

دکتر مهین ولیخانی^۱، دکتر معصومه برزگری^۲، دکتر فاطمه آقائی نیا^۳

۱-استاد، ۲-استادیار، ۳-دستیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران

بود ($P < 0/05$). طول مدت بیماری بطور قابل ملاحظه‌ای در فرم شدید بیشتر بود (۴۲/۵ ماه در فرم گسترده و ۱۷/۵ ماه در فرم محدود). عامل استرس در ۵۵/۶ درصد فرم شدید و ۲۷/۸ درصد فرم محدود وجود داشت ($P < 0/01$). از لحاظ وجود سابقه خانوادگی بین دو نوع بیماری اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: آلپسی آراتا وسیع و گسترده در سنین پایین تری شروع شده، دوره طولانی تری داشته و نقش استرس در بروز آن بیشتر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آلپسی آراتای محدود، آلپسی آراتای گسترده، استرس

مقدمه: انواع بالینی محدود و گسترده آلپسی آراتا که شامل آلپسی Totalis و Universalis می‌باشد از جهات ژنتیکی و ایمونولوژیکی بایکدیگر اختلاف دارند. **هدف:** مقایسه انواع آلپسی آراتا محدود و گسترده از جنبه‌های اپیدمیولوژیک.

روش اجرا: طی یک مطالعه توصیفی آینده‌نگر، ۱۸۰ بیمار مبتلا به آلپسی آراتا مراجعه کننده به بیمارستان رازی تهران در طی ۶ ماه مورد بررسی قرار گرفته و از نظر سن شروع، طول مدت بیماری، سابقه فامیلی و سابقه استرس مقایسه شدند.

یافته‌ها: سن شروع بیماری در مبتلایان به فرم شدید و گسترده ۱۳/۳ سال و در فرم محدود ۱۹/۳ سال

مقدمه

آلپسی آراتا (Alopecia Areata=AA) بیماری نسبتاً شایعی بوده که طبق برخی آمارها، ۲٪ مراجعین به متخصصین پوست را شامل می‌شود. اهمیت بیماری از جنبه‌های زیبایی شناختی آن (به ویژه در انواع شدید) و آسیب‌های روانی که بدین لحاظ به بیمار وارد می‌گردد بر کسی پوشیده نیست. چون سبب واقعی بیماری هنوز در

مؤلف مسئول: دکتر مهین ولیخانی - تهران، خیابان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی

برده ابهام است، تاکنون درمان قاطعی برای بیماری یافت نشده است. مطالعات در زمینه‌های مختلف از جمله جنبه‌های اپیدمیولوژیک بیماری می‌تواند به شناخت بهتر آن کمک نماید. در مطالعاتی که در زمینه HLA و همچنین الگوی سایتوکاینهای مترشح از لنفوسیت‌های T در دو گروه محدود و گسترده AA انجام شده، اختلافاتی بین این دو گروه مشاهده شده است. در یک بررسی HLADQ3 در هر دو گروه بیماران وجود داشته که آنرا به عنوان ژن مستعدکننده برای بیماری مطرح کرده‌اند (۱ و ۲) ولی تنها در انواع شدید، HLAهای DR₁، DR₁₁، DQ₇ موجود بوده

است (۳ و ۴). در مطالعه دیگری در فرمهای محدود بیماری سطوح سیتوکاینهای تیپ TH₂ مثل IL 1a و IL 4 بالا بوده و در فرمهای وسیع، سیتوکاینهای گروه TH₁ مثل IFN δ و IL 2 افزایش داشته‌اند (۵). بنابراین احتمال دارد فرمهای گسترده و محدود AA در زمینه‌های دیگر نیز متفاوت باشند.

هدف از انجام این مطالعه مقایسه دو فرم محدود و گسترده AA از نظر جنبه‌های اپیدمیولوژیک بیماری بود.

