

دکتر علیرضا کشتکار جعفری^۱، دکتر مریم اخیانی^۲، دکتر اشکان اخوان ملایری^۳، دکتر وحید خیری^۳
 ۱- استادیار، گروه چشم، ۲- استادیار، گروه پوست؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳- پزشک عمومی

یونیورسالیس بود، تحت معاشه چشم با اسلیت لامپ، فوندسکوپی و افتالموسکوپی غیرمستقیم بعد از ایجاد میدریاز کامل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این بررسی هیچگونه تغییراتی در عدسی و یا شبکیه این بیماران مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که تغییرات عدسی و شبکیه در بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا شایع نمی‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آلپوسی آره آتا، عدسی، شبکیه

فصلنامه بیماریهای پوست، پائیز ۱۳۸۲؛ ۲۵: ۳۷-۳۳

مقدمه: آلپوسی آره آتا یک نوع ریزش موی منطقه‌ای است که در قسمت‌های مودار بدن ایجاد می‌شود. گزارشات متعددی مبتنی بر تغییراتی در عدسی و شبکیه چشم در این بیماری وجود دارد.

هدف: بررسی تغییرات چشمی از جمله تغییرات عدسی و شبکیه در بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا.

روش اجرا: هفتاد و سه بیمار مبتلا به آلپوسی آره آتا شامل ۳۴ مرد و ۳۹ زن که آلپوسی آنها در ۶۹/۹٪ بصورت لکهای و در ۱۱٪ توتالیس و در ۱۹/۲٪

مقدمه

آلپوسی آره آتا یک بیماری نسبتاً شایع مو می‌باشد، بطوریکه از نظر شیوع ۲٪ افراد مراجعه‌کننده به مطب‌های پوست را تشکیل می‌دهد (۱). ۱٪ افراد تا سن ۵۰ سالگی ممکن است حداقل یک بار دچار آلپوسی آره آتا شوند (۲). پاتوژنز آلپوسی آره آتا هنوز کاملاً مشخص نشده، اگرچه اکثر مؤلفین آن را جزء بیماریهای اتوایمون تقسیم‌بندی می‌کنند (۱-۳). در مطالعات متعددی تغییرات چشمی در بیماران آلپوسی آره آتا مورد بررسی قرار گرفته و ضایعات مختلفی از قبیل کدورت‌های نقطه‌ای بدون علامت عدسی، کاتاراکت، سندرم هورنر، اکتوپی مردمک، آتروفی عنبیه و پیچ خوردگی عروق ته چشم گزارش شده است (۱)، اما در مورد ارتباط تغییرات چشمی با بیماری آلپوسی آره آتا در بین محققین اختلاف نظر وجود داشته و

گزارشات متفاوتی ارائه شده است.

در آخرین مطالعه که در سال ۱۹۹۹ توسط Recupero و همکارانش در دانشگاه رم انجام شد، شیوع بالای کدورت‌های نقطه‌ای بدون علامت عدسی و تغییرات شبکیه در آلپوسی آره آتا گزارش شده است. وقوع تغییرات عدسی در سیر اختلالات پوستی نظیر درماتیت آتوپیک و ویتیلیگو نیز گزارش شده و از آنجا که پوست و عدسی منشأ جنینی مشترک (اکتودرمال) دارند، این همراهی منطقی به نظر می‌رسد (۴).

هدف از این مطالعه بررسی تغییرات چشم در بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا می‌باشد. مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی تهران بود.

روش مطالعه

این مطالعه بصورت case series بر روی ۹۷ بیمار

مؤلف مسئول: دکتر مریم اخیانی - تهران، خیابان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی، گروه پوست

یافته‌ها

از ۹۷ بیمار مبتلا به آلوپسی آره آتا که پرسشنامه شماره ۱ را تکمیل کردند، ۲۴ نفر جهت معاینه چشم پزشکی مراجعه نکردند و معاینه چشم پزشکی روی ۷۳ بیمار انجام شد.

