



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم الأمراض الجلدية والزهرية

نوعية الحياة عند مرضى الحاصة البقعية

Quality of life in Alopecia Areata

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير)

في قسم الأمراض الجلدية والزهرية

إعداد

الهكتورة راما لقطينه

برئاسة وإشراف

المدرس الدكتور فايز الدغلاوي

رقم الصفحة	فهرس المحتويات
5	القسم الأول - الدراسة النظرية.....
6	المقدمة.....
7	الوبائيات.....
8	الآلية الإمراضية.....
11	السريريات.....
11	المظاهر السريرية.....
14	تصنيف الحاصة البقية.....
16	الأمراض المرافقة.....
16	السير والإنذار.....
17	التشخيص والإستقصاءات.....
17	التشخيص التفريقي.....
18	التنظير الجلدي.....
18	التشريح المرضي.....
19	الدراسة المخبرية.....
20	العلاج.....
26	الوقاية.....
26	التأثيرات النفسية للحاصة البقية.....
27	العلاقة بين الأمراض النفسية والحاصة البقية.....
32	نوعية الحياة.....
36	القسم الثاني - الدراسة العملية.....

37	ملخص الدراسة.....
37	خلفية الدراسة.....
37	هدف البحث.....
37	طريقة ومواد الدراسة.....
39	إستمارة الموفقة المستنيرة.....
40	المقياس الجلي لنوعية الحياة واستمارة المريض.....
47	نتائج الدراسة العملية.....
47	الميزات الديموغرافية.....
56	دراسة نوعية الحياة.....
60	المناقشة.....
61	مقارنة مع الدراسات العالمية.....
63	الخلاصة.....
63	التوصيات.....
65	مراجع البحث.....

الاهداء

بدأنا بأكثر من يد وقاسينا أكثر من هم وعانينا الكثير من الصعوبات وهانحن اليوم نطوي سهر الليالي وتعب الأيام وخلاصة مشوارنا بين دفتي هذا العمل المتواضع.

- إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها إلى والدتي العزيزة.
- إلى من سعى وشقى لأنعم بالراحة والهناء الذي لم يبخل بشئ من أجل دفعي في طريق النجاح الذي علمني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر إلى والدي العزيز.
- إلى من حبههم يجري في عروقي ويلهج بذكرهم فؤادي إلى أخي وأخواتي.
- إلى من سرنا سوياً ونحن نشق الطريق معاً نحو النجاح والإبداع إلى من تكاتفنا يداً بيد ونحن نقطف زهرة وتعلمنا إلى أصدقائي وزميلاتي.
- إلى من علمونا حروفاً من ذهب وكلمات من درر وعبارات من أسمى وأجلى عبارات في العلم إلى من صاغوا لنا علمهم حروفاً ومن فكرهم منارة تنير لنا سيرة العلم والنجاح إلى أساتذتنا الكرام.
- إلى من أشرف على هذه الرسالة وكان معي خطوة بخطوة وأنار لي درب العلم والمعرفة
المدرس الدكتور فايز دغلاوي المحترم..له مني كل التقدير والاحترام

القسم النظري

الحاصة البقعية

Alopecia areata

1. مقدمة :

أ - لمحة عامة:[1]

- الحاصة البقعية هي اضطراب التهابي مزمن مجهول السبب يسبب فقدان شعر غير ندبي، مفاجئ ، تظهر الآفات على شكل بقع خالية من الشعر تصيب الفروة والمناطق الأخرى المشعرة من الجسم.
- وفي الحالات الشديدة يمكن أن يعاني المريض من فقد شعر كلي في الفروة أو الجسم .
- على الرغم من الحاصة البقعية هي مرض حميد طبياً ، فإنه يمكن أن يسبب اضطرابات نفسية كبيرة عند المرضى المصابين، وحتى أسرهم .
- قد تتظاهر سريريا بعدة أنماط ، وترتكز النظريات الحديثة على الآلية المناعية في إمرضيتها.[2]

ب - لمحة تاريخية:[3]

- الحاصة البقعية مرض معروف منذ أقدم العصور ، وقد تناولها علماء الشرق والغرب قديماً وحديثاً في مؤلفاتهم .
- ففي العصور الوسطى شرقاً ذكرها ابن سينا في الجزء الثالث من كتاب القانون ، كما ذكرها علي بن العباس المجوسي في كتابه (كامل الصناعة الطبية) : " إن من العلل العارضة ما يخص عضواً دون عضو فمنها ما يخص الرأس وهو داء الثعلب والسعفة " ، أما محمد بن علي بن إبراهيم المهداوي فيقول في كتابه (الرحمة في الطب والحكمة) : " داء الثعلب هو أن يتمتع شعر الإنسان من رأسه ولحيته حتى يصير جلده كالبطة " . وأما عبد الملك بن زهر أبو مروان فيقول في كتابه (التيسير في المداواة والتدبير): " فإذا كان الخلط الممرض ألطف جوهراً وأقل غلظاً فإنه يحدث عنه داء الثعلب " .
- وفي الغرب يقال أن Celsus هو الذي أطلق تسمية الحاصة الثعبانية ، إلا أن الحاصة البقعية يعود لـ Sauvage عام 1836 ، أما Alibert فقد دعا الحالة بالحكة الجازة (Prorigo Tonsurans)، وقد أعطى Robert William وصفاً تاماً للحالة وسمّاها حكة ديكالفن (Prorigo Decalvans) ، كما أن Thomas Bateman اعتمد نفس المصطلح في أطلسه . وقد وجد Gruby عام 1843 فطوراً في الـ Prorigo Decalvans ومنه النظرية الطفيلية في أمراض الحاصة البقعية والتي رفضت بعد ذلك

- وفي عام 1851 فصل Hebra بوضوح الحاصة البقعية عن الحلا الجاز (Herpes Tonsurans) .
- لقد شهدت الفترة بين 1850 – 1900 تطوراً سريعاً في علم الأحياء الدقيقة في الوقت الذي أخذ فيه سبب الأمراض يعزى لمتعضيات لم تكن معروفة ، وثمة من اعتبر سبب الحاصة البقعية طفيلياً . وقد احتد الخلاف بين أصحاب النظرية الطفيلية وهم Husthinson في بريطانيا و Bazin في فرنسا وبين خصومهم الذين فضلوا مصطلح النظرية الإغذائية العصبية Trophoneurotic .
- وبعد رفض النظرية الطفيلية اعتُقد أن للجراثيم دوراً في الأمراض وأُثِّمَت عدة جراثيم بذلك .
- وفي عام 1902 اقترح Jacquet نظرية التخريش حيث وجد عيوباً سنّية في كل حالة حاصة بقعية تقريباً .
- لكن Bailly عام 1910 وجد أن العيوب السنّية متساوية في المصابين وغير المصابين بالحاصة البقعية .
- في عام 1913 عاد كل من Jackson و Mac Murty في نيويورك وقالوا أنه لا يمكن رفض النظرية الطفيلية تماماً .
- إن النظرية الإغذائية العصبية مع بعض التعديل لا تزال تتمسك ببعض المستندات ، حيث أن الملاحظات السريرية المتعددة حول حدوث الحاصة البقعية بسبب عاطفي أو أذيات الرأس يمكن اعتبارها دعماً لتلك النظرية .
- ومع تطور علم الغدد الصم في القرن التاسع عشر ، ظهرت عدة نظريات في أمراض الحاصة البقعية التي كانت تترافق أحياناً بإضطراب الغدد الصماوية وخاصة الدرقية .
- أما في العشرين سنة الماضية فقد لاحظت في الأفق النظريات المناعية وما زالت في تقدم مستمر .

2. الوبائيات :

أ - الانتشار :

- تبلغ نسبة الانتشار : 0.1 – 0.2 % في الولايات المتحدة الأميركية ، ونسبة الانتشار عالمياً مماثلة لها تقريباً [4] .
- تقدر نسبة خطورة تطور حاصة بقعية خلال الحياة بـ 2 % .
- تشكل الحاصة البقعية 2-3% من المرضى المراجعين للعيادات الجلدية [5] .

ب - العرق: [6]

- تصاب كافة الأعمار بشكل متساوي بالخاصة البقعية ، ولم تسجل أية زيادة في نسبة الإنتشار في مجموعات عرقية معينة .

ت - الجنس :

- سُجِّلَت في الأدب الطبي اختلافات طفيفة فيما يتعلق بنسب انتشار الخاصة البقعية حسب الجنس ، ففي بعض الدراسات سُجِّلَت نسبة إصابة متساوية بين الذكور والإناث [7] ، وفي دراسة أخرى سُجِّل وجود سيطرة خفيفة للإناث ، بينما سيطر الذكور في دراسة أخرى [8][9].

ث - العمر:

- قد تحدث الخاصة البقعية في أي عمر ، منذ الولادة حتى العقود الأخيرة من الحياة [10].
- يبدو أن ذروة الحدوث بين العقدين الثالث والرابع من العمر ، وقد سُجِّل بدء الخاصة البقعية بأعمار أقل من 16 سنة في 24 % من الحالات ، وبأعمار فوق الـ 40 سنة في 12 % من الحالات .
- سجل حدوث حالات خلقية [11][12].

3. الإلية الأمراضية: [13]

- لا تزال الألية الأمراضية غير واضحة ، ولا يوجد أي عامل خطر معروف باستثناء القصة العائلية الإيجابية ، ولا يزال الدور الحقيقي للشدات غير واضح [14]، لكن الأكثر احتمالاً أنها تحرض المرض لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد شخصي له أكثر من كونها تعمل كمسبب حقيقي للمرض [15] .
- الفرضية الأكثر قبولاً هي أن الخاصة البقعية هي حالة مناعية ذاتية تتواسطها الخلايا التائية [16] ، وتميل للحدوث في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي [17][18].

