

الفيناستيراييد و المينوكسيديل في علاج الحاصة الأندروجينية عند الرجال دراسة مقارنة

الدكتور حميد سليمان*

الدكتورة فوز حسن**

يارا ساحلية***

(تاريخ الإيداع 11 / 1 / 2011. قُبِلَ للنشر في 6 / 3 / 2012)

□ ملخص □

شملت الدراسة 52 مريضاً لديهم حاصة أندروجينية ، تراوحت أعمارهم بين 19 و 45 سنة بمعدل وسطي 31.35 سنة . قمنا بتقييم ومقارنة فعالية الفيناستيراييد الفموي (1 مغ/يومياً) و محلول المينوكسيديل الموضعي 5% (مرتين يومياً) لوحدهما و بالمشاركة بينهما . قسم المرضى إلى ثلاث مجموعات : تضمنت المجموعة الأولى 22 مريضاً عولجوا بالفيناستيراييد الفموي وتضمنت المجموعة الثانية 18 مريضاً عولجوا بالمينوكسيديل الموضعي، أما المجموعة الثالثة فتضمنت 12 مريضاً عولجوا بالفيناستيراييد الفموي بالمشاركة مع المينوكسيديل الموضعي . قمنا بتقييم الفعالية وفق آليتين : التقييم الشخصي للمريض و التقييم السريري الفوتوغرافي . بعد 6 أشهر من العلاج وجدنا أن كلا من الفيناستيراييد الفموي 1مغ والمينوكسيديل الموضعي 5 % كان فعالاً في علاج الحاصة الأندروجينية الخفيفة والمعتدلة عند الرجال ، من دون وجود فرق هام إحصائياً بينهما عند أخذ مدة الإصابة بالحاصة بالحسابان في المجموعتين الأولى و الثانية ، إلا أن المشاركة بينهما أعطت نتائج أفضل في إعادة نمو الشعر عند المرضى، و استنتجنا من الدراسة أن الفعالية العلاجية تزداد بمشاركة الفيناستيراييد و المينوكسيديل ، كما وجدنا أن الاستجابة للعلاج تكون أفضل كلما كانت مدة الإصابة بالحاصة الأندروجينية أقل . الآثار الجانبية كانت خفيفة ولم تستدع إيقاف العلاج ، كما أنها تراجعت كلياً بعد توقف العلاج .

الكلمات المفتاحية : الحاصة الأندروجينية - الفيناستيراييد - المينوكسيديل.

* أستاذ - قسم الأمراض الجلدية و الزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .

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

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

Finasteride And Minoxidil In The Treatment Of Androgenetic Alopecia In MenA Comparative study

Dr. Hamid Suleiman^{*}

Dr. Foz Hassan^{**}

Yara sahlieh^{***}

(Received 11 / 1 / 2012. Accepted 6 / 3 / 2012)

□ ABSTRACT □

Fifty-two men with AGA were enrolled in the study. The patients' ages ranged from 19 to 45 years, with an average of 31.35 years.

We evaluated and compared the efficacy of oral finasteride (1 mg/day), topical 5% minoxidil solution (twice daily) alone and in combination.

The patients were divided into 3 groups:

Group 1: oral finasteride (n =22).

Group 2 : topical minoxidil (n = 18).

Group 3: oral finasteride in combination with topical minoxidil (n =12) .

We evaluated the patients on two bases: patients' self-assessment, physician's assessment by global photographic assessment.

After a six-month treatment we found that both drugs were effective in the treatment of mild to moderate AGA, without a statistically significant difference between them if we considered the differences in the mean duration of alopecia between group 1 and 2. We also stated that subjects receiving finasteride in combination with minoxidil showed a better improvement in hair regrowth and concluded that the therapeutic efficacy is enhanced by combining the two drugs. We have also observed that

the more recent the hair loss, the more success patients will have with the treatment.

Adverse events were all mild; there was no need to stop the treatment, and these side effects disappeared as soon as the treatment was stopped.

Key Words Androgenetic alopecia , Finasteride , Minoxidil

^{*}Professor , Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

^{**}Assosiated professor , Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

^{***}Postgraduate Student, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

مقدمة :

الخاصة الأندروجينية Androgenetic Alopecia اضطراب شائع يصيب الفروة، حيث تشكل 95% من حالات فقدان الشعر عند الرجال [1,2,5]، تترقى تدريجياً على مدى سنوات أو عقود إذا لم تعالج، وقد تم تصنيفها إلى سبع درجات عند الرجال وفقاً لمقياس Hamilton- Norwood [6,7]. تتلخص إمرضيتها في تأثير الديهيدروتستسترون على الأجرة الشعرية الانتهازية المؤهبة وراثياً و تحويلها إلى أجرة شعرية زغبية [3,4]. من بين الكثير من الأدوية المتوفرة كخيارات علاجية فإن المينوكسيديل الموضعي و الفيناستيريد الفموي هما فقط الدواءان اللذان أثبتت فعاليتها علمياً وتمت الموافقة على استخدامهما عالمياً في علاج الخاصة الأندروجينية عند الرجال [1,2,4].

أهمية البحث و أهدافه :

إن هدف الدراسة تقييم فعالية الفيناستريد الفموي و المينوكسيديل الموضعي في علاج الخاصة الأندروجينية عند الرجال ومقارنة النتائج .
تعود أهمية الدراسة لعدة عوامل
- الخاصة الأندروجينية شائعة جداً عند الرجال حيث يقدر أن 50 % من الرجال على الأقل يصابون بها في أثناء سير حياتهم [4] .
- تعد مشكلة جمالية واجتماعية إذ قد يكون لها تأثير نفسي عميق [4] عند بعض المرضى خصوصاً أن الإصابة مزمنة ومترقية .
- يتطلب العلاج مدة طويلة من الزمن لظهور الإستجابة السريرية مما يتطلب صبراً وأناة من قبل المرضى خصوصاً عند الأخذ بالحسبان التكلفة المادية وتقبل طريقة العلاج على المدى الطويل .

طرائق البحث و مواده :

تم اختيار عينة الدراسة من مرضى الخاصة الأندروجينية في محافظة اللاذقية ممن لديهم درجة خفيفة (I-II-III) أو معتدلة (IV-V) وفقاً لتصنيف Hamilton-Norwood ، و ذلك خلال المدة الممتدة من أيلول 2009 وحتى شباط 2011 .

لم تشمل الدراسة درجتى الإصابة المتقدمة (VI-VII) لعدم توافر المرضى الراغبين جدياً بالعلاج .
معايير الإستبعاد :

- المرضى بعمر أكبر من 50 سنة لتجنب التداخلات الدوائية والجهازية .
- المرضى بعمر أقل من 16 سنة .
- وجود اضطرابات جهازية (كبدية - قلبية) - اضطرابات نفسية - جلادات بالفروة .
- تطبيق علاجات موضعية للفروة خلال ستة أشهر سابقة لبدء الدراسة .
- تناول أدوية جهازية تؤثر في نمو الشعر (الستيرويدات - الأدوية السامة للخلايا - موسعات الأوعية - حاصرات بيتا - السيميتدين - مضادات الاختلاج - الكيتوكونازول) .

قمنا عند المراجعة الأولية لكل مريض بتحديد درجة الإصابة وتصنيفها وفقاً لهاملتون - نوروود وإجراء تصوير فوتوغرافي دقيق للفروة مع التركيز على الناحية الجبهية والقمية ، كما تمت توصية المرضى بالحفاظ على لون الشعر وطوله طيلة مدة المعالجة .

بلغ عدد المرضى في العينة 65 مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات ووضعت كل مجموعة على خطة علاجية مدتها ستة أشهر .

من الجدير بالذكر أننا قمنا باستبعاد 13 مريضاً من الدراسة ثمانية منهم نتيجة للانقطاع التام في التواصل وعدم التمكن من متابعتهم والباقي لعدم الالتزام بالعلاج من دون معرفة السبب .

تم التوزيع النهائي لمرضى الدراسة في المجموعات العلاجية كالتالي :

المجموعة الأولى : شملت 22 مريضاً عولجوا بالفيناستيراييد الفموي 1 ملغ يومياً (Prosteride) جرعة فموية وحيدة يومياً لمدة ستة أشهر .

المجموعة الثانية : شملت 18 مريضاً عولجوا بالمينوكسيديل الموضعي 5% (Minoxidine 5%) مرتين يومياً لمدة ستة أشهر .

المجموعة الثالثة : شملت 12 مريضاً عولجوا بالفيناستيراييد الفموي 1 ملغ يومياً (Prosteride) بالمشاركة مع تطبيق محلول المينوكسيديل الموضعي 5% (Minoxidine 5%) مرتين يومياً لمدة ستة أشهر .
تمت متابعة المرضى من خلال استمارة خاصة لتقييم فعالية العلاج ومراقبة حدوث الآثار الجانبية بعد 3 أشهر من بدء العلاج و حتى نهاية مدة الدراسة .

تقييم فعالية العلاج :

يتم من خلال آليتين :

- التقييم السريري الفوتوغرافي : عن طريق مقارنة الصور الفوتوغرافية قبل بدء العلاج وبعد ستة أشهر إذ يتم تحديد درجة التحسن العياني الملحوظ وذلك وفق 3 درجات [10,15]:

2+ زيادة متوسطة في نمو الشعر

1+ زيادة خفيفة في نمو الشعر

0 عدم حدوث تبدل في نمو الشعر

- التقييم الشخصي للمريض : يقوم المريض بعد ستة أشهر من العلاج بتقييم نمو الشعر لديه عبر الإجابة عن استبيان مؤلف من خمسة أسئلة حول فعالية العلاج والقناعة الذاتية لديه بدرجة التحسن المرجوة ، مع الإشارة إلى أن هذا الاستبيان تم اعتماده في العديد من الدراسات العالمية [9,10] بوصفه وسيلة مساعدة للطبيب في تقييم فعالية العلاج في الحاصة الأندروجينية ، وفيما يأتي نوضح كيفية تحديد درجة التحسن :

بعد إجابة المريض على الاستبيان الشخصي نقوم بحساب مجموع درجات مشعر

الإجابة عن الأسئلة الخاصة بالاستبيان، مع العلم أن أقل مجموع ممكن 5 وأعلى

مجموع ممكن 26، وأنه كلما كان مجموع درجات مشعر الإجابة أقل كان التحسن

أفضل ، ووفقاً للاستبيان فإن المجموع (5-8) يدل على 2+ تحسن جيد

المجموع (9-12) يدل على 1+ تحسن خفيف

المجموع (13-26) يدل على O عدم وجود تحسن

القوانين والأساليب الإحصائية المستخدمة:

- اختبار كاي مربع Chi-2: لدراسة العلاقات بين المتغيرات ذات المراتب.
- اختبار Fisher's exact test : لدراسة العلاقات بين المتغيرات ذات المراتب عندما لا تكون شروط استخدام اختبار Chi-2 محققة.
- اختبار ANOVA لتحليل التباين: لمقارنة المتوسطات الحسابية للمتغيرات العشوائية المستمرة بين المجموعات الثلاث المدروسة.
- الفروق عند عتبة الدلالة $p < 0.05$ اعتبرت هامة إحصائياً.
- تم تحليل البيانات إحصائياً بمساعدة البرنامج الإحصائي (Stata version 6.0) وإشراف اختصاصي مستقل بتحليل البيانات من قسم طب الأسرة والمجتمع في كلية الطب بجامعة تشرين.

النتائج والمناقشة :

النتائج :

خصائص العينة المدروسة

تتألف عينة الدراسة من 52 مريضاً يعاني من حاصة أندروجينية من الدرجة الخفيفة والمعتدلة. تم توزيعهم على ثلاث مجموعات. احتوت المجموعة الأولى (F) على 22 مريضاً وتمت معالجتها بالفيناستريد الفموي، واحتوت المجموعة الثانية (M) على 18 مريضاً وتمت معالجتها بالمينوكسيديل الموضعي، بينما ضمت المجموعة الثالثة (F+M) 12 مريضاً وتم معالجتها بالدوائين السابقين معاً.

يظهر الجدول رقم 1 خصائص المشاركين في الدراسة. تراوحت أعمار المرضى بين 19 و 45 سنة بمتوسط قدره 31.35 سنة وانحراف معياري 6.76 سنة. لاحظنا وجود قصة عائلية للصلع عند أكثر من (70%) من مرضى الدراسة. الحاصة الأندروجينية كانت من الدرجة الخفيفة عند (70%) تقريبا من المرضى بينما كانت من الدرجة المعتدلة عند بقية المشاركين. تراوحت مدة الإصابة بالصلع بين 2 و 15 سنة بمتوسط قدره 6.5 سنة وانحراف معياري قدره 3.3 سنة (الجدول رقم 1).

الجدول رقم (1) : خصائص المشاركين في الدراسة

31.35 (6.76)	المتوسط (الانحراف المعياري)	سنة	العمر
45-19	القيمة العظمى - القيمة الصغرى		
			الحالة العائلية
26 (50)	ن (%) *	متزوج	
26 (50)	ن (%)	عازب	
			المهنة
5 (10.87)	ن (%)	تاجر	
4 (8.7)	ن (%)	آخرون	
4 (8.7)	ن (%)	مهندس	
10 (21.74)	ن (%)	طبيب	
3 (6.52)	ن (%)	معلم	
9 (19.57)	ن (%)	موظف	
11 (23.91)	ن (%)	طالب	
			قصة عائلية للصلع
15 (28.85)	ن (%)	لا	
37 (71.15)	ن (%)	نعم	
			درجة الصلع
6 (11.54)	ن (%)	I	
13 (25)	ن (%)	II	
17 (32.69)	ن (%)	III	
14 (26.92)	ن (%)	IV	
2 (3.85)	ن (%)	V	
			درجة الصلع
36 (69.23)	ن (%)	خفيفة	
16 (30.77)	ن (%)	معتدلة	
6.48 (3.31)	المتوسط (الانحراف المعياري)	سنة	مدة الإصابة بالصلع
15-2	القيمة الصغرى - القيمة العظمى		
ن (%) *: عدد المرضى (النسبة المئوية)			

يظهر الجدول رقم 2 خصائص المشاركين في هذه الدراسة في المجموعات الثلاث. لاحظنا وجود فرق هام إحصائياً بين متوسط أعمار المشاركين في المجموعات الثلاث ($p < 0.001$). بلغ متوسط أعمار المشاركين في المجموعة F، 26.41 سنة مقارنة بـ 36.28 سنة في المجموعة M و 33 سنة في المجموعة F+M. كذلك، اختلفت بشكل هام إحصائياً مدة الإصابة بالحصاصة بين المجموعات الثلاث ($p = 0.0004$). حيث بلغ متوسط مدة الإصابة

بالخاصة في المجموعات الثلاث: 4.5 سنة في المجموعة F ، و 8.3 سنة في المجموعة M، و 7.4 سنة في المجموعة F+M.

بالمقابل، لم نلاحظ وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعات المدروسة في ما يتعلق بالحالة العائلية والقصة العائلية للصلع والمهنة. كذلك لم يكن هناك فرق هام إحصائياً في توزيع درجة الحاصة بين المجموعات الثلاث (الجدول رقم 2).

الجدول رقم (2) : خصائص المشاركين في مجموعات الدراسة الثلاث

معالجة الحاصة الأندروجينية						
	F+M	M	F			
p value	12	18	22	عدد المرضى		
<0.001	33 (4.55)	36.28 (6.92)	26.41 (3.69)	Mean (SD)*	سنة	العمر
0.063	5	13	8	عدد المرضى	متزوج	الحالة العائلية
	41.67	72.22	36.36	النسبة المئوية		
	7	5	14	عدد المرضى	عازب	
	58.33	27.78	63.64	النسبة المئوية		
	1	1	3	عدد المرضى	تاجر	المهنة
	8.33	6.25	16.67	النسبة المئوية		
	2	2	7	عدد المرضى	طالب	
	16.67	12.5	38.89	النسبة المئوية		
	1	2	1	عدد المرضى	مهندس	
	8.33	12.5	5.56	النسبة المئوية		
	4	5	1	عدد المرضى	طبيب	
	33.33	31.25	5.56	النسبة المئوية		
	0	0	3	عدد المرضى	معلم	
	0	0	16.67	النسبة المئوية		
	4	3	2	عدد المرضى	موظف	
	33.33	18.75	11.11	النسبة المئوية		
	0	3	1	عدد المرضى	آخرون	
	0	18.75	5.56	النسبة المئوية		
0.33	4	7	4	عدد المرضى	لا	قصة عائلية للصلع
	33.33	38.89	18.18	النسبة المئوية		
	8	11	18	عدد المرضى	نعم	

	66.67	61.11	81.82	النسبة المئوية		
	1	3	2	عدد المرضى	I	درجة الصلع
	8.33	16.67	9.09	النسبة المئوية		
	3	4	6	عدد المرضى	II	
	25	22.22	27.27	النسبة المئوية		
	4	5	8	عدد المرضى	III	
	33.33	27.78	36.36	النسبة المئوية		
	4	5	5	عدد المرضى	IV	
	33.33	27.78	22.73	النسبة المئوية		
	0	1	1	عدد المرضى	V	
	0	5.56	4.55	النسبة المئوية		
0.896	8	12	16	عدد المرضى	خفيفة	درجة الصلع
	66.67	66.67	72.73	النسبة المئوية		
	4	6	6	عدد المرضى	معتدلة	
	33.33	33.33	27.27	النسبة المئوية		
0.0004	7.42 (2.64)	8.28 (4.04)	4.5 (1.54)	Mean (SD)*	سنة	مدة الإصابة بالصلع
*المتوسط (الانحراف المعياري)						

تقييم المريض لفعالية المعالجة

قمنا بدراسة تقييم المريض لفعالية المعالجة (الجدول رقم 3)، (31%) تقريباً من المشاركين في الدراسة وجدوا أن هناك تحسناً جيداً بعد 6 أشهر من معالجة الحاصة. اختلفت نسبة التقييم الجيد بشكل هام إحصائياً بين المجموعات الثلاث؛ فقد وجدنا أن (50%) من المشاركين في المجموعة (F+M) قد لاحظوا تحسناً جيداً بعد 6 أشهر من العلاج، مقابل (36.4%) من المشاركين في المجموعة F، (11.1%) من المشاركين في المجموعة M (p=0.008)، (الشكل 1).

تقييم الطبيب لفعالية المعالجة

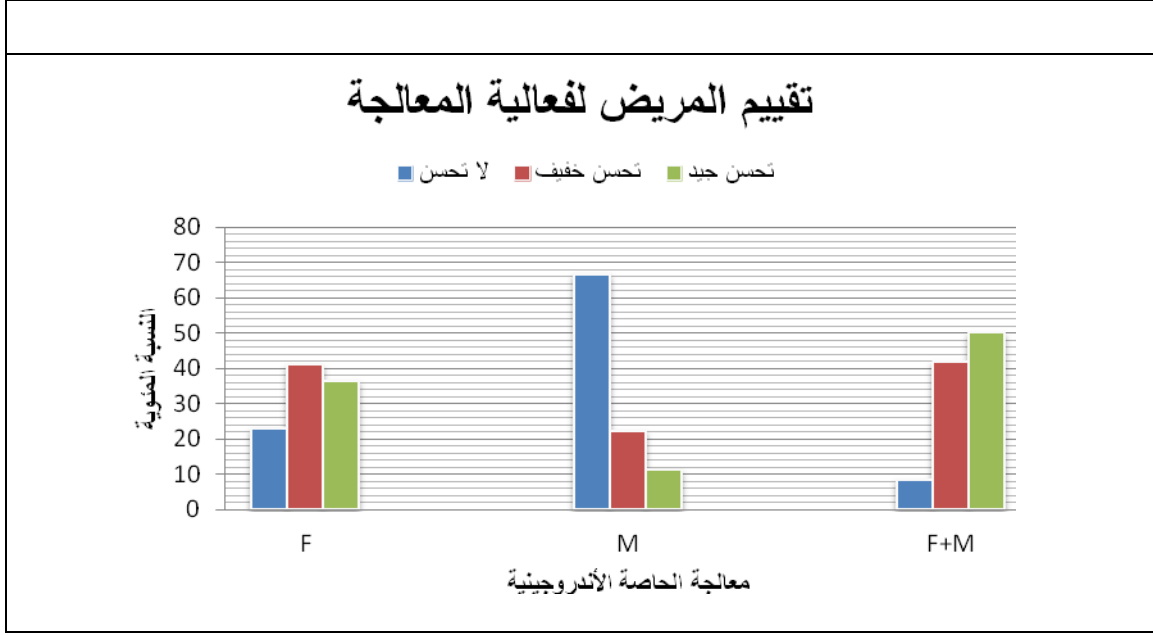
لاحظنا نتائج مماثلة لدى تقييم الطبيب لتأثير المعالجة (الجدول رقم 4)، (الشكل 2).

الجدول رقم (3) تقييم المريض لفعالية المعالجة

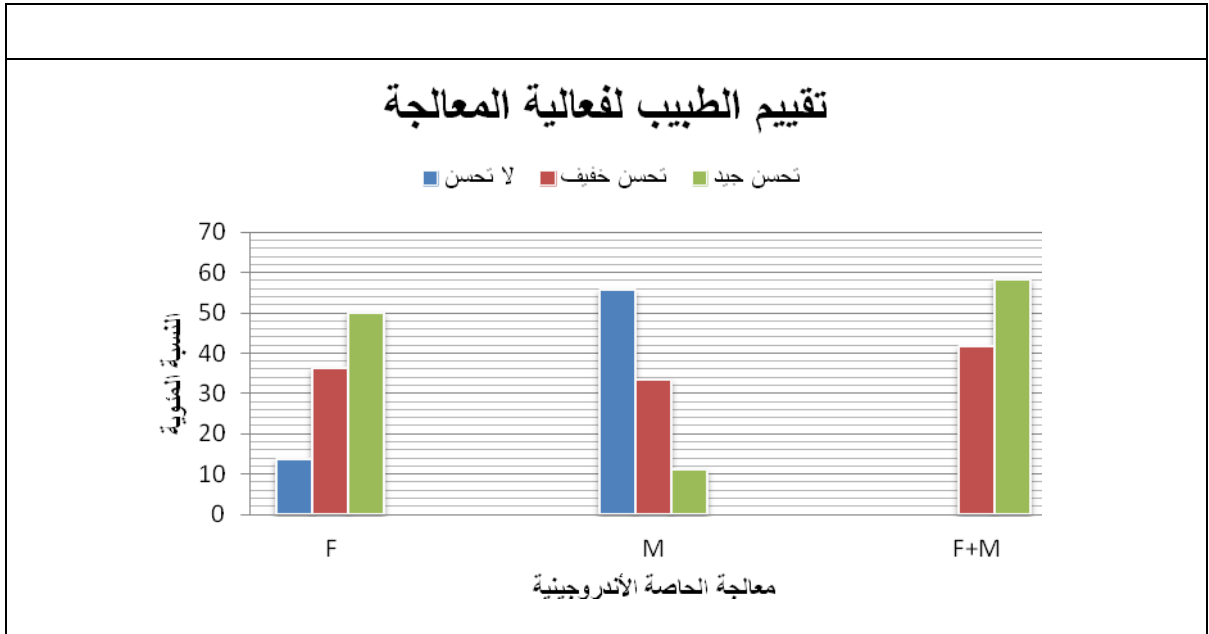
		معالجة الحاصة الأندروجينية					
		F+M	M	F			
P value							
0.008	18	1	12	5	عدد المرضى	لا تحسن	تقييم المريض
	34.62	8.33	66.67	22.73	النسبة المئوية		
	18	5	4	9	عدد المرضى	تحسن خفيف	
	34.62	41.67	22.22	40.91	النسبة المئوية		
	16	6	2	8	عدد المرضى	تحسن جيد	
	30.77	50	11.11	36.36	النسبة المئوية		

الجدول رقم (4) : تقييم فعالية المعالجة من الطبيب

		معالجة الحاصة الأندروجينية					
		F+M	M	F			
P value							
0.002	13	0	10	3	عدد المرضى	لا تحسن	تقييم الطبيب
	25	0	55.56	13.64	النسبة المئوية		
	19	5	6	8	عدد المرضى	تحسن خفيف	
	36.54	41.67	33.33	36.36	النسبة المئوية		
	20	7	2	11	عدد المرضى	تحسن جيد	
	38.46	58.33	11.11	50	النسبة المئوية		



الشكل رقم (1) يبين تقييم المريض لفعالية المعالجة



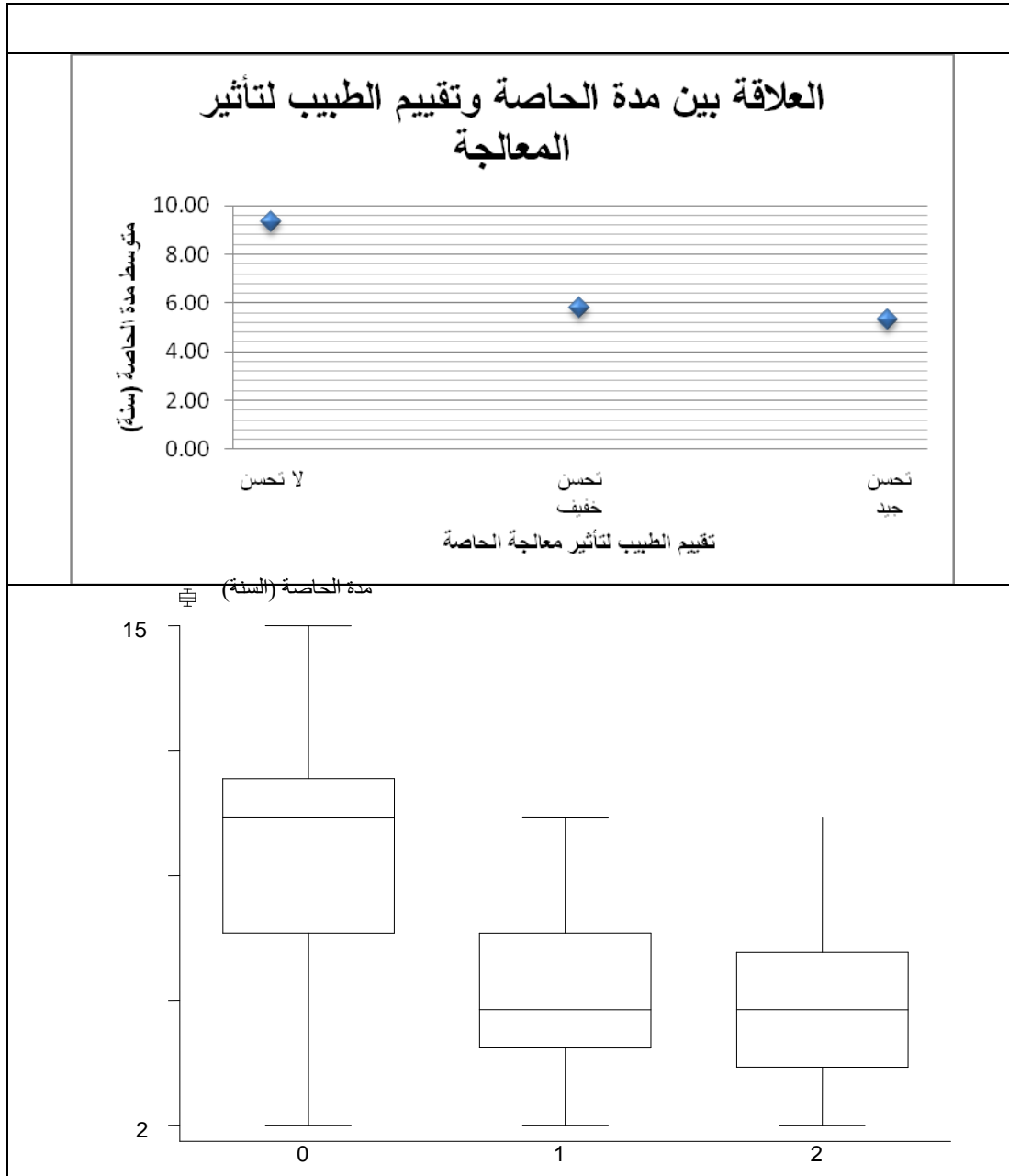
الشكل رقم (2) يبين تقييم الطبيب لفعالية المعالجة

بعد الأخذ بالحسبان مدة الإصابة بالحاصة، لم نعد نلاحظ وجود فرق هام إحصائياً بين تأثير المعالجات الثلاث. يظهر الجدول رقم 5 العلاقة بين تقييم الطبيب لتأثير معالجات الحاصة الأندروجينية الثلاث مع إظهار متوسط مدة الإصابة والانحراف المعياري وعدد المرضى في كل مجموعة. نلاحظ أن متوسط مدة الإصابة بالحاصة كان أعلى عند المشاركين الذين لم يلاحظ الطبيب حدوث تحسن لديهم (9.31 سنة) مقارنة بـ 5.79 سنة عند المشاركين الذين حدث لديهم تحسن خفيف، و5.3 سنة عند المشاركين الذين حدث لديهم تحسن جيد. وهذا يعني أنه كلما كانت مدة الإصابة أقل كان التحسن أفضل (الشكل 3).

لاحظنا أيضاً أن متوسط مدة الحاصة كان أقل عند المشاركين في المجموعة F (4.5 سنة) مقارنة بـ 8.3 سنة لدى المشاركين في المجموعة M و 7.4 سنة لدى المشاركين في المجموعة F+M. وأقل تأثير للمعالجة لوحظ لدى المشاركين المعالجين بالمينوكسيديل الموضعي (المجموعة M) حيث وجدنا أن متوسط مدة الحاصة كان الأعلى (10.5 سنة). وبالتالي، الفرق الملاحظ بين تأثير المعالجات الثلاث للحاصة قد يعزى إلى اختلاف توزع مدة الحاصة بين المجموعات المدروسة.

الجدول رقم (5) : العلاقة بين تقييم الطبيب لتأثير المعالجات المختلفة للحاصة بعد الأخذ بالاعتبار مدة الإصابة

Total	معالجة الحاصة			تقييم الطبيب	
	F+M	M	F		
9.31	.	10.50	5.33	المتوسط الحسابي	لا تحسن
3.77	.	3.21	2.89	الانحراف المعياري	
13	0	10	3	عدد المرضى	
5.79	8.20	5.33	4.63	المتوسط الحسابي	تحسن خفيف
2.70	2.68	2.88	1.69	الانحراف المعياري	
19	5	6	8	عدد المرضى	
5.30	6.86	6.00	4.18	المتوسط الحسابي	تحسن جيد
2.47	2.67	5.66	0.98	الانحراف المعياري	
20	7	2	11	عدد المرضى	
6.48	7.42	8.28	4.50	المتوسط الحسابي	Total
3.31	2.64	4.04	1.54	الانحراف المعياري	
52	12	18	22	عدد المرضى	



الشكل رقم (3) العلاقة بين مدة الحاصة وتقييم الطبيب لمدة المعالجة

الآثار الجانبية لمعالجة الحاصة

الجدول رقم (6) : الآثار الجانبية لمعالجات الحاصة

F+M	M	F	
3	0	0	تخريش موضعي
0	0	1	نمو شعر الجسم

المناقشة :

أظهرت النتائج في دراستنا أن كلا من الفيناستيراييد الفموي 1 مغ والمينوكسيديل الموضعي 5 % يحسن نمو شعر الفروة عند الرجال ممن لديهم حاصة أندروجينية خفيفة أو معتدلة الشدة ، كما أن هذا التحسن لوحظ بنسبة أكبر عند مشاركة الدوائين معاً في العلاج ، وعلى الرغم من أن الفيناستيراييد أعطى نتائج أفضل من المينوكسيديل إلا أن هذا التحسن الملحوظ قد يعزى إلى اختلاف مدة الإصابة بالحاصة بين المجموعتين الأولى والثانية .

كما تبين لدينا من خلال نتائج الدراسة أنه كلما كانت مدة الإصابة بالحاصة الأندروجينية أقل كانت الاستجابة للعلاج والتحسين في نمو الشعر أفضل بالنسبة للفيناستيراييد و المينوكسيديل لوحدهما أو عند المشاركة بينهما ، وهي نتيجة تم تفسيرها استناداً للآلية الإراضية للحاصة الأندروجينية إذ أن أهم عامل في إعادة نمو شعر الفروة هو وجود أكبر عدد ممكن من الأجرية الشعرية المصغرة جزئياً ، لأن الشعر الزغبي والذي تزداد نسبته في الفروة كلما ازدادت مدة الصلع هو أقل استجابة للعلاج [1].

كما نشير إلى أن الآثار الجانبية للدوائين كانت خفيفة ولم تستدع إيقاف العلاج ، كما أنها تراجعت كلياً بعد توقف العلاج .

نشرت الكثير من الدراسات حول فعالية هذين الدوائين إما وحدهما أو بالمقارنة مع الغفل [10,12,14,15,16,17,19]، من دون أن تأخذ بالحسبان تأثير العمر أو مدة الحاصة أو درجة الإصابة في الاستجابة للعلاج .

ونظراً لاختلاف الخصائص العامة للمرضى بين دراستنا و تلك الدراسات فلم ندرج جداول لمقارنة النتائج فيما بينها،

ففي دراسة قام بها Khandpour [14] و زملاؤه في الهند عام 2002 م لمقارنة فعالية الفيناستيراييد والمينوكسيديل الموضعي والكيوتونازول الموضعي وحدها وبالمشاركة فيما بينها وجدوا بأن المرضى الموضوعين على الفيناستيراييد لوحده أو بالمشاركة مع الكيوتونازول أو المينوكسيديل أبدوا تحسناً أكبر من المرضى المعالجين بالمينوكسيديل وحده وتوصلوا إلى نتيجة مفادها أن المشاركة الدوائية تؤدي إلى زيادة الاستجابة للعلاج .

كما قام Ercan وزملاؤه عام 2004 بدراسة لمقارنة فعالية الفيناستيراييد والمينوكسيديل وقد شملت دراستهم 65 مريضاً في قسم الأمراض الجلدية في جامعة أنقرة ، وقد استنتجوا أن كليهما كان فعالاً إلا أن الفيناستيراييد أعطى نتائج أفضل إذ أبدى 80% من مرضى الفيناستيراييد إعادة نمو للشعر مقارنة مع 50% من مرضى المينوكسيديل [15].

وفي دراسة أخرى ل Kumar وزميله [16] قاما فيها بمقارنة فعالية المينوكسيديل الموضعي 2 % والفيناستيراييد الفموي عند 99 مريضاً لديهم حاصة أندروجينية متوسطة الشدة قد توصلوا إلى نتيجة مفادها أن كلا الدوائين كان فعالاً في إيقاف ترقي الحاصة الأندروجينية إلا أن المينوكسيديل أعطى تحسناً بدئياً سريعاً بينما أعطى الفيناستيراييد نتائج نهائية أفضل بعد 12 شهراً من العلاج كما أظهرت دراستهما تحسناً مرئياً في مظهر الشعر عند 62 % من مرضى المعالجين بالفيناستيراييد مقارنة مع 56 % من المرضى المعالجين بالمينوكسيديل .

أظهرت العديد من الدراسات المقارنة إحداهما ل oslen و زملائه في الولايات المتحدة أن المينوكسيديل الموضعي 5% أكثر فعالية منه بتركيز 2% في علاج الحاصة الأندروجينية عند الرجال بنسبة أعلى ب 45% لعودة نمو الشعر، استجابة أسرع للعلاج و تقييماً أفضل للفعالية من المرضى [17].

أما بالنسبة للفيناسيترايد فلم تظهر الدراسات وجود أي فرق هام في الفائدة السريرية بين جرعتي 1 و 5 ملغ ولا في درجة إنقاص مستويات DHT في المصل والفروة [20].

اقترحت معطيات إحدى الدراسات [21] أن العدد الأعظمي للأجربة الشعرية القابلة للاستجابة للفيناسيترايد تتحدد في نهاية السنة الأولى وأن التحسن بعيد الأمد في مظهر الشعر المغطي للفروة ينتج عن زيادة نمو الشعر وقطره وتصيغه .

تم التحري عن استخدام الفيناسيترايد موضعياً بديلاً عن إعطائه بالطريق العام وعلى الرغم من أن تطبيق 0.05% محلول منه على الفروة كان جيد الامتصاص وحقق انخفاضاً في مستويات DHT بنسبة 40% في المصل فلم يكن له تأثير في إعادة نمو الشعر [22].

الاستنتاجات والتوصيات :

- نظراً لشيوع الحاصة الأندروجينية عند الرجال وتأثيرها النفسي والاجتماعي الكبير فمن الضروري تنقيف المرضى وتوعيته حول العلاجات الفعالة والمثبتة علمياً المتوفرة في الوقت الحالي .
- عند اختيار العلاج يجب أن نأخذ بالحسبان مدة الإصابة بالصلع بوصفها عاملاً هاماً في درجة الاستجابة.
- إجراء دراسات لاحقة لتقييم فعالية المينوكسيديل والفيناسيترايد على المدى البعيد .
- إمكانية تطوير طرق استقصاء ترقى الحاصة الأندروجينية في المراكز الطبية ومراقبتها.
- تسليط الضوء على الحاصة الأندروجينية بوصفها موضوعاً للبحث العلمي من الناحية الوبائية والسببية فضلاً عن العلاجية .
- إجراء دراسات مستقبلية حول علاج الحاصة الأندروجينية عند النساء .

المراجع:

1. NICOLE E, ROGERS . *Medical treatments for male and female pattern hair loss.*, MD, New York (J Am Acad Dermatol 2008;59:547-66).
2. RODNEY D. SINCLAIR. *Male androgenetic alopecia*, University of Melbourne, Melbourne, Australia Published by Elsevier Ireland Ltd, December 2004, pp. 319–327
3. HAMILTON JB. *Male hormone stimulation is prerequisite and an incitant in common baldness.* Am J Anat; 1942, 71(3):451-80.
4. DR ROSHIDAH BABA FAMM, FRCP(Lon). *Consensus Statement On The Management Of Androgenetic Alopecia By Ministry of Health Malaysia Academy of Medicine Malaysia (Dermatological Society of Malaysia) 2003, pp60-89.*
5. VECCHIO F, GUARRERA M AND REBORA A. *Perception of baldness and hair density.* Dermatology; 2002, 204:33-36.
6. HAMILTON JB. *Patterned loss of hair in man: types and incidence.* Ann NY Acad Sci; 1951, 53:708-28.
7. NORWOOD OTT. *Male pattern baldness: Classification and incidence.* South Med J, 1975; **68**: 1359-70.
8. CANFIELD D. *Photographic documentation of hair growth in androgenetic alopecia.* Dermatol. Clin; 1996, 14:713-21.

9. BARBER B, KAUFMAN KD, KOZLOFF R, GIRMAN CJ AND GUESS HA. *A hair growth questionnaire for use in the evaluation of therapeutic effects in men.* J Dermatol Treat; 1998, 9:181-6 .
10. NASEEMA KAPADIA, TAHIR JAMIL AHMAD*, TASNEEM BORHANY . *Male androgenetic alopecia treated with Finasteride . Journal of Pakistan Association of Dermatologists* 2008; **18**: 232-234.
11. KAUFMAN KD, OLSEN EA, WHITING D, SAVIN R, DE VILLEX R, BERGFELD W, et al. *Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia.* J Am Acad Dermatol 1998;39 .
12. KAUFMAN KD. *long term (5years) multinational experience with finasteride 1mg/day in treatment of men with AGA.* Euro J Dermatol; (2002)12:38-49.
13. SHAPIRO J, KAUFMAN KD : *Use of finasteride in the treatment of man with androgenetic alopecia.* JID Symp Proc; (2003): 8: 20-23
14. KHANDPOUR S, SUMAN M, REDDY BS: *Comparative efficacy of various treatment regimens for androgenetic alopecia in men.* J Dermatol 2002; 29:489–498 .
15. ERCAN ARCA GÜROL AÇIKGÖZ HALIS BÜLENT TAS, TAN OSMAN KÖSE ZAFER KURUMLU . *An Open, Randomized, Comparative Study of Oral Finasteride and 5% Topical Minoxidil in Male Androgenetic Alopecia .* Dermatology 2004;209:117–125 .
16. SARASWAT A, KUMAR B: *Minoxidil vs finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia.* Arch Dermatol 2003;139:1219–1221.
17. OLSEN EA, DUNLAP FE, FUNICELLA T, et al. *A randomized clinical trial of 5% topical minoxidil versus 2% topical minoxidil and placebo in the treatment of androgenetic alopecia in men.* J Am Acad Dermatol. 2002;47:377-385.
18. SHIN HS, WON CH, LEE SH, KWON OS, KIM KH, EUN HC. *Efficacy of 5% minoxidil versus combined 5% minoxidil and 0.01% tretinoin for male pattern hair loss .* Am J Clin Dermatol 2007;8:285-90.
19. WHITING DA, OLSEN EA, SAVIN R, et al, *Male Pattern Hair Loss Study Group. Efficacy and tolerability of finasteride 1 mg in men aged 41 to 60 years with male pattern hair loss.* Eur J Dermatol. 2003;13:150-160.
20. ROBERTS JN, FIELDLER V, IMPERATO-MCGINLEY J et al. *Clinical dose ranging studies with finasteride, a type 2 5 α -reductase inhibitor, in men with male pattern hair loss.* J Am Acad Dermatol 1999; **41**: 555–63.
21. KAUFMAN K. *Long term (5 year) multinational experience with finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia.* Eur J Dermatol 2002; **12**:38–49.
22. RUSHTON DH, NORRIS MJ, RAMSAY ID. *Topical 0.05% finasteride significantly reduced serum DHT concentrations, but had no effect in preventing the expression of genetic hair loss in men.* In: Van Neste D, Randall VA, eds. *Hair Research For The Next Millenium.* Amsterdam: Elsevier, 1996: 359–62.