

## معالجة النخالية الوردية بالإريثرومايسين و الأسيكلوفير: دراسة مقارنة

الدكتور جمال خدام\*

الدكتور محمود دلول\*\*

ديما محمد\*\*\*

(تاريخ الإيداع 25 / 5 / 2010. قُبِلَ للنشر في 2 / 9 / 2010)

### □ ملخص □

شملت هذه الدراسة (82) مريضاً من مراجعي العيادة الخارجية للأمراض الجلدية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، الذين شُخص لديهم نخالية وردية سريراً . تم توزيع المرضى إلى ثلاث مجموعات : المجموعة الأولى هي مجموعة الشاهد التي لم تتلق أي علاج، المجموعة الثانية عولجت بالإريثرومايسين فموياً بجرعة 1 غ يومياً مقسمة إلى 4 جرعات لمدة أسبوعين (-25 أو 40 ملغ/كغ مقسمة إلى 4 جرعات عند الأطفال يومياً)، أما المجموعة الثالثة فقد عولجت بالأسيكلوفير فموياً بجرعة 800 ملغ/5 مرات باليوم لمدة 7 أيام . مع التقويم السريري بعد 7 أيام وأسبوعياً حتى الشفاء . أظهرت الدراسة عدم فعالية الإريثرومايسين الفموي في علاج النخالية الوردية، بينما كان الأسيكلوفير عن طريق الفم ذا فائدة في تسريع شفاء النخالية الوردية .

الكلمات المفتاحية: نخالية وردية، الأسيكلوفير، الإريثرومايسين

\* مدرس - قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\* أستاذ - قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*\* طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Treatment of Pityriasis Rosea with Erythromycin & Acyclovir: A Comparative Study

Dr. Jamal Khaddam\*  
Dr. Mahmoud Dalloul\*\*  
Dima Mohammad\*\*\*

(Received 25 / 5 / 2010. Accepted 2 / 9 / 2010)

### □ ABSTRACT □

This study has included 82 consecutive patients with pityriasis rosea, who came to outpatient clinic of Dermatology at the University Al-Assad hospital in Lattakia. The patients were divided into 3 groups: the first is the control group, the second contains the patients treated with 1g of erythromycin divided into 4-times daily for 2 weeks (or children 25-40mg/kg divided into 4 times daily); the third group of patients is treated with oral acyclovir 800 mg 5-times daily for 1 week. All patients were evaluated clinically after 7 days and weekly until recovery. We have found that erythromycin has no efficacy in pityriasis rosea, while oral acyclovir has a benefit to shorten the duration of pityriasis rosea.

**Keywords:** Pityriasis Rosea, Acyclovir, Erythromycin

---

\* Assistant prof., Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

\*\*Professor, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

\*\*\*Postgraduate Student, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**مقدمة:**

النخالية الوردية جلاد التهابي شائع، حمامي وسفي، طفحي، حاد أو أحياناً تحت حاد، يشفى عادة بشكل عفوي خلال عدة أسابيع، وسطياً 4-8 أسابيع، و قد يستمر لعدة أشهر، عادة ما يسجل حدوث أعراض جهازية تسبق أو ترافق الآفات الجلدية [2،1] .

أشارت الدراسات العلمية خلال العقد الماضي إلى دور الأخمج كعوامل مسببة محتملة في إمراضية النخالية الوردية إذ تم اتهام العقديات streptococcus، الميكوبلاسما mycoplasma، الكلاميديا chlamydia [3] والليجونيللا legionella [4] - التي هي من أكثر العوامل المسببة لأخمج الطرق التنفسية العلوية، إذ إن الإنتان التنفسي العلوي قد يسبق أو يرافق ظهور اندفاعات النخالية الوردية - كذلك تم اتهام الفطور fungi مثل الملاسيزيا فرفر malassezia furfur [5،4] . اقترحت بعض الدراسات [1،6] أن معالجة مرضى النخالية الوردية بالإريثروميسين -الذي يشمل طيفه العقديات، الميكوبلاسما، الكلاميديا والليجونيللا- قد يكون ذا فائدة لدى هؤلاء المرضى .

