

الگوی جامع بالینی آلوپشیا آرناتا در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در استان کرمان از خرداد ۷۹ تا خرداد ۸۱

دکتر سعاداله شمس‌الدینی^۱، دکتر وحیدرضا سپهر^۲
۱-استاد، ۲-دستیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

یافته‌ها: ۳/۷۸٪ مراجعین جدید را مبتلایان به ریزش منطقه‌ای مو تشکیل می‌دادند. نسبت مردان به زنان ۲/۶ به ۱ و شایع‌ترین تظاهر بالینی بیماری، ریزش حلقوی یا بیضوی شکل مو بود. ریزش مودر ۲۵۲ بیمار (۲۶/۵٪) فقط محدود به سر، در ۲۱۶ نفر (۲۲/۷٪) محدود به بدن و در ۴۱۴ نفر (۵۰/۸٪) هم در سر و هم در بدن دیده شد. نوع توأم بیماری بیشتر در سه دهه اول زندگی مشاهده شد که نسبت به سایر انواع، اختلاف معنی‌داری را نشان می‌داد ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: آلوپشیا آرناتا از شیوع نسبتاً بالایی در کرمان برخوردار بوده و در اکثر بیماران بویژه در سه دهه اول عمر، سر و بدن هر دو را درگیر می‌کند.
واژه‌های کلیدی: ریزش منطقه‌ای مو، ریزش کلی موهای سر، ریزش موهای تمام بدن

مقدمه: آلوپشیا آرناتا تظاهرات بالینی مختلفی دارد که می‌تواند از یک ناحیه منفرد ریزش مو بر روی پوست سر یا بدن شروع شده و به ریزش کامل موی سر و بدن بیمار بیانجامد و یا با نازکی منتشر موی سر بدون ریزش ناحیه‌ای مجزای مو، خود را نشان دهد.

هدف: تعیین الگوی جامع توزیع انواع بیماری آلوپشیا آرناتا در استان کرمان و مقایسه آن با مطالعات مشابه در نقاط دیگر جهان.

روش اجرا: تعداد ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا از بین ۲۵۱۸۶ بیمار مراجعه کننده جدید پوستی مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در کرمان از خرداد ۷۹ تا ۸۱ از نظر متغیرهای سن، جنس، سابقه فامیلی، میزان درگیری و سابقه بیماری عفونی قبلی بررسی گردیدند.

مقدمه

بیماری ریزش موی منطقه‌ای نخستین بار بوسیله پزشکی به نام کورنیلوس سلسوس (در سال ۳۰ قبل از میلاد) توصیف شده است. اکنون نیز گاهی از این بیماری تحت عنوان ریزش موی سلسی یاد می‌شود. سلسوس این اختلال را افیازیس نیز نامیده است (۱-۳). امروزه افیازیس را ظاهر

خاصی از ریزش موی آرناتا می‌دانند. در برخی از مبتلایان، بیماری پیشرفت می‌کند و شکل‌های طاسی جدیدی ظاهر می‌شود و این امر تا ریزش تمامی موی سر می‌رود (Alopecia totalis) یا بدن (Alopecia universalis) پیش می‌رود (۴-۶). آلوپشیا آرناتا اختلالی با تظاهرات بالینی بسیار متغیر است که می‌تواند از یک ناحیه منفرد ریزش موی سر یا بدن شروع شده و به ریزش کامل موهای بدن بیانجامد. بیماری می‌تواند با نازکی منتشر موی سر

مؤلف مسئول: دکتر سعاداله شمس‌الدینی - دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان شماره ۱، بخش پوست

