

Alopecia Areata classification and evaluation of treatment by intralesional triamcinolone acetonide and topical Minoxidil according to the site.

**Dr. Abdelhaleem Roumieh
Dr.Foz Hasan
Dr.Gina Haroun**

(Received 2 / 4 / 2019. Accepted 17 / 6 / 2019)

□ ABSTRACT □

Alopecia areata represent a common dermatological problem with no uniformly effective treatment modality and triamcinolone acitonide represent the first line of treatments in adults.in this study we classified the patients with A.A into four groups according to IKEDA and we evaluated the efficiency of treatment with ILT with topical minoxidile 5%. Our study included 214 patients at department of dermatology in Tishreen University Hospital between 33333.

We made two forms for patients one for classification and the second for evaluating the treatment.

The results were out of 214 patients the common type presented 79%,the atopic type was 7,5%, the hypertension type was 7,5%, the immune type was 6,5%.

We noticed that there is no difference in responding to treatment according to the site and alopecia ophiasis is consented to treatment.

Key words: Alopecia Areata, Triamcinolone acetonide, minoxidile.

تصنيف الحاصة البقعية وتقييم العلاج بحقن تريامسينولون اسيتونيد داخل الآفة بمشاركة المينوكسيديل الموضعي بحسب الموقع

الدكتور عبد الحليم رومية*

الدكتورة فوز حسن**

جينا هارون***

(تاريخ الإيداع 2 / 4 / 2019. قُبل للنشر في 17 / 6 / 2019)

□ ملخص □

تعتبر الحاصة البقعية من الأمراض الجلدية الشائعة مجهولة السبب، يوجد لها العديد من الخيارات العلاجية ويعتبر التريامسينولون أسيتونيد هو الخط العلاجي الأول عند البالغين وقمنا بهذه الدراسة بتصنيف مرضى الحاصة البقعية ضمن أربع مجموعات بحسب إيكيدا، وتقييم فعالية العلاج بحسب الموقع بالحقن ضمن الآفة للتريامسينولون أسيتونيد بالمشاركة الموضعية للمينوكسيديل 5%.

شملت الدراسة 217 مريضاً من المراجعين لقسم الجلدية في مستشفى تشرين الجامعي بين عامي 2015-2017، تم تخصيص استمارتين للمرضى، استمارة للتصنيف واستمارة لتقييم فعالية العلاج.

كانت النتائج كما يلي: كان تصنيف المرضى بحسب إيكيدا كما يلي: من أصل 214 مريض بلغت نسبة النمط الشائع 79% والنمط المرافق لارتفاع التوتر الشرياني 7,5% والنمط المرافق للأمراض التأتبية 7,5% والنمط المرافق للأمراض المناعة الذاتية 6,1%.

ولاحظنا أنه يوجد فرق في الاستجابة للعلاج بحسب موقع توضع الحاصة البقعية مع تعنيد الحاصة الثعبانية (وهي من أشكال الحاصة البقعية) على العلاج.

الكلمات المفتاحية: الحاصة البقعية، التريامسينولون أسيتونيد، المينوكسيديل..