ركزت الدراسات الأكثر حداثة [9،8،7] على دور فيروسات viruses الحلأ الإنساني كعوامل مسببة في إمراضية النخالية الوردية وخاصة الـ HHV 7 و الـ HHV 6، وبيّنت بعض الدراسات [12،11،10] أن المعالجة بالأدوية الجهازية المضادة للفيروسات يمكن أن يسرع شفاء النخالية الوردية ويمنع إعادة التفعيل المحتملة لفيروسات الـ HHV 6 و الـ HHV 7 .

**أهمية البحث وأهدافه:**

➤ تقييم فعالية الإريثروميسين الفموي في علاج مرضى النخالية الوردية .  
 ➤ تقييم مدى فعالية الأسيكلوفير عن طريق الفم في تسريع شفاء مرضى النخالية الوردية .  
 ➤ المقارنة بين فعالية كل من الإريثروميسين والأسيكلوفير في علاج مرضى النخالية الوردية .

تأتي هذه الدراسة المقارنة في مجال معالجة النخالية الوردية استجابة للعدد المتزايد من الدراسات التي تبحث عن الأسباب المحتملة لمرض النخالية الوردية، وتكمن أهميتها العلمية في البحث عن طريقة علاجية للنخالية الوردية تمنح المريض فرصة تسريع شفاء المرض، وتمنع إعادة تفعيل العامل المسبب المحتمل التي تؤدي للنكس وتحد من انتشار المرض. فضلاً عن ذلك فإنه إذا تم إثبات خطر الإجهاض لدى الحامل المصابة بالنخالية الوردية - كما تشير الأبحاث الحديثة [13]- قد تغدو معالجة الحامل ذات أهمية، على الرغم من أنه قد يكون من الصعب إدخال مثل هذه المعالجة النوعية كون الأبحاث ما تزال في بدايتها .

**طرائق البحث ومواده:**

شملت عينة البحث ( 82 ) مريضاً لديهم نخالية وردية من مراجعي العيادة الجلدية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين شهر أيلول لعام 2008 وشهر شباط لعام 2010 .

1- تم وضع تشخيص النخالية الوردية سريرياً، إذ تضمنت عينة البحث المرضى الذين لديهم اثنان على الأقل من الأدلة التالية :

- بقعة الطليعة .

• التوزع النموذجي للآفات الثانوية .

• المظهر النموذجي للطفح .

استبعد المرضى المعالجون بأدوية فموية، أو الذين لديهم أمراض جهازية، والمرضى الذين لديهم آفات جلدية مرافقة مثل الآفات الفطرية والإكزيمائية والصدافية لتأثيرها على التقييم السريري لشفاء الآفات . (لم يتم استخدام التشريح المرضي للتشخيص لأنه نادر الاستخدام في تشخيص النخالية الوردية) .

2- تم أخذ قصة مرضية مفصلة عن بدء الطفح والأعراض الجهازية المرافقة، كما تم إجراء فحص سريري كامل للجلد لكل مريض .

3- تم إجراء تحاليل مخبرية لكل مريض تتضمن :

تعداد عام وصيغة WBC ، خضاب الدم HB، سرعة التثقل ESR ، البروتين الارتكاسي السريع CRP ، أضداد الستربتوليزين ASO O ، تحري العامل الاسترالي S ، قياس مستويات المتممة C3, C4 ، زرع جرثومي من الحنجرة ، فحص بول وراسب مع زرع بول عند الضرورة، زرع براز . لم يتم الاعتماد على الفحوص المصلية التي تقيس الحمل الفيروسي لفيروسات الـ HHV 6 و الـ HHV 7 لمراقبة فعالية المعالجة بالأسيكلوفير بسبب الانتشار الواسع لهذه الفيروسات بين عموم السكان وصعوبة إجرائها في مشافينا بشكل عام، وبالتالي فإن المراقبة السريرية ضرورية لتقييم المرضى المعالجين .

4- تم توزيع المرضى على ثلاث مجموعات :

- المجموعة الأولى: مجموعة الشاهد وضمت (29) مريضاً .

- المجموعة الثانية: مجموعة المرضى المعالجين بالإريثرومايسين فمويًا بجرعة 1 غ يوميًا مقسمة إلى 4 جرعات لمدة أسبوعين عند البالغين ( و 25-40 ملغ /كغ يوميًا مقسمة إلى 4 جرعات عند الأطفال)، ضمت هذه المجموعة (26) مريضاً .