بدون ریزش ناحیه‌ای مجزای مو، خود را ظاهر سازد. ریزش مو ممکن است تنها علامت بالینی قابل مشاهده بوده یا همراه اختلالات ناخنی در بیمار باشد. با تعیین الگوی جامع بالینی بیماران مبتلا به طاسی منطقه‌ای می‌توان آنرا با آمارهای خارجی و داخلی دیگر نقاط مقایسه کرد (۱،۶،۷). اگر چه یافته‌های آزمایشگاهی نیز در ارزیابی بیماری آلوپشیا آرناتا بکار گرفته شده ولی اطلاعات بالینی در تشخیص و گروه‌بندی این بیماری اهمیت اساسی دارد (۸،۹). ریزش مو بصورت اشکال گرد یا بیضوی با حدود مشخص و کناره‌های کاملاً معین و معلوم ایجاد می‌گردد (۱۰). مشخصه اصلی بیماری وجود (follicular marking) در ضایعات است. محل درگیر، پوسته و سفتی نداشته و مارکرهای فولیکولی را دارا نمی‌باشد. گسترش بیماری می‌تواند از فرم محدود شروع شده و تا فقدان کامل موی سر یا بدن و درگیری ناخن یا هر دو پایان یابد. بیماری ممکن است بروز و سیری پیشرونده یا متوقف شونده داشته باشد (۸،۱۱،۱۲). در این مطالعه برای اولین بار تعیین الگوی بیماری طاسی منطقه‌ای در بیماران استان کرمان بر مبنای معیارهای تعریف شده و پایدار عملی می‌گردد که نتایج آن با مطالعات انجام شده در سایر استانها و کشورها قابل مقایسه می‌باشد (۷).

روش اجرا

برای هر بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا مراجعه کننده به درمانگاههای تخصصی بیماریهای پوستی در کرمان از خرداد ۱۳۷۹ تا خرداد ۱۳۸۰ پرونده‌ای جداگانه تشکیل داده شد و اطلاعات اختصاصی و ثابت فردی بیماران در آن درج گردید. تشخیص بیماری بر پایه علائم بالینی صورت گرفت. مواردی که شک در تشخیص وجود داشته و نیاز به بررسی بیشتری داشت و یا ریزش موی آنها از نظر بالینی آشکار و واضح نبود از جمع بیماران مورد مطالعه حذف

گردیدند. این اطلاعات شامل مشخصات فرد، تاریخ مراجعه، سن بیمار در زمان مراجعه، سن شروع بیماری، طول و مدت فعلی بیماری و میزان گسترش و سطح درگیری بود. با توجه به تعاریف ذیل نوع آلوپسی بیمار بدین صورت تعیین شد:

- آلوپشیا آرناتا: نوعی از ریزش موی منطقه‌ای است که درصد ریزش مو در یک عضو کمتر از ۹۹٪ باشد.

- آلوپشیا توتالیس که موهای یک عضو (سر یا بدن) بطور کامل ریزش کرده باشد.

- (آلوپشیا توتالیس/یونیورسالیس) که بیانگر ریزش تمام موی سر + قسمتی از موی بدن می‌باشد.

- آلوپشیا یونیورسالیس که تمام موهای سر و بدن ریزش داشته باشد.

وسعت نواحی طاسی در سر بدین صورت تعیین شد که سر را به چهار ربع تقسیم کرده و درصد سطح پوستی که همه نواحی آلوپشیا آرناتا، در صورت کنار هم قرار گرفتن اشغال می‌نمودند تخمین زده شد.

ریزش موی سر (scalp) به ۵ درجه (S₀) = عدم ریزش موی سر، S₁ = کمتر از ۲۵٪ ریزش موی سر، S₂ = ۵۰-۲۶٪ ریزش موی سر، S₃ = ۹۹-۵۱٪ ریزش موی سر، S₄ = ریزش ۱۰۰٪ موی سر (تقسیم گردید و ریزش موی بدن (Body) نیز به ۵ قسمت (Bo) = عدم ریزش موی بدن، B₁ = ریزش موی کمتر از ۲۵٪، B₂ = بین ۵۰-۲۶٪ ریزش موی بدن، B₃ = بین ۹۹-۵۱٪ ریزش موی بدن و B₄ = ۱۰۰٪ ریزش موی بدن) تقسیم گردیدند. گرفتاری ناخن نیز به دو قسمت (No) = گرفتار نبودن ناخن و N₁ = گرفتاری ناخن) تقسیم شد.