بالنسبة للفرضية المناعية الذاتية :

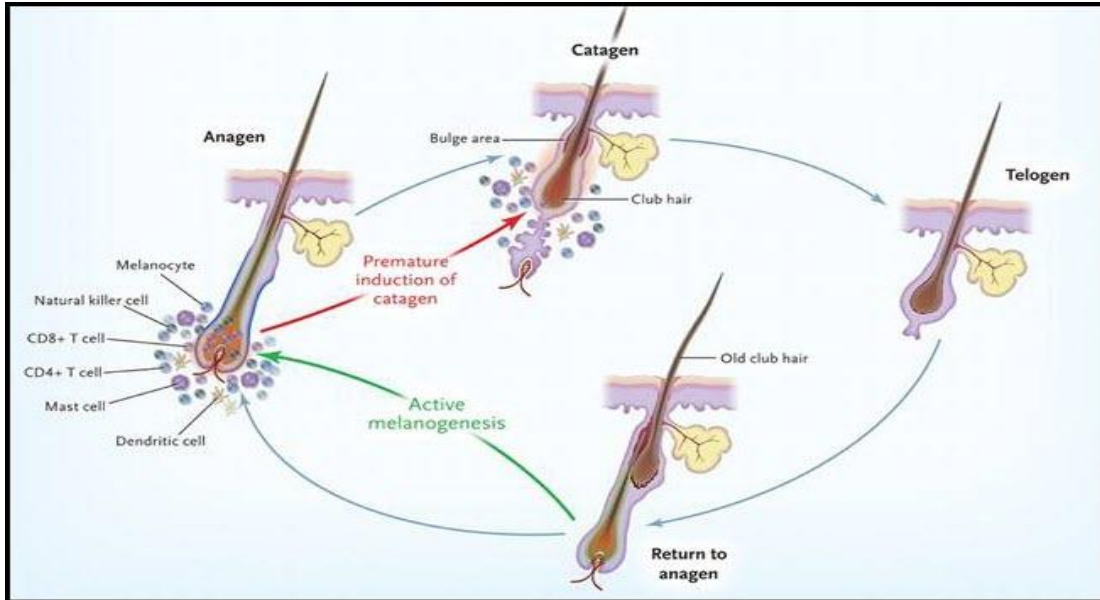
- بالدراسات الحيوانية التي أجريت على الفئران وجد أنه هناك عوامل محددة في أجربة الشعر تحفز التفاعل المناعي الذاتي [19].
- وتشير الأدلة السريرية المرجحة للمناعة الذاتية إلى ترافق الخاصة البقعية مع أمراض مناعية ذاتية ، أشيعها أمراض الدرق والبهاق [20] ، وإلى استجابة الخاصة أحياناً لمثبطات المناعة [21].
- ووجد أن الإنترلوكين الأول (IL-1) والعامل المنخر للورم (TNF) ، هما مثبطان فعالان لنمو الشعر بالزجاج [22].
- دور المناعة الخلطية : في دراسة مرضى الخاصة البقعية بالمقارنة مع الشاهد ، وُجِدَت أضداد مناعية ذاتية موجهة لبنية الأجربة الشعرية بنسب تزيد في مرضى الخاصة البقعية [23] ، و

باستخدام الومضان المناعي تم كشف أضرار للأجربة الشعرية في طور النمو عند 90% من مرضى الحاصة البقعية في حين وجدت بأقل من 37% من الشاهد ، وهذه الأضرار الذاتية تستهدف بنى عديدة في جراب الشعرة في طور النمو [24] والأكثر استهدافاً هو غمد الجذر الخارجي، يليها الغمد الداخلي ، المطرق وسقاية الشعر [25]. ومن غير المعروف فيما اذا كانت هذه الأضرار تلعب دوراً مباشراً في الأمراض أو أنها ظاهرة مرافقة .

● دور المناعة الخلوية : معظم الدراسات تدعم فرضية المناعة الذاتية المتوسطة بالخلايا ، حيث لوحظ عودة نمو شعر الفروة المصابة بعد زرعها عند الفئران المصابين بالعوز المناعي الشديد والمجردين من الخلايا المناعية [26].

نسيجياً ، تُظهر الخزعة من الحاصة البقعية رشاحة لمفية حول أجربة شعر طور النمو، تتألف الرشاحة بالدرجة الأولى من خلايا تائية مساعدة ، وبدرجة أقل من خلايا تائية كابطة [27]. سجل العدد الكلي للتائيات الجائلة مستويات طبيعية ومنخفضة [28]. الشكل رقم (1).

بالنتيجة : التأثير الإيجابي لحذف التائيات على عودة نمو الشعر ، كشف أضرار مناعية ذاتية ، العلاقة مع مورثات ال HLA والمستوكينات ، الإستجابة للعلاجات المعدلة للمناعة ، القدرة على نقل الحاصة البقعية من الحيوانات المصابة للحيوانات غير المصابة [30]، وتحريض الهدأة برزغ الطعم المصاب في الحيوانات المثبطة مناعياً ، كلها أدلة تدعم دور المناعة الذاتية في الآلية المرضية .



الشكل رقم (1) : الآلية المرضية للحاصة البقعية

بالنسبة للفرضية الوراثية :

- هناك عدة عوامل تشير لوجود استعداد وراثي للحاصة البقعية [32][33] . وقدرت نسبة القصة العائلية الإيجابية في مرضى الحاصة البقعية بـ 10-42% وتكون ايجابية أعلى في المرضى ذوي الداء الأشد 16-18% ، مقارنة مع مرضى الداء الموضع 7-13 % . ولم تظهر أية علاقة بين شدة الحاصة البقعية ونمط الحاصة البقعية لدى الأقارب[34].
- أظهرت الدراسات وجود مستضد الكريات البيضاء الإنساني DQ3 في أكثر من 80 % من مرضى الحاصة البقعية .
- ويقترح الترافق العالي لمتلازمة داون و الحاصة البقعية وجود دور لمورثة تتوضع على الصبغي 21[36][37].
- الخلاصة، تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في تحديد التأهب وشدة ، وتميل الحاصة البقعية لأن تكون ناتجة عن عيوب مورثية عديدة أكثر من كونها ناجمة عن عيب مورثي وحيد [39][40] ولم يحدد بعد دور العوامل البيئية في بدء أو تحريض هذا المرض .

بالنسبة للفرضية الإغذائية العصبية :

- إن تسجيل حدوث حكة أو ألم في المنطقة المصابة لدى بعض المرضى يزيد الشك بإمكان وجود تغيرات بالجهاز العصبي المحيطي مرافق[41] .
- وقد سجل انخفاض مستوى الببتيد العصبي المتعلق بمورثة الكالسيونين الجائل بالدوران لدى ثلاثة مرضى مصابين الحاصة البقعية مقارنة بالشواهد. ويمتلك هذا الببتيد العديد من التأثيرات على الجهاز المناعي ، منها الجذب الكيماوي ، تثبيط تقديم المستضد بخلايا لانغرهانس ، وتثبيط تكاثر اللمفيات التائية ، ويزيد التوسع الوعائي وتكاثر الخلايا البطانية[42].
- سجلت الدراسة أيضاً إن جريان الدم القاعدي أقل وإن التوسع الوعائي التالي لحقن الببتيد المتعلق بمورثة الكالسيونين في الأدمة أعلى لدى مرضى الحاصة البقعية بالمقارنة مع الشواهد . لكننا مازلنا بحاجة لمزيد من الدراسات لمعرفة مدى أهمية هذه الموجودات[43].

بالنسبة للفرضية الفيروسية :

هناك شك قديم أن الحاصة البقعية من منشأ خمجي ، لكن لم يتم عزل عامل خمجي من المرضى بشكل ثابت ، وقد أجريت عدة محاولات لعزل الفيروس المضخم للخلايا CMV، وفيروس ابشتاين بار لكن معظم الدراسات كانت سلبية [44][45] . ولوحظ من خلال الدراسات ترافق الحاصة البقعية مع تسوس الاسنان وهذا ما دعم الفرضية الخمجية .

بالنسبة للفرضية النفسية :

لم يتم اثبات دور التوتر والحالة النفسية للمريض كسبب لظهور الحاصة البقعية انما أثبت دورها كمعرض في حال وجود استعداد شخصي ووجود قصة عائلية .

وقد وجد ارتفاع نسبة الأمراض النفسية كالأكتناب والقلق لدى المرضى بالمقارنة مع الاشخاص الطبيعيين.

4. السريريات :

أ - المظاهر السريرية :

تتظاهر الحاصة ببقعة أو عدة بقع ملساء [47]، حمامية قليلاً أو بلون الجلد ، خالية من الشعر مدورة بيضوية غير ندبية، ولم تسجل تغيرات في البشرة مرافقة لفقد الشعر، ذات تطور سريع عادة (أيام – أسابيع) [48]، الشكل رقم (2) .



الشكل رقم (2): حاصة بقعية

الأفات غالباً لا عرضية، لكن في 14 % من الحالات يعاني المريض من حكة ، ونادراً حس حرق أو ألم [49] . ويشكو المريض عادة من التشوه الجمالي الحاصل [50] ، والشدة النفسية المرافقة [51].

إن علامة التعجب للأشعار (وهي أشعار تتضيق عند نهايتها القريبة) علامة واسمة لكنها لا توجد دائماً ، يشير اختبار السحب الإيجابي من حواف اللويحة إلى أن المرض فعال ومنه نتوقع احتمال فقد أشعار أخرى ، بالإضافة لفقد الشعر من أماكن مشعرة أخرى[52]. هناك عوامل مؤهبة تسبق ظهور الحاصة البقعية عند 15 % من المرضى الشدة ، الأمراض الحموية ، الرضوض ، العديد من الحوادث الأخرى ولكن لم يثبت ارتباط واضح [54] . وتكون القصة العائلية إيجابية في 10-20% من الحالات .