- المجموعة الثالثة: مجموعة المعالجة بالأسيكلوفير فمويًا بجرعة 800 ملغ /5 مرات باليوم لمدة 7 أيام، وضمت (27) مريضاً .

تم توصية جميع المرضى باستخدام صابونة مطرية للحمام مع التوصيات العامة لمنع تخريش الآفات وتهيجها، وتم وصف مضادات الهيستامين فمويًا للمرضى الذين عانوا من حكة .

5- تم تقييم جميع المرضى سريريًا بعد 7 أيام وأسبوعيًا حتى الشفاء ( علمًا أن جميع المرضى الذين تم قبولهم في دراستنا كانوا قد راجعوا العيادة الجلدية خلال الأسبوع الأول من ظهور الطفح ) .

• اعتبرت الآفات الجلدية متراجعة regressed أو شافية cured عندما خفت الحمى أو اختفت في كل الآفات تاركة مكانها توسفًا أو تصبغاً .

• متراجعة جزئيًا partially regressed عندما تلاشت أو خفت الحمى في 50% من الآفات أو أكثر .

• وغير متغيرة unchanged عندما تلاشت أو خفت الحمى في أقل من 50% من الآفات .

كما تم تسجيل ظهور آفات جديدة ( أكثر من 5 ) لدى جميع المرضى في اليوم 7 و 14 اعتباراً من المراجعة الأولى للعيادة الجلدية، وتسجيل وجود أعراض جهازية سبقت ظهور الطفح أو رافقته، والوقت الذي استغرقه شفاء الآفات لدى كل مريض .

6- جمع البيانات وتحليلها إحصائياً .

مواد البحث:

أقراص الأسكلوفير عيار 800 ملغ .

أقراص الإريثرومايسين عيار 250 ملغ .

## النتائج والمناقشة:

الجدول رقم ( 1 ) مقارنة بين مجموعات المرضى الثلاث حسب الجنس والعمر ووجود أعراض جهازية :

المجموع	مجموعة المرضى المعالجين بالأسكلوفير	مجموعة المرضى المعالجين بالإريثرومايسين	مجموعة الشاهد	
82	27	26	29	عدد المرضى
40(48.8%)	12	15	13	عدد الذكور
42(51.2%)	15	11	16	عدد الإناث
22.32	25.1	21.61	20.24	متوسط العمر بالسنوات
46 (56.1%)	15	17	14	عدد المرضى الذين شكوا من وجود أعراض جهازية

## التعليق والدراسة الإحصائية على الجدول رقم (1) :

بلغ عدد الذكور في مجموعة الشاهد (13) وعدد الإناث (16)، في حين بلغ عدد الذكور والإناث في المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (15) و (11) على التوالي، أما في المجموعة المعالجة بالأسكلوفير فكان (12) و (15) على التوالي . بلغ متوسط العمر في مجموعة الشاهد (20.24)، وفي المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (21.61) ، بينما بلغ (25.1) في المجموعة المعالجة بالأسكلوفير . وبتطبيق اختبار الاستقلالية ل كاي مربع حول استقلالية توزع الذكور والإناث بين المجموعات الثلاث عند القيمة الجدولية (1.42) المستخرجة من جدول توزيع كاي مربع، لم نجد فروقات ذات أهمية إحصائية بالنسبة للجنس بين المجموعات الثلاث . كذلك لم توجد فروقات ذات أهمية إحصائية بالنسبة للعمر بين المجموعات الثلاث وذلك عند قيمة جدولية (0.56) .

❖ بلغ مجموع الذكور في بحثنا (40) أي بنسبة (48.8%) ، في حين بلغ عدد الإناث (42) أي بنسبة (51.2%) .

❖ بلغ متوسط العمر في مرضى المجموعات الثلاث (22.32) سنة، ولدى توزيع أعمار المرضى في فئات تكرارية حصلنا على التوزيع التكراري التالي كما هو موضح في الجدول رقم (2) :

الجدول رقم (2) : توزيع المرضى حسب الفئات العمرية

عدد المرضى	الفئات العمرية
14 مريضاً	10-1 سنة
22 مريضاً	20-11 سنة
30 مريضاً	30-21 سنة
13 مريضاً	40-31 سنة
3 مرضى	< 40 سنة

من الجدول السابق كانت الفئة العمرية الأكثر تكراراً هي الفئة ما بين 21-30 سنة، تليها الفئة العمرية ما بين 11-20 سنة .