*أستاذ ، قسم الجلدية، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

** أستاذ ، قسم الجلدية، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

***طالبة دراسات عليا (ماجستير) ، قسم الجلدية، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

مقدمة

الحاصة البقعية هي شكل شائع للحاصة غير الندبية يصيب أي منطقة مشعرة من الجسم وتنتشر بفقدان الأشعار من دون أي علامات التهابية أخرى سريريا (1). يشكل مرضاها 1_2% من المرضى المراجعين للعيادات الجلدية (2). لا يوجد علاج ناجع للحاصة البقعية حتى الان ويعتبر الحقن الموضعي للتريامسينولون أسيتونيد داخل الآفة هو الخط الأول للعلاج عند البالغين (3). استخدمت الكورتيكوستيروئيدات حقنا ضمن الآفة منذ عام 1958 في علاج الحاصة البقعية عند البالغين مع معدلات نجاح من 60_75% ويفضل تريامسينولون أسيتونيد حيث اعتبر الخط الأول في علاج البالغين المصابين بالحاصة البقعية بنسبة شفاء 75% وذلك بحسب الجمعية العالمية للحاصة البقعية التابعة لبريطانيا (4). تأتي فعالية التريامسينولون أسيتونيد في علاج الحاصة البقعية من قدرته على تثبيط العملية المناعية الذاتية المتهمة في إمرضية الحاصة البقعية حيث يثبط الخلايا التائية (+TCD8-TCD4) التي تهاجم الجريب الشعري وتؤدي إلى تساقط الأشعار وظهور الحاصة البقعية (5). ومن العلاجات الأخرى للحاصة البقعية المينوكسيديل وهو دواء خافض للضغط وموسع وعائي وهو العقار الظاهري الوحيد المعتمد من منظمة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج تساقط الشعر (3).

أهمية البحث وأهدافه:

دراسة الحاصة البقعية من جوانب مختلفة لم يتم التطرق إليها في دراسات سابقة في سوريا وتشمل:

- تصنيف الحاصة البقعية من زوايا مختلفة
- دراسة استجابة الحاصة البقعية للمعالجة بحقن ضمن الآفة بالتريامسينولون مع معالجة تالية بالمينوكسيديل ومقارنة الاستجابة حسب توضع الحاصة في الأشعار المرتبطة وغير المرتبطة بالأندروجين.

هدف البحث:

- تقديم دراسة احصائية لتصنيف الحاصة البقعية ضمن أربع مجموعات
- مقارنة الاستجابة في معالجة الحاصة البقعية بحقن التريامسينولون ضمن الآفة مع معالجة لاحقة بالمينوكسيديل وذلك حسب توضع الحاصة .
- تحديد المرضى الخاضعين للمعالجة بعمر البلوغ وما بعد مع استثناء الحالات الشديدة وواسعة الانتشار.

طرائق البحث ومواده:

1- عينة الدراسة:

أجريت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة بين شهرتموز 2016 و شهر تموز 2018. تتألف العينة من المرضى المصابين بالحاصة البقعية الفعالة المراجعين لقسم الأمراض الجلدية والزهرية في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية والذين بلغ عددهم 214 مريض حيث تم تنظيم استمارتين.

الاستمارة الأولى لجميع المرضى المراجعين وتهدف الى تصنيف مرضى الحاصة ضمن أربع مجموعات وفقا لايكيدا. الاستمارة الثانية مخصصة لمرضى المجموعة الرابعة الذين تم اختيارهم لتطبيق العلاج ومراقبة الاستجابة والفعالية من خلال ثلاث مراجعات قادمة .

2-اختيار المرضى:

تم اختيار مرضى الحاصة البقعية من كلا الجنسين وكافة الأعمار الذين لديهم حاصة لا تتجاوز ٥٠% من مساحة الفروة أو حاصة بقعية على الوجه.

المرضى الذين تم انتقاؤهم لتطبيق العلاج

هم المرضى الذين تنطبق عليهم الشروط التالية:

- بقعة خالية من الأشعار على الفروة أو الوجه على أن تكون الحاصة فعالة (اعتمادا على مقياس سحب الشعر) وذلك حرصا على تطابق الشروط بين المرضى، وان تكون لاعرضية وغير مندبة.
- العمر بين ١١_٥٠ سنة من الجنسين
- من مرضى المجموعة الرابعة حسب تصنيف ايكيدا والذين لم يخضعوا لأيّة علاجات للحاصة خلال الستة أشهر الفائتة.