● التوضع والإمتداد :

تكون الإصابة موضعة غالباً لدى ظهورها [55]، يكون لدى 80% من المرضى بقعة وحيدة فقط ، 12.5 % لديهم بقعتان و 7.7 % لديهم عدة بقع [56]. تصيب الحاصة البقعية الفروة غالباً (67% - 95%) [57][58]. لكنها قد تصيب أية منطقة مشعرة . تصاب اللحية في 28% [59] الشكل رقم (3)، الحواجب في 3.8% [60] الشكل رقم (4) ، والأطراف في 1.3 % من المرضى الشكل رقم (5) وأهداب العين [61] الشكل رقم (6)، وقد تحدث الإصابة في أكثر من منطقة بنفس الوقت . إن الأشكال الشديدة للحاصة البقعية (إصابة أكثر من 50%) هي الأقل شيوعاً . وإن نسبة المرضى الذين يصابون بحاصة بقعية شاملة تتناقص مع التقدم بالعمر .



الشكل رقم (4): حاصة بقعية بالحاجب



الشكل رقم (3) : حاصة بقعية باللحية



الشكل رقم (5) : حاصة بقعية بالساق الشكل رقم (6) : حاصة بقعية بالرموش



• إصابة الأظافر :

توجد إصابة الأظافر لدى 6.8 - 49.4 % من المرضى ، وأشيع ما تشاهد لدى المرضى المصابين بأشكال شديدة للحاصة البقعية . التنقرات هي أشيع الموجودات مشاهدة، الشكل رقم (7) ، وسجل العديد من الاضطرابات الأخرى مثل : خشونة الأظافر ، خطوط بو ، تكسر الأظافر ،

تقعر الأظافر ، ابيضاض الأظافر ، والهليل الأحمر .تسيطر الإصابة عادة في أظافر اليدين الشكل رقم (8).[62]



الشكل رقم (8) :إصابة الأظافر



الشكل رقم (7) : تنقرات الأظافر

ب - تصنيف الحاصة البقعية :

تصنف الحاصة البقعية وفقاً لنموذجها السريري ، والذي يبني على شكل الحاصة ، امتدادها وتوضعها ، في أغلب الأحيان يكون فقد الشعر رقعياً وموضعاً :

❖ النموذجالرقعي Patchy : يشمل فقد الشعر هنا بقعة معزولة دائرية أو بيضوية ، ذات مساحة متبدلة لكنها تشكل جزءاً فقط من المنطقة المصابة [62]، قد تكون وحيدة او متعددة. وتقسم حسب امتدادها إلى :

○ موضعة Localized: تشمل أقل من 50 % من مساحة العضو المصاب ، وهي أشيع أنماط الحاصة البقعية ، وأشيع ما تصيب الرأس [63]، لكنها قد تصيب الحاجب ، الأهداب ، أو الذقن ، وحتى أي منطقة مشعرة في الجسم كالساعد مثلاً[64] .

○ منتشرة Diffuse: وهو شكل نادر من الحاصة البقعية ، ويتألف من رقع عديدة غير ملتحمة ببعضها تغطي مساحة كبيرة من العضو المصاب ، يشبه نفحة طور الراحة، الحاصة الأندروجينية لدى النساء ، وهو يشكل معضلة تشخيصية مع الأمراض السابقة وغيرها [65] .

❖ النموذج الشبكي Reticular: يحدث عندما يكون فقد الشعر أكثر وتلتحم البقع مع بعضها ، وهو قليل المشاهدة[67] .

- ❖ النموذج الثعباني Ophiasis: نموذج مميز من فقد الشعر ، يحدث عندما يكون توضع فقد الشعر في جانبي وأسفل الفروة ، وهو شكل واسم للحاصة البقعية وسهل التشخيص ، إلا أنه يشتهر بمظهره المزعج وإنذاره السيء [69]. وبالعكس ، يحدث نموذج الحاصة الثعبانية المعكوسة Sisaipho عندما يعف فقد الشعر عن جوانب وأسفل الفروة ، وهو نمط صعب التشخيص لأنه يشبه كثيراً الحاصة الأندروجينية ، ولكنه يتميز بأنه أسرع وأشد سيراً منها ، وإن مشاهدة أشكال ثعبانية بينية (محيطية ومركزية معاً) وارد أيضاً الشكل رقم (9).
- ❖ الحاصة الكلية Tolalis: وفيها يفقد 100% من شعر الفروة ، مع بقاء شعر الجسم ، وتقدر بـ 7 % من حالات الحاصة البقعية [70] .
- ❖ الحاصة الشاملة Universalis: وهي تعني فقد كل الشعر من كل المناطق المشعرة في الجسم ، تشبه المرط سريراً لكنها تتميز عنه بأنها مكتسبة ، ومن غير النادر مشاهدة أشعار زغبية (بيضاء غالباً) وخاصة على الفروة بدلاً من الأشعار الانتهازية ، وقدرت نسبتها في إحدى الدراسات بـ 1 % من حالات الحاصة البقعية [71].



الشكل رقم (9): الحاصة الثعبانية

ت - الأمراض المرافقة :

نظراً لكون العديد من الأمراض المرافقة للحاصة البقعية تحدث بشكل نادر عند عامة الناس فإنه تتوجب دراسة عدد كبير من مرضى الحاصة البقعية لتحري إن كانت هناك زيادة في حدوثها حقاً لديهم . أجريت دراسة كبيرة مستعرضة راجعة على 2115 من المرضى الذين يعانون من الحاصة البقعية في المراكز الطبية الأكاديمية في بوسطن على مدى فترة 11 عاماً تتضمن ارتفاع معدل انتشار اضطرابات المناعة الذاتية والظروف المرضية الأخرى . وشملت الأمراض المناعية الذاتية: [73][74][75]

أمراض الغدة الدرقية (14.6 %) ، داء السكري (11.1 %) ، مرض التهاب الأمعاء (6.3 %) ، الذئبة الحمامية (4.3 %) ، التهاب المفاصل الرثياني (3.9 %) ، الصدفية والتهاب المفاصل الصدفي (2 %) .

تضمنت الأمراض المرافقة الأخرى :

الأمراض التأتبية /التهاب الأنف التحسسي، والربو/ (38.2 %) ، التهاب الجلد بالتماس والاكزيما الأخرى (35.9 %) ، مشاكل الصحة العقلية /الاكتئاب أو القلق/ (25.5 %) ، ارتفاع شحوم الدم (24.5 %) ، ارتفاع ضغط الدم (21.9 %) والقلس المعدي (17.3 %) .

ث - السير والأنداز :

إن الحاصة البقعية مرض حميد ومعظم المرضى غير عرضيين ، لكنها قد تؤدي لشدة نفسية لدى المصابين [76] حيث يصبح قلقهم حول مظهرهم الخارجي أمراً هاماً مما ينعكس سلباً على حياتهم وعملهم وتواصلهم مع المجتمع وعلى من يحيط بهم ، ومن الهام جداً مناقشة الموضوع مع المرضى لمساعدتهم على تفهم حالاتهم [77].

لا يمكن التنبؤ بتطور الحاصة البقعية . تحدث اختلافات متنوعة بمدة وشدة المرض بين مريض وآخر . لا توجد أية علاقة بين عدد الآفات عند البدء وبين شدة المرض بعد ذلك [78].

بشكل عام تكون هجمات الحاصة البقعية الموضعية (إصابة أقل من 50 %) محددة لذاتها غالباً ، وتحدث فيها عودة نمو عفوية للشعر في معظم المرضى خلال بضعة أشهر إلى سنة ، مع أو بدون علاج ، بينما النماذج الأخرى الأشد (الثعبانية والكلية) أسوأ إنذاراً [80]. معدل النكس مرتفع إجمالاً في الحاصة البقعية ، سواء في نفس المكان المصاب سابقاً أو في مكان جديد [81].

وفي دراسة شملت 736 مريضاً ، كان معدل النكس 90 % خلال 5 سنوات . حدثت عودة نمو طبيعية أو قرب طبيعية للشعر خلال فترة جيدة في 44 % من الأطفال و 34 % من البالغين ، بينما حدثت عودة نمو لفترة طويلة في 1 % من الأطفال و 10 % من البالغين ، ولم تحدث عودة نمو للشعر في 22 % من الأطفال و 34 % من البالغين [83].

بالنسبة لمرضى الحاصة البقعية الشديدة (أكثر من 50 %) هناك القليل من المعطيات حول طبيعة تطورها ، فمعدل الشفاء العفوي أقل مما هو عليه لدى المرضى ذوي الإصابة الموضعة . ففي دراسة شملت 50 مريضاً لديهم حاصة بقعية شديدة حدث لدى 24 % منهم عودة نمو كاملة أو شبه كاملة خلال مرحلة ما من المراقبة الممتدة 3-3,5 سنة . إن معدل النكس مرتفع كذلك في المرضى المصابين بأشكال شديدة للحاصة البقعية . إن لمرضى الحاصة البقعية الكلية والشاملة إجمالاً إنذاراً سيئاً غالباً ، ويحدث فشل العلاج عند معظم المرضى مع أية طريقة علاجية[84].

تتضمن العوامل التي تشير لسوء الإنذار : إصابة الأظافر ، التهاب الجلد التأتبي ، البدء بسن صغير ، الأشكال الشديدة من الحاصة البقعية [86]، والإصابة المزمنة (أكثر من سنة) . لا يتأثر الإنذار بسن أو جنس المريض ، ولا يزال تأثير التهاب الجلد التأتبي على الإنذار موضع جدل .

5. التشخيص والاستقصاءات: [88] [89]

يمكن وضع التشخيص سريرياً في أغلب الأحيان ، ومن النادر أن تضطر لإجراء خزعة ، لكنها تفيد في حال كون التشخيص السريري غير مؤكد ، وحديثاً دخل التنظير الجلدي Dermoscopy كأداة تشخيصية مساعدة بسيطة ، وغير غازية ، لكنها بحاجة إلى خبرة ، كما أنها ليست قُطعية من حيث قدرتها التشخيصية[90].