❖ وجدت الأعراض الجهازية لدى (46) مريضاً من المجموعات الثلاث أي بنسبة (56.1%)، توزعت على الشكل التالي : (14) مريضاً من مجموعة الشاهد، (17) مريضاً من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين، (15) مريضاً من المجموعة المعالجة بالأسيكولوفير، و كانت الأعراض التي تم ذكرها من قبل هؤلاء المرضى هي : تعب، صداع، ألم في الحلق، أرق، غثيان و فقدان شهية .

❖ وجدت الحكة لدى (71) مريضاً أي بنسبة (86.6%)، منهم (16) مريضاً لديهم حكة شديدة (19.5%)، بينما وصفت الحكة بأنها متوسطة إلى خفيفة لدى (55) مريضاً (67.1%)، في حين تم نفي وجود الحكة لدى (11) مريضاً أثناء أخذ القصة المرضية (13.4%) .

❖ لم تعط نتائج الفحوصات المخبرية فروقات ذات أهمية إحصائية بين المرضى في المجموعات الثلاث، وكانت طبيعية في معظمها إذ لم تشكل أية فروقات ذات أهمية إحصائية مقارنة مع القيم المخبرية الطبيعية .

الجدول رقم (3) يوضح التقييم السريري للمرضى في المجموعات الثلاث :

مجموعات المرضى	مجموعات المرضى	مجموعات الشاهد N =29 (%)	مجموعات المرضى المعالجين بالإريثرومايسين N=26 (%)	مجموعات المرضى المعالجين بالأسيكولوفير N =27 (%)
التقييم السريري	الشفاء الجزئي في اليوم 7	2 (6.9)	1 (3.8)	3 (11.1)
	الشفاء الكامل في اليوم 7	0 (0)	1 (3.8)	2 (7.4)
	عدم تغير الآفات في اليوم 7	3 (10.3)	6 (23.1)	6 (22.2)
	ظهور آفات جديدة في اليوم 7	24 (82.8)	18 (69.2)	16 (59.2)
	الشفاء الجزئي في اليوم 14	4 (13.8)	4 (15.4)	7 (25.9)
	الشفاء الكامل في اليوم 14	1 (3.4)	2 (7.7)	18 (66.7)
	ظهور آفات جديدة في اليوم 14	18 (62.1)	15 (57.7)	2 (7.4)

### التعليق والدراسة الإحصائية على الجدول رقم (3)

**أولاً:** التحليل الإحصائي لمجموعتي المرضى: مجموعة الشاهد ومجموعة المرضى المعالجين بالإريثرومايسين .  
حصل (4) مرضى من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (15.4%) على شفاء جزئي للآفات في نهاية فترة المعالجة أي في اليوم 14 مقابل (4) مرضى من مجموعة الشاهد (13.8%) حصلوا على شفاء جزئي، بينما حصل مريضان (7.7%) من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين على شفاء كامل في اليوم 14 مقابل مريض واحد من مجموعة الشاهد (3.4%) حصل على شفاء كامل. ظهرت آفات جديدة لدى (15) مريضاً من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (57.7%) وذلك في اليوم 14 مقابل (18) مريضاً من مجموعة الشاهد (62.1%)، لكن هذه النتائج لم تشكل فروقات ذات أهمية إحصائية بين المجموعتين من حيث نسبة الشفاء الكامل ونسبة الشفاء الجزئي ومعدل ظهور آفات جديدة في اليوم 14 ( P > 1.96 ) .

**ثانياً:** التحليل الإحصائي لمجموعتي المرضى : مجموعة الشاهد، ومجموعة المرضى المعالجين بالأسيكولوفير .

**في اليوم 14 :** بلغ عدد المرضى الذين حصلوا على شفاء كامل من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (18) مريضاً (66.7%) مقابل مريض واحد من مجموعة الشاهد (3.4%)، وتراجعت الآفات بشكل جزئي لدى (7) مرضى من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (25.9%) مقابل (4) مرضى من مجموعة الشاهد (13.8%)، وهذه النتائج تعبر عن فروقات جوهرية بين المجموعتين من حيث تراجع الآفات الجزئي والكامل في اليوم 14 ( $P < 1.96$ )

**في اليوم 14** ظهرت آفات جديدة لدى مريضين فقط من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (7.4%) مقابل (18) مريضاً من مجموعة الشاهد (62.1%). حققت هذه النتائج فروقات جوهرية بين المجموعتين من حيث انخفاض نسبة ظهور آفات جديدة بعد المعالجة بالأسيكلوفير ( $P < 1.96$ ).