از ۷۳ بیمار مورد مطالعه ۳۴ بیمار (۴۶/۶٪) مرد و ۳۹ بیمار (۵۳/۴٪) زن، حداقل سن بیماران ۵ سال و حداکثر ۴۷ سال با میانگین $19/7 \pm 11/0$ سال بود. مدت ابتلا به بیماری بین ۱ ماه تا ۸ سال با میانگین $30/1 \pm 30/3$ ماه بود (جدول شماره ۱). ریزش مو در ۵۱ بیمار (۶۹/۹٪) به صورت patchy، در ۸ بیمار (۱۱/۰٪) از نوع توتالیس و در ۱۴ بیمار (۱۹/۱٪) از نوع یونیورسالیس بود. سابقه فامیلی در ۲۱ بیمار (۲۹/۶٪) مثبت و در ۵۰ بیمار (۷۰/۴٪) منفی بود و دو بیمار از سابقه فامیلی خود اطلاعی نداشتند.

از نظر اختلالات همراه در ۹۷ بیمار، ۱۱ بیمار (۱۱/۳٪) بیماریهای تیروئیدی (۶ بیمار کم کاری و ۵ بیمار پرکاری تیروئید)، ۹ نفر (۹/۳٪) درماتیت آتوپیک، ۸ نفر (۸/۲٪) آنمی فقر آهن و دو بیمار (۲/۱٪) ویتیلیگو داشتند. تغییر شکل ناخنی در ۴۵ بیمار (۴۶/۴٪) شامل pitting در ۴ مورد (۴/۱٪)، ridging در ۶ مورد (۶/۲٪) و + ridging + pitting در ۳۵ مورد (۳۶/۱٪) مشاهده شد. نوع درمانهای انجام شده در بیماران در جدول شماره ۲ آمده است.

در ۷۳ بیمار که تحت معاینه چشمی قرار گرفتند، هیچ یک از مشکلات چشمی مورد بررسی شامل کدورت‌های نقطه‌ای بدون علامت عدسی، کاتاراکت، آتروفی عنبیه، پیچ خوردگی عروق ته چشم، اکتوپی مردمک و سندرم هورنر یافت نشد.

مبتلا به آلوپسی آره آتا، مراجعه کننده به بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۸۰ انجام شد.

معیار ورود بیماران به مطالعه، ابتلا به آلوپسی آره آتای سر، تمایل به شرکت در مطالعه و انجام معاینات چشم پزشکی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به انجام معاینات چشم پزشکی، مصرف کورتیکواستروئید به مدت بیش از ۶ ماه و سابقه ابتلا به بیماریهای چشمی به جز اختلالات انکساری بود.

نمونه‌گیری به روش آسان انجام و اطلاعات در دو پرسشنامه از قبل تهیه شده جمع‌آوری گردید. پرسشنامه شماره ۱ توسط متخصصین پوست تکمیل می‌شد که شامل نام و نام خانوادگی، جنس، سن، خصوصیات بالینی و درمانی و اختلالات همراه با آلوپسی آره آتا بود. پرسشنامه شماره ۲ توسط چشم پزشک تکمیل می‌شد و شامل معاینه چشمی از قبیل معاینه با slit lamp، فوندسکوپ و افتالموسکوپ غیرمستقیم بعد از ایجاد میدریاز با قطره چشمی بود.

این مطالعه بصورت مشاهده‌ای انجام شد. بعد از تشخیص بیماری در بیمارستان رازی، پرسشنامه شماره ۱ برای بیماران تکمیل و بیماران برای انجام معاینات چشم پزشکی به بیمارستان فارابی ارجاع می‌شدند. برای جلوگیری از ایجاد تورش (bias)، کلیه معاینات چشم پزشکی توسط یک پزشک مجرب انجام گردید.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در پرسشنامه‌های اطلاعاتی کدبندی شده وارد رایانه شده و با روش نرم افزاری SPSS مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مدت ابتلا به آلپوسی آره آتا در بیماران که معاینه چشمی داشتند.

Archive of SID

نسبی (درصد)	مطلق	فراوانی
		مدت ابتلا (ماه)
۱۹/۲	۱۴	۲ >
۱۶/۳	۱۲	۲-۶
۱۵/۱	۱۱	۷-۱۲
۲۴/۷	۱۸	۱۳-۶۰
۲۴/۷	۱۸	۶۱ <
۱۰۰	۷۳	جمع

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی درمانهای انجام شده در ۷۳ بیمار مبتلا به آلپوسی آره آتا که تحت معاینه چشمی قرار گرفته بودند.

