

مقایسه جنبه‌های اپیدمیولوژیک آلوپسی آراتا در مبتلایان به انواع محدود و گسترده بیماری

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

مقدمه: انواع بالینی محدود و گسترده آلوپسی آراتا که شامل آلوپسی Totalis و Universalis می‌باشد از جهات ژنتیکی و ایمونولوژیکی بایکدیگر اختلاف دارند.

هدف: مقایسه انواع آلوپسی آراتا محدود و گسترده از جنبه‌های اپیدمیولوژیک.

روش اجرا: طی یک مطالعه توصیفی آینده‌نگر، ۱۸۰ بیمار مبتلا به آلوپسی 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

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 معنی‌داری مشاهده نشد.

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

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

مقدمه

آلوپسی 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 DR4، DR11، DR7 موجود بوده

است (۳ و ۴). در مطالعه دیگری در فرمهای محدود بیماری سطوح سیتوکاینهای تیپ TH_2 مثل IL_4 و IL_{1a} بالا بوده و در فرمهای وسیع، سیتوکاینهای گروه TH_1 مثل $IFN\delta$ و IL_2 افزایش داشته‌اند (۵). بنابر این 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 در مانگاه‌های 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 آلویسی 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 معنی‌دار 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 $12/5 \pm 19/5$ 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 ($P > 0/05$).

۱۴۴ نفر (۸۰٪) شامل ۹۷ مرد و ۴۷ زن 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 $13/3 \pm 9/6$ سال و در فرم محدود $19/3 \pm 12/8$ سال بود ($P < 0/01$). از مبتلایان به فرم شدید در مقایسه با ۴۹/۳٪ از مبتلایان به فرم محدود، شروع بیماریشان زیر سن ۱۶ سالگی بود ($P < 0/03$).

میانگین طول ابتلا در کل بیماران $17/5 \pm 31/1$ ماه بود که در انواع گسترده ($42/5 \pm 38/8$ ماه) بطور قابل ملاحظه‌ای از انواع محدود ($11/2 \pm 25/3$ ماه) بیشتر بود ($P < 0/0001$). 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 ($P > 0/05$).

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 ($P < 0/01$).

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

مدت بیماری	گسترده (۳۶ نفر)		محدود (۴۴ نفر)		کل (۸۰ نفر)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۶ ماه	۵	۱۳/۸	۱۰۰	۶۹/۴	۱۰۵	۵۸/۳
۶ ماه تا ۳ سال	۱۵	۴۱/۷	۳۶	۲۵/۰	۵۱	۲۸/۳
بیشتر از ۳ سال	۱۶	۴۴/۴	۸	۵/۶	۲۴	۱۳/۳

بحث

در اکثر مطالعات انجام شده AA در هر دو جنس به تساوی دیده می‌شود 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 می‌تواند تا حدی ناشی از شیوع بیماری در صورت آقایان (ریش و سبیل) 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 پیرترین 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

دیگر بین سن شروع پایین‌تر با وسعت بیماری ارتباط معنی‌داری 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 ($P < ۰/۰۰۰۱$).

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 می‌باشد (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 می‌خورد 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 معنی‌دار بین استرس و شدت بیماری می‌باشد.

منابع

- 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.