**ثالثاً:** مقارنة بين مجموعتي المرضى : مجموعة المرضى المعالجين بالإريثرومايسين، ومجموعة المرضى المعالجين بالأسيكلوفير :

■ **في اليوم 7 :** حصل مريض واحد على شفاء جزئي في المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (3.8%) مقابل (3) مرضى من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (11.1%)، وحصل مريض واحد من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين على شفاء كامل (3.8%) في حين حصل مريضان على شفاء كامل في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (7.4%)، والتحليل الإحصائي أعطى ( $P > 1.96$ ) أي لا توجد فروقات جوهرية بين المجموعتين من حيث نسبة الشفاء الكامل والجزئي في اليوم السابع .

■ **في اليوم 14 :** حصل مريضان من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين على شفاء كامل (7.7%) مقابل (18) مريضاً من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (66.7%)، في حين حصل (4) مرضى من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (15.4%) على شفاء جزئي مقابل (7) مرضى من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (25.9%). وهنا وجدنا فروقات جوهرية في نسبة الشفاء الكامل بين المجموعتين ( $P < 1.96$ ) .

■ ظهرت آفات جديدة لدى (18) مريضاً من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (69.2%) وذلك في اليوم السابع من المعالجة مقابل (16) مريضاً من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (59.2%). ظهر لدى (15) مريضاً من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (57.7%) آفات جديدة في اليوم 14 مقابل مريضين من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (7.4%). ( $P < 1.96$ ) أي توجد فروقات إحصائية في نسبة ظهور آفات جديدة في اليوم 14 بين مجموعتي المرضى المعالجين .

➤ فيما يتعلق بمراقبة تطور الأعراض الجهازية فكانت النتائج على الشكل التالي : **في اليوم 7** تراجعت الأعراض الجهازية لدى (5) مرضى وبقيت دون تغير لدى (9) مرضى من مجموعة الشاهد أي بنسبة شفاء (35.7%)، بينما تراجعت لدى (7) مرضى من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين أي بنسبة شفاء (41.2%)، في حين بقيت الأعراض الجهازية لدى مريض واحد من المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير أي بنسبة شفاء (93.3%). تشكل هذه النتائج فروقات ذات أهمية إحصائية فيما يخص تراجع الأعراض الجهازية في اليوم 7 لدى المرضى المعالجين بالأسيكلوفير ( $p < 1.96$ ). أما **في اليوم 14** من المراقبة السريرية فتراجعت الأعراض الجهازية لدى غالبية المرضى إذ لم يبد المرضى المعالجون بالأسيكلوفير أو الإريثرومايسين أية شكوى جهازية، وبقيت لدى مريض واحد من مجموعة الشاهد . لكن لم تشكل هذه النتائج فروقات ذات أهمية إحصائية بالنسبة لتراجع الأعراض الجهازية في اليوم 14 بين المرضى في المجموعات الثلاث .

➤ شفيت الآفات خلال فترة وسطية مقدارها (33.3) يوماً في مجموعة الشاهد، و (30.6) يوماً في المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين مقابل (18.4) يوماً في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير. وهنا توجد فروقات إحصائية في فترة شفاء المرض في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير مقارنة بالمجموعتين الأخرتين ( $P < 1.96$ ).

### دراسات مقارنة:

- بمقارنة دراستنا مع دراسة أمريكية تناولت البحث عن فعالية الإريثرومايسين في علاج النخالية الوردية [1] التي شملت (90) مريضاً. أشارت الدراسة إلى الدور الجرثومي في إمراضية النخالية الوردية إذ وجد ارتفاع عيار أزداد الستربتوليزين O (ASO) لدى (34) مريضاً من مجموع المرضى (37.77%)، سجلت الدراسة أعراض إنتان تنفسي علوي لدى (68.8%) من مجموع المرضى. حدث الشفاء الكامل لدى (33) مريضاً من المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين (250 ملغ / 4 مرات يومياً لمدة أسبوعين) أي بنسبة شفاء (73.33%)، وبالتالي أظهرت الدراسة فعالية الإريثرومايسين في علاج مرضى النخالية الوردية. لم تبين هذه الدراسة المدة التي انقضت على ظهور الطفح قبل بدء المعالجة، وبالتالي من المحتمل أن يكون هذا الشفاء عفويًا لدى عدد من المرضى.