یافته‌ها

تعداد ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا از جمع ۲۵۱۸۶ بیمار جدید پوستی در طول مطالعه به درمانگاههای

تخصصی بیماریهای پوست کرمان مراجعه کردند که ۳/۷۸٪ مراجعین جدید را تشکیل می‌دادند، میانگین سنی بیماران ۲۳ سال (در مردان ۲۴/۵ سال و در زنان ۱۹ سال) و نسبت مردان به زنان ۲/۶ به ۱ بود و ریزش موی بدن به صورت معنی‌داری در آقایان بیشتر از خانم‌ها بود ($P < 0/1$) و $X^2 = 38$ (جدول شماره ۱). شایع‌ترین تظاهر بالینی بیماری، نوع ریزش کروی یا بیضوی شکل بوده که در بیشتر بیماران دیده می‌شد. ۴۸۴ نفر (۵۰/۸٪) از ریزش و درگیری موی سر و بدن با هم و همزمان شکایت داشتند که ۳۵۵ نفر (۷۳/۳٪) را مردان و ۱۲۹ نفر (۲۶/۷٪) را زنان تشکیل می‌دادند. جایگاه ریزش مو به تفکیک جنس در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

شیوع نسبی ریزش نوع مستقر در سر یا بدن هر کدام در سنین بالاتر بیشتر از نوع توأم بود و برعکس انواع توأم بیماری در سه دهه اول زندگی با اختلاف معنی‌داری بیشتر دیده شد ($P < 0/001$ و $X^2 = 9/8$) (جدول ۲).

در مورد فراوانی همراهی رنگ موی بیماران و نوع ریزش مو، این نتایج بدست آمد: از میان ۸۲۴ نفر که موی تیره داشتند ۳۴۹ نفر دچار ریزش موی منطقه‌ای توأم و ۲۷۵ نفر تنها ریزش موی سر و ۲۰۰ نفر باقیمانده فقط از ریزش منطقه‌ای موی بدن شکایت داشتند، در حالی که از ۱۱۲ نفری که موی روشن داشتند به ترتیب ۲۴، ۴۹ و ۳۹ نفر از ریزش توأم، تنها موی سر و تنها موی بدن شکایت داشتند. که این اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0/01$ و $X^2 = 8/8$). در بین

۱۵۲ نفر دارای رنگ پوست روشن، ۷۲ نفر دچار ریزش موی منطقه‌ای توأم و ۳۲ نفر تنها ریزش موی سر و ۴۸ نفر باقیمانده فقط از ریزش منطقه‌ای موی بدن شکایت داشتند که در مقایسه با ۶۲۴ نفری که رنگ پوست گندمگون داشتند به ترتیب ۲۴۶، ۲۰۳ و ۱۷۵ نفر از ریزش توأم، تنها موی سر و تنها موی بدن شکایت داشتند. در میان ۱۷۶ نفری که پوست تیره داشتند به ترتیب ۹۶، ۶۴ و ۱۶ نفر از ریزش موی توأم، سر به تنهایی و بدن به تنهایی شکایت داشتند ($P < 0/001$ و $X^2 = 26/8$). الگوی قبلی وسعت ریزش موی سر و یا بدن در بیماران در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

انواع تغییرات ناخنی و ارتباط آن با وسعت ریزش مو در جدول شماره ۴ آورده شده است. اختلالات ناخنی به صورت معنی‌داری در افرادی که ریزش موی سر داشتند بیشتر دیده شد ($P < 0/001$ و $X^2 = 00$). تعداد کانونهای چرکی دندانسی به تفکیک جایگاه ریزش مو در جدول شماره ۵ آمده است. رابطه معنی‌داری بین ریزش موی بدن و تعداد دندان‌های فاسد بیمار وجود داشت ($P < 0/01$ و $X^2 = 9/6$). ریزش موهای ابرو و مژه به ترتیب در ۱۵۳ و ۱۳۷ بیمار وجود داشت که ۱۰۵ نفر آنها از ریزش توأم مژه و ابرو شکایت داشتند. همراهی ریزش موی منطقه‌ای با بیماریهای درماتیت آتوپیک، ویتیلیگو، زگیل و پتیریازیس آلبا به ترتیب در ۳۲، ۲۴، ۲۴ و ۸ بیمار یافت شد.

