

تقييم فعالية كل من: البيتاميثازون لوسيون (1%)، المينوكسيديل لوسيون (5%)، والمشاركة بين هذين المستحضرين في معالجة الحاصة البقعية

الدكتور محمد معلًا*

(تاريخ الإيداع 21 / 2 / 2011. قُبِلَ للنشر في 1 / 6 / 2011)

□ ملخص □

شملت الدراسة 180 مريض حاصة بقعية متوضعة على فروة الرأس. تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية. أخضعت المجموعة الأولى للمعالجة بالبيتاميثازون لوسيون (1%) مرتين يوميا لمدة ست عشر أسبوعا، أما المجموعة الثانية فقد عولجت بالمينوكسيديل لوسيون (5%) بنفس الطريقة ولنفس المدة؛ وأما المجموعة الثالثة فقد تم تطبيق المينوكسيديل لوسيون (5%) مرة يوميا وبالبيتاميثازون لوسيون (1%) مرة يوميا ولنفس المدة السابقة. أثبتت هذه الدراسة أن المعالجة المشاركة بين المينوكسيديل 5% والبيتاميثازون لوسيون تعطي نسبة نجاح أعلى من كل من المستحضرين على حدة مع نسبة عالية في المحافظة على النتائج العلاجية بعد انتهاء المعالجة.

الكلمات المفتاحية: الحاصة البقعية، معالجة، البيتاميثازون لوسيون 1%، المينوكسيديل لوسيون 5%.

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

Evaluation of Betamethason Lotion, Minoxidil Lotion 5%, & The Combination of These two Products in The Treatment of Alopecia Ariata

Dr. Mohammad Moalla *

(Received 21 / 2 / 2011. Accepted 1 / 6 / 2011)

□ ABSTRACT □

Our study includes 120 patients with alpecea areata ldated on the scalp. These patients had been divided into three equal groups. The first group was treated with betamethason lotion1% twice a day for over 16 weeks. The second group has been treated with minoxidil lotion 5% with the same way and for the same period. While the third group has been treated with betamethason lotion 1% once a day and minoxidil lotion5% once a day for the same previous period.

This study shows that the combination of betamethason lotion1% and minoxidil lotion 5% gives better results from each separated drug, and keeps the results better after the end of treatment.

Keywords: Alopecia Ariata, Treatment, Betamethason Lotion1%. Minoxidil Lotion 5%.

* Associate Professor, Department of Dermatology & Venereology, Faculty of Medicine, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

مقدمة:

الحاصة البقعية عبارة عن مرض جلدي مزمن يتظاهر بفقد أشعار بقعي عادة وغير ندبي [1] ، على شكل بقعة أو عدة بقع، وقد يؤدي إلى فقد كامل شعر الرأس (الحاصة الكلية)، أو إلى فقد كامل شعر الرأس والجسم (الحاصة المعممة) [2]. تظهر تنقرات في الأظافر بنسبة 10-15% من مرضى الحاصة البقعية.

الحاصة البقعية مرض شائع الحدوث حيث تقدر نسبة حدوثه من (0.7%) إلى (3.8%) بين المرضى المراجعين للعيادات الجلدية [3, 4] ؛ وهو يصيب الذكور والإناث بنسب متساوية [5, 6] . رغم أن الآلية الإمراضية للحاصة البقعية غير واضحة تماما إلا أن هناك قرائن على تدخل المناعة الذاتية التي تتوسطها الخلايا التائية في هذه الآلية [6]، ويدعم هذه الفرضية تواتر بعض الأمراض المرتبطة بالمناعة الذاتية كأمراض الغدة الدرقية المناعية الذاتية [7] ، والبهاق [8] ، والتهاب الجلد التأتبي [9] عند مرضى الحاصة البقعية بنسب أكثر منها عند الآخرين.

لا يواجه تشخيص الحاصة البقعية صعوبات عادة. يشمل التشخيص التفريقي سعة الرأس، عرة نتف الشعر، وكذلك المراحل الأولى من الحاصة النديبية.

لا يوجد حتى الآن علاج نوعي للحاصة البقعية، وهناك العديد من العلاجات المستخدمة منها الموضعية كالستيروئيدات الموضعية تطبيق خارجي أو حقن موضعي [10-12] والمينوكسيديل (1% و 5%) [13,14] والأنتراسين (1% و 5%) [15] وكذلك المحسسات الموضعية كالديفينيل سيكلوبروبينون [16] ، ومنها المعالجات الجهازية كالستيروئيدات الجهازية [17] والمعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA) [18] .