في دراستنا لم نلاحظ ارتفاعاً في عيار أزداد الـ ASO لدى نسبة مهمة من المرضى، إذ سجلنا ارتفاع عيار الـ ASO فقط لدى (3) مرضى من مجموع مرضى الدراسة أي بنسبة (3.65%)، كما أننا لم نجد في دراستنا فروقات جوهرية ذات أهمية إحصائية من حيث نسبة شفاء الآفات بين مجموعة الشاهد والمجموعة المعالجة بالإريثرومايسين.

- أظهرت نتائج دراسة قام بها Rasi وزملاؤه عام (2008) عدم فعالية الإريثرومايسين في معالجة مرضى النخالية الوردية [14].

- شملت دراسة أمريكية أخرى أجراها Dargo وزملاؤه عام (2006) لتقييم فعالية الأسيكلوفير في علاج مرضى النخالية الوردية (87) مريضاً تم توزيعهم على مجموعتين: شملت المجموعة الأولى (42) مريضاً عولجوا بالأسيكلوفير فموياً (800 ملغ/ 5 مرات يومياً لمدة أسبوع)، وشملت المجموعة الثانية (45) مريضاً عولجوا بدواء غفل (الدراسة ليست عشوائية وليست مزدوجة التعمية). في اليوم 7 بعد المعالجة: تراجعت الآفات بشكل كامل عند (28.6%) من المرضى في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير مقابل (4.5%) في مجموعة المرضى المعالجين بالدواء الغفل. في اليوم 14 بعد المعالجة: حصل (78.6%) من المرضى المعالجين بالأسيكلوفير على تراجع كامل للآفات مقابل (4.4%) من المرضى المعالجين بالدواء الغفل. أما فيما يتعلق بشفاء الأعراض الجهازية: سجلت الدراسة تراجع الأعراض الجهازية في اليوم 14 لدى (14) مريضاً من أصل (19) مريضاً كان لديهم أعراض جهازية مرافقة وذلك في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (73.7%) مقابل شفاء مريض واحد من أصل (16) مريضاً من المجموعة المعالجة بالدواء الغفل (6.25%).

شفيت الآفات خلال (18.5) يوماً وسطياً في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير، بينما بلغت فترة شفاء الآفات في مجموعة الدواء الغفل (37.9) يوماً وسطياً، وكانت فترة الشفاء (17.2) يوماً وسطياً لدى المرضى المعالجين بالأسيكلوفير في الأسبوع الأول من بدء الطفح مقارنة بالمرضى المعالجين بعد ذلك إذ استغرق شفاؤهم (19.7) يوماً وسطياً، كما وجدت الدراسة انخفاضاً مهماً في نسبة ظهور آفات جديدة في اليوم السابع لدى المرضى المعالجين في الأسبوع الأول مقارنة بالمرضى المعالجين لاحقاً، وبالتالي تشير الدراسة إلى احتمال فعالية الأسيكلوفير في علاج

النخالية الوردية وخاصة لدى المرضى المعالجين في الأسبوع الأول من بدء الطفح إذ يحتمل وجود تناسخ فيروسي فعال لـ HHV .

في دراستنا لم نجد فروقات جوهرية ذات أهمية إحصائية في نتائج شفاء الآفات لدى المرضى المعالجين بالأسيكلوفير مقارنة بالمرضى في مجموعة الشاهد أو في المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين وذلك في اليوم 7 بعد المعالجة، أما في اليوم 14 فكانت نسبة الشفاء الكامل في المجموعة المعالجة بالأسيكلوفير (66.7%) مع وجود فروقات جوهرية ذات أهمية إحصائية مقارنة بالمرضى في مجموعة الشاهد أو في المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين، كما إننا لم نجد في دراستنا فروقات جوهرية ذات أهمية إحصائية في معدل تراجع الأعراض الجهازية بين المرضى في المجموعات الثلاث وذلك في اليوم 14 من المعالجة. شفيت الآفات لدى المرضى المعالجين بالأسيكلوفير بمعدل وسطي مقداره (18.4) يوماً، وكان جميع المرضى في دراستنا قد تم البدء بعلاجهم في الأسبوع الأول من ظهور الطفح، كما وجدنا انخفاضاً في نسبة ظهور آفات جديدة في اليوم 14 مقارنة بالمرضى في مجموعة الشاهد أو في المجموعة المعالجة بالإريثرومايسين .