المستبعدون:

- حاصة شاملة او كلية أو سريعة الامتداد اكثر من ٣ بقع او اكثر من ٥٠% من مساحة الفروة.
 - الحوامل والمرضعات
 - المرضى الذين لديهم حساسية على التريامسينولون اسيتونيد أو المينوكسيديل.
 - المرضى تحت سن ال ١١ سنة واكبر من خمسين سنة.
 - معالجة سابقة خلال الستة اشهر الفائتة.
- قمنا عند المراجعة الأولية لكل مريض بتشخيص الحاصة البقعية سريريا وتحديد فعالية الحاصة من خلال اختبار سحب الشعر من حواف الحاصة (انتزاع ٦ أشعار او اكثر). و قمنا بالتصوير الفوتوغرافي للحاصة.
- بلغ عدد المرضى ٢١٤ مريض تم توزيعهم على أربع مجموعات حسب ايكيدا
- المجموعة الأولى المرضى مع أمراض تأتبية وبلغ عددهم 16 مريض.
- المجموعة الثانية المرضى مع أمراض مناعية ذاتية وبلغ عددهم 13 مريض.
- المجموعة الثالثة المرضى الذين لديهم ارتفاع بالتوتر الشرياني 16 مريض.
- المجموعة الرابعة المرضى الذين ليس لديهم أي مما سبق وبلغ عددهم 169 مريض
- وقمنا بعلاج مرضى المجموعة الرابعة الذين انطبقت عليهم شروط الدراسة ومتابعتهم من خلال استمارة خاصة.

3-الخطّة العلاجية:

ان حقن التريامسينولون اسيتونيد داخل الآفة هو الخط الأول لعلاج الحاصة البقعية عند البالغين مع اصابة بالفروة أقل من ٥٠% بتركيز ٢.٥ الى ١٠ مغ/مل.

والتركيز المفضل للحقن هو ٢.٥ مغ/مل حيث تم ملاحظة نفس النتائج بالفعالية من حيث اعادة نمو الأشعار مع آثار جانبية أقل.

يتم حقن المادة داخل الأدمة بعد حلها بالمحلول الملحي 5مل من المحلول الملحي مع 1 مل من التريامسينولون أسيتونيد (لأنه واخر أكثر من الليدوكائين) بعمق نصف انش تقريبا باستخدام سيرنج أنسولين ونقوم بالجلسة الواحدة بحقنات متعددة بمقدار 0.1 مل لكل حقنة والمسافة بين الحقنات لا تقل عن 1 سم. يجب ألا تتجاوز الكمية المحقونة 3 مل بالجلسة الواحدة. ممكن تطبيق مخدر موضعي قبل الحقن بـ 30_60 دقيقة لانقاص الألم خاصة عند حقن الحاحب. العلاج يتم تكراره كل أربعة أسابيع لمدة 12 أسبوع.

غالبا عودة نمو الأشعار تلاحظ خلال 4_8 أسابيع، اذا لم نلاحظ أي تغيير بعد ستة أشهر من العلاج يتوجب إيقافه. تم حقن المريض عند الزيارة الأولى بعد أخذ الصور الفوتوغرافية والتوصية بتطبيق المينوكسيديل الموضعي 5% يوميا مساء على المنطقة المصابة مع التدليك الخفيف لمدة خمسة الى عشر دقائق.

National guide line of alopecia areata التابعة لـ uk وجدت ان الحقن الموضعي للتريامسينولون اسيتونيد

هو الحل الأول للعلاج بنسبة نجاح بين 60_75%.

وخلال 2 الى 6 أسبوع يتم عودة نمو الشعر في 60_70% من مواقع الحقن.

الآثار الجانبية الرئيسية:

الألم عند الحقن_ضمور وهو نادر وعابر غالبا_توسع الشعيرات.

العوامل التي تسيء الى الانذار:

1. بدء الحاصة في عمر باكر

2. سوابق تأتب

3. الحاصة الثعبانية

4. أمراض مناعية ذاتية

5. ترافقها مع تبدلات الأظافر

6. المرض المزمن الطويل.

يعتبر التريامسينولون اسيتونيد هو الشكل المفضل للحقن لأنه قليل الذوبان مما يؤدي الى امتصاص بطيء للمادة الفعالة من مواقع الحقن وبالتالي فائدة قصوى موضعية.

ويقلل من الآثار الجانبية التالية للامتصاص الجهازية.