نسبی (درصد)	مطلق	فراوانی
		نوع درمان
۷۵/۳	۵۵	کورتیکواستروئید موضعی
۲۱/۹	۱۶	کورتیکواستروئید سیستمیک زیر ۶ ماه
۲/۷	۲	سیکلو اسپورین
۱۵/۱	۱۱	PUVA

بحث

بصورت مطالعات توصیفی (گزارش مورد یا گزارش سری) و مطالعات مورد - شاهدی با تعداد نفرات شاهد کمتر یا مساوی با گروه بیمار بوده که لازم است این گونه مطالعات با تعداد نفرات شاهد و بیمار بیشتر انجام گیرد تا نتایج دقیق تری حاصل گردد.

Brunsting و Muller در سال ۱۹۶۳، ۵ بیمار میانسال مبتلا به آلپوسی یونیورسالیس همراه با کاتاراکت را گزارش نمودند که سن آنها بین ۵۱-۳۵ سال بود. بیماران همه دچار اختلال دید شده بودند و در دو بیمار کاتاراکت (اختلال دید) همراه با حمله از دست دادن موها بود. دوره بیماری در چهار بیمار بالای ۱۰ سال و در یک نفر بالای ۳ سال بود که البته این بیمار سابقه مصرف کورتیکواستروئید به مدت ۹ ماه داشته است. از چهار بیمار فوق، یک نفر همراهی آلپوسی آره آتا با آتوپسی و دیگری با ویتیلیگو

در مطالعه حاضر هیچیک از تغییرات چشمی گزارش شده شامل کدورت های مینور عدسی، کاتاراکت، آتروفی عنبیه و پیچ خوردگی عروق ته چشم در معاینه چشمی بیماران مشاهده نشد، اگرچه در مطالعات قبلی در جاتی از این تغییرات گزارش شده است.

در بررسی مطالعات گذشته و مقایسه نتایج آنها با یکدیگر و نیز با مطالعه حاضر چند نکته حائز اهمیت است: روشهای اجرا، وجود اختلالات همراه دیگری که می توانند مشکلات چشمی ایجاد نمایند، سابقه مصرف کورتیکواستروئید به مدت طولانی، خصوصیات سنی بیماران مورد مطالعه، طول مدت بیماری، تفاوت های نژادی جغرافیایی و مسائل تکنیکی در معاینه بیماران.

از نظر روش اجرا، مطالعات انجام شده قبلی اکثراً

داشته که همگی می‌توانند زمینه ساز کاتارکت باشند (۵).

Summerly و همکاران در سال ۱۹۶۶ در یک بررسی با slit lamp روی ۵۸ بیمار مبتلا به آلپوسی آره آتا و ۲۰ نفر شاهد، کدورت‌های عدسی را در ۹ بیمار (۱۷٪) و ۴ نفر شاهد (۲۰٪) گزارش نمودند (۶) و متذکر شدند که این تغییرات خاص بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا نمی‌باشد بلکه در افراد سالم هم دیده می‌شود. ضمناً میانگین سنی بیماران آنها ۳۱/۲ سال بوده که از میانگین سنی بیماران ما بالاتر است.

در سال ۱۹۸۲، Brown و همکارانش تغییرات چشمی مشابه با آنچه در ویتیلیگو ایجاد می‌شود شامل اگزوفتالموس، تغییر رنگ عنبیه - دیگمانتاسیونهای مجزا و غیره را در ۹ بیمار مبتلا به آلپوسی آره آتا گزارش نمودند که با گزارشات قبلی متفاوت است (۷).

در سال ۱۹۸۵ Tosti و همکارانش با مطالعه ۸۳ بیمار مبتلا به آلپوسی آره آتا و انجام معاینات چشمی با فوندوسکوپ و slit lamp، در ۶۵ نفر از آنان تغییراتی در عدسی و در ۲۸ نفر تغییراتی در اپی تلیوم شبکیه گزارش نمودند (۸).