جدول شماره ۱- فراوانی جایگاه ریزش منطقه‌ای مو بر حسب جنس در ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در استان کرمان از خرداد ۷۹ تا ۸۱

جنسیت	مرد	زن	جمع
جایگاه ریزش مو ریزش موی توأم (سر و بدن)	۳۱۷ (۷۶/۵٪)	۹۷ (۲۳/۴٪)	۴۱۴ (۴۳/۴٪)
ریزش مو فقط در سر	۱۷۵ (۵۸/۵٪)	۱۲۴ (۴۱/۷٪)	۲۹۹ (۳۱/۴٪)
ریزش مو فقط در بدن	۱۹۹ (۸۳/۲٪)	۴۰ (۱۶/۷٪)	۲۳۹ (۲۵/۱٪)
جمع	۶۹۱ (۷۲/۶٪)	۲۶۱ (۲۷/۴٪)	۹۵۲ (۱۰۰٪)

جدول شماره ۲- فراوانی جایگاه ریزش مو بر حسب سن شروع بیماری در ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در استان کرمان از خرداد ۷۹ تا ۸۱

جایگاه ریزش مو سن شروع (سال)	توأم	سر	بدن	جمع
۰-۱۴	۱۵۴ (۵۴/۰۳٪)	۶۷ (۲۳/۵٪)	۶۴ (۲۲/۴۵٪)	۲۸۵ (۲۹/۹۳٪)
۱۵-۲۹	۱۵۶ (۴۱/۵٪)	۱۶۳ (۴۳/۳۵٪)	۵۷ (۱۵/۱۵٪)	۳۷۶ (۳۹/۴۹٪)
۳۰-۴۴	۸۶ (۳۸/۹۲٪)	۴۷ (۲۱/۲۶٪)	۸۸ (۳۹/۸۲٪)	۲۲۱ (۲۳/۲۱٪)
۴۵-۶۰	۱۸ (۲۵/۷۲٪)	۲۲ (۳۱/۴۲٪)	۳۰ (۴۲/۸۶٪)	۷۰ (۷/۳٪)
جمع	۴۱۴ (۴۳/۴۸٪)	۲۹۹ (۳۱/۴۰٪)	۲۳۹ (۲۵/۱۲٪)	۹۵۲ (۱۰۰٪)

جدول شماره ۳- الگوی کلی آلوپشیا آرناتا بر حسب وسعت ریزش موی سر و بدن در ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در استان کرمان از خرداد ۷۹ تا ۸۱

وسعت ریزش موی بدن وسعت ریزش موی سر	B0	B1	B2	B3	B4	جمع
S0	۰	۱۶۸ (۷۰/۲۹٪)	۵۶ (۲۳/۴۳٪)	۱۵ (۶/۲۷٪)	۰	۲۳۹ (۲۵/۱۰٪)
S1	۲۳۲ (۵۵/۵۰٪)	۴۸ (۱۱/۴۸٪)	۱۰۶ (۲۵/۳۵٪)	۳۲ (۷/۶۵٪)	۰	۴۱۸ (۴۳/۹٪)
S2	۶۷ (۴۰/۶۰٪)	۲۴ (۱۴/۵۴٪)	۴۱ (۲۴/۸۴٪)	۲۵ (۱۵/۱۵٪)	۸ (۴/۸۴٪)	۱۶۵ (۱۷/۳۳٪)
S3	۰	۸ (۸/۲۴٪)	۴۸ (۴۹/۴۸٪)	۳۳ (۳۴/۰۲٪)	۸ (۸/۲۴٪)	۹۷ (۱۰/۱۸٪)
S4	۰	۰	۰	۳۱ (۹۳/۹۳٪)	۲ (۶/۰۶٪)	۳۳ (۳/۴۶٪)
جمع	۲۹۹ (۳۱/۴٪)	۲۴۸ (۲۶/۰۵٪)	۲۵۱ (۲۶/۳۶٪)	۱۳۶ (۱۴/۲۸٪)	۱۸ (۱/۸۹٪)	۹۵۲ (۱۰۰٪)

جدول شماره ۴- فراوانی تغییرات ناخنی به تفکیک جایگاه ریزش مو در ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا آرناتا
مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در استان کرمان از خرداد ۷۹ تا ۸۱

تغییرات ناخنی جایگاه ریزش مو	بدون ضایعه	نقطه نقطه شدن (pitting)	خط دار شدن (ridging)	دیستروفی (dystrophy)	ضایعات متعدد (multiple lesion)	جمع
ریزش موی توأم	۵۶ (۱۴/۳۵٪)	۴۸ (۱۲/۳۰٪)	۹۱ (۲۳/۳۳٪)	۸ (۲/۰۵٪)	۱۸۷ (۴۷/۹۴٪)	۳۹۰ (۴۲/۳۹٪)
ریزش مو فقط در سر	۸۸ (۲۹/۴۳٪)	۳۲ (۱۰/۷۰٪)	۹۸ (۳۲/۷۷٪)	۱۶ (۵/۳۵٪)	۶۵ (۲۱/۷۳٪)	۲۹۹ (۳۲/۵٪)
ریزش مو فقط در بدن	۴۸ (۲۰/۷۷٪)	۰	۱۰۳ (۴۴/۵۸٪)	۰	۸۰ (۳۴/۶۳٪)	۲۳۱ (۲۵/۱۰٪)
جمع	۱۹۲ (۲۰/۸۶٪)	۸۰ (۸/۶۹٪)	۲۹۲ (۳۱/۷۳٪)	۲۴ (۲/۶٪)	۳۳۲ (۳۷/۰۸٪)	۹۲۰ (۱۰۰٪)

جدول شماره ۵- فراوانی تعداد دندان‌های چرکی به تفکیک جایگاه ریزش مو در ۹۵۲ بیمار مبتلا به آلوپشیا
آرناتا مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست در استان کرمان از خرداد ۷۹ تا ۸۱

تعداد دندان چرکی جایگاه ریزش مو	کمتر از ۲	بیشتر از ۲	جمع
ریزش موی توأم (سر و بدن)	۳۳ (۱۱/۵۳٪)	۲۵۳ (۸۸/۴۶٪)	۲۸۶ (۴۷/۶۶٪)
ریزش مو فقط در سر	۳۹ (۲۳/۹٪)	۱۲۴ (۷۶/۰۷٪)	۱۶۳ (۲۷/۱۶٪)
ریزش مو فقط در بدن	۱۶ (۱۰/۵۹٪)	۱۳۵ (۸۹/۴۰٪)	۱۵۱ (۲۵/۱۶٪)
جمع	۸۸ (۱۴/۶۶٪)	۵۱۲ (۸۵/۳۳٪)	۶۰۰ (۱۰۰٪)

بحث

در مطالعه حاضر ۳/۷۸٪ از مراجعین جدید به درمانگاه‌های پوست را بیماران مبتلا به طاسی منطقه‌ای تشکیل داده‌اند. بیماری در نقاط مختلف دنیا شیوع متفاوتی دارد و در فامیل بیماران هم سابقه ابتلا دیده می‌شود. شیوع تاریخیچه خانوادگی در کلیولند ایالت متحده ۲۷٪، در انگلستان ۲۴٪، در فرانسه ۲۲٪، در اسکاتلند ۲۰٪، در هلند ۱۸٪، در لهستان ۶/۳٪، در پرتغال ۶٪ و در ایتالیا ۴٪ گزارش شده است ولی در اسپانیا نتوانسته‌اند هیچ شواهدی از عوامل ارثی بیابند (۱، ۲، ۴، ۱۱). تفاوت فاحش این ارقام مبین اختلاف در کوششی است که برای جستجوی تاریخیچه فامیلی و گزارش آن صورت گرفته است. مدل

توارث به نظر می‌رسد اتوزم غالب با نفوذ متغیر باشد. عوامل نژادی نیز ممکن است در شیوع بیماری نقش مهمی داشته باشد. همانطوری که آرنولد پی برد که ریزش موی منطقه‌ای بطور نامتناسبی در ژاپنی‌های ساکن هاوانی شایعتر است (۹، ۱۱، ۱۳).

