مصرف داروها با میانگین 0.88 ± 1.84 هفته بود و بیش‌ترین داروی مورد استفاده کورتیکواستروئیدها و در درجه‌ی دوم آنتی‌بیوتیک‌ها بودند.

الگوی محل ضایعات دهانی در نمودار ۲ خلاصه شده است. فراوانی تظاهرات پوستی در این بیماران بیشتر به صورت درگیری نامشخص در کل بدن (به علل مختلف ثبت نشده است: عدم درج در پرونده، عدم پاسخگویی به تلفن، فراموش کردن بیمار) و در رتبه‌ی دوم، علائم به صورت درگیری اندام و اندام تنه باهم بود (نمودار ۳).

در بیماران زیر ۶۰ سال، درگیری چشمی بیشتر بود. زمان ایجاد علائم چشمی بر اساس گزارش شفاهی بعد از علائم پوستی و دهانی، با میانگین ۱۰ روز بود. با استفاده از آزمون دقیق فیشر، میان وجود و یا عدم وجود تظاهرات



نمودار ۲: فراوانی تظاهرات دهانی به تفکیک محل درگیری در بیماران مبتلا به پمفیگوس



نمودار ۳: فراوانی تظاهرات پوستی به تفکیک محل درگیری در بیماران مبتلا به پمفیگوس

بحث

پمفیگویی سیکاتریکال، بیماری است که غشاهای مخاطی را در یک یا چند بافت، هم زمان یا در زمان‌های مختلف درگیر می‌کند. التهاب ملتحمه‌ی چشم در پمفیگویی سیکاتریکال، رایج و ممکن است به بیماری دردناک و ناخوشایند منجر شود. تفاوت در فراوانی علائم چشمی در این بیماران، می‌تواند به دلیل تفاوت در زمان تشخیص علائم چشمی بعد از علائم دهانی و عدم بررسی توسط چشم‌پزشک باشد (۲). پمفیگویی بلوز، بیماری است که در آن، اتوآنتی بادی‌های اختصاصی علیه اتصالات درم و اپی‌درم ایجاد شده‌اند و معمولاً به صورت تاول‌های خارش‌دار در نواحی تنه و قسمت‌های انتهایی اندام ظهور پیدا می‌کنند (۹).

در مطالعه‌ی حاضر، در دو بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده‌ی دندان‌پزشکی و بخش پوست بیمارستان الزهرا اصفهان، تعداد ۱۲۷ بیمار مبتلا به پمفیگویی گزارش شد که از این تعداد، اطلاعات از مجموع ۷۳ پرونده‌ی موجود و قابل دسترس در پرونده‌های این دو بخش، جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ۵۴ پرونده از دست رفته بود. در کتب مرجع و اکثر مقالات، پمفیگویی بلوز، شایع‌ترین بیماری ایمونوبولوز بوده است؛ ولی در مطالعه‌ی دانش‌پژوه و همکاران (۱۰) در ایران، پمفیگوس را شایع‌ترین بیماری ایمونوبولوز و پمفیگویی بلوز را در رتبه‌ی دوم قرار دادند که دلیل این امر می‌تواند به دلیل تظاهرات بیشتر بیماری پمفیگوس و مراجعات و ثبت پرونده‌ی بیشتر و شدیدتر باشد. در مطالعه‌ی حاضر به دلیل عدم تمایز بیماری پمفیگویی بلوز و پمفیگویی سیکاتریکال، این دو بیماری فقط با عنوان پمفیگویی نام برده شده است و شیوع آن در بین بیماری‌های ایمونوبولوز بخش پوست بیمارستان الزهرا و بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندان‌پزشکی اصفهان در حدود ۱۸/۸۱۴ درصد بود.

بروسارد و همکاران (۵) به این نتیجه رسیده‌اند که شیوع

سالانه‌ی پمفیگویی سیکاتریکال، ۱/۳ درصد و ۲ نفر از هر ۱ میلیون نفر در فرانسه و آلمان بوده است.