در جدیدترین مطالعه که در سال ۱۹۹۹ در دانشگاه رم توسط Recupero و همکارانش روی ۷۵ بیمار مبتلا به آلپوسی آره آتا و ۷۰ فرد شاهد سالم با میانگین سنی ۳۰/۴ سال انجام گرفت، هیچ موردی از کاتاراکت در بین بیماران مشاهده نشد. کدورت‌های نقطه‌ای بدون علامت عدسی در ۳۸ بیمار (۵۱٪) و ۲ نفر شاهد (۲/۹٪) دیده شد که این تغییرات در بیماران مبتلا به آلپوسی یونیورسالیس بیشتر بوده ولی ارتباطی با طول مدت بیماری نداشته است. تغییرات فوندوس در ۳۱ نفر (۴۱٪) از بیماران و ۱۶ نفر (۲۳٪) از گروه شاهد با تفاوت معنی‌داری دیده شد، ولی از نظر شیوع در میان سه شکل آلپوسی آره آتا (patchy، توتالیس و یونیورسالیس) تفاوت معنی‌داری موجود نبوده است. Recupero و همکارانش چنین نتیجه‌گیری کردند که

بعلت شیوع بالای کدورت‌های بدون علامت عدسی و تغییرات شبکیه، معاینه افتالمولوژیک در بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا سودمند است.

مطالعه ما، بر اساس مطالعات فوق که تغییرات چشمی بدون علامت را در آلپوسی آره آتا شایع گزارش کردند، انجام گرفت، ولی در هیچکدام از بیماران ما علائم چشمی ذکر شده مشاهده نگردید که شاید دلایل زیر در عدم مشاهده علائم چشمی منطقی بنظر برسد:

- ۱- بیماران ما اکثراً جوان بوده و میانگین سنی 19.7 ± 11 سال داشتند،
 - ۲- بیماران ما دوره بیماری نسبتاً کوتاهی بین ۱ ماه تا ۸ سال با میانگین 30.1 ± 3.3 ماه داشتند،
 - ۳- ممکن است در نژاد مردم ما اینگونه تغییرات چشمی کمتر دیده شود که جای تحقیق و بررسی بیشتری دارد،
 - ۴- حدود ۷۰٪ بیماران ما آلپوسی پارشیالیس داشته‌اند که شاید منطقی باشد اگر تصور کنیم که تغییرات چشمی در شکل‌های شدید آلپوسی بیشتر دیده می‌شود.
- با توجه به نتایج این مطالعه بنظر می‌رسد که اولاً، به علت عدم یافتن کدورت‌های عدسی و کاتاراکت در بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا در مطالعه ما، شیوع اینگونه تغییرات در این بیماران خیلی شایع نمی‌باشد. ثانیاً، با توجه به نبودن تغییرات اپی تلیوم شبکیه در مطالعه ما و وجود گزارشات اندک (۳) مبنی بر همراهی اینگونه تغییرات با آلپوسی آره آتا انجام مطالعات بیشتر خصوصاً با گروه شاهد منطقی بنظر می‌رسد.
- بطور کلی معاینات افتالمولوژیک در تمامی بیماران مبتلا به آلپوسی آره آتا ضروری بنظر نمی‌رسد، به جز در مواردی که بیمار نیازمند درمان با PUVA تراپی (متوکسالن + اولتراویوله A) و یا با استروئید سیستمیک به مدت طولانی باشد، همراهی بیماری با درماتیت اتوپیک یا ویتیلیگو وجود داشته باشد و یا بیمار از مشکلات بینایی ناشی از کاهش شدت بینایی رنج ببرد.

- 1-Dawber RPR, Berker D, Wojnarowska F. Disorders of hair. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Rook / Wilkinson / Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998: 2919-27.
- 2-Fiedler VC. Alopecia areata and other nonscarring alopecia. In: Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1269-75.
- 3-Olsen EA. Hair disorders. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al (eds). Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1999: 737-39.
- 4-Recupero AM, Abdolrahimzadeh S, Dedominicins M, et al. Ocular alterations in alopecia areata. Eye 1999; 13: 643-46.
- 5-Muller SA, Brunsting LA. Cataract in alopecia areata. Arch Dermatol 1963; 88: 202-06.
- 6-Summerly R, Watson DM, Copeman PWM. Alopecia areata and cataract. Arch Dermatol 1966; 93: 411-14 .
- 7-Brown AC, Pollard ZF, Jorrett WH, et al. Ocular and testicular abnormalities in alopecia areata. Arch Dermatol 1982; 118: 546-54.
- 8-Tosti A, Colombatis, Caponeri GM, et al. Ocular abnormalities occurring with alopecia areata. Dermatologica 1985; 170: 69-73.