

مطالعه توصیفی آلپوسی های سیکاتریسیل در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان سینا در تبریز از مهر ۱۳۷۶ لغایت شهریور ۱۳۸۳

دکتر شهلا بابایی نژاد^۱، دکتر عفت خدائانی^۲، دکتر مهدی امیرنیا^۱

۱- استادیار، ۲- دانشیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

زمینه و هدف: آلپوسی های سیکاتریسیل به ضایعه های پوستی اطلاق می شود که با از بین رفتن فولیکول های مو و آلپوسی غیر قابل برگشت مشخص می شود و در اثر بیماری های مختلف، نظیر لوپوس اریتماتوئیدیسکوئید، لیکن پلان و فولیکولیت ها ایجاد می شود. از آن جایی که این ضایعه ها سبب آلپوسی دائمی می شوند و از نظر ظاهری و نیز روحی روانی آثار سوئی دارند و گاهی زنگ خطر شروع برخی از بیماری های سیستمیک مثل لوپوس اریتماتوئیدیسکوئید هستند، از اهمیت زیادی برخوردارند. هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیکی و کلینیکوپاتولوژیکی آلپوسی های سیکاتریسیل بود.

روش اجرا: این مطالعه روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به آلپوسی سیکاتریسیل اکتسابی (که به کمک بیوپسی پوستی مورد تایید قرار گرفته اند) در بیمارستان سینا تبریز از مهر ۱۳۷۶ لغایت شهریور ۱۳۸۳ صورت گرفته است. تمام آگاهی های مربوط به اپیدمیولوژی و علائم کلینیکوپاتولوژی ضایعه ها در پرسش نامه ای مخصوص جمع آوری و نهایتاً تحت آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته ها: تعداد افراد مورد بررسی ۱۰۰ نفر بودند که ۵۲ نفر مذکر و ۴۸ نفر مؤنث بودند. حداکثر شیوع ضایعه ها در دهه های ۳ و ۴ و ۵ زندگی بود. از نظر نوع ضایعه به ترتیب ۳۰ نفر مبتلا به فولیکولیت دکالوانس (۲۴ مذکر، ۶ مؤنث)، ۲۵ نفر به دیسکوئید لوپوس اریتماتو (۱۰ مذکر، ۱۵ مؤنث)، ۱۸ نفر به Pseudopelade of Brocq (۶ مذکر، ۱۲ مؤنث)، ۱۴ نفر به لیکن پلانویپیلاریس (۴ مذکر، ۱۰ مؤنث)، ۸ نفر به مورفه آ (۴ مذکر، ۴ مؤنث) و ۵ نفر به فولیکولیت کلونیدالیس (۴ مذکر، ۱ مؤنث) مبتلا بودند. از نظر آسیب شناسی، نوع آلپوسی سیکاتریسیل لنفوسیتیک (۶۵٪) در زنان میان سال و نوع نوتروفیلیک (۳۵٪) در مردان میان سال شایع تر بود. نسبت آلپوسی لنفوسیتیک به نوتروفیلیک تقریباً ۲ به ۱ بود.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع نسبتاً بالای آلپوسی های سیکاتریسیل لازم است که با بیوپسی و تشخیص به موقع و درمان مناسب، از پیش رفت این ضایعه ها و عوارض بعدی آنها که از نظر سلامتی، اجتماعی و روحی و روانی برای بیمار مهم است، پیش گیری کرد.

واژه های کلیدی: آلپوسی سیکاتریسیل لنفوسیتیک، آلپوسی سیکاتریسیل نوتروفیلیک، لوپوس اریتماتوئیدیسکوئید، لیکن پلان

مقدمه

سیکاتریسیل و نوع ارتشاح پوستی مشخص شده در آسیب شناسی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۵۲ نفر مذکر (۵۲٪) و ۴۸ نفر مؤنث (۴۸٪) بودند. اکثر بیماران مذکر شغل آزاد (۵۰٪) داشتند و بیش‌تر زنان خانه‌دار (۸۰٪) بودند. ۷۹ و ۲۱ نفر از بیماران به ترتیب از تبریز یا شهرهای دیگر آذربایجان مراجعه کرده بودند.

۳۰ نفر (۲۴ مذکر، ۶ مؤنث) به فولیکولیت دکالوانس، ۲۵ نفر (۱۰ نفر مذکر، ۱۵ نفر مؤنث) به DLE، ۱۸ نفر (۶ نفر مذکر و ۱۱ نفر مؤنث) به pseudopelade of Brocq، ۱۴ نفر (۴ مذکر و ۱۰ مؤنث) به لیکن پلانوییلاریس، ۸ نفر (۴ مذکر، ۴ مؤنث) به مورفه آ و ۵ نفر (۴ مذکر، ۱ مؤنث) به فولیکولیت کلونیدالین مبتلا بودند.