### الاستنتاجات والتوصيات:

- لم تظهر دراستنا نتائج إيجابية لفعالية الإريثرومايسين في علاج مرضى النخالية الوردية، على الرغم من أن بعض الدراسات أشارت إلى أن الإعطاء الفموي للإريثرومايسين قد يقصر سير الطفح .
- وجدنا في دراستنا أن معالجة مرضى النخالية الوردية بالأسيكلوفير عن طريق الفم بجرعة 800 ملغ 5 مرات يومياً له فائدة في تسريع شفاء الآفات الجلدية وتراجع الأعراض الجهازية المرافقة عند إعطائه في الأسبوع الأول من بدء الطفح .
- يعتبر إثبات المنشأ الفيروسي للنخالية الوردية مسألة بالغة التعقيد لا يمكن حلها بدراسة مفردة، خاصة بالنسبة للحالات المترافقة بفيروسات الحلأ الإنساني HHVs التي هي فيروسات واسعة الانتشار لدى عموم السكان، وبالتالي نحن بحاجة إلى دراسات أوسع تستخدم طرقاً كمية و نوعية تستطيع أن توضح دور الفيروسات المحتمل في إمرضية النخالية الوردية بعيداً عن الحدس أو أي عامل مساعد.

### المراجع:

1. SHARMA,P.K; YADAV,T.P; GAUTAM,R.K; TANEJA,N; SATYANARAYANA, L. *Erythromycine in pityriasis rosea: a double-blind, placebo-controlled clinical trial* . J Am Acad Dermatol,2000,42:241-4 .
2. PERCIVAL,G.H. *Pityriasis rosea*. Br,Dermatol,1932,44:241-53.
3. CHUANG.T.Y; PERRY.H.O; LISTRUP.D.M; KURLAND.LT. *Recent upper respira- tory tract infection and pityriasis rosea*. Br J Dermatol 1983; 108: 587-92.
4. GJENERO-MARGAN.I; VIDOVIC.R; DRAZEBNOVIC.V *Gibert. Pityriass rosea: detection of Legionella micdadei antibodies in patients* . Eur Epidemiol 1985, 113:71-5.
5. PARSONS,J.M. *Pityriasis rosea update :1986* .J Am Acad Dermatol, 1986, 15:159-67.
6. MIRANDA S.B; LUPI O;LUCAS E. *Vesicular pityriasis rosea :response to erythromycin treatment* . Eur Acad Dermatol Venereol 2004;18:622-5.
7. WATANABE.T; KAWAMURA.T; JACOB.S.E; AQUILINO.E.A; ORENSTEIN.J.M; BLACK.J.B; et al. *Pityriasis rosea is associated with systemic active infection with both human herpesvirus-7 and human herpesvirus-6*. J Invest Dermatol 2002: 119:793-7.
8. CLARK.D.A. *Human herpesvirus 6*. Rev Med Virol 2000;10:155-73.
9. AOSHIMA.T; KOMURA.J; OFUJIS. *Virus-like particles in the herald patch of pityriasis rosea*. Dermatologica 1981;162:64-5.
10. DARGO.F; VACCHIO.F; REBORA.A. *Use of high- dose acyclovir in pityriasis rosea*. American Academy of Dermatology 2006.06.042.
11. ZHANG.Y ; SCHOLS.D; DE CLERCQ.E. *Selective activity of various antiviral compounds against HHV-7 infection*. Antiviral Res 1999;43:23-35.
12. CASTANEDO-CAZARES.J.P; LEPE.V; MONCADA.B. *Antiviral for pityriasis rosea*. Photodermal photoimmunol photomed 2004;20:110.
13. DARGO.F; BROCCOLO.F; REBORA.A. *Pityriasis rosea : An update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology* . J Am Acad Dermatol, 2009;61:303-18.
14. RASIA; TAJZIEHCHIL; SAVABI-NASAB.S . *Oral erythromycin is ineffective in the treatment of pityriasis rosea* . J Drugs Dermatol 2008;7:35-8.