4-تقييم العلاج:

قمنا عند الزيارة الأولى لكل مريض بتحديد موقع الحاصة وفعاليتها مع أخذ صور فوتوغرافية لتصنيف الحاصة حسب إيكيدا ضمن المجموعات الأربعة وأخذ مرضى المجموعة الرابعة الموافقين للشروط منهم لتطبيق العلاج بدءا من الزيارة الأولى بالحقن الموضعي للتريامسينولون مع التوصية بتطبيق المينوكسيديل الموضعي 5% يوميا مساء مع التدليك الخفيف ل 5 الى 10 دقائق.

تتم المراجعة الأولى بعد 4 أسابيع حيث نعاين فعالية الحاصة وعودة نمو الأشعار تحري ظهور حاصات جديدة وأخذ الصور الفوتوغرافية وتحري الآثار الجانبية المرافقة للعلاج، مع تطبيق العلاج بالحقن الموضعي للتريامسينولون وتذكير المريض بالاستمرار بتطبيق المينوكسيديل الموضعي 5% يوميا مساء لمرة واحدة المراجعة الثانية بعد 4 أسابيع من الأولى وقمنا بنفس الخطوات السابقة.

المراجعة الثالثة والأخيرة بعد 4 أسابيع من الثانية ونقوم ايضا بنفس الخطوات السابقة مع إيقاف العلاج في حال شفاء الحاصة.

التقييم يكون سريري عن طريق مقارنة الصور الفوتوغرافية وتحديد درجة التحسن العياني وفعالية الحاصة (اختبار السحب) وعودة نمو الأشعار.

النتائج والمناقشة:

• النتائج:

1- خصائص عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة 214 مريض منهم 109 ذكور بنسبة 50,9% و 105 اناث بنسبة 49,1% من جميع الأعمار والغالبية كانت من العقد الرابع بنسبة 32,2%.

وتم تصنيف المرضى بحسب إيكيدا إلى أربع مجموعات

المجموعة الأولى: النمط التأتبي وبلغ عدد المرضى 16 مريض 7,5%

المجموعة الثانية: النمط المناعي الذاتي 13 مريض 6,1%

المجموعة الثالثة: النمط السابق لفرط التوتر الشرياني 16 مريض 7,5%

المجموعة الرابعة: النمط الشائع (لا يوجد أي مما سبق) 169 مريض 79%

الجدول (1) يبين توزع مرضى الحاصة ضمن الأنماط الأربعة لايكيدا.

النسبة المئوية	عدد المرضى	النمط
7,5%	16	النمط التأتبي
6,1%	13	النمط المناعي الذاتي
7,5%	16	النمط السابق لفرط التوتر
79%	169	النمط الشائع
100%	214	الكل

أما المجموعة العلاجية ضمت 71 مريض من مرضى المجموعة الرابعة الذين انطبقت عليهم شروط الدراسة.

2- مقارنة الاستجابة للعلاج بحسب تراجع فعالية الحاصة وعودة نمو الأشعار:

تمت مراقبة استجابة المرضى للعلاج وفق 4 مراجعات للمريض بفاصل أربعة أسابيع يطبق العلاج كل زيارة بالحقن الموضعي للمادة ضمن الافة.

• عند الزيارة الأولى للمريض كانت نسبة فعالية الحاصة البقية 100% حيث تم عندها الحقن وأخذ الصور الفوتوغرافية للحاصة وإعلام المريض بتطبيق المينوكسيديل الموضعي 5% مرة يوميا مساء.

• عند الزيارة الثانية بعد 4 أسابيع لحظنا تراجع فعالية الحاصة البقية عند 43 مريض بنسبة 60,6%.

الجدول (2) يبين فعالية الحاصة عند المراجعة الثانية بعد أربعة أسابيع.

المراجعة الثانية			
Percent	Frequency		
39.4%	28	يوجد فعالية	Valid
60.6%	43	لا يوجد فعالية	
100.0%	71	Total	

ولاحظنا عودة نمو الأشعار بين خفيف وملحوظ عند 43 مريض بنسبة 60,3%.