DLE، شایع‌ترین بیماری دارای ارتشاح التهابی لنفوسیتی بود. توزیع نوع بیماری با ارتشاح التهابی لنفوسیتی بر اساس جنس، سن و علایم بالینی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

ارتشاح التهابی نوتروفیلیک در ۳۰ بیمار (۲۴ مرد و ۴ زن) دارای سن ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به فولیکولیت دکالوانس با پوستول و پلاک‌های اسکاری در پوست سر وجود داشت. چنین ارتشاحی در ۵ بیمار (۴ مرد و ۱ زن) دارای ۲۵ تا ۴۵ سال سن مبتلا به فولیکولیت کلونیدالین با علایم بالینی ندول و پلاک‌های کلونیدی در قسمت تحتانی پشت سری نیز گزارش شده بود.

بحث

آلپسی‌های سیکاتریسیل که سبب تخریب فولیکول‌های مو و از بین رفتن دائمی موها می‌شود

آلپسی سیکاتریسیل به از بین رفتن دائمی موها اطلاق می‌شود که با تخریب فولیکول‌های مو همراه است. بعد از بهبودی بیماری یا التهاب اولیه، احتمال رشد مجدد مو بسیار کم است و از نظر آسیب‌شناسی، فولیکول‌های مو به وسیله بافت فیروز، جایگزین می‌شوند (۱).

از علل ثانویه می‌توان به سوختگی، رادیودرماتیت و عفونت‌هایی نظیر فاووس یا سل پوستی اشاره کرد (۱).

از عوامل اولیه آلپسی سیکاتریسیل می‌توان دیسکوئید لوپوس اریتماتوز (مزمن)، لیکن پلانوییلاریس و فولیکولیت دکالوانس را نام برد. در اکثر موارد، یک بیوپسی تشخیص دهنده ضروری است و محل بیوپسی باید به دقت انتخاب شود و ضایعه‌های جدید ارجح باشند (۱ و ۲). خود آلپسی‌های سیکاتریسیل اولیه از نظر آسیب‌شناسی به انواع لنفوسیتیک و نوتروفیلیک تقسیم می‌شوند که از انواع لنفوسیتیک می‌توان دیسکوئید لوپوس اریتماتوز، لیکن پلانوییلاریس، pseudopelade of Brocq، مورفه آ و از انواع نوتروفیلیک می‌توان فولیکولیت دکالوانس و فولیکولیت کلونیدالین را نام برد (۱۰-۳).

هدف از این مطالعه ارزیابی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و کلینیکوپاتولوژیک بیماران مبتلا به آلپسی سیکاتریسیل در تبریز بود.

روش اجرا

این تحقیق روی پرونده ۱۰۰ بیمار مبتلا به آلپسی‌های سیکاتریسیل صورت گرفت که از مهر ۷۶ لغایت شهریور ۸۳ در مدت ۷ سال به درمانگاه پوست بیمارستان سینا در تبریز مراجعه کرده بودند و از ضایعه‌های پوستی آن‌ها بیوپسی به عمل آمده و تشخیص آسیب‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته بود. اطلاعات به دست آمده شامل سن، جنس، محل سکونت، نوع ضایعه منجر به آلپسی

جدول شماره ۱- انواع بالینی آلوپسی‌های سیکاتریسیل اولیه در بخش پوست بیمارستان سینا - تبریز

سن (سال)	جنس		تعداد	نوع بیماری
	مؤنث	مذکر		
ارتشاح لنفوسیتی				
۲۰-۶۰	۱۰	۱۵	۲۵	دیسکوئید لوپوس اریتماتو
۲۰-۷۰	۶	۱۲	۱۸	Pseudopelade of Brocq
۲۰-۶۵	۴	۱۰	۱۴	لیکن پلانویلاریس
۱۵-۴۵	۴	۴	۸	مورفه آ
ارتشاح نوتروفیلیک				
۲۰-۴۰	۲۴	۶	۳۰	فولیکولیت دکالوانس
۲۵-۴۵	۴	۱	۵	فولیکولیت کلونیدالینس

به تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی جوامع مختلف و نوع پوشش خانم‌ها که محافظ مناسبی در برابر نور آفتاب است یا مراجعه نکردن به موقع خانم‌ها به درمانگاه ربط داد. در بررسی آسیب‌شناسی از نظر نوع ارتشاح سلولی ضایعه‌ها با ارتشاح لنفوسیتی، در جنس مؤنث و انواع ارتشاح نوتروفیلی در جنس مذکر شایع‌تر بود.