أهمية البحث وأهدافه:

الحاصة البقعية مرض مزمن لا يمكن التنبؤ بسيره وهو يشكل مشكلة جمالية ونفسية واجتماعية قد تكون كبيرة عند بعض المرضى.

يهدف هذا البحث إلى إجراء مقارنة فعالية المشاركة بين البيتاميثازون لوسيون (1%) والمينوكسيديل لوسيون (5%) في المعالجة الموضعية للحاصة البقعية مع كل من المستحضرين على حدة من أجل التوصل إلى العلاج الموضعي الأكثر فعالية وبأقل آثار جانبية لهذا المرض.

طرائق البحث ومواده :

تمت هذه الدراسة في قسم الأمراض الجلدية والزهرية في مستشفى القنفذة العام في منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية، خلال الفترة الممتدة من 6 \ 6 \ 2010 م حتى 15 \ 2 \ 2011 م.

شملت هذه الدراسة 180 مريض حاصة بقعية، وقد تم انتقاء الحالات التي تتكون من بقعة أو عدة بقع متوضعة على فروة الرأس.

تم إجراء فحص سريري دقيق وتحاليل مخبرية عامة لكل مريض عند بدء الدراسة.

استبعد من الدراسة حالات الحاصة البقعية التي تشمل أكثر من 25% من مساحة فروة وكذلك الحاصة الكلية والحاصة المعممة.

تم تقسيم المرضى إلى ثلاث مجموعات ، تتكون كل مجموعة من 60 مريض حاصة بقعية متوضعة على فروة الرأس.

تقييم فعالية كل من: البيتاميثازون لوسيون (1%)، المينوكسيديل لوسيون (5%)،

معلا

والمشاركة بين هذين المستحضرين في معالجة الحاصة البقعية

تم تطبيق البيتاميثازون لوسيون 1% على البقع مرتين يوميا عند المجموعة الأولى، كما تم تطبيق المينوكسيديل لوسيون 5% مرتين يوميا عند المجموعة الثانية، بينما تم تطبيق البيتاميثازون لوسيون 1% مرة يوميا والمينوكسيديل لوسيون 5% مرة يوميا عند المجموعة الثالثة. استمرت الخطة العلاجية لمدة ستة عشر أسبوعا
تم تقييم الفعالية العلاجية عند كل فئة في نهاية الفترة العلاجية . كما تمت متابعة النتائج العلاجية شهريا بعد توقف المعالجة لمدة أربعة أشهر.

اعتمدنا في تقييم النتائج العلاجية على نسبة عودة نمو الشعر في البقع المصابة حسب الآتي:

ممتاز: عودة نمو الشعر في البقع المصابة بنسبة 100% (شفاء تام).

جيد جدا: عودة نمو الشعر في البقع المصابة بنسبة أكثر من 75% .

جيد: عودة نمو الشعر في البقع المصابة بنسبة : 50-75% .

وسط: عودة نمو الشعر في البقع المصابة بنسبة : 25-50% .

ضعيف: عودة نمو الشعر في البقع المصابة بنسبة أقل من 25% .

توزع مرضى الحاصة البقعية حسب الفئات العمرية:

تراوحت أعمار المرضى موضوع الدراسة بين 7 و 42 سنة بمتوسط قدره 20.4 سنة . توزع مرضى الحاصة

البقعية حسب الفئات العمرية يبينه الجدول رقم (1).

الجدول رقم (1): توزع مرضى الحاصة البقعية حسب الفئات العمرية.

النسبة المئوية %	عدد المرضى	الفئة العمرية (سنة)
25.56	46	14 - 5
32.78	59	24 - 15
22.78	41	34 - 25
18.88	34	45 - 35
100	180	المجموع

يبين الجدول المذكور أن أكثر الفئات العمرية إصابة بالحاصة البقعية حسب دراستنا هي بين عمر 15 و 24 سنة (32.78%) ، تليها الفئة العمرية بين 5 - 14 سنة (25.56%) ، فالقطة العمرية بين 25-34 سنة (22.57%) وأقلها الفئة العمرية بين 35-45 سنة (18.88%) .

توزع المرضى حسب الجنس:

بلغ عدد المرضى الذكور 78 مريضاً، بينما بلغ عدد المرضى الإناث 92 مريضة. الجدول رقم (2) يوضح

توزع المرضى حسب الجنس.

الجدول رقم (2) : توزع المرضى حسب الجنس.