جایگاه ریزش موی منطقه‌ای در سر و/یا بدن، با سن بیماران در شروع بیماری رابطه‌ای معنی‌دار داشته ولی هماهنگ نمی‌باشد (جدول شماره ۲). میانگین سنی شروع بیماری در این بیماران ۲۳ سال بود که در مردان ۲۴/۵ سال و در زنان ۱۹ سال بدست آمد که نشان دهنده شروع زودتر بیماری در خانمها است. نسبت مردان به زنان ۲/۶ به ۱ بود که با آمار بدست آمده در مطالعه‌ای که توسط دکتر

ولبخانی وهمکاران بر روی بیماران تهرانی انجام شده نزدیک می‌باشد (۷). شاید یکی از علل این افزایش نسبت بیماری در مردان در هر دو مطالعه را بتوان به سبب عدم وجود ریش و سبیل بطور فیزیولوژیک در خانمها مرتبط دانست که می‌تواند شیوع بیماری در آقایان را بالا ببرد. بعلاوه برهنه بودن سر و کوتاهی موهای سر در آقایان در کشور ما در مقایسه با خانمها نیز می‌تواند فرد را زودتر متوجه ریزش منطقه ای موهای خود نماید و مراجعه زودتر آنها را به پزشک سبب شود. بین ریزش موی منطقه ای در سر و/یا بدن با جنسیت فرد رابطه معنی داری مشاهده می‌شود بطوری که ریزش موی بدن در آقایان بیشتر از خانمهاست که با توجه به نبودن ریش و بعلاوه استقبال خانمها از ریزش موی بدن سبب می‌شود که آمار بیماری در خانمها کمتر باشد (جدول شماره ۱).

اغلب بیماران (۵۰/۸٪) از ریزش منطقه ای و یکباره موهای سر و بدن بطور توأم شکایت داشتند. البته در این گروه هم نسبت زن به مرد از نسبت کلی بیماری تبعیت می‌نمود، یعنی تعداد مردان تقریباً ۳ برابر خانمها بود (۳۵۵ نفر مرد و ۱۲۹ نفر زن). فراوانی نسبی ریزش مو در دو نوع محدود در سر و محدود در بدن در سنین بالاتر زندگی بیشتر دیده شد و برعکس نوع توأم بیماری با اختلاف معنی داری در سه دهه اول زندگی (جوانسالگی) بیشتر مشاهده شد (جدول شماره ۲). ریزش موهای ریش، ابرو و مژگان در ۱۰٪ موارد گزارش شده است (۵،۸). در مطالعه ما ریزش موهای ابرو و مژه به ترتیب در ۱۵۳ و ۱۳۷ بیمار (۱۶٪ و ۱۴/۴٪) دیده شد که ۱۰۵ نفر آنها از ریزش توأم مژه و ابرو شکایت داشتند.