از نظر سن، اکثر بیماران در دوران میان سالی بودند که این مورد با مطالعه‌های دیگر هم خوانی دارد (۸ و ۲ و ۱).

انواع لنفوسیتی با ارتشاح در زنان میان سال و ارتشاح نوتروفیلی در مردان میان سال شایع‌تر بود که باز با دیگر تحقیق‌ها مطابقت دارد (۲).

از نظر شغلی اکثر بیماران مذکر، شغل آزاد داشتند و اکثر بیماران مؤنث خانه‌دار بودند. در این مورد شاید بتوان مؤثر بودن فاکتورهای محیطی مثل نورخورشید و استرس شغلی را در ایجاد بعضی از ضایعه‌ها مثل DLE و لیکن پلان نشان داد (۷ و ۱). هفتاد و نه درصد از بیماران مورد مطالعه از شهر تبریز به درمانگاه پوست مراجعه کرده بودند و بقیه از دیگر شهرهای آذربایجان بودند که این اختلاف را می‌توان به بالا بودن سطح اجتماعی، اقتصادی،

می‌تواند در اثر بعضی از بیماری‌ها مانند دیسکوئید لوپوس اریتماتو که به طور اولیه فولیکول‌های مو را مبتلا می‌کند به وجود آید یا به دنبال یک بیماری ثانویه مانند سوختگی‌ها و عفونت‌ها یا رادیوتراپی ایجاد شود (۱۲ و ۱۱ و ۱). در مورد این ضایعه‌ها در کشور ما بررسی‌های قابل ملاحظه‌ای صورت نگرفته است در حالی که اکثر آن‌ها نشان‌گر بیماری‌هایی هستند که با تشخیص به موقع و درمان مناسب و زودرس می‌توان پیش‌رفت و عوارض آن تا حد زیادی کاهش داد. هدف ما از این مطالعه، بررسی اپیدمیولوژیکی و مشخصه‌های بالینی و آسیب‌شناسی آلوپسی سیکاتریسیل در درمانگاه پوست بیمارستان سینا در تبریز است.

این بررسی روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به آلوپسی سیکاتریسیل صورت پذیرفت که ضایعه‌هایشان مورد بیوپسی قرار گرفته و نوع ضایعه با امتحان پاتولوژیکی مشخص و تأیید شد.

در کل، تعداد مبتلایان مذکر ۵۲ نفر (۵۲٪) و مؤنث ۴۸ نفر (۴۸٪) بودند که تقریباً شیوع برابری داشتند در صورتی که بعضی از پژوهش‌ها در کشورهای دیگر در زنان، شایع‌تر از مردان گزارش شده است (۲ و ۱). این مساله را شاید بتوان

فولیکولیت کلونیدالیس بود (۵٪) و با توجه به این که این ضایعه در نژاد سیاه شایع تر است و مطالعه‌های دیگر نیز این نتایج را تأیید می‌کنند (۲ و ۱)، شیوع آن در کشور ما نسبتاً کم تر است.

به طور کلی آلوپسی‌های سیکاتریسیل اولیه با ارتشاح نوتروفیلی در مردان میان سال شایع است به طوری که ۲۴ نفر از ۳۰ بیمار مبتلا به فولیکولیت دکالوانس (۸۰٪) و ۴ بیمار از ۵ بیمار مبتلا به فولیکولیت کلونیدالیس (۸۰٪) مذکر بودند که شیوع بالا در جنس مذکر با دیگر بررسی‌های برابر است (۲ و ۱).

نتیجه گیری

آلوپسی‌های سیکاتریسیل یکی از اورژانس‌های تریکولوژیک است که معمولاً غیرقابل برگشت بوده ولی در صورت تشخیص و درمان به موقع می‌توان از پیش‌رفت ضایعه و عوارض ناشی از آن‌ها جلوگیری کرد. تشخیص این ضایعه‌ها با یک بررسی بالینی - آسیب‌شناسی دقیق میسر است. بنابراین در موارد مشکوک لازم است که در اسرع وقت و در مراحل اولیه بیوپسی پوستی صورت گیرد و تدابیر درمانی ضروری اندیشیده شود.