مطالعه‌ی برترام و همکاران (۱۱)، علت اطلاعات خیلی پایین خود را در مورد بیماران اتوایمونوبولوز، عدم ثبت همه‌ی بیماران مبتلا در آلمان و همچنین درمان تعدادی از این بیماران در خارج از منطقه‌ی مورد مطالعه دانستند. در مطالعه‌ی حاضر، همچنین یکی از مشکلات موجود، عدم ثبت کامل پرونده‌ها و مراجعه‌ی بیماران به سایر بیمارستان‌ها بود.

در مطالعه‌ی حاضر، شیوع بیماری پمفیگویی، بیشتر در دامنه‌ی سنی ۶۰-۹۰ و با میانگین ۶۴ سال بود. در تمامی مطالعات از جمله، مطالعه‌ی اسماعیلی و همکاران (۱۲) در بیماران ایرانی و دانش‌پژوه و همکاران (۸)، سن درگیری بیماران را در سنین بالا و به ترتیب با میانگین سنی 65 ± 18 و ۶۸/۸ بیان کردند.

همچنین بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳) در خراسان رضوی، میانگین سنی بیماران پمفیگویی بلوز را ۶۹ سال گزارش کرده و بیان نمودند که ۷۸ درصد بیماران درگیر، بالای ۶۰ سال سن داشتند. درگیری این بیماری در تمامی مطالعات بررسی شده، در زنان بیشتر از مردان بوده است (۳، ۸، ۱۰، ۱۲).

در مطالعه‌ی حاضر، درگیری در زنان، ۶۳ درصد و در مردان ۳۶ درصد بود (حدود ۲ برابر در زنان بیشتر اتفاق افتاده بود) که با مطالعه‌ی اسماعیلی و همکاران (۱۲) مطابقت داشت. در مطالعه‌ی حاضر، علائم بیماری، بیشتر به صورت درگیری‌های پوستی (۷/۹۱ درصد) و پس از موارد نامشخص، بیشتر در اندام و تنه مشاهده شد. همچنین بنی‌هاشمی و همکاران (۱۳) در مطالعه‌ی خود در شمال ایران، بیان داشتند تمامی (۱۰۰ درصد) بیماران پمفیگویی بلوز بستری شده در بیمارستان، علائم پوستی و ۸۳/۳ درصد، خارش داشته‌اند و همچنین بیشتر ضایعات به اندام و تنه تعمیم داده شده و فقط ۴ نفر در اندام و ۱ نفر فقط در نواحی پوست صورت، درگیر شده بود.

مطالعه‌ی ما، تفکیکی بین دو نوع پمفیگوئید صورت نگرفته بود، ولی مطالعه‌ی آنگ و همکاران (۱۶) فقط پمفیگوئید سیکاتریکال را بررسی نموده بودند.

سابو و همکاران (۱۷) در مطالعه‌ای گذشته‌نگر، گزارش کردند که در پمفیگوئید سیکاتریکال، شدت علائم چشمی در ۷۶ درصد بیماران ثابت مانده است. در ۵ درصد بیماران علائم، بهبود یافته و در ۱۹ درصد بیماران شدت علائم بدتر شده است.

بروسار و همکاران (۵) بیان کردند، ۸۰ درصد بیماران مبتلا به پمفیگوئید سیکاتریکال، دارای علائم چشمی از جمله التهاب ملتحمه، چسبندگی و کوتاه شدن فورنیکس چشم، برگشت پلک و برگشت مژه‌ها به داخل چشم بودند.

گلدیچ و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ی خود عنوان کردند که از تعداد ۳۳ بیمار، ۷/۸ درصد، دارای علائم چشمی فیروز ساب‌اپی‌تلیال بوده که جز مراحل اولیه‌ی بیماری است، ۲۱/۸ درصد، کوتاه شدن ناحیه‌ی فورنیکس چشم، ۶۵/۶ درصد چسبندگی مخاط چشم و ۴/۶ درصد، کراتین‌سازی یا بدون تحرک قرنیه را نشان دادند که جزء علائم نهایی بیماری می‌باشد. این اختلافات می‌تواند منعکس‌کننده‌ی الگوی متفاوت ارجاع به پزشک باشد.

این نتایج از این جهت اهمیت دارند که بیماران مبتلا به پمفیگوئید، باید از نظر سلامت چشم به طور دوره‌ای مورد معاینه‌ی چشم‌پزشک قرار بگیرند و برای این بیماران پرونده‌های چشم‌پزشکی تشکیل شود تا در زمانی هرچه کم‌تر، تظاهرات چشمی‌شان تشخیص و هرچه زودتر مورد درمان قرار بگیرند.

طبق اکثر مطالعات و همچنین مطالعه‌ی حاضر، بیش‌ترین داروی مورد استفاده، کورتون‌ها بوده‌اند و زمان کم‌تر شدن علائم پوستی بعد از استفاده از داروها در همان هفته‌ی اول بود (۱۴، ۱۹، ۲۰).

با توجه به شیوع نسبتاً بالای تظاهرات چشمی و نیز میزان بالای احتمال پیشرفت آن به مراحل بدتر در این بیماران توصیه به پیگیری به موقع و دقت بیشتر به علائم آن‌ها و

در مطالعه‌ی حاضر، علائم بیماران به ترتیب به صورت درگیری‌های پوستی (۷/۹۱ درصد)، علائم دهانی (۶/۵۰ درصد) و سپس علائم چشمی (۳/۱۲ درصد) بود و سایر مخاط‌ها از جمله واژینال (۴/۵ درصد) و مخاط بینی (۳/۱ درصد) به ترتیب درگیر شده بودند. در مطالعه‌ی اشمیت و زلیکس (۱۴)، پمفیگوئید بلوز و پمفیگوئید سیکاتریکال به طور مجزا بررسی شده و درگیری مخاط بینی، بیشتر از واژینال بوده است. این اختلاف در دو مطالعه می‌تواند به دلیل احتساب مخاط بینی جزء علائم صورتی در پرونده‌های مطالعه‌ی حاضر باشد و به همین دلیل کمتر از حد واقعی برآورد شده است.

در مطالعه‌ی حاضر بین تظاهرات چشمی و تظاهرات دهانی، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p \text{ value} = ۰/۸۵$) ولی در توزیع فراوانی، تظاهرات چشمی در افراد دارای تظاهرات دهانی، حدود ۴ برابر بیشتر از افراد بدون تظاهرات دهانی بود که این عدم ارتباط معنی‌دار می‌تواند به دلیل تعداد بیماران کمتر باشد و اگر جامعه‌ی آماری زیاد شود، این ارتباط معنی‌دار خواهد شد.

در مطالعه‌ی حاضر در بیماران پمفیگوئید، ۹ نفر (۳/۱۲ درصد) تظاهرات چشمی داشتند که بیش‌ترین تظاهر آن به صورت تاری دید بود و همچنین زمان ایجاد درگیری تظاهر چشمی به طور میانگین، ۱۰ روز بعد از تظاهرات دهانی و پوستی بود.

هایگینز و همکاران (۲) بیان کردند، ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به پمفیگوئید سیکاتریکال دهانی، علائم و نشانه‌های چشم را در مراجعه به چشم‌پزشک داشتند.

در مطالعه‌ی تورن و همکاران (۱۵)، گزارش شده است که ۵۴ درصد بیماران در هنگام مراجعه، هر دو چشم آن‌ها درگیر شده بود و ۴۹/۲ درصد موارد قبل از تظاهرات چشمی مراجعه کرده بودند.

آنگ و همکاران (۱۶) در سال ۲۰۱۸، در مطالعه‌ی خود بیان کردند که در بین ۷۴ بیمار پمفیگوئید سیکاتریکال، ۲۰ نفر (۴/۲۷ درصد) درگیری چشمی داشته‌اند. شاید یکی از دلایل اختلاف این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر، این باشد که در

نتیجه‌گیری

فراوانی بیماری پمفیگوئید در بین بیماران ایمونوبلوز بخش پوست بیمارستان الزهرا و بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان‌پزشکی اصفهان، ۱۸/۸۱۴ درصد بود که زنان با میانگین ۶۴ سال، بیشتر از مردان مبتلا بودند. علائم چشمی بیماران با فاصله‌ی زمانی حدود ۱۰ روز بعد از علائم دهانی و پوستی اتفاق افتاده و این علائم چشمی با فراوانی ۱۲/۳ درصد و بیش‌ترین تظاهر آن، تاری دید با ۴/۱ درصد بود. این نتایج، اهمیت بررسی علائم چشمی را در بیماران پمفیگوئید مشخص می‌کند و باید با اولین مراجعه‌ی بیمار برای تظاهرات پوستی و مخاطی، حتماً سلامت چشم آن‌ها توسط چشم‌پزشک ارزیابی گردد. همچنین درگیری سایر مخاطات باید بررسی شود.

معاینات دوره‌ای چشم‌های بیماران مبتلا به پمفیگوئید می‌شود. پیشنهاد می‌گردد مطالعات مکمل دیگری در سایر نقاط کشور و مقایسه و محاسبه‌ی فراوانی این بیماری در کل کشور و نسبت به بقیه‌ی انواع بیماری‌های ایمونوبلوز انجام گردد. همچنین در پرونده‌های بیماران، زمان درگیری علائم چشمی، درمان و میزان داروی مورد استفاده به طور دقیق ثبت گردد.

از محدودیت‌های این طرح می‌توان به وجود پرونده‌های ناقص، جدا نکردن دو نوع پمفیگوئید بلوز و پمفیگوئید سیکاتریکال در پرونده‌های موجود در بخش پوست بیمارستان الزهرا، عدم ثبت زمان درگیری علائم چشمی و زمان بهبودی این علائم در پرونده‌ها اشاره نمود.

References

1. Tan JC, Tat LT, Francis KB, Mendoza CG, Murrell DF, Coroneo MT. Prospective study of ocular manifestations of pemphigus and bullous pemphigoid identifies a high prevalence of dry eye syndrome. *Cornea* 2015; 34(4): 443-8.
2. Higgins GT, Allan RB, Hall R, Field EA, Kaye SB. Development of ocular disease in patients with mucous membrane pemphigoid involving the oral mucosa. *Br J Ophthalmol* 2006; 90(8): 964-7.
3. Marazza G, Pham HC, Schärer L, Pedrazzetti PP, Hunziker T, Trüeb RM, et al. Incidence of bullous pemphigoid and pemphigus in Switzerland: a 2-year prospective study. *Br J Dermatol* 2009; 161(4): 861-8.
4. Neville BW, Damm DD, Chi AC, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2015. p. 722.
5. Broussard KC, Leung TG, Moradi A, Thorne JE, Fine JD. Autoimmune bullous diseases with skin and eye involvement: cicatricial pemphigoid, pemphigus vulgaris, and pemphigus paraneoplastica. *Clin Dermatol* 2016; 34(2): 205-13.
6. Elder MJ, Dart JK, Collin R. Inferior retractor plication surgery for lower lid entropion with trichiasis in ocular cicatricial pemphigoid. *Br J Ophthalmol* 1995; 79(11): 1003-6.
7. Fernando SL, Myers P. Turning a blind eye: ocular mucous membrane pemphigoid. *BMJ Case Rep* 2009; 2009: 1584.
8. Daneshpazhooh M, Khorassani J, Balighi K, Ghandi N, Mahmoudi H, Tohidinik H, et al. Neurological diseases and bullous pemphigoid: A case-control study in Iranian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017; 83(2): 195-9.
9. Kershenovich R, Hodak E, Mimouni D. Diagnosis and classification of pemphigus and bullous pemphigoid. *Autoimmun Rev* 2014; 13(4-5): 477-81.
10. Daneshpazhooh M, Chams-Davatchi C, Payandemehr P, Nassiri S, Valikhani M, et al. Spectrum of autoimmune bullous diseases in Iran: a 10-year review. *Int J Dermatol* 2012; 51(1): 35-41.
11. Bertram F, Bröcker EB, Zillikens D, Schmidt E. Prospective analysis of the incidence of autoimmune bullous disorders in Lower Franconia, Germany. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7(5): 434-40.
12. Esmaili N, Hallaji Z, Soori T, Davatchi C. Bullous pemphigoid in Iranian patients: a descriptive study on 122 cases. *Acta Med Iran* 2012; 50(5): 335-8.

13. Banihashemi M, Zabolinejad N, Vahabi S, Razavi HS. Survey of bullous pemphigoid disease in northern Iran. *Int J Dermatol* 2015; 54(11): 1246-9.
14. Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases. *Lancet* 2013; 381(9863): 320-32.
15. Thorne JE, Anhalt GJ, Jabs DA. Mucous membrane pemphigoid and pseudopemphigoid. *Ophthalmology* 2004; 111(1): 45-52.
16. Ong HS, Setterfield JF, Minassian DC, Dart JK, Mucous Membrane Pemphigoid Study Group 2009-2014. Mucous membrane pemphigoid with ocular involvement: the clinical phenotype and its relationship to direct immunofluorescence findings. *Ophthalmology* 2018; 125(4): 496-504.
17. Szabó E, Palos M, Skalická P. [Ocular Cicatricial Pemphigoid - a Retrospective Study]. *Cesk Slov Oftalmol* 2016; 72(1): 283-92.
18. Goldich Y, Ziai S, Artornsombudh P, Avni-Zauberman N, Elbaz U, Rootman DS, et al. Characteristics of patients with ocular cicatricial pemphigoid referred to major tertiary hospital. *Can J Ophthalmol* 2015; 50(2): 137-42.
19. Langan S, Smeeth L, Hubbard R, Fleming K, Smith C, West J. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris--incidence and mortality in the UK: population based cohort study. *BMJ* 2008; 337: a180.

Evaluation of the Frequency of Pemphigoid and Its Mucosal Manifestations in Patients with Immunobullous Lesions Referring to Isfahan Dental School and Alzahra Hospital over an 8-Year Period from 2008 to 2016

Parviz Deyhimi¹

Forooz keshani²

Zahra Sedaghat Najafabadi³

Reza Khalilian⁴

Elham Rahmanikhah⁵

1. Professor, Dental Research Center, Department of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. **Email:** f_keshani@dnt.mui.ac.ir

3. Dental Student, Dental School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Corneal Fellowship, Ophthalmologist, Isfahan, Iran.

5. Ophthalmologist, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Cicatricial pemphigoid is a type of immunobullous disease. A number of ocular manifestations can occur in these patients. Early diagnosis can be effective in preventing ocular complications. This study investigated the frequency of pemphigoid and its mucosal manifestations in patients with immunobullous lesions referring to Isfahan Dental School and Alzahra Hospital over 8 years.

Materials & Methods: In this cross-sectional descriptive/analytical study, 127 patient files of pemphigoid disease were evaluated in the Archives of the Department of Oral Diseases in Isfahan Dental School and Alzahra Hospital. The data on the age and sex of the patients were recorded. The patients were recalled and questioned about the location of the oral, cutaneous and ocular lesions, the treatment of these lesions, and the time of recovery of the lesions. All the relevant data were provided as a checklist and analyzed with SPSS 22, using ANOVA and descriptive statistical methods, including frequency distribution tables, calculation of percentages and relationships, and use of circular and bar diagrams ($\alpha = 0.05$).

Results: The mean age of the patients was 64 years. There was a female predilection (2:1). Eye symptoms were more frequent in patients < 60 years of age, and ocular manifestations in patients with oral manifestations were four folds more frequent compared to patients without oral manifestations.

Conclusion: The frequency of the pemphigoid disease was 18.814%. The frequency of ocular involvement in these patients was 12.3%, with blurred vision (4.1%) being the most common problem. The relationships between ocular and oral involvement, ocular and cutaneous involvement, and the ocular involvement and age and sex were not significant.

Key words: Autoimmune diseases, Bullous pemphigoid, Benign mucosal pemphigoid, Eye manifestations, Pemphigus.

Received: 21.9.2019

Revised: 21.12.2019

Accepted: 28.1.2020

How to cite: Deyhimi P, keshani F, Najafabadi ZS, Khalilian R, Rahmanikhah E. Evaluation of the Frequency of Pemphigoid and Its Mucosal Manifestations in Patients with Immunobullous Lesions Referring to Isfahan Dental School and Alzahra Hospital Over an 8-Year Period from 2008 to 2016. J Isfahan Dent Sch 2020; 16(1): 45-53.