روش اجرا

۱۸۰ بیمار مبتلا به AA از مراجعین روزمره درمانگاه‌های پوست بیمارستان رازی تهران در طی ۶ ماه انتخاب شدند. تشخیص بیماری بر اساس معاینه بالینی توسط متخصص یا دستیار پوست صورت گرفت. اطلاعات مربوطه شامل سن، جنس، سن شروع و طول دوره بیماری، سابقه فامیلی، سابقه استرس در ۶ ماه قبل از شروع بیماری و محل ضایعه در پرسش‌نامه‌های مخصوص ثبت گردید. براساس نمای بالینی بیماران به دو دسته محدود و گسترده (شامل آلپسی توتالیس و یونیورسالیس) تقسیم شدند. تجزیه و تحلیل اطلاعات بکمک نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. برای مقایسه متغیرهای کمی از آزمون T و برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون chi-square استفاده شد و سطح معنی دار ۹۵٪ تعیین شد.

یافته‌ها

از ۱۸۰ بیمار مورد بررسی، ۱۲۰ نفر مذکر و ۶۰ نفر مؤنث بودند یعنی نسبت مردان به زنان ۲ به ۱ بود. میانگین سنی بیماران به هنگام مراجعه ۱۲/۵ ± ۱۹/۵ سال بود. بیشترین سن شیوع بیماری بین ۱۰ تا ۱۴ سالگی بود (۲۱٪) و کلاً ۹۷/۸٪ بیماران زیر ۴۴ سالگی بودند. میانگین سنی کل بیماران بین دو جنس مذکر و مؤنث اختلاف معنی‌داری را

نشان نداد (P>۰/۰۵).

۱۴۴ نفر (۸۰٪) شامل ۹۷ نفر (۶۷/۴٪) مبتلا به فرم محدود بیماری بودند و ۳۶ نفر (۲۰٪) مشتمل بر ۲۳ مرد و ۱۳ زن اشکال گسترده بیماری را داشتند. توزیع جنسی بیماران در دو گروه محدود و گسترده تفاوت معنی‌داری نداشت.

در فرم محدود، پوست سر (Scalp) شایعترین منطقه درگیر در هر دو جنس بود (۷۹/۸٪). مناطق دیگر به ترتیب شیوع شامل ریش (۲۰/۱٪)، ابرو و مژه (۶/۹٪) و بالاخره تنه و اندام (۶/۸٪) بودند.

متوسط سن شروع بیماری در مبتلایان به فرم گسترده ۱۳/۳ ± ۹/۶ سال و در فرم محدود ۱۲/۸ ± ۱۹/۳ سال بود (P<۰/۰۱). ۷۲/۲٪ از مبتلایان به فرم شدید در مقایسه با ۴۹/۳٪ از مبتلایان به فرم محدود، شروع بیماریشان زیر سن ۱۶ سالگی بود (P<۰/۰۳).

میانگین طول ابتلا در کل بیماران ۳۱/۱ ± ۱۷/۵ ماه بود که در انواع گسترده (۳۸/۸ ± ۴۲/۵ ماه) بطور قابل ملاحظه‌ای از انواع محدود (۲۵/۳ ± ۱۱/۲ ماه) بیشتر بود (P<۰/۰۰۱). همچنین کسانی که بیش از ۳ سال از شروع بیماریشان گذشته بود اغلب فرمهای گسترده بیماری را داشتند و در انواع محدود اکثراً دوره بیماری کمتر از ۶ ماه بود (جدول ۱).

۳۲ نفر (۱۷/۸٪) سابقه بیماری مشابه را در یکی یا بیشتر از افراد فامیل خود ذکر کردند. در فرم گسترده ۶ نفر (۱۶/۷٪) و در فرم محدود ۲۶ نفر (۱۸/۱٪) سابقه فامیلی مثبت داشتند که تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو گروه دیده نشد (P>۰/۰۵).

در ۳۳/۳٪ (۶۰ نفر) از بیماران سابقه استرس (به معنی وقوع حداقل یک حادثه روحی ناراحت‌کننده در طی ۶ ماه قبل از بروز بیماری) وجود داشت که این میزان در فرم گسترده ۵۵/۶٪ و در فرم محدود ۲۷/۸٪ بود (P<۰/۰۱).