تشکر و قدردانی

در خاتمه از آقای آقازاده که در آنالیز آماری با این تحقیق همکاری داشته و هم چنین از مرکز آسیب‌شناسی و اتاق عمل پوست بیمارستان سینا که در انجام بیوپسی و تهیه لام‌ها در این تحقیق ما را یاری دادند و هم چنین آقای دکتر علی هاشمی رزیدنت پوست تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

- 1-de Beker DAR, Messenger AG, Sinclair RD. Disorders of hair. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 7th ed. Oxford Blackwell Publishing; 2004: p. 63.46-63.58

فرهنگی و بهداشتی و آگاهی مردم در شهرهای بزرگ و دسترسی آسان آن‌ها به مراکز درمانی نسبت داد. ضایعه‌ها در امتحان پاتولوژیکی از دو نظر مورد مطالعه قرار گرفتند:

۱- نوع ارتشاح التهابی ، ۲- نوع ضایعه

به طور کلی ضایعه‌ها ابتدا بر حسب نوع ارتشاح التهابی به دو دسته زیر تقسیم شدند:

۱- ضایعه‌ها با ارتشاح لنفوسیتی ، ۲- ضایعه‌ها با ارتشاح نوتروفیلی

تعداد بیماران با نوع ارتشاح لنفوسیتی ۶۵ نفر (۶۵٪) و با ارتشاح نوتروفیلی ۳۵ نفر (۳۵٪) بودند که درصد بالای نوع لنفوسیتی با تحقیق‌های کشورهای دیگر هم خوانی داشت (۲). ضایعه‌هایی که در دسته ارتشاح و لنفوسیتی قرار داشتند شامل pseudopelade of Brocq ، DLE ، لیکن پلانویپیلاریس و مورفه آ بودند و ضایعه‌هایی با ارتشاح نوتروفیلی، فولیکولیت دکالوانس و فولیکولیت کلونیدالیس را شامل می‌شدند.

در نوع لنفوسیتی، DLE شایع‌ترین ضایعه‌ای بود که به آلوپسی سیکاتریسیل منجر شده بود و در زنان میان سال شیوع بیش‌تری داشت که با پژوهش‌های دیگر هم خوانی داشت (۲). در رده بعدی از نظر شیوع به ترتیب pseudopelade of Brocq لیکن پلانویپیلاریس و مورفه آ قرار داشتند که با دیگر مطالعه‌ها هم خوانی داشت (۲ و ۷).

در این بررسی در میان آلوپسی‌های سیکاتریسیل با ارتشاح نوتروفیلی اکثریت با فولیکولیت دکالوانس (۳۰٪) بود که با بررسی‌های دیگر مطابقت دارد (۲). ضایعه بعدی

- 2-Martinka M, Ball N, Shapiro J. Primary cicatricial alopecias: Clinicopathology of 112 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004 Jan; 50(1): 25-32.
- 3-Odom RB, James WD, Berger TG, editors. *Andrew's diseases of the skin*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000: p. 949-51.
- 4-Fabbri P, Amato M, Chiarini C, et al. Scarring alopecia in discoid lupus erythematosus: a clinical histopathologic and immunopathologic study. *Lupus* 2004; 13(6): 455-62.
- 5-Annessi G, Lombardo G, Gobello T, Puddo P. A clinicopathologic study of scarring alopecia due to lichen plan comaprison with scarring alopecia in discoid lupus erythema and pseudopelade. *Am J Dermatopathol* 1999 Aug; 21(4): 324-31.
- 6-Abell E. Inflammatory diseases of epidermal appendages and of cartilage. Elder DC, Elenitsals R, Jaworksy E, Johnson B, editors. *Lever's histopathology of the skin*. 8th ed. Lippincott-Raven, 1997: p.414.
- 7-Olsen EA. Disorders of epidermal appendages and related disorders. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, et al, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 6th ed. New York: McGraw Hill; 1999: p. 743-6.
- 8-Amato L, Massi D, Gallerani I, Fabbri P. Cicatricial alopecia; a dermatopathologic and immunopathologic study of 33 patients (Pseudopelade of Brocq is not a specific clinico-pathologic entity). *Int J Dermatol* 2002 Jan; 41(1): 8-15.
- 9-Moretti S, Amato L, Massi D, et al. Evaluation of inflammatory infiltration and fibrogenic cytokines in pseudopelade of Brocq suggests the involvement of T-helper cytokines. *Br J Dermatol* 2004 Jul; 151(1): 84-95.
- 10-Dourin T, Chawof AZ, Alvefae BA. Cicatricial alopeica due to sarcoidosis. *Dermatol J* 2003 Feb; 9(1): 16.
- 11-Lawenda BD, Gagne HM, Gierga DP, et al. Permanent alopecia after cranial irradiation: dose-response relationship. *Int J Radiat Oncol Biolphys* 2004 Nov; 60(3): 879-87.
- 12-Amato L, Chiarini C, Berti S, et al. Fibrosing alopecia in a pattern distribution localized alopecia androgenetica area and unaffected scalp. *Skin Med* 2004 Nov-Dec; 3(6): 353-5.