النسبة المئوية %	عدد المرضى	الجنس
47.78	86	الذكور
52.22	94	الإناث
100	180	المجموع

يتضح من خلال الجدول السابق تقارب نسب إصابة الذكور والإناث بالخاصة البقعية مع غلبة صفيحة لصالح الإناث والتي يمكن أن تعزى للاهتمام الزائد بالمظهر الخارجى عند الإناث مقارنة بالذكور
توزع المرضى حسب ترتيب الإصابة:

في الحالات التي شملتها دراستنا كانت الإصابة الأولى لدى 46 مريضاً، بينما كانت الإصابة ناكسة لدى 74 مريضاً، وهذا ما يبينه الجدول رقم (3) .

الجدول رقم (3): توزع المرضى حسب ترتيب الإصابة.

ترتيب الإصابة	عدد المرضى	النسبة المئوية %
إصابة بدئية	64	35.56
إصابة ناكسة	116	64.44
المجموع	180	100

من خلال الجدول الآنف الذكر يتضح أن الإصابة كانت بدئية بنسبة %35.56 وثانوية بنسبة %64.44 حسب دراستنا.

توزع المرضى حسب مدة الهجمة :

أي المدة من بدء ظهور آخر هجمة حتى حضور المريض للفحص السريري ، وحسب استجواب المرضى تراوحت مدة الهجمة بين أسبوعين و 1.5 سنة بمتوسط 4.3 شهر ، والجدول رقم (4) يبين توزع المرضى حسب مدة الهجمة .

الجدول رقم (4): توزع المرضى حسب مدة الهجمة .

مدة الهجمة	عدد المرضى	النسبة المئوية %
أقل من شهر	15	8.33
1-3 أشهر	31	17.22
3-6 أشهر	42	23.33
6-9 أشهر	34	18.89
9-12 شهر	26	14.45
12-15 شهر	20	11.11
15-18 شهر	12	6.67

النتائج والمناقشة:

في نهاية المدة العلاجية التي استمرت ستة عشر أسبوعاً وبالمقارنة بين الفئات الثلاثة لاحظنا أن المعالجة المشاركة بالبيتامينازون 1% والمينوكسيديل 5% أعطت النتائج الأفضل في معالجة الحاصة البقعية بالمقارنة مع كل من هذين المستحضرين على حدة فقد حققت شفاء تاماً بنسبة %68.33، تليها المجموعة المعالجة بالبيتامينازون 1% التي حققت شفاء تاماً بنسبة %63.33، وأقل من حيث النتائج العلاجية الإيجابية هي المجموعة المعالجة بالمينوكسيديل 5% حيث حققت شفاء تاماً بنسبة %50. تفاصيل هذه النتائج يوضحها الجدول رقم: (5) .

تقييم فعالية كل من: البييتاميثازون لوسيون(1%)، المينوكسيديل لوسيون (5%)،

والمشاركة بين هذين المستحضرين في معالجة الحاصة البقية

معل

الجدول رقم (5): نسب التحسن عند كل مجموعة علاجية في نهاية المدة العلاجية.

المجموعة المشاركة بالمعالجة		المجموعة المعالجة بالمينوكسيديل 5%		المجموعة المعالجة بالبييتاميثازون 1%		المجموعات العلاجية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	نسبة التحسن
68.33	41	50	30	63.33	38	ممتاز
15	9	20	12	16.67	10	جيد جدا
10	6	11.67	7	10	6	جيد
6.67	4	11.67	7	6.67	4	وسط
0	0	6.66	4	3.33	2	ضعيف
100	60	100	60	100	60	المجموع

بمتابعة الحالات بعد انتهاء الخطة العلاجية في كل مجموعة علاجية تبين أن هذه الأدوية تختلف فيما بينها في قدرتها على المحافظة على النتائج التي حققتها بعد توقف المعالجة. تبين الجداول:(6,7,8,9) تفاصيل نسب التحسن عند كل مجموعة علاجية شهريا ولمدة ثلاثة أشهر بعد إيقاف المعالجة.

الجدول رقم (6): نسب التحسن عند كل مجموعة علاجية بعد شهر من توقف المعالجة.