همراهی ریزش موی منطقه ای با بیماریهای درماتیت آتوپیک، ویتیلیگو، زگیل و پتیریازیس آلبا به ترتیب در ۳۲، ۲۴، ۲۴ و ۸ بیمار مشاهده شد. بیماری تیروئید شایعترین بیماری توصیف شده در ارتباط با ریزش موی منطقه ای

است اما ارقام منتشر شده متفاوت هستند. Muller در بزرگترین مطالعه ای که تاکنون گزارش شده است شواهد انواع بیماریهای تیروئید را در ۸٪ از ۷۳۶ بیمار در مقایسه با کمتر از ۲٪ جمعیت شاهد در شمال آمریکا بدست آوردند. (۲،۶). اکزما یا آسم یا هر دو در ۱۸٪ بچه‌ها و ۹٪ بالغین مبتلا به ریزش موی منطقه ای وجود داشته است و مشخص شده که ۲۲٪ بچه‌های مبتلا به ریزش موی نوع توتالیس، آتوپیک هستند. در ژاپن، Ikeda شیوع آتوپیی را ۱۰٪ یافت که در این اشخاص شروع بیماری معمولاً در بچگی و طول مدت بیماری بیش از ۱۰ سال بوده است. همراهی سایر بیماریهای اتوایمون از قبیل سندرم شوگرن، لیکن پلان، لوپوس اریتماتوس، کولیت اولسراتیو، لیکن اسکروزیس آتروفیکوس، پلی میالژیا روماتیکا، میاستنی گراویس، آنمی پرنیسیوز، اسکرودرما، تیموم، پودرما گانگرنوزوم، آگاما گلوبولینمی، آنمی همولیتیک اتوایمیون و آرتریت روماتوئید با ریزش موی منطقه ای گزارش شده است (۴). بین ریزش موی منطقه ای، ویتیلیگو و نوع خطوط نوک انگشتان دست نیز رابطه ای وجود دارد (۱۳، ۱۰، ۳۸).

Muller و همکارانش دریافتند که در حدود ۴٪ از بیماران با ریزش موی منطقه ای دارای ویتیلیگو نیز می‌باشند در حالی که در گروه شاهد این همراهی حدود ۱٪ بود (۱۴).

از بین کسانی که رنگ موی تیره داشتند، ۲۷۵ (۳۳/۳۷٪) نفر ریزش تنها موی سر و ۲۰۰ (۲۴/۲۷٪) نفر از ریزش منطقه ای موی بدن به تنهایی شکایت داشتند. در مقایسه، کسانی که موی روشن داشتند برترتیب ۲۴ (۲۱/۴۲٪) و ۳۹ (۳۴/۸۲٪) نفر از ریزش منطقه موی سر یا ریزش موی بدن به تنهایی شاکی بودند. بین کانون ریزش موی منطقه ای و رنگ موی بیمار رابطه ای معنی دار دیده شد بطوری که کسانی که رنگ موی تیره دارند در مقایسه با کسانی که رنگ موی روشن دارند بیشتر دچار ریزش منطقه ای موی سر به تنهایی شدند و برعکس، افراد با موی روشن از ریزش

موی منطقه‌ای بدن بیشتر در رنج بودند.^۵

همچنین اختلالات ناخنی با اختلاف معنی‌داری بیشتر در کسانی بیشتر دیده شد که دچار ریزش موی منطقه‌ای در موهای سر بوده‌اند (جدول شماره ۴).

ارزیابی میزان پاسخ به درمان در انواع روش‌های درمانی به دلیل فقدان روشی که به روشنی بتواند نوع و گستره ریزش مو را شرح دهد و در نتیجه به توبه خود اطلاعات را جمع‌آوری نماید، موفقیت‌آمیز نیست. لذا برای انجام این مطالعات اولین قدم بنانهادن یک پایه اطلاعاتی برای بیماران مبتلا به آلوپشیا آرتاتا است. در این مطالعه، ارزیابی ما فقط بر روی موی ترمینال بود و موی vellus در ارزیابی نیامده است. رشد ظریف و کرک مانند موی سر که از سایر جهات فاقد موی ترمینال باشد نیز تحت عنوان ریزش موی توتالیس alopecia totalis با S4 مشخص گردید. پژوهشگران باید تشویق شوند که از بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای معاینه کاملی را به عمل آورده و برای یافتن سایر اختلالات همراه، بجز مو و ناخن در این بیماران تلاش نمایند بطوری که بتوانند به این سؤال پاسخ دهند که چگونه ریزش موی بدن و درگیری ناخن می‌تواند به درستی‌ترین نحو در پرونده بیماران مشخص و ثبت گردد.