الجدول (3) يبين عودة نمو الأشعار بعد أربعة أسابيع.

معدل نمو الشعر (الزيارة الثانية)			
Percent	Frequency		
39.4%	28	لا يوجد نمو	Valid
42.3%	30	نمو خفيف	
18.0%	13	نمو ملحوظ	
100.0%	71	Total	

• عند الزيارة الثالثة بعد 8 أسابيع لاحظنا تراجع فعالية الحاصة عند 55 مريض بنسبة 77,5%.

الجدول (4) يبين تراجع الفعالية بعد 8 أسابيع.

المراجعة الثالثة			
Percent	Frequency		
22.5%	16	يوجد فعالية	Valid
77.5%	55	لا يوجد فعالية	
100.0%	71	Total	

ولاحظنا عودة نمو الشعر بشكل خفيف عند 22 مريض بنسبة 31% وبشكل ملحوظ عند 33 مريض بنسبة 46,5%.

الجدول (5) يبين عودة نمو الأشعار بعد 8 أسابيع.

معدل نمو الشعر (الزيارة الثالثة)			
22.5%	16	لا يوجد نمو	Valid
31.0%	22	نمو خفيف	
46.5%	33	نمو ملحوظ	
100.0%	71	Total	

- وعند الزيارة الرابعة والأخيرة بعد 12 أسبوع لاحظنا تراجع فعالية الحاصة عند 62 مريض بنسبة 87,3%.

الجدول (6) يبين فعالية الحاصة بعد 12 أسبوع.

المراجعة الرابعة			
Percent	Frequency		
12.7%	9	يوجد فعالية	Valid
87.3%	62	لا يوجد فعالية	
100.0%	71	Total	

- وعودة نمو الأشعار بشكل خفيف عند 25 مريض بنسبة 35,2% وبشكل ملحوظ عند 37 مريض بنسبة 52,1%.

الجدول (7) يبين عودة نمو الأشعار بعد 12 أسبوع.

معدل نمو الشعر (الزيارة الرابعة)			
Percent	Frequency		
12.7%	9	لا يوجد نمو	Valid
35.2%	25	نمو خفيف	
52.1%	37	نمو ملحوظ	
100.0%	71	Total	

مقارنة موقع الاصابة مع تراجع فعالية الحاصة بعد العلاج عند المراجعة الرابعة:
الجدول (8) يبين العلاقة بين موقع الحاصة والاستجابة للعلاج.

Total	موقع									P value	
	تعبانية	اكثر من موقع	على الشارب	قفوية	صدغية	جدارية	جبهية	الذقن	الحاجب		
9 12.7%	3 100.0%	2 33.3%	2 40.0%	1 11.1%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	يوجد فعالية المراجعة الثانية	0.002
62 87.3%	0 0.0%	4 66.7%	3 60.0%	8 88.9%	4 80.0%	25 100.0%	2 100.0%	13 100.0%	3 100.0%		
71 100.0%	3 100.0%	6 100.0%	5 100.0%	9 100.0%	5 100.0%	25 100.0%	2 100.0%	13 100.0%	3 100.0%	Total	

من الجدول نلاحظ تراجع فعالية الحاصة البقعية بنسبة 100% على كل من المواقع التالية: الحاجب، الذقن، الجبهية، الجدارية. وتراجعت فعالية الحاصة على الناحية القفوية بنسبة 88,9% وعلى الصدغية بنسبة 80%، أكثر من موقع 66,7%، على الشارب 60%. بينما استمرت فعالية الحاصة التعبانية. نلاحظ أن $p_value=0.002 < 0.05$ وبالتالي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تراجع فعالية الحاصة البقعية و موقع الحاصة.

يبين الجدول التالي معدل نمو الشعر بعد الزيارة الرابعة وكان كالتالي:

الجدول (9) يبين العلاقة بين موقع الحاصة وعودة نمو الاشعار.

Crosstabulation *مراجعة 4 موقع												P_value		
Total	موقع									Count	لا يوجد نمو		نمو طفيف	نمو ملحوظ
	تعبانية	اكثر من موقع	على الشارب	قفوية	صدغية	جدارية	جبهية	الذقن	الحاجب					
9 12.7%	3 100.0%	2 33.3%	2 40.0%	1 11.1%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	Count	لا يوجد نمو	نمو طفيف	نمو ملحوظ
25 35.2%	0 0.0%	3 50.0%	2 40.0%	8 88.9%	2 40.0%	3 12.0%	0 0.0%	5 38.5%	2 66.7%	2 %				
37 52.1%	0 0.0%	1 16.7%	1 20.0%	0 0.0%	2 40.0%	22 88.0%	2 100.0%	8 61.5%	1 33.3%	1 %	Count	لا يوجد نمو	نمو طفيف	نمو ملحوظ
71 100.0%	3 100.0%	6 100.0%	5 100.0%	9 100.0%	5 100.0%	25 100.0%	2 100.0%	13 100.0%	3 100.0%	3 %				

نلاحظ من خلال الجدول السابق للمراجعة الرابعة للمرضى بعد 12 أسبوع من العلاج عدم عودة نمو الأشعار بنسبة 12,7% عند 9 مرضى موزعة كما يلي: بنسبة 100% عند مرضى الحاصة الثعبانية، 20% على الصدغية، 11,1% على القفوية، 40% على الشارب، 33,3% الحاصة على أكثر من موقع. ونلاحظ نمو طفيف للأشعار بنسبة 35,2% موزعة كما يلي: 66,7% على الحاجب، 38,5% على الذقن، 12% على الجدارية، 40% على الصدغية، 88,9% على القفوية، 40% على الشارب، 50% على الحاصة في أكثر من موقع. نلاحظ نمو ملحوظ للأشعار بنسبة 52,1% موزعة كما يلي: 33,3% على الحاجب، 61,5% على الذقن، 100% على الجبهية، 88% على الجدارية، 40% على الصدغية، 20% على الشارب، 16,7% على الحاصة في أكثر من موقع. نلاحظ أن $p_value=0.005<0.05$ و بالتالي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين موقع الحاصة وعودة نمو الأشعار.

مناقشة النتائج والدراسات المقارنة:

1- بينت دراستنا أن نسبة حدوث النمط الشائع للحاصة البقعية حسب ايكيدا (13) 79% وهي قريبة من نسبة ايكيدا التي بلغت 83% و أعلى من نسبة دراسة sharma et al والتي بلغت 67,13%، والنمط المرافق للأمراض التأتبية 7,5% وهي أقل من نسبة ايكيدا التي بلغت 10% و أقل أيضا من نسبة دراسة sharma et al التي بلغت 16,85%، والنمط المرافق للأمراض المناعية الذاتية 6,1% وهي قريبة من نسبة ايكيدا التي بلغت 5% و أعلى من نسبة دراسة sharma et al التي بلغت 2,52%، والنمط المرافق لارتفاع التوتر الشرياني 7,5% وهي أعلى من نسبة ايكيدا التي بلغت 4% و أقل من نسبة دراسة sharma et al التي بلغت 13,4%.

2- بينت دراستنا أن أغلب مواقع الحاصة البقعية كانت على الناحية الجدارية للفروة بنسبة 31,3% وهذا يتوافق مع دراسة أجريت في اسبانيا عام 2005 أظهرت أن أشيع مواقع ظهور الحاصة البقعية هي الناحية الجدارية بنسبة 47,44%، تليها اللحية بنسبة 20,1%.

3- لاحظنا من خلال دراستنا تراجع فعالية الحاصة البقعية عند المراجعة الثانية للمريض بعد أربعة أسابيع من الحقن ضمن الافة بالتريامسينولون أسيتونيد والتطبيق الموضعي من قبل المريض للمينوكسيديل 5% مرة واحدة يوميا بنسبة 60,6% وبلغت نسبة عودة نمو الأشعار بين خفيف و متوسط 60,6% وهي متوافقة مع نسب الدليل الوطني في بريطانيا التي بلغت خلال 2_6 أسابيع 60_70% و أعلى من دراسة رaman (26) و زملائه الهندية الذين أظهر عودة نمو الأشعار بنسبة 10%.