المجموعة المشاركة بالمعالجة		المجموعة المعالجة بالمينوكسيديل 5%		المجموعة المعالجة بالبييتاميثازون 1%		المجموعات العلاجية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	نسبة التحسن
66.66	40	46.67	28	53.33	32	ممتاز
16.67	10	20	12	18.34	11	جيد جدا
10	6	8.33	5	13.33	8	جيد
6.67	4	13.33	8	8.33	5	وسط
0	0	11.67	7	6.67	4	ضعيف
100	60	100	60	100	60	المجموع

الجدول رقم (7): نسب التحسن عند كل مجموعة علاجية بعد شهرين من توقف المعالجة.

المجموعة المشاركة بالمعالجة		المجموعة المعالجة بالمينوكسيديل 5%		المجموعة المعالجة بالبييتاميثازون 1%		المجموعات العلاجية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	نسبة التحسن
66.66	40	43.34	26	46.67	28	ممتاز
16.67	10	16.67	10	16.67	10	جيد جدا
8.33	5	15	9	15	9	جيد
8.33	5	11.67	7	8.33	5	وسط
0	0	13.33	8	13.33	8	ضعيف
%100	60	%100	60	%100	60	المجموع

الجدول رقم (8): نسب التحسن عند كل مجموعة علاجية بعد ثلاثة أشهر من توقف المعالجة.

المجموعة المعالجة بالمعالجة المشاركة		المجموعة المعالجة بالمينوكسيديل 5%		المجموعة المعالجة بالبيتاميثازون 1%		المجموعات العلاجية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	نسبة التحسن
63.33	38	43.34	26	30	24	ممتاز
18.34	11	15	9	15	9	جيد جدا
10	6	13.33	8	10	6	جيد
8.33	5	15	9	20	12	وسط
0	0	13.33	8	15	9	ضعيف
100%	60	100%	60	100%	60	المجموع

لقد تبين من خلال متابعة المرضى شهريا ولمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء مدة الخطة العلاجية أن المجموعة المعالجة بالمعالجة المشاركة قد تمكنت من المحافظة على النتائج الإيجابية للمعالجة بشكل متفوق على المجموعتين الأخرين فقد حافظت هذه المجموعة على النتائج التي توصلت إليها في نهاية المدة العلاجية بنسبة عالية فقد كانت نسبة الشفاء التام نهاية المدة العلاجية 68.33% . وبعد ثلاثة أشهر من إيقاف المعالجة استمرت في المحافظة على النتائج الإيجابية بشكل ممتاز . يلاحظ من الجدول أن نسبة التراجع كانت بسيطة جدا حيث كانت نسبة الشفاء التام 63.33% ، أي بتراجع بنسبة 5% فقط. وبالمقارنة نلاحظ أن نسبة الشفاء التام نهاية المدة العلاجية عند المجموعة المعالجة بالمينوكسيديل 5% كانت 50% ، وبعد إيقاف المعالجة بأربعة أشهر كانت نسبة الشفاء التام 43.34% أي بتراجع بنسبة 6.96% . بينت دراستنا هذه أن البيتاميثازون لوسيون 1% أقل هذه المجموعات العلاجية محافظة على النتائج الإيجابية في معالجة الحاصة البقعية فقد حقق نسبة شفاء تام في نهاية المدة العلاجية بنسبة 63.33% تراجعت إلى 30% بعد أربعة أشهر من توقف المعالجة أي بتراجع بنسبة 33.33%.

الآثار الجانبية:

سجلت حكة عارضة عند 3 من المرضى الذين عولجوا بالمينوكسيديل 5% (أي بنسبة 5%) والتي لم تؤثر على سير العلاج، بينما لم تسجل أية آثار جانبية عند المرضى المعالجين بالبيتاميثازون لوسيون 1% أو بالمعالجة المشتركة.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

- أ - يعطي المينوكسيديل 5% نتائج مقبولة في معالجة الحاصة البقعية مع نسبة عالية في المحافظة على النتائج العلاجية بعد توقف المعالجة.
- ب - يعطي البيتاميثازون لوسيون 1% نسبة نجاح أعلى من المينوكسيديل 5% في معالجة الحاصة البقعية مع نسبة أقل في المحافظة على النتائج العلاجية بعد توقف المعالجة.
- ج - المعالجة المشاركة بين المينوكسيديل 5% والبيتاميثازون لوسيون 1% تعطي نسبة نجاح أعلى من كل من المستحضرين على حدة مع نسبة عالية في المحافظة على النتائج العلاجية بعد توقف المعالجة

التوصيات:

- أ- إجراء دراسات مماثلة موسعة حول دور المعالجة المشاركة بين المينوكسيديل 5% والبيتاميثازون لوسيون 1% في معالجة الحاصة البقعية.
- ب- توسيع نطاق المقارنة بين نتائج مختلف المعالجات الموضعية المستخدمة في معالجة الحاصة البقعية.
- ج- إجراء دراسات مماثلة حول دور المعالجة المشاركة بين أدوية أخرى مستخدمة في معالجة الحاصة البقعية.

المراجع:

- 1- سليمان، حميد؛ دلول، محمود؛ حازم، عهد. *المعالجة النبضية للحاصة البقعية بالميتيل بردينيزولون*. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية سلسلة العلوم الصحية، المجلد 30، العدد 1، 2008، -176 165.
- 2- SUNDBERG, J, P; BORGESS, D; SILVA,K,A ET AL: *Major locus on mouse chromosome 17 and minor locus on chromosome 9 are linked on with alopecia areata in C3H/HeJ mice*. J Invest Dermatol 120, 2003,771-775.
- 3- SHRMA,V.K; DAWN, G.; KUMAR, B. *Profile of alopecia areata in Northern India*. Int J Dermatol 35, 1996, 22-27.
- 4-TAN, E.; TAY,Y. K.; GOH, C. L.; CHIN, G.Y. *The pattern and profile of alopecia areata in Singapore – a study of 219 Asians*. Int J Dermatol 2002;41:748-753.
- 5- WASSERMAN, D.; GUZMAN-SANCHEZ, D. A.; SCOTT, K.; MICHAEL, A. *alopecia areata*. Int J dermatol 2007;46: 121-131.
- 6- BRAHMANI, N.; SCHABATH, M.B.; DUVIC, M. *History of atopy or autoimmunity increases risk of alopecia areata*. J Am Acad Dermatol 61(4): 2009, 581-591.
- 7- SAIRAFI H, AKHIANI M, ABBASI H, MIRPOR, S, GHOLAMREZANBEZHAD, A. *Evaluation of the profile of alopecia areata and the prevalence of thyroid function test abnormalities and serum autoantibodies in Iranian patients*. MBC Dermatol 2005, 5:11.
- 8- KASUMAGIC-HALILOVIC, E. *Thyroid autoimmunity in patient with alopecia areata*. Acta Dermatovenerol Croat 16, 2008,123-125.
- 9- HORDINSKY, M.; ERICSON, M. *Autoimmunity:alopecia areata*. J Invest Dermatol Symp Proc 9, 2004, 73-78.
- 10- CHARWICHITRATANA, S.; WATTANAKRAI, P.; TANRATTANAKORM, S. *Randomized double blind placebo-controlled trial in the treatment of alpecia areata with 0,25% desoximethasone cream*. Arch Dermatol 136: 2000,1276-1277.
- 11- MANCUSO, G.; BALDUCCI, A.; CASADIO, C ET AL. *Efficacy of betamethasone valerate foam formation in comparison with betamethasone dipropionate lotion in the treatment of mild to moderate alpecia areata: amulticeter, prospective, randomized, controlled investigator-blinded trial*. Int J Dermatol 42: 2003, 573-57.
- 12- TOSLI, A.; PIRACCINI, B, M.; PAZZAGLIA, M.; VINCENZI, C. *Clobetasol propionate 0,05% under occlusion in the treatment of alopecia totalis/universalis*. JAm Acad Dermatol 49: 2003, 96-98.
- 13- UNO, H.; CAPPAS, A.; BRIGHAM, P: *Action of topical minoxidil in the bald stump trialed macaque*. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 276-281.

- 14- FIEDLER-WEISS, V, C: *Topical minoxidil solution (1% and 5%) in the treatment of alopecia areata.* J Am Acad Dermatol 16, 1987, 737-744.
- 15- FIEDLER-WEISS, V,C.; BUYS, C,M: *Evaluation of anthralin in the treatment of alopecia areata..* Arch Dermatol 123, 1987, 1491-1493.
- 16- WILKERSON, M.G.; HENKIN, J.; WILKIN, J.K. *Diphenylcyclopropanone: examination for potential contaminants, mechanisms of sensitization, photochemical stability.* J Am Acad Dermatol 1984; 11: 802-807.
- 17- WINTER, R.J.; KEM, F.; BLIZZARD, R. M: *Prednisolone therapy for alopecia areata: A follow-up report.* Arch Dermatol 1976; 112: 1549-1552.
- 18- HEALY, E.; ROGERS,S: *PUVA treatment for alopecia areata – does it work? A retrospective review of 120 cases.* Br J Dermatol 129, 1993,42-44.