از بین کسانی که رنگ پوست روشن داشتند، ۳۲ (۲۱/۰۵٪) نفر از ریزش تنها موی سر و ۴۸ نفر از ریزش منطقه‌ای موی بدن به تنهایی شاکی بودند، در حالی که کسانی که رنگ پوست گندمگون داشتند به ترتیب ۲۰۳ (۳۲/۵۳٪) و ۱۷۵ (۲۸/۰۴٪) نفر از ریزش موی سر و ریزش موی بدن به تنهایی شاکی بودند. در بین بیمارانی که پوست تیره داشتند ۶۴ (۳۶/۳۶٪) نفر ریزش موی سر و ۱۶ (۹/۰۹٪) نفر ریزش موی بدن به تنهایی داشتند. بدین ترتیب بین محل ریزش موی منطقه‌ای و رنگ پوست بیمار رابطه‌ای معنی‌دار دیده شد، بطوری که کسانی که رنگ پوست تیره داشتند بیشتر دچار ریزش منطقه‌ای موی سر می‌گردیدند و برعکس افراد با رنگ پوست روشن بیشتر دچار ریزش موی منطقه‌ای بدن شده بودند.

در مطالعه انجام شده بر روی بیماران مشخص شد که بین ریزش موی منطقه‌ای در بدن با تعداد دندانهای کشیده شده فرد ارتباط معنی‌داری وجود ندارد اما بین ریزش موی منطقه‌ای در بدن با تعداد دندانهای فاسد و چرکی فرد ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (جدول شماره ۵).

منابع

- 1- Arnold HL. Alopecia areata: prevalence in Japanese and prognosis after reassurance. Arch Dermatol Syphylol 1952; 66:191-97.
- 2- Thiers BH. Alopecia areata. In: Demis DJ(ed). Clinical dermatology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1989; V1 unit 2-33:1.
- 3- Hcham Zadeh S, Brautbar C, Cohen C, et al. HLA and alopecia areata in Jerusalem. Tissue Antigens 1981; 18:71-74.
- 4- Gilhar A, Krueger GG. Hair growth in scalp grafts from patients with alopecia areata and alopecia universalis grafted onto nude mice. Arch Dermatol 1987; 123: 44-50.
- 5- Friedman PS. Decreased lymphocyte reactivity and autoimmunity in alopecia areata. Br J Dermatol 1981; 105:145-51.
- 6- Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia

- areata. Arch Dermatol 1963; 88: 290-97.
- ۷- ولیخانی م، برزگری م، آقایی نیا ن. مقایسه جنبه‌های اپیدمیولوژیک آلوپشیا آرئاتا در مبتلایان به انواع محدود و گسترده بیماری. فصلنامه بیماریهای پوست ۱۳۸۰؛ ۲: ۱۱-۱۴.
- 8-Ikeda T. A new classification of alopecia areata. Dermatology 1987; 131: 421-45.
- 9-Verbov J. Clinical significance and genetics of epidermal ridges : A review of dermatoglyphics. J Invest Dermatol 1970;54:261-71.
- 10-Kern F. Laboratory evaluation of patients with alopecia areata. In: Brown AC (ed). First human hair symposium. New York: Medcom, 1974: 222-40.
- 11-Kianto U, Reunala T, Karvonen J, et al. HLA-B12 in alopecia areata. Arch Dermatol 1977; 113: 1716.
- 12-Muller SA, Mitchell AJ, Bacon GE, et al. Alopecia areata, endocrine function and autoantibodies in patients 16 years of age or younger. J Am Acad Dermatol 1987; 17:57-61.
- 13-Verbov JL. Dermatologic and other findings in alopecia areata and psoriasis. Br J Clin Pract 1968; 22: 257-59.
- 14-Schenk FA, Schneider P, Brown AC. Vitiligo. In: Brown AC, Crouse RG (eds). Hair, trace elements and human disease. New York: Praeger, 1980: 334-42.