أ - التشخيص التفريقي: [92]

- واسع جداً ويختلف باختلاف نموذج الحاصة البقعية ، ومنه على سبيل الذكر لا الحصر :
 - ▶ هوس نتف الأشعار: حيث الأشعار متكسرة وبأطوال مختلفة بالمقارنة مع الشعر الناعم بالحاصة البقعية ، ولكن ممكن أن تتراقان معاً وفي هذه الحالة تساعد الخزعة المأخوذة من منطقة الحاصة البقعية بالتفريق بين الحالتين .
 - ▶ الحاصة الأندروجينية: بدء تدريجي غير حاد لفقد الشعر وتأخذ توزعاً نموذجياً، لا توجد علامة التعجب، و ببعض الأحيان تأتي الحاصة البقعية على شكل فقد شعر منتشر بشكل مشابه للحاصة الأندروجينية ولكن تطورها السريع وانتشارها الأوسع يميزها ولكن بالحالات المشكوك فيها تكون الخزعة مستطبة[94].
 - ▶ الأفرونجي: يترافق مع تظاهرات جلدية أخرى والحاصة تكون على شكل مناطق من فقد الشعر وتأخذ شكل الشعر المأكول بالعث . وأحياناً نلجأ للدراسات المصلية لتأكيد التشخيص.
 - ▶ نفحة طور راحة: ويدخل كتشخيص تفريقي في حالات الحاصة البقعية التي تتظاهر على شكل خفة شعر معممة وهو شكل غير شائع عادة.

► سعة الفروة: وتكون على شكل بقع وسفية وتبدو فيها علامات الالتهاب واضحة ، بالإضافة إلى الضخامة العقدية التي يمكن أن تكون موجودة (يجب أن تؤخذ سعة الفروة بعين الاعتبار لدى كل الأطفال الذين يأتون بفقد شعر بقعي). بينما الحاصة البقعية تفتقد للوسوف [96] .

► المرط (ت ب ت للحاصة الشاملة)

► الحاصات الندية : والتي ممكن أن تنتج عن الحزاز المسطح الشعري ، الذئبة الحمامية القرصية ، التهاب الأجرة المسلخ ، وهي تتميز بتخرب دائم للجريب الشعري ، وفقد الشعر عادة بقعي مع غياب فتحات الأجرة والمظاهر الأخرى المرافقة تعتمد على الآلية المرضية المرافقة وتتضمن : الحمامى ، التقشر ، السدادات الجريبية ، التقيح [97].

► حاصة الوسادة (الرضع) : هي فقد فيزيولوجي للأشعار في مؤخر رأس الوليد بسبب الاضطجاع والفرك على الوسادة، ويظهر الشعر من جديد عند بدء الدورة الشعرية الجديدة.

► حاصة بروك (غياب فوهات الأجرة الشعرية)

► الحاصة المثلثية : وهي عيب تطوري في جريبات الشعر تظهر عند الرضع أو في مرحلة الطفولة على شكل بقعة دائرية أو مثلثية من فقد الشعر بالقرب من خط الشعر الجبهي الصدغي . وهذا الإضطراب يمكن أن يكون أحادي أو ثنائي الجانب ، وهو مستمرطيلة الحياة . الفحص السريري الدقيق و الخزعة يظهران أشعار زغبية .

ب - التنظير الجلدي

يبدو أن وجود نقاط صفراء هو ملمح مميز للحاصة البقعية وقد سجل وجوده لدى 95 % من المرضى بغض النظر عن مراحل مرضهم الشكل رقم (10). وهذه النقاط الصفراء تمثل خلايا قرنية جرابية متنكسة وزهم في فوهة الأجرة الشعرية . وعلى الرغم من أن النقاط الصفراء قد تشاهد أيضاً لدى المرضى الذكور المصابين بحاصة أندروجينية متقدمة ، إلا أنها لا تشاهد في حالات الحاصة الأندروجينية لدى الإناث ، الحاصة الندية ، أو نفحة طور الراحة [99].

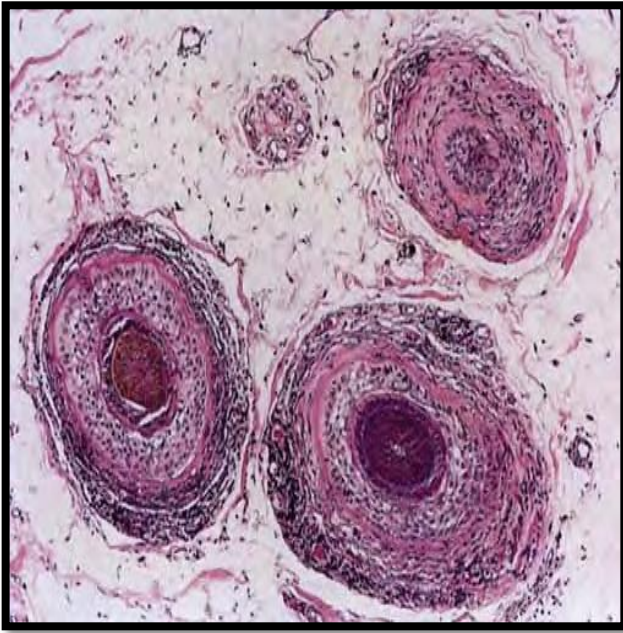
ت - التشريح المرضي

من الممكن القيام بالتشخيص النسيجي للحاصة البقعية وذلك عند عدم وجود معطيات وصفية [100].

من الأفضل إجراء خزعتين عن طريق الـ punch تصل حتى النسيج الشحمي ما تحت الجلد واحدة تجرى عليها مقاطع عامودية الإعتيادية والأخرى مقاطع أفقية ، تُفضّل المقاطع الأفقية على العمودية لأنها تسمح بفحص عدة أجرة شعرية وبسويات متعددة الشكل رقم (11) تختلف الموجودات النسيجية في الحاصة البقعية بحسب مدة المرض [101].

إن الملمح الأكثر وصفية هو رشاحة لمفية حول البصلة ، والتي وُصفت أنها تبدو كسرب النحل. غير أن هذا المظهر الوصفي نادر المشاهدة وغالباً ما تشمل الرشاحة فقط القليل من الأشعار المصابة في الخزعة [103]، وفي أغلب الأحيان لا تتواجد رشاحة ، وهذا ما يؤدي لصعوبات في التشخيص . يترافق المرض مع انخفاض مهم في الأشعار الإنتهازية مقابل ازدياد في الأشعار الزغبية ، وتصبح النسبة 1:1.1 (الطبيعي 7:1).

ومن الموجودات الأخرى المفيدة سلس الصباغ في بصلة الشعر والبنى الجرابية الملحقة . يحدث تغير غير نوعي في نسبة أشعار طور النمو إلى طور الراحة [104] ، حيث بالحالة الطبيعية يكون 90 % من الأجرية الشعرية تقريباً بطور النمو و 10 % بطور الراحة ، أما في مرضى الحاصة البقعية ، فيكون 73 % من الأجرية في طور النمو و 27 % في طور الراحة . وفي حالات الحاصة البقعية المزمنة، تصل نسبة الأشعار في طور الراحة إلى 100% تقريباً . قد توجد تغيرات تنكسية في مطرق الشعرة لكنها نادرة [105] .



الشكل رقم (10): الحاصة البقعية بالتنظير الجلدي الشكل رقم (11): التشريح المرضي الحاصة البقعية

ث - الدراسات المخبرية :

هناك ارتباط قوي بين الحاصة البقعية وأمراض الدرق المناعية ، لكن إجراء استقصاءات الدرق لا يكون روتيني عند جميع المرضى إلا في حال كان لديهم قصة عائلية لأمراض درقية وعند وجود أعراض توحي بوجود مشكلة درقية [107].

6. العلاج :

أ - مبادئ عامة : [109]

- ▶ تشكل الحاصة البقعية لدى معظم المرضى مشكلة نفسية وفي بعض الأحيان تشكل إعاقة (مثلاً عندما تصيب الرموش أو تسبب حثلاً ظفرياً)، وفي مختلف أشكال العلاج يكون للطبيب دور أساسي في مساعدة المرضى من أجل تجاوز مشكلتهم . وقد يكون من الضروري في بعض الأحيان اللجوء إلى أخصائي أمراض نفسية [110].
- ▶ نظراً لكون الحاصة البقعية مرض حميد فالعلاج في أغلب الحالات غير ضروري [111].
- ▶ وباعتبار أن الهجوع العفوي والنكس شائعان فيه فإن تثقيف المريض أمر هام جداً ومن الواجب أن نشرح له طبيعة المرض الناكس وكما يجب طمأننته لكون مرضه حميداً لا يهدد حياته وغير معدي ، ولا يعني فقداً دائماً ونهائياً للشعر [112].
- ▶ يعتقد أن العلاجات المستخدمة تُحفز نمو الشعر ، لكن لا دليل يشير إلى أنها قد تغير من التطور الطبيعي للحاصة البقعية ، أي أن على المريض أن يدرك بأن علاجه لن يعطيه مناعة ضد هجمات جديدة .
- ▶ يجب أن يتم اختيار التقنية العلاجية حسب شدة فقد الشعر وعمر المريض ووضعه الاجتماعي وعمله . يجب أن تعطي المريض الوقت الكافي لمناقشة الخيارات العلاجية معه لأن هذا يجعله أكثر تعاوناً.
- ▶ أغلب علاجات الحاصة البقعية ، وهي كثيرة للغاية ، من المعدلات المناعية [113] ، اعتماداً على فرضية أنها مرض مناعي ذاتي ، ويعد المينوكسيديل أبرز الخيارات العلاجية الأخرى .

ب - العلاجات الموضعية : [114]

وتتضمن :

- الكورتيكو ستيروئيدات .
- المينوكسيديل الموضعي .
- الأنترالين.
- العلاج المناعي .

(1) الكورتيكوستيروئيدات *Corticosteroids* :

وتشمل العلاجات الموضعية بالكورتيكوستيروئيدات كلاً من الحقن ضمن الآفة والتطبيق الموضعي (كريم أو محلول) ، ويعتبر الحقن ضمن الآفة هو الخط العلاجي الأول في الحالات الموضعية [115].

حقن الستيروئيدات : ينصح بها لدى البالغين الذين لديهم بقع معزولة من فقد الشعر . وهذه الأدوية تحقق بشكل مباشر ضمن بقعة الحاصة البقعية لتحريض نمو الشعر ، ويمكن أن تلاحظ عودة نمو الشعر خلال عدة أسابيع ، ويكرر الحقن كل 4-6 أسابيع حتى تصبح عودة نمو الشعر تامة . يحقن Triamcinolon 2,5-5 مغ /مل ضمن الأدمة على الوجه والحوارب والذقن . وبتركيز 5-10 مغ / كغ حقناً في القسم العلوي من النسيج الخلوي تحت الجلد بمنطقة الفروة . تحقق حجوم صغيرة (≥ 0.1 مل) في مواقع مختلفة تبتعد عن بعضها مسافة 1 سم . الجرعة الكلية في الزيارة تحدد بحسب تحمل المريض لكنها عادة حوالي 20 مع على الفروة ، وإن عودة نمو الشعر تلاحظ مرئياً خلال أربعة أسابيع.

إذا لم تكن هناك استجابته بعد 6 أشهر ينصح بعدم متابعة العلاج [116] .
التأثيرات الجانبية : ضمور الجلد الموضعي والذي غالباً ما يزول خلال عدة أشهر . كذلك توسع الشعريات ونقص التصبغ .

إن الحقن الوجهي يجب أن يجرى بحذر وخاصة لدى الأفراد ذوي الجلد الغامق حيث أن حدوث نقص التصبغ لديهم دائماً [117] .

تثبيط قشر الكظر يمكن أن يحدث لدى المرضى المعالجين بجرعات عالية عن طريق الحقن ضمن الآفة أو بجرعات متكررة .

(2) المينوكسيديل الموضعي :

وهو دواء مشهور يستخدم في علاج الحاصة الأندروجينية ، لكن دوره بالحاصة البقعية ليس بنفس الأهمية [118].

آليته : حالياً لا يعتقد أن التوسع الوعائي يلعب دوراً رئيسياً في فعالية المينوكسيديل المقوية للشعر [119]، فهو يؤثر عن طريق التحفيز المباشر الذي يمارسه المينوكسيديل على الخلايا الجذعية في جراب الشعرة الأمر الذي يدفع باتجاه التحول نحو طور النمو وإطالته ، ويحرض الجريبات الشعرية على إنتاج الشعر . وقد أثبت أن المينوكسيديل له تأثيرات مباشرة مولدة للإنقسام على الخلايا البشرية في الزجاج وفي الحياة . وقد أظهرت بصلات أشعار طور النمو المأخوذة من أشخاص يطبقون المينوكسيديل زيادة ملحوظة في مشعر الإنقسام ، كما تبين أن المينوكسيديل يطيل بقيا الخلايا القرنية في الزجاج [120].

يستخدم المينوكسيديل على المنطقة المصابة بفقد الشعر بمعدل مرتين يومياً ، ويستخدم بتركيز 2% لدى النساء و 5% لدى الرجال .

ويعتبر تركيز 5% للمحلول أكثر فعالية من تركيز 2% .

ويمكن استخدامه بالمشاركة مع علاجات أخرى ويكون العلاج فعالاً عند عودة نمو الشعر خلال 12 اسبوع .

إن المينوكسيديل غير فعال لدى المرضى المصابين بثعلبة بقعية شديدة أو بفقد كامل شعر الفروة.

التأثيرات الجانبية: جفاف وحكة في الفروة ونخالية رأس جافة بسبب سواغه الكحولي . قد يحدث حمى و حس حرق والتهاب أجربة عدي الشكل ، نمو أشعار في المناطق المجاورة . التأثيرات الجانبية الجهازية :ناتجة عن الإمتصاص الجهازى الضعيف (حيث يقدر بـ 1.6-3.9%) من إجمالي الكمية المطبقة على الجلد .وتشمل : فرط أشعار معمم ، صداع ، تشوش رؤية ، هبوط ضغط ،اضطراب نظم .

المحاذير : لايعطى الدواء لمن لديه حساسية للدواء أو لسواغه ، كما لايعطى للحوامل ، المرضعات أو الأطفال دون السادسة من العمر . يعطى بحذر لدى مرضى القلب والأوعية . ينبغى الحذر لدى وصفه لدى مرضى الحاصة البقعية الكلية أو الشاملة (خوفاً من حدوث التأثيرات الجهازية الناجمة عن زيادة الامتصاص الجلدي) وكذلك لدى مرضى صداف الفروة (حيث يزداد الامتصاص بوجود الالتهاب الجلدي) . وكذلك من مشاركته بالريتينيويديات الموضعية التي تزيد من نفوذيته عبر الطبقة المتقرنة إلى الدوران الجهازى .

(3) الأنترالين :

وجد أصلاً لعلاج الصداف ولكن تبين فيما بعد بأنه يحفز إعادة نمو الشعر لدى المصابين بحاصة بقعية خفيفة .

آليه عمله مجهولة لكن الأكثر احتمالاً أنه يحرض الالتهاب بتوليده للجذور الحرة والتي لها تأثير مضادة للتكاثر ومثبطة للمناعة[121].

السواغ المستخدم كريم ، ويجب استعماله بحذر وذلك لأنه مخرش للجلد والعينين ويمكن أن يصبغ الإنسجة .

العلاج بالانترالين غير مريح وبفائدة محدودة وهذا مايجعلنا بشكل عام لانصح به وبشكل خاص لدى الأطفال .

(4) المعالجة المناعية الموضعية:

تعتبر المعالجة الأكثر فعالية لدى المرضى الذين لديهم إصابة شديدة وناكسة في الفروة [122]. وفي دراسة راجعة أظهرت أفضلية المعالجة المناعية الموضعية على حقن الستيرويدات القشرية لدى المرضى الذين لديهم بقع فقد شعر تزيد عن 50 سم² (قطراً). هذه المعالجة تعتمد على تطبيق مادة يعرف بأنها تحدث التهاب جلد أرجي بالتماس على منطقة فقد الشعر . وهذا مايساعد على عودة نمو الشعر [123] . وسبب هذه الاستجابة لايزال غير معروف ولكن التأثير المعدل المناعي على الرشاحة الإلتهابية التي تحيط بالجريبات الشعرية تلعب دوراً هاماً . النظريات التي تركز على آلية العمل هذه تركز على منع الاستجابة المناعية النسيجية عن طريق المنافسة المستضدية وإحداث موت الخلايا للمفاوية أو التأثير على نمط ووظيفة اللمفاويات بالرشاحة الإلتهابية .

الفعالية : أظهرت دراسات مختلفة لمعدلات متفاوتة من الاستجابة أن حوالي 40-60% من المرضى لوحظ لديهم عودة نمو الشعر . و لدى المرضى الذين يكون لديهم مرض شديد أو مطول يكونون أقل استجابة للمعالجة المناعية الموضعية . معدل النكس حوالي 60% مع زمن وسطي للنكس حوالي 2.5 سنة [124].

المواد المستخدمة بشكل شائع بالعلاج المناعي :

الإسترات ثنائية البوتيل لحمض السكواريك (Squaric Acid Dibutylester-

SADBE)والذي فينيل سيكلو بروبنون (Diphenylcyclopropenone - DPCP) يكون العلاج مرة واحدة كل إسبوع ويطبق بالبداية تركيز منخفض ويزداد التركيز تدريجياً كل أسبوع حتى نتوصل لتحريض التهاب جلد أرجي بالتماس معتدل يستطيع المريض تحمله. يسمح علاج نصف الرأس فقط للطبيب أن يستخدم النصف غير المعالج كشاهد وحالما تبدأ عودة النمو في النصف المعالج يصبح من الممكن تطبيق العلاج على كامل الفروة ، وفي حال حدثت عودة النمو البدئية في الجانبين فمن المحتمل أنها عفوية . ورغم ذلك لايمكننا أن نستبعد دور العلاج .

ينصح بتجنب إحداث التهاب جلد شديد بالتماس ، بالمقابل يوصى المرضى بتجنب تعريض الفروة للضوء لمدة 48 ساعة لأن المواد الكيميائية تتدرك بالضوء ، كما ينصح المرضى بتجنب غسل الفروة لمدة 48 ساعة .

تشاهد عودة النمو البدئية خلال 12-24 إسبوع ، وحالما نصل لعودة النمو المقبولة جمالياً يصبح بالإمكان تخفيض العلاج تدريجياً . ينكس كل المرضى تقريباً إذا قطع العلاج لذلك من الضروري استخدام معالجة داعمة (صيانة).

وأشيع التأثيرات الجانبية ظهور : الحكة والتخريش والتقشر . ويمكن أن يحدث اعتلال عقد
لفاوية رقبية وتغيرات تصبغية .

ت - العلاجات الجهازية :

(1) المعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA):

يتناول فيها المريض دواء محسناً ضيائياً (إما أن يطبق على الجلد أو أن يتناوله المريض
فمويًا) ثم يتعرض إلى الأشعة فوق البنفسجية . ويمكن أن تكون هذه المعالجة مفيدة لدى
الأشخاص المصابين بحاصة بقعية شديدة في حال عدم توفر المعالجة المناعية الموضعية .
تستمر فترة العلاج حوالي 4-6 أشهر.

اختلف عدد الجلسات اللازمة لعودة تنمو الشعر ، لكن في معظم الحالات كان 20-40
جلسة كافيًا، وفعالية العلاج تقدر بـ 60-65% بالرغم من معدل النكس العالي .

التأثيرات الجانبية للبوفا : الحرق وزيادة خطر سرطان الجلد خاصة لدى ذوي البشرة
الفاتحة[126] [127].

(2) الكورتيكوستيروئيدات الجهازية :

يكون استخدام الكورتيكوستيروئيدات الجهازية لعلاج الحاصة البقعية مبرراً في بعض
الأحيان ، لكن يجب أولاً أن نقارن النكس المحتمل التالي لوقف العلاج و التأثيرات
الجانبية للستيروئيدات مع فوائد العلاج .
إن آلية عمل الستيروئيدات لاتستخدم بشكل اعتيادي بسبب تأثيراتها الجانبية عند
الإستخدام طويل الامد .

تعطى بطريقة نبضية فموية حيث لم يذكر لهذه الطريقة بالمعالجة تأثيرات جانبية هامة
ولكن لايمكن نفيها . والفائدة على المدى الطويل لم يتم إثباتها[128] .

(3) السلفاسالازين :

هو دواء له تأثير معدل مناعي ومثبط مناعي .وأظهرت دراسات راجعة نجاح المعالجة
لدى ربع المرضى المصابين بالحاصة البقعية . بالإضافة إلى ذلك وصلت معدلات
النكس إلى 45% .

التأثيرات الجانبية للسلفاسالازين يمكن أن تتضمن تأثيرات معدية معوية، صداع، حمى، طفح ، وبشكل أقل احتمالاً اضطرابات دموية وسمية كبدية. بداية العلاج بجرعة منخفضة يمكن أن تنقص الأعراض المعدية المعوية. يمكن أن يعالج بـ 0.5 غ مرتين يومياً لمدة شهر ثم 1 غ مرتين يومياً لمدة ثلاثة أشهر على الأقل . إن تعداد كريات الدم الكامل واختبارات وظائف الكبد يجب أن تراقب بشكل مستمر خلال أول ثلاثة أشهر من المعالجة ثم كل 3-6 أشهر [129].

(4) الميتوتركسات :

تبين في دراسة مجراة على 22 مريض بحاصة كلية أو شاملة فائدة لدى العلاج بالميتوتركسات . وفي تجارب كان العلاج مخيباً للأمل وذو تأثيرات سمية هامة [130].

(5) السيكلوسبورين :

استخدم موضعياً وجهازياً في علاج الحاصة البقعية . ولا تزال آلية عمله غير واضحة كلياً ، لكن وجد في المرضى الذين حدث لديهم عودة نمو الشعر أنه يؤثر على الخلايا المناعية ويغير نسبة اللمفاويات بالأجربة الشعرية (CD4/CD8) من جهة ومنجهة أخرى من المعروف أنه يحدث فرط أشعار في المرضى المعالجين به لأمراض أخرى غير متعلقة بفقد الشعر . حدثت عودة مؤقتة لنمو الشعر في دراسة على ستة مرضى معالجين بالسيكلوسبورين الموضعي فعالية محدودة ، وعلى الرغم من أن السيكلوسبورين الجهازى يبدو فعالاً بالحاصة البقعية إلا أن تأثيراته الجانبية السلبية والنكس التالي لوقف العلاج يجعلان السيكلوسبورين خياراً علاجياً غير مفضل في الحاصة البقعية [131].

(6) معدلات مناعية أخرى :

التاكروليموس / الأنترفيرون / الدابسون / المعالجة البيولوجية بما أن الحاصة البقعية تصنف كأضطراب متواسط بالمناعة فقد تم تجربة العلاج بالعوامل الحيوية والتي تؤثر على وظيفة الخلايا اللمفاوية التائية بشكل مباشر أو غير مباشر . ولم تعتبر هذه الأدوية علاجات فعالة .

ث - تقنيات علاجية أخرى :

• ليزر الاكزيمر 308 نانومتر :

تتجسد آلية عمله بإحداث موت خلوي للخلايا التائية ، حيث لا توجد دراسات كثيرة عن استخدامه ، وفي حالات قليلة ترافقت المعالجة بالاكزيمر ليزر مع تحسن بالحاصة البقعية المحددة على الفروة . بينما لم يستجب المرضى المصابون بثعلبة كلية أو شاملة [132] .

• Bexarotene الموضعي :

أجريت دراسة طبق فيها بشكل موضعي على الفروة ، وبعد 24 اسبوع ، أظهر 42 مريضاً (12 %)تحسناً وعودة نمو الشعر في حوالي 50 % من المناطق المعالجة على الفروة ، ولدى 6 مرضى (14%) حدث عودة نمو على كلا الجانبين من الفروة وسبب عودة نمو الشعر بشكل ثنائي الجانب لا يزال غير واضح[133] .

• الحل الضوئي الحراري المجزأ :

ذكرت عودة نمو الشعر الكاملة التي تتلو المعالجات المتعددة بليزر الحل الضوئي الحراري المجزأ لدى مريض مصاب بثعلبة بقعية معقدة على العلاج بالمنوكسيديل الموضعي وحقن ستيرونيدات ضمن الآفة[134].

• مضاهئات البروستاغلاندين :

حيث لوحظ أنه يحدث فرط أشعار على الرموش عند معالجة الزرق [135]وهذا ما قاد لأجراء دراسات سريرية عن فعالية هذه الأدوية لعلاج الحاصة البقعية التي تشمل الرموش والحواجب .

• طرق تجميلية :

شعر مستعار لمن لديهم حاصة بقعية شديدة ، عند الرجال يمكن أن يفضلو حلاقة الشعر بالاماكن السليمة على استخدام الشعر المستعار، وشم الحواجب واستخدام الرموش الصناعية .

• جراحة :

المداخلات الجراحية ليست من العلاجات المفضلة بالحاصة البقعية على عكس الحاصة الأندروجينية تماماً ولكن في الحالات المعقدة التي لا تبدو فيها بارقة أمل على تحسن المرض هناك تقارير نادرة عن علاج ناتج لمثل تلك الحالات عبر زرع الشعر[136].

7. الوقاية :

الحاصة البقعية مرض غير معدي ولا يمكن التنبؤ بحدوثه . لا يوجد علاج فعال يمنع تطور المرض ، ولدى معظم المرضى لا نتمكن من كشف أي عامل محرض يفسر تطور المرض .

التأثيرات النفسية للحاصة البقية :

تعتبر الحاصة البقية من الأمراض الجلدية الهامة التي تؤثر على الحياة النفسية والعاطفية لدى المرضى ويقلل هذا من تقدير الذات حيث يشعر العديد منهم بعدم ارتياح والخجل من وضعهم ويخلق خوفاً من تقييم الآخرين لهم ويؤثر بالتالي على نوعية الحياة [137].

وهذا الشعور بالحرج والقلق قديومي للإكتئاب وينتهي باللعزلة الاجتماعية. وعلاوة على ذلك، فالحاصة البقية هو اضطراب يؤدي لإحداث تشوه وتغير في الشكل الخارجي ، ففقدنا الشعور وخاصة الرموشو الحواجب التي تساعد على تحديد وجه الشخص، يعنى أن الشخص يبدو مختلفاً جداً، ويمكننا اعتبار تساقط الشعر هو ضعف بالتطابق مع معايير المظهر الخارجى جيداً لاجتماع [138].

العلاقة بين الأمراض النفسية والحاصة البقية

العديد من الدراسات وصفت أن المرضى الذين يعانون من الحاصة البقية كان لديهم اضطرابات نفسية مثلاً لاكتئاب، والقلق، والرهاب الاجتماعي، واضطرابات التكيف واضطرابات جنون العظمة، في كثير من الأحيان بشكل أكبر من الأشخاص غير المصابين (مجموعة الشاهد)

وقد وجد أن المرض النفسي يكون مترافق أكثر عند المرضى مع التشخيصات الجلدية وكان ذلك ملاحظ بشكل أكبر عند مرضى الحاصة البقية .

الأشكال المتنوعة من الحاصة البقية ممكن أن تؤدي الى مشاكل نفسية مختلفة .

الحاصة البقية بشكل عام الناكسة والمتكررة بنفس المكان أو في أماكن مختلفة ، وكذلك الغير مستجيبة على العلاج تسبب للمريض مشاكل نفسية .

وكان للمشكلة النفسية التي تسببت بها الحاصة البقية دور أيضاً في انخفاض نسبة الإستجابة على العلاج لدى المرضى ،

وبالتالي يدخل المريض في حلقة من الاسباب والمحرضات فالشدة النفسية تحرض الحاصة البقية والتي بدورها مع ازمانها ونكسها تؤثر على الحالة النفسية للمريض وتزيد سوءاً وبالتالي تسبب انخفاض الإستجابة للعلاج

وبالتالي على الرغم من أن الحاصة البقية مرض غير مؤلم وغير مهدد للحياة لكن تساقط الشعر المفاجئ يسبب التعب النفسي لدى المريض وانخفاض احترام الذات وهذه الآثار السلبية تؤدي لتغير العلاقات الاجتماعية للمرضى والنشاطات اليومية له وبالتالي تؤثر بشكل غير مباشر على المجتمع .

في دراسة حالة شاهد أجريت على 5117 مريض يعاني من الحاصة البقية في تاوان والتي أجريت على مدى 9 سنوات عن الأمراض النفسية المصاحبة لمرضى الحاصة البقية كان أكثر الإضطرابات النفسية هو القلق يليه الإكتئاب . وهناك زيادة بحالات القلق والإكتئاب والوسواس القهري بعينة المرضى بالمقابل لوحظ ازدياد تواتر وجود الفصام عند مرضى الشاهد .

خطر وجود الأمراض النفسية تبعاً لعمر المريض :

المرضى الذين يعانون من الحاصة البقية بعمر أقل من 20 سنة لوحظ لديهم خطر أكبر للإصابة بالإكتئاب وبالمقابل لم يكن هناك علاقة ذات قيمة إحصائية بين بقية الأمراض النفسية وبين الإصابة بالحاصة بالمرضى الأطفال أو بفترة المراقبة . وتفسير ذلك أن الطفل أو المراهق يتعرض للسخرية من قبل أقرانه وهذا ينعكس سلباً على حالته النفسية .

بينما المرضى بعمر 20-39 سنة وجد نسبة قليلة ممن عانوا من القلق ونسبة أقل ممن عانوا من الفصام والوسواس القهري .

بينما المرضى بأعمار 40 – 59 وجد أعلى نسبة للإصابة بالقلق والوسواس القهري .

بينما المرضى بالأعمار أكثر من 60 لم يكن هناك دلالة إحصائية هامة بين الحاصة البقية ووجود الإضطرابات النفسية .

الفواصل الزمنية بين تشخيص الحاصة البقية وبين الأمراض النفسية :

تم تقييم كل الفترات الزمنية بين وجود الحاصة والأمراض النفسية ووجد أن 50 % من الإضطرابات النفسية سبقت تشخيص الحاصة البقية بعدة أشهر أو سنوات .

بينما 50 % الأخرى كانت الأمراض نفسية بعد تشخيص الحاصة البقية

وبالنسبة لتفصيل الأمراض النفسية المرافقة للحاصة البقية وعلاقتها الزمنية معها :

كان القلق قد سبق وجود الحاصة البقية في بـ 46 % من الحالات

بينما كان الإكتئاب قد سبق وجود الحاصة بـ 54 % من الحالات

بينما كان الوسواس القهري قد سبق الحاصة بـ 38 % من الحالات

الآلية الأمراض لتفعيل الأمراض النفسية المترافقة مع الحاصة البقية :

تم اقتراح وجود تفاعل بيوكيماوي بين بصيلات الشعر والدماغ عند التعامل مع الضغط النفسي وهو يعتبر سبب محتمل لحدوث الحاصة البقية (التوتر الهرموني العصبي). حيث وجد أن الجلد وملحقاته تولد دفاع جلدي ضد الضغوطات وذلك تحت تحريض المحور الوطائي النخامي الكظري (HPA) hypothalamic-pituitary-adrenal axis الهرمون المطلق للموجهة الكظرية (CRH) يحفز هرمون قشر الكظر (ACTH) لرفع مستوى الكورتيزول بالجلد وبصيلات الشعر .

وبالتالي في حالات التوتر النفسي ترتفع الهرمونات المرتبطة بالتوتر مثل CRH و ACTH يسبب هذا زيادة تنشيط الخلايا البدنية بالجلد ويسبب زيادة التحبب وبالتالي إطلاق السيتوكينات وخاصة الخلايا البدنية ماحول الجريبية والتي بدورها تسبب انحدار البصيلات الشعرية (فترة التراجع) .. وهكذا وهي الأمراض الأكثر شيوعاً للإضطرابات النفسية في تفعيل الإصابة بالحاصة البقية ، دراسات أخرى توصلت أن الإجهاد المزمن وما ينتج عنه من زيادة نسبة الكورتيزول بالجلد قد يؤدي لسمية عصبية عن طريق زيادة الغلوتامات في الحصين (hippocampus) ولوحظ مستويات أعلى من الغلوتامات النخاعي في المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري مقارنة مع الشاهد

وإن كلا الفرضيتين المحور الوطائي- النخامي- الكظري والغلوتامات مترابطة للغاية في التسبب بالقلق والوسواس القهري وهي مشابهة لفرضية التوتر الهرموني العصبي بتحريض الحاصة البقية ، على الرغم من أن الأعضاء المستهدفة تختلف في القلق والوسواس القهري عنه بالحاصة البقية ويمكن للتأثير الهرموني العصبي المرتبط بالتوتر أن يؤثر على كل من الجلد والدماغ والتي ممكن أن تحرض أمراض مختلفة عند نفس المريض .

ولذلك فإن التسلسل الزمني بين الحاصة البقية والإضطرابات النفسية قد تعتمد على استجابة وحجم الضغط وتأثيره على الأعضاء المختلفة وبالتالي نتوصل أن علاج كل من الحاصة البقية والأمراض النفسية مهم .

وكذلك فإن القلق والوسواس القهري غير المعالج يؤدي الى ارتفاع مستوى الغلوتامات والكورتيزول وبالتالي يؤدي لتفاقم الحاصة البقية وكذلك فإن الحاصة البقية المزمنة والناكسة تسبب المزيد من الضغط والتي تؤدي بدورها لتفاقم القلق والوسواس القهري .

علاقة الحاسة البقعية مع مرض الفصام :

نادرا ما تم الإبلاغ عن العلاقة بينالحاسة البقعية وانفصام الشخصية دراسة واحدة أهتمت بتقييم نسبة الفصام المرضية في المرضى الذين يعانون منالحاسة البقعية ولم تكشف أي ارتباط بينالحاسة البقعية و الفصام .وتفسير ذلك أن الاضطرابات في الدوبامين العصبي ضرورية ل الفيزيولوجيا المرضية لمرض انفصام الشخصية ، وقد كشفت الدراسات أن هناك ضعف بعمل الدوبامين عند ارتفاع مستويات الغلوتامات والتي ترتفع عادة عند مرضى الحاسة .

والمستويات العالية للغلوتامات في القلق / الوسواس القهري بينما نقص مستوياتها في انفصام الشخصية قد يفسر جزئيا زيادة وانخفاض مخاطر هذه الاضطرابات في المرضى الذين يعانونالحاسة البقعية ،وقد أظهرت تقرير حالة أن مرضى الفصام يطورونالحاسة البقعية بعد العلاج مع الزوتيبين (zotepine)، هو من الأدوية المضادة للذهان التي يمكن أن تزيد افراز الغلوتامات وبالتالي تزيد حدوث الحاسة البقعية .

وبالتالي الحاسة البقعية يمكن أن يكون لها عواقب خطيرة نفسية واجتماعية، حيث تسبب المعاناة النفسية الشديدة، وبالتالي مشاكل شخصية واجتماعية وكذلك مشاكل متعلقة بالعمل.

تؤدي الحاسة البقعية أيضا إلى الاكتئاب والقلق والرهاب الاجتماعي في عدد من المصابين

هذه العلاقة بين الحاسة البقعية والعواقب النفسية والاجتماعية يمكن أن تكون معقدة حيث أن الحاسة البقعية ممكن أن تنجم عن حالة شدة نفسية، ومن ثم نفسها الحاسة البقعية تؤدي إلى مزيد من الشدة

هنا كأدلة على أن للأحداث المجهدة في الحياة دورا هاما في إحداث بعض الآفات من الحاسة البقعية .

حيث أن النساء اللواتي يعانين من ارتفاع الضغط أكثر عرضة لتجربة فقدان الشعر 11 مرة من أولئك الذين لا يعانون من قصة ارتفاع الضغط، وترتبط زيادة معدلات انتشار الاضطرابات النفسية مع انتشار الحاسة البقعية مما يشير إلى أن الأشخاص الذين يعانون من الحاسة البقعية قد يكونوا في خطر أعلى لتطوير الاكتئاب، اضطرابات القلق، الرهاب الاجتماعي أو اضطراب جنون العظمة.

التأثيرات النفسية للحاصة البقية على النساء:

الشعر أمر أساسي لتحديد هوية العديد من النساء ويرتبط بشكل كبير بأنوثتها وبالعلاقاتها الجنسية وبجاذبيتها وشخصيتها بشكل أكبر من الرجال . وبالتالي فإن فقدان الشعر يؤثر تأثيراً خطيراً على احترام الذات وصورة الجسد .

وتشير الدراسات إلى أننا 40 في المائة من النساء المعالذين لديهم آفة تساقط أشعار لديهم مشاكل زوجية تؤثر بالتالي على حياتهم الشخصية وعلاقاتهم الاجتماعية وقد تسبب مشاكل أسرية .

في دراسة أجريت على إناث مصابات بمرض سرطان مع أو بدون قصة حاصة كانت الإناث مع فقدان شعر قد تناقصت لديهم صورة الذات .

وعند دراسة النساء اللواتي تعرضن لتساقط أشعار بعد العلاج الكيماوي وجد أنهم تعرضوا للحرَج وفقدان الشعور بالذات وذكرت بعض منهم أن فقدان الشعر كان أكثر صعوبة من فقدان الثدي عند اللواتي لديهم سرطان ثدي .

التأثيرات النفسية للحاصة البقية على الأطفال :

عند دراسة الحالة النفسية للأطفال مصابين بحاصة بقية وجد ارتفاع نسبة المشاكل النفسية لديهم بالمقارنة مع الشواهد (الذين زارو طبيب أطفال لحالة جلدية أخرى) ، وكانوا أكثر قلقاً وإكتئاباً وعدوانيةً وممكن أن تؤدي للجنوح عند الأطفال أيضاً وكانت الفتيات أكثر تأثراً

العلاج النفسي للحاصة البقية:

درست القليل من الأبحاث فعالية العلاج النفسي كوسيلة لتمكين مرضى الحاصة البقية من التعامل مع الآثار النفسية للمرض .

وقد ركزت معظم الدراسات حول شرح طبيعة المرض للمريض و تأقلمه مع المرض ولم تتطرق بشكل مهم للإستراتيجيات العلاجية للأمراض النفسية .

ووصفت إحدى الدراسات للحد من المشاكل النفسية فوائد استخدام مجموعة من الأشخاص لدعم المرضى

ومجموعة الدعم مؤلفة من : المريض ، الممرضات ، الأطباء والعاملين في الرعاية الصحية . ولكن لا يوجد دليل على فعالية هذه الجماعات .

الأبحاث المستقبلية :

دراسة فعالية العلاج النفسي لمرضى الحاصة البقعية وتطوير وسائل لمساعدة المرضى للتعامل مع الآثار النفسية لمرضهم وتوجه أيضاً الدراسات نحة استخدام العلاج الأسري والشمورة بين أفراد العائلة .

بالإضافة لتطوير بحوث وبائية لتحديد معدل انتشار الحاصة البقعية وتحديد التحيز الجغرافي والسكاني وتحديد أنواع الحاصة البقعية حيث تشير الأدلة على أن الحاصة البقعية أكثر انتشاراً في مناطق الحرب واللاجئين .

توجه الدراسات نحو تحديد العوامل الشخصية (الفردية) لتطوير الحاصة البقعية والمشاكل النفسية المتعلقة بها وتشمل : العوامل الشخصية ،وجود قصة سابقة ، نمط الحياة ، الحالة الإجتماعية والدعم الاجتماعي له ، العمر و الجنس .

نوعية الحياة (QOL) Quality of Life:

إن نوعية الحياة هي درجة المتعة أو الرضا التي يشعر بها الشخص في كل يوم من حياته[139]. العديد من الدراسات استخدمت مقاييس ذات مصداقية إما عامة (تقيس نوعية الحياة بشكل عام) أو خاصة بالأمراض الجلدية، إن المقاييس العامة مفيدة لأنها تسمح بالمقارنة المباشرة مع جمهرة أخرى من المرضى ولكن ينقصها النوعية تجاه المرضى وكونها مطولة بشكل كبير وهذا ما يؤدي للعديد من الصعوبات في تفسير النتائج، أما المقاييس الخاصة بالمرضى والنوعية للأمراض الجلدية فهي أكثر حساسية ولكنها لا تسمح لنا بالمقارنة مع مجموعة من المرضى غير الجلديين.

إن نوعية الحياة (QOL) Quality of life هي مفهوم متعدد الأبعاد من الصعب تعريفه أو قياسه. قامت منظمة الصحة العالمية (1995)بوضع تعريف لنوعية الحياة على أنها: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة و القيم التي يعيش فيها و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع:أهدافه، توقعاته،قيمه،واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية،حالته النفسية،مستوى استقلاليتة،علاقاته الاجتماعية،اعتقاداته الشخصية و علاقته بالبيئة بصفة عامة[140].

وأيضاً قام كل من Gillam و Feinstein بتعريف نوعية الحياة بأنها المواقف التي يتحسس بها المريض ويرتكس أو يتفاعل مع حالته الصحية وكذلك مع الآخرين.

وتبعاً لهذا التعريف فإن العوامل التي تكون نوعية الحياة تتألف من مكونات جسدية، وظيفية، انفعالية و ذكائية، وبرغم التعاريف الكثيرة لنوعية الحياة فإن الغالبية العظمى من الباحثين يتفقون بأن العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة يجب أن تقسم إلى مجموعتين[141]:

عوامل شخصية وعوامل موضوعية Subjective and Objective:

تتضمن **العوامل الشخصية**: التقييم الشخصي للحالة الجسدية (مثلاً الفعالية العامة، اللياقة) الحالة النفسية (القلق، الاكتئاب، تقييم الذات وصورة الذات)، العوامل الاجتماعية (الرضا عن العمل والكسب المادي، وأوقات الفراغ)، العلاقات مع الأشخاص الآخرين (شبكة العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الأشخاص الآخرين).

أما العوامل الموضوعية Objective فإنها تشير إلى التشخيص الطبي أو النفسي ، النتائج المخبرية، المؤشرات على الحالة الاقتصادية والاجتماعية (متوسط دخل الفرد لدى الأسرة في المجتمع ككل). ومما سبق يتبين بأن الحالات الصحية سواء أكانت جسدية أم نفسية تشكل جزءاً مهماً من تقييم نوعية الحياة.

إن نظرة الذات يمكن أن تؤدي إلى مشاعر وانفعالات إيجابية في حال كانت سوية أو أن تؤدي إلى قلق وخوف واضطرابات تأقلمية في حال كانت غير سوية[142]. وبالتالي فإن صورة الذات بتأثيرها على الحالة العقلية فإنها تؤثر بشكل غير مباشر على نوعية الحياة، إنه من المهم هنا التأكيد على أن صورة الذات ذات أهمية قصوى في الأمراض التي تغير من مظهر المريض .

وبما أن الأمراض الجلدية بما فيها الحاصة البقعية والتي تؤثر على المناطق المكشوفة ، فإنه يؤثر على صورة الذات وبالتالي، يؤثر وبشكل غير مباشر على نوعية الحياة[143]. إن تغيير المظهر الخارجي في الحاصة البقعية يسبب للمريض الإحباط، القلق و الاكتئاب وبالتالي يؤثر بشكل مهم على الحالة النفسية للمريض وعلى قبوله لذاته وعلى طبيعته الاجتماعية وتأقلمه مع الآخرين، إن تناقص قبول الذات، نقص تقدير الذات، صورة الجسد السلبية والإحساس بالدونية وانعدام الكفاءة ، قد لوحظ لدى مرضى الحاصة البقعية، وبناء على ذلك يمكن أن نوضح تأثير الحاصة البقعية على نوعية الحياة.

لم نحتاج لقياس نوعية الحياة عند مرضى الجلد:

توجد أسباب عديدة تبرهن أنه من النافع لأطباء الجلد أن يستطيعوا قياس تأثير المرض الجلدي على حياة مرضاهم، ومن المهم أيضاً أن يعلموا أن مرضاهم يمكن لهم أن يتأثروا بالمرض الجلدي تأثيراً مساوياً أو أكبر من تأثير بعض الأمراض الجهازية.

هذا الدليل مهم واستخدم لدعم وتقوية مجادلات ومناقشات فيما يخص تطوير الخدمات الجلدية .
الإجراءات التقليدية المتبعة في الأبحاث السريرية، مثل قياس مساحة أو توسف المرض الجلدي لا تأخذ بالحسبان وجهة نظر المريض، وإن قياس نوعية حياة المريض بالإضافة إلى قياس العلامات السريرية تعطي رسم منظوري شامل لتقييم المرض و تحديد علاجات جديدة.
والأبحاث الحديثة تبدي اهتماماً أكبر بمثل هذه الإجراءات الجديدة الإضافية.
في الوقت الحاضر القليل جداً من الأطباء يقيمون بشكل رسمي جودة حياة مرضاهم مع ذلك أكثر الأطباء يأخذون بعين الاعتبار تصوراتهم لجودة حياة مرضاهم عند أخذ قرارات مصيرية سريرية مثلاً بدء دواء رتينويد جهازي عند مرضى العد أو مثيرات ركسات عند مرضى الصدف، ولسوء الحظ فإن الأطباء ليسوا جيدين كفاية في تقدير جودة الحياة مثلما يظنون .
إن استخدام معلومات مستقاة من قياس لجودة الحياة بسيط ولكنه معتمد ويساعد الطبيب أكثر في اتخاذ قراراته وقد تكون ذات فائدة أو نفع إضافي في توثيق استطببات وأدلة كامنة لاستخدام أو تقييم دواء معين قد يكون غالي الثمن أو له خطورة مرافقة .

طرق قياس أو تقييم نوعية الحياة:

طرق أو أساليب استبائية عامة:

استبيانات عامة مثل (النمط القصير 36 – 36) (Short Form – 36) أو صيغة تأثير المرض (Sickness impact profile) وهذه الاستبيانات مصممة كي تستخدم في كل الأمراض ولذلك فإن المعلومات التي يحصل عليها من هذه الاستبيانات مهمة لأنها تسمح بمقارنة تأثير المرض الجلدي بغير المرض الجلدي فمثلاً (SF-36) استخدمت للإثبات أن بعض الأمراض الجلدية مثل الصدف تسبب إعاقة مماثلة لأمراض كبيرة أخرى مع حدوث نقص في القدرة العقلية والفيزيائية الجسمية للشخص مثلاً كما هو الحال في التهاب المفاصل، فرط التوتر الشرياني والسكري .

استبيانات خاصة بالمرض الجلدي:

– استبيانات خاصة بالأمراض الجلدية بشكل عام يمكن استخدامها في كل الأمراض الجلدية ومن هذه الأمثلة:

- منسب جودة الحياة الجلدي (Dermatology life quality index).
- منسب الجلد (Skindex).

- الوسيلة الجلدية الخاصة لجودة الحياة (The Dermatology specialic quality of life instrument).
- منسب جودة الحياة الجلدي عند الأطفال (Children dermatology life quality index).

استبيانات خاصة بالمرض الجلدي مثل: منسب العجز الصدافي (psoriasis disability index)(PDI) ومنسب كارديف للعجز بسبب العد (Cardiff once disability)، استبيان جودة الحياة النوعي للعد (The acne specific quality of life questionnaire)، منسب العجز بسبب الإكزيما (Eczema disability index)، تقييم فريبورج لجودة الحياة (Freiburg quality of life assessment)، استبيان جودة الحياة عند مرضى الحلا التناسلي الناكس (recurrent genital herpes quality of life questionnaire).

القسم العملي

ملخص الدراسة

خلفية الدراسة :

شهد العقد الأخير اهتماماً متزايداً للعديد من الأمراض الجلدية ونوعية الحياة لهذه الأمراض . إن وجود جلد سليم هو أمر ضروري للسلامة البدنية والنفسية للشخص فالجلد هو أكبر الأعضاء وأكثرها وضوحاً للعيان في جسم الإنسان لذلك هو جزء مهم من الإحساس بسلامة الحