

خارش کشاله‌ی ران در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل

دکتر سودابه تیرگر طبری^۱
دکتر شهناز برات^۲

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

زمینه و هدف: خارش معمولاً به دلیل بیماری‌های پوستی اولیه و یا بیماری‌های سیستمیک رخ می‌دهد. خارش ناحیه کشاله‌ی ران می‌تواند به دلایل متفاوتی نظیر قارچ، اگزما، بیماری‌های باکتریایی و نورودرماتیت، گال و سایر بیماری‌های پوستی به وجود آید. این مطالعه با هدف تعیین علل خارش کشاله‌ی ران در زنان انجام شد.

روش اجرا: این مطالعه به صورت توصیفی بر روی زنانی که از ابتدای زمستان ۸۵ تا پایان پاییز ۸۶ به علت خارش کشاله‌ی ران به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل مراجعه کرده بودند انجام شد. اطلاعات لازم مشتمل بر نام، سن، قد، وزن، سابقه‌ی مصرف داروی قبلی، درگیری زوج جنسی یا سایر افراد خانواده، مدت زمان درگیری، بیماری زمینه‌ای قبلی و نتیجه‌ی معاینه در پرسش‌نامه‌ای با کسب رضایت کتبی برای هر نفر ثبت شد.

یافته‌ها: تعداد بیماران مبتلا به خارش کشاله‌ی ران ۱۱۵ نفر بود. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴۱/۲ سال با طیف سنی ۱۵-۷۵ بود. بیشتر افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۴۶-۵۵ سال با ۳۳ مورد (۲۸/۷٪) قرار داشتند. بیشتر بیماران دارای Body Mass Index (BMI) ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع (اضافه وزن)، با ۳۳ مورد (۲۸/۷٪) بودند. بیشترین موارد ابتلا در فصل تابستان با ۴۸ مورد (۴۱/۷٪) مشاهده گردید. شایع‌ترین علل خارش کشاله‌ی ران در تمام فصول، سنین و تقسیم‌بندی‌های BMI به ترتیب کچلی کشاله‌ی ران با ۵۵ مورد (۴۷/۸٪) و درماتیت سبورئیک با ۲۹ مورد (۲۵/۱٪) بود.

نتیجه‌گیری: توجه به علل شایع خارش کشاله‌ی ران، فصل بروز و وزن بیماران می‌تواند پرسنل پزشکی را در تشخیص و درمان زودرس بیماری کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: خارش، کشاله‌ی ران، کچلی کشاله‌ی ران، درماتیت سبورئیک

دریافت مقاله: ۸۹/۶/۲۸ پذیرش مقاله: ۸۹/۸/۲۱

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۸۹، دوره‌ی ۱(۴): ۱۹۵-۲۰۰

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر سودابه تیرگر طبری

بابل، خیابان گنج‌افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، پست الکترونیک:

stirgartabari@yahoo.com

مقدمه

ابراز آن به سایر افراد خانواده، موارد متعدد خوددرمانی، تشدید ضایعات و تأخیر در تشخیص ضایعات بیماران مشاهده می‌گردد. این امر می‌تواند منجر به سرایت بیماری‌ها، تحمیل هزینه‌ی اضافی به خانواده و افزایش طول دوره‌ی درمان شود. در نهایت می‌توان با انتشار نتایج در بررسی فراوانی علل مراجعه‌ی بیماران به درمانگاه‌ها گام مثبتی در جهت ارتقاء دانش پزشکان متخصص پوست و زنان، پزشکان عمومی و ماماها برای

خارش به دلیل بیماری‌های پوستی اولیه یا بیماری‌های سیستمیک رخ می‌دهد^۱. خارش ناحیه کشاله‌ی ران می‌تواند به دلایل متفاوتی از جمله بیماری‌های نادر تاوولی، نظیر بیماری هیلی-هیلی^۲ تا بیماری‌های شایع مانند اگزما، گال، قارچ و بیماری‌های باکتریال ایجاد شود^۳. به دلیل موقعیت آناتومیک محل و شرم بسیاری از بیماران در مراجعه به پزشک یا حتی

یافته‌ها

تعداد زنانی که به‌دلیل شکایت خارش کشاله ران مورد معاینه قرار گرفتند ۱۱۵ نفر بود. در میان افراد مورد مطالعه ۱۰۵ مورد متأهل، ۵ مورد مجرد و ۵ مورد بیوه بودند. ۳۱ مورد از بیماران (۲۶/۹٪) قبل از مراجعه‌ی درمان موضعی استروئیدی و ضدقارچ دریافت کرده بودند. شایع‌ترین علل خارش کشاله‌ی ران، کچلی کشاله‌ی ران با ابتلا ۵۵ نفر (۴۷/۸٪) و درماتیت سبورئیک با ۲۹ نفر (۲۵/۱٪) دومین علت شایع بود (جدول ۱). از ۵۵ مورد کچلی کشاله‌ی ران، ۱۵ مورد درگیری همسر داشته که در ۵ مورد ابتدا درگیری زوج مذکر وجود داشته است. در ۳ مورد درگیری فرزند پسر بیمار وجود داشت و در یک مورد بیمار مجرد، مادر و خواهر بیمار هم مبتلا بودند. ۵ مورد از افراد مبتلا به کچلی کشاله‌ی ران، مبتلا به کچلی بدن و یک مورد نیز مبتلا به کچلی پا بودند.

۹ مورد مبتلا به دیابت بودند که در ۴ مورد کچلی کشاله‌ی ران، در ۲ مورد کاندیدا، در یک مورد درماتیت

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی و درصد علل خارش کشاله‌ی ران در ۱۱۵ زن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل از زمستان ۱۳۸۵ لغایت پاییز ۱۳۸۶

بیماری	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
کچلی کشاله‌ی ران	۵۵	۴۷/۸٪
درماتیت سبورئیک	۲۹	۲۵/۱٪
اینترتریگو	۹	۷/۸٪
اریتراسما	۶	۵/۲٪
لیکن پلان	۴	۳/۵٪
کاندیدا	۳	۲/۸٪
پسوریازیس	۳	۱/۷٪
لیکن سیمپلکس کرونیکوس	۲	۰/۸٪
درماتیت تماسی	۲	۰/۸٪
گال ندولر	۱	۰/۸٪
کچلی کشاله‌ی ران همراه با کاندیدا	۱	۰/۸٪

آموزش به زنان مراجعه‌کننده، تشخیص ضایعات پوستی، جلوگیری از گسترش بیماری‌ها و درمان زودهنگام آن‌ها برداشت. هدف از این مطالعه تعیین علت خارش کشاله ران در زنان مبتلا بود

روش اجرا

این مطالعه به‌صورت مشاهده‌ای - توصیفی بر روی زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل از ابتدای زمستان ۸۵ تا پایان پاییز ۸۶ انجام شد، نحوه‌ی نمونه‌گیری سرشماری بود. کلیه‌ی بیماران وارد مطالعه با اعلام رضایت کتبی وارد مطالعه شدند و بیمارانی که مراجعه‌ی مجدد به درمانگاه داشته و در مراجعه‌ی قبلی مورد معاینه کشاله‌ی ران قرار گرفته بودند مجدداً وارد مطالعه نشدند. اطلاعات لازم مشتمل بر نام، سن، وزن، سابقه‌ی مصرف داروی قبلی، درگیری زوج جنسی یا سایر افراد خانواده، مدت‌زمان درگیری، بیماری زمینه‌ای قبلی و نتیجه‌ی معاینه در پرسش‌نامه‌ای برای هر نفر ثبت شد. موارد مشکوک بعد از معاینه جهت انجام اسمیر از ضایعات به آزمایشگاه فرستاده شدند.

مصرف استروئید ۱۵ روز قبل از آزمایش و استفاده از داروی ضدقارچ، ۷ روز قبل از آزمایش توسط بیماران ممنوع و به آنان توصیه شد که ۳ روز قبل از آزمایش استحمام نکنند. در این مطالعه از ۵۵ مورد کچلی کشاله‌ی ران، ۵۰ مورد توسط آزمایشگاه تأیید شد. ۵ مورد مشکوک به عفونت قارچی که برای رفتن به آزمایشگاه همکاری نکردند، با تشخیص احتمالی کچلی کشاله‌ی ران تحت درمان قرار گرفتند که پاسخ به درمان وجود داشت. از ۶ مورد اریتراسما، ۳ مورد در آزمایشگاه تأیید شد و در ۳ مورد با لامپ Wood و مشاهده‌ی فلورسانس قرمز مرجانی تأیید تشخیص صورت پذیرفت. ۳ مورد کاندیدای توأم با کچلی کشاله‌ی ران نیز در آزمایشگاه تأیید شد.

جدول ۳: توزیع BMI در ۱۱۵ زن مبتلا به خارش کشاله‌ی کشاله‌ی ران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل از زمستان ۱۳۸۵ لغایت پاییز ۱۳۸۶

BMI (کیلوگرم بر مترمربع)	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
< ۱۸/۵ (لاغر)	۰	۰
۱۸/۵-۲۴/۹ (متناسب)	۲۲	۱۹/۱٪
۲۵-۲۹/۹ (اضافه وزن)	۳۳	۲۸/۷٪
۳۰-۳۴/۴ (چاقی درجه اول)	۲۸	۲۴/۳٪
۳۵-۳۵/۹ (چاقی درجه دوم)	۲۱	۱۸/۳٪
> ۴۰ (چاقی درجه سوم)	۱۱	۹/۶٪
جمع	۱۱۵	۱۰۰٪

جدول ۲: توزیع سنی ۱۱۵ زن مبتلا به خارش کشاله‌ی ران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل از زمستان ۱۳۸۵ لغایت پاییز ۱۳۸۶

سن (سال)	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۱۵-۲۵	۲۵	۲۱/۷٪
۲۶-۳۵	۱۷	۱۴/۷٪
۳۶-۴۵	۲۲	۱۹/۱٪
۴۶-۵۵	۳۳	۲۸/۷٪
۵۶-۶۵	۱۰	۸/۷٪
۶۶-۷۵	۸	۶/۹٪
جمع	۱۱۵	۱۰۰٪

بحث

مطالعات انجام‌شده در این زمینه محدود است. لذا مطالعه‌ی ما در نوع خود، مطالعه‌ای چند وجهی در این زمینه می‌باشد. در این مطالعه از میان ۱۱۵ زن که به دلیل خارش کشاله‌ی ران به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد مراجعه کرده بودند، شایع‌ترین علت خارش کشاله‌ی ران، کچلی کشاله‌ی ران با ابتلا ۵۵ نفر (۴۷/۸٪) بود. درمانیت سبورئیک با ابتلا ۲۹ نفر (۲۵/۱٪) دومین علت شایع بود. سایر بیماری‌های با شیوع کمتر شامل اینترتریگو، اریتراسما، لیکن‌پلان، کاندیدا، پسوریازیس، لیکن‌سیمپلکس کرونیکوس، درمانیت تماسی و گال‌ندولر بودند. Fragola و همکارش در مطالعه‌ی خود در سال ۱۹۸۹، شایع‌ترین علت ضایعات کشاله‌ی ران را به ترتیب شیوع، قارچ‌ها، باکتری‌ها، فاکتورهای سیکوژنیک، ویروس‌ها، پارازیت و تومور برشمرده‌اند.^۴

Moses در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۳، شایع‌ترین علت خارش کشاله‌ی ران را به ترتیب درمانتوفیت، اریتراسما، درمانیت تماسی، گال و کاندیدا عنوان کرده‌است که در مورد شایع‌ترین علت، نتایج آنها با نتایج ما هم‌خوانی داشته است.^۵

سبورئیک، در یک مورد لیکن‌پلان و در یک مورد دیگر اریتراسما وجود داشت. از ۲۹ مورد درمانیت سبورئیک کشاله‌ی ران، ۱۷ مورد درمانیت سبورئیک سر و ۳ مورد درگیری زیربغل و زیرسینه داشتند. از ۴ مورد نفر مبتلا به لیکن‌پلان ۳ مورد بتابلاکر (پروپرانولول) مصرف کرده بودند. ۶ مورد هیپوتیروئیدی نیز وجود داشت که ۲ مورد مبتلا به درمانیت سبورئیک، ۲ مورد مبتلا به کچلی کشاله‌ی ران و ۲ مورد مبتلا به کاندیدا بودند.

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴۱/۲ سال بود که در محدوده ۱۵ تا ۷۵ سال قرار داشت. توزیع سنی این افراد مورد مطالعه در جدول ۲ ذکر شده است. بیشتر این افراد در گروه سنی ۴۶-۵۵ سال قرار داشتند. میانگین وزنی افراد مورد مطالعه ۶۶/۷ کیلوگرم بود که در محدوده ۵۰ تا ۱۰۰ کیلوگرم قرار داشتند، میانگین قدی افراد ۱۵۶/۲ سانتی متر بود که در محدوده ۱۶۴-۱۴۹ سانتی متر قرار داشتند.

بیشتر افراد مورد مطالعه دارای Body Mass Index (BMI) ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع (اضافه وزن) بودند (جدول ۳).

توزیع فصلی افراد مورد مطالعه در جدول ۴ آمده است. همان‌طور که در جدول فوق آمده است بیشترین موارد ابتلا در فصل تابستان بوده است.

جدول ۴: توزیع فصلی درگیری در ۱۱۵ زن مبتلا به خارش کشاله‌ی ران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست و زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل از زمستان ۱۳۸۵ لغایت پاییز ۱۳۸۶

فصل	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
بهار	۲۰	۱۷/۴٪
تابستان	۴۸	۴۱/۷٪
پاییز	۲۸	۲۴/۴٪
زمستان	۱۹	۱۶/۵٪
جمع	۱۱۵	۱۰۰٪

در مطالعه‌ای که Foureur و همکارانش در سال ۲۰۰۶ انجام دادند، ۴۶ مرد و زن با سن متوسط ۸۵ سال را انتخاب کردند و به بررسی علل درماتیت کشاله‌ی ران پرداختند که ۶۳٪ افراد مبتلا به کاندیدا، ۱۵٪ مبتلا به درماتیت تحریکی، ۱۱٪ مبتلا به اگزما و ۱۱٪ دیگر مبتلا به پسوریازیس بودند.^۶

ما در این مطالعه به بررسی شایع‌ترین علل خارش کشاله‌ی ران براساس سن، فصل و BMI نیز پرداختیم. کچلی کشاله‌ی ران شایع‌ترین علت خارش کشاله‌ی ران در همه سنین، فصول و گروه‌های مختلف BMI بود. سن شایع مراجعین مبتلا به کچلی کشاله‌ی ران در مطالعه‌ی ما ۳۶-۵۵ سال بود که ۳۳ مورد (۲۸/۶٪) در این گروه سنی قرار داشتند. Silva و همکارش در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۱، ۲۶-۴۰ سالگی را سن شایع برای ابتلا به کچلی کشاله‌ی ران اعلام کرده‌اند.^۷

در مطالعه‌ی ما بیشترین شیوع کچلی کشاله‌ی ران در فصل تابستان با ۲۱ مورد (۱۸/۲٪) بود. Silva و همکارش در مطالعه‌ی خود شیوع کچلی کشاله‌ی ران را در بهار و تابستان یکسان اعلام کرده‌اند.^۷

۴۰ مورد (۷۲/۷٪) از افراد مبتلا به کچلی کشاله‌ی ران در گروه اضافه‌وزن و چاق قرار داشتند. Scheinfeld در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۴، عنوان کرد که چاقی افراد را مستعد ابتلا به کچلی کشاله‌ی ران می‌کند که با نتایج ما منطبق بوده است.^۸ در

مطالعه‌ی ما ۶ مورد از افراد مبتلا به کچلی کشاله‌ی ران هم‌زمان به کچلی بدن و یک نفر به کچلی پا مبتلا بودند. صدی و همکارانش ۶۰ بیمار مبتلا به کچلی کشاله‌ی ران را مورد بررسی قرار دادند که ۴ نفر از بیماران (۶/۴٪) هم‌زمان مبتلا به کچلی پا بودند.^۹

محمود آبادی در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۵، ۱۱۵ بیمار مبتلا به درماتوفیت که سن ۲۹-۲۰ سال داشتند را انتخاب کرد. کچلی کشاله‌ی ران با ۲۴/۳٪ شایع‌ترین نوع کچلی بود. کچلی پا با ۱۶/۵٪ و کچلی بدن با ۱۴/۸٪ دیگر علل شایع بودند. مابقی را درگیری مناطق دیگر بدن تشکیل می‌داد.^{۱۰}

در مطالعه‌ی ما سن شیوع درماتیت سبورئیک ۴۶-۵۵ سال بود. Janniger در مطالعه‌ی خود در سال ۱۹۹۵، دوره‌ی نوزادی و ۶۰-۳۰ سالگی را سن شایع برای ابتلا به درماتیت سبورئیک عنوان کرد. او هم‌چنین شیوع درماتیت سبورئیک در مردان را بیش از زنان اعلام کرد.^{۱۱}

در مطالعه‌ی ما ۳ نفر (۲/۸٪) مبتلا به کاندیدا بودند. در مطالعه‌ی که Nishimoto و همکارش در سال ۲۰۰۶، انجام دادند از ۷۲۶۶۰ بیمار مبتلا به درماتوفیت ۷۵۵ نفر (۱٪) مبتلا به کاندیدیازیس جلدی بودند که از این بین اینترتریگو شایع‌ترین تظاهر بالینی کاندیدیازیس جلدی بوده است.^{۱۲}

ما در این مطالعه، به جمع‌آوری اطلاعات در مورد درگیری زوج جنسی یا سایر افراد خانواده، بیماری زمینهای قبلی و مصرف داروی قبلی، نیز پرداختیم. از ۵۵ مورد کچلی کشاله‌ی ران، ۱۵ مورد درگیری همسر داشتیم که در ۵ مورد ابتدا درگیری زوج مذکر وجود داشته است. در ۳ مورد دیگر درگیری پسر و در یک مورد بیمار مجرد، درگیری مادر و خواهر مثبت بود. Otero و همکارانش در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۲، بیان کردند که کچلی کشاله‌ی ران اکثراً از طریق غیرمستقیم منتقل می‌شود اما تماس مستقیم هم در بعضی افراد می‌تواند باعث انتقال بیماری شود.^{۱۳} در

با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه می توان گفت که شایع ترین علت خارش کشاله ی ران، کچلی کشاله ی ران است که شیوع آن با چاقی و آب و هوای گرم ارتباط مستقیم دارد. در نهایت می توان با تشخیص به موقع و درمان مناسب از گسترش بیماری جلوگیری کرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از زحمات سرکار خانم دکتر ملیسا کردی تقدیر و تشکر می گردد.

مطالعه ی Noble و همکارانش در سال ۱۹۹۸، ریسک اکتساب عفونت درماتوفیتی ۲۰-۱۰٪ ذکر شده است.^{۱۴} ۲۳ مورد از افراد مبتلا به کچلی کشاله ی ران یک دوره (حداقل ۳ هفته) استروئید موضعی به تنهایی و ۸ مورد استروئید موضعی همراه با ضدقارچ موضعی مصرف کرده بودند که به صورت کچلی ناشناخته مراجعه کرده بودند. Gupta در مطالعه ی خود در سال ۲۰۰۱ بیان کرد که استفاده ی طولانی مدت از استروئید، ریسک فاکتوری برای گسترش و تغییر شکل ضایعات می باشد.^{۱۵}

References

1. Kantor GR, Lookingbill DP. Pruritis. In: Sams WM Jr., Lynch PJ, (eds). Principles and practice of dermatology. Hong Kong: Churchill Livingstone; 1990: 862-5.
2. Greco PJ, Ende J. Pruritus: a practical approach. J Gen Intern Med 1992; 7: 340-9.
3. Helm TN, Lee TC. Familial benign pemphigus (Hailey-Hailey Disease). Available at: <http://www.emedicine.com/derm/topic150.htm>. Accessed July 24, 2006
4. Fragola LA, Watson PE. Common groin eruptions: diagnosis and treatment. Postgrad Med 1981; 69: 159-63.
5. Moses S. Pruritus. Am Fam Physician. 2003; 68: 1135-42.
6. Foureur N, Vanzo B, Sent P. Prospective a etiological study of diaper dermatitis the elderly. Br J Dermatol 2006; 155: 941-6.
7. Silva TH, Alchorne MM. Tinea cruris epidemiology (Sao Paulo Brazil). Mycopathologia 2001; 149: 147-9.
8. Scheinfeld NS. Obesity and dermatology. Clin Dermatol 2004; 22: 303-9.
9. Sadri MF, Farnaghi F, Danesh- Pazhooh M, Shokoohi A. The frequency of tinea pedis in patients with tines cruris in Tehran, Iran. Mycoses 2000; 43: 41-4.
10. Mahmoudabadi AZ. A study of dermatophytosis in South West of Iran (Ahwaz). Mycopathologia 2005; 160: 21-4.
11. Janniger CK. Infantile seborrheic dermatitis. Am Fam Physician 1995; 52: 149- 60.
12. Nishimoto K. An epidemiological survey of dermatomycoses in Japan. Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi 2006; 42: 103-11.
13. Otero L, Qaloccio V, Vazquez F. Tinea cruris in female prostitutes. Mycopathologia 2002; 153: 29-31.
14. Noble SL, Forbes RC, Stamm PL. Diagnosis and management of common infections. Am Fam Physician 58: 163-8.
15. Gupta AK. Uncommon Localization or presentation of tinea infection. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15: 7-8.

Groin pruritus in female patients referred to dermatology and gynecology clinics of Yahya-Nejad Hospital in Babol

Soodabeh Tirgar-Tabari, MD¹
Shahnaz Barat, MD²

1. Department of Dermatology,
Babol University of Medical Sciences,
Babol, Iran
2. Department of Gynecology,
Babol University of Medical Sciences,
Babol, Iran

Background and Aim: Pruritus is usually caused by a primary skin disorder or a systemic disease. Causes of groin pruritus are fungi, eczema, bacterial diseases, neurodermatitis, scabies and many other skin disorders. This study was performed to find the common causes of groin pruritus in female patients that referred to dermatology and gynecology clinics of Yahya-Nejad hospital in Babol.

Methods: This descriptive study was performed on patients with groin pruritus from the beginning of winter 2006 until the end of autumn 2007. Other information including name, age, height, weight, previous drug consumption, simultaneous infection in partner or other members of the family, duration of infection, underlying disease and result of examination were recorded in a questionnaire for each patient.

Results: 115 patients were studied. The average age of patients was 41.2 years (15-75 years old). The highest disease frequency was seen in 48 cases (41.7%) in summer. Most cases (33 patients [28.7%]) were between 46-55 years of age. Most of patients (28.7%) had a BMI from 25 to 29.9 (over weigh). The most common causes of groin pruritus in all seasons, ages and BMIs were tinea cruris in 55 cases (47.8%) and seborrheic dermatitis in 29 cases (25.1%).

Conclusion: Considering common causes of groin pruritus, season and patient's weight can be helpful in diagnosis and early treatment of groin pruritus.

Keywords: pruritus, groin, tinea cruris, seborrheic dermatitis

Received: Sep 19, 2010

Accepted: Nov 12, 2010

Dermatology and Cosmetic 2010; 1(4): 195-200

Corresponding Author

Soodabeh Tirgar-Tabari, MD

Ganjafrouz Ave, Babol University of
Medical Sciences, Babol, Iran.

Email: stirgartabari@yahoo.com