جدول شماره ۱: طول مدت بیماری در مبتلایان به انواع محدود و گسترده آلپوسی آراتا

کل (۱۸۰ نفر)		محدود (۱۴۴ نفر)		گسترده (۳۶ نفر)		نمای بالینی مدت بیماری
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵۸/۳	۱۰۵	۶۹/۴	۱۰۰	۱۳/۸	۵	کمتر از ۶ ماه
۲۸/۳	۵۱	۲۵/۰	۳۶	۴۱/۷	۱۵	۶ ماه تا ۳ سال
۱۳/۳	۲۴	۵/۶	۸	۴۴/۴	۱۶	بیشتر از ۳ سال

بحث

دیگر بین سن شروع پایین تر با وسعت بیماری ارتباط معنی داری مشاهده گردید. میانگین طول دوره بیماری نیز تفاوت فاحشی را در اشکال مختلف بیماری نشان داد. بطوریکه ۸۶/۱٪ اشکال گسترده در مقایسه با ۳۰/۶٪ فرمهای محدود، مدت بیماریشان بیش از ۶ ماه بود ($P < 0.0001$).

شایعترین محل درگیری در انواع محدود پوست سر (Scalp) و در مرحله بعد ریش و کمترین منطقه گرفتار تنه و اندامها بودند که با مطالعات قبلی منطبق می باشد (۸).

سابقه فامیلی مثبت در بیماران ما ۱۷/۸٪ بود که در کتب مرجع هم از ۴٪ تا ۲۷٪ گزارش شده است ولی برخلاف پاره‌ای گزارشات که در اشکال شدید سابقه مثبت خانوادگی فراوانتر به چشم می خورد در مطالعه ما چنین نتیجه‌ای بدست نیامد.

در مطالعه حاضر ۳۳/۳٪ بیماران بر نقش استرس در ابتلا به بیماری تأکید داشتند که در انواع گسترده بیماری ۵۵/۶٪ یعنی دو برابر انواع محدود (۲۷/۸٪) بود و این حاکی از یک ارتباط معنی دار بین استرس و شدت بیماری می باشد.

در اکثر مطالعات انجام شده AA در هر دو جنس به تساوی دیده می شود اما در یک مطالعه اپیدمیولوژیک ۱۰ ساله در هندوستان، نسبت ابتلا در مردان دو برابر زنان بود (۶). در مطالعه ما هم نسبت ابتلا در مردان دو برابر زنان بود که این نسبت تقریباً در هر دو فرم محدود و گسترده نیز موجود بود. این امر می تواند تا حدی ناشی از شیوع بیماری در صورت آقایان (ریش و سیل) باشد که در مطالعه حاضر در ۳۰/۱٪ بیماران مبتلا به فرم محدود بیماری دیده شد.

بیماری در هر سنی از شیرخوارگی تا پیری ممکن است ایجاد شود (۶ و ۷). جوانترین بیمار ما ۱۵ ماهه و پسرترین ۷۱ ساله بود. شروع AA قبل از ۲۰ سالگی در ۶۳٪ بیماران دیده شد. بنابراین در جمعیت مورد مطالعه ما بیشترین شیوع بیماری بین کودکان و بالغین جوان بوده است. ۲۰٪ بیماران مبتلا به انواع گسترده یا شدید AA بودند که در منابع مختلف این رقم ۵۰-۳۰٪ گزارش شده است. متوسط سن شروع در مبتلایان به فرم گسترده در مقایسه با انواع محدود بطور بارزی کمتر بود. به عبارت

- 1- Theirs BH. Alopecia areata. In: Demis DJ (ed). Clinical dermatology. New York: Lippincott-Raven 1989:Vol.1, 2-33: 1-12.
- 2- Fiedler VC. Alopecia areata and other nonscarring alopecias. In: Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: Saunders, 1996:1269-79.
- 3- Mc Donagh A J G, Messenger AG. The pathogenesis of alopecia areata. Dermatol Clin 1996; 14: 661-67.
- 4- Duvic M, Hordinsky MK, Fiedler VC, et al. HLA-D locus associations in alopecia areata. Int J Dermatol 1991; 127: 64-68.
- 5- Teraki Y, Imamishi K, Shianara T. Cytokines in alopecia areata: contrasting cytokine profiles in localized form and extensive form (alopecia universalis). Acta Derm Venereol (Stockh) 1996; 76:421-23.
- 6- Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Rook/ Wilkinson/ Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1992: 2587-95.
- 7- Fitzpatrick T B, Eisen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1993: 646-84.
- 8- Moschella SL, Hurley HJ. Dermatology. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992: 1542-52.