وبعد 8 أسابيع لاحظنا تراجع فعالية الحاصة بنسبة 77,5% وعودة نمو الشعر بين خفيف و ملحوظ بنسبة 77,5% وهي أعلى من نسبة نمو الشعر في دراسة رaman وزملائه الهندية التي سجلت نسبة 32%.

بعد 12 أسبوع لاحظنا تراجع فعالية الحاصة البقعية عند المرضى بنسبة 87,3% وعودة نمو الأشعار بشكل خفيف بنسبة 35,2% وبشكل ملحوظ بنسبة 52,1% و هي تتوافق مع نسبة بورتر و بورتن (116) التي أظهرت تراجع فعالية الحاصة وعودة نمو الأشعار في مواقع الحقن بنسبة 64-97% بعد 12 أسبوع بعد ثلاثة حقن وهي أعلى من نسب دراسة abell & munro (27) الذين سجلوا عودة نمو الأشعار عند 52% من المرضى خلال 12 أسبوع. وأظهرت دراسة قام بها خليفة وزملائه في السعودية نمو كامل بنسبة 63% بعد 12 أسبوع (20) وهو أعلى من دراستنا التي بلغ فيها النمو الكامل للأشعار بعد 12 أسبوع 52,1%.

4-بينت دراستنا أن أغلب الآثار الجانبية للعلاج اقتصرت على الألم عند الحقن بنسبة 73,4% و حالة وحيدة ضمور عابر بنسبة 1,4%.

5-من خلال دراستنا لاحظنا عم استجابة الحاصة الثعبانية التي تمتد على الناحية القفوية والصدغية للفروة للعلاج بالحقن ضمن الآفة للتريامسينولون أسيتونيد بمشاركة موضعية يوميا للمينوكسيديل 5%. حيث لاحظنا استمرار الفعالية للآفة مع توسعها و الأشعار في هاتين الناحيتين غير حساسة للأندروجين.

الاستنتاجات والتوصيات:

بالنظر الى النتائج لاحظنا أن النمط الشائع للحاصة البقعية بحسب تصنيف إيكيدا هو النمط الأكثر انتشارا بنسبة 79%، وأنه يوجد فرق بالاستجابة للعلاج بحسب توضع الحاصة البقعية كما لاحظنا عدم استجابة الحاصة الثعبانية للعلاج واستمرار فعاليتها وانتشارها.

المراجع:

- 1.Lundin M, Chawa S, Sachdev A, Bhanusali D, Seiffert-sinha K, Sinha AA.Gender difference in alopecia areata.J Drugs Dermatol. 2014 April;13(4):409-13.
- 2.Mariya Miteva, Alexandra villas ante. Epidemiology and burden of alopecia areata : a systematic review. Clinical cosmetic and investigational dermatology,24 july 2015 pages: 397-403.
- 3.Sandeep Kaur, Bharat Bhushan Mahajan, and Raman Mahajan.Comparative Evaluation of intralesional acetone injection, Narrow band Ultra violet B, and their combination in Alopecia Areata, 3 january 2017 pages: 480-489.
- 4.Porter D, Burton JL.A comparison of intralesional triamcinolone hexacetonide and triamcinolone acetone in alopecia areata. Br J Dermatol 1971;85:272-3.
- 5.Abell E, Munro DD:Intralesional treatment of alopecia areata with triamcinolone acetone by jet injector. B J Dermatol. 1973;88:55-9.
- 6.Al-Mutairi N, Eldin ON. Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2011;77:489-93.
- 7.Ikeda T. A new classification of alopecia areata. Dermatologica 1965;131:421-45.
- 8.Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update: Part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. J Am Acad Dermatol 2010;62:177-88.
- 9.Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in Northern India. Int J Dermatol 1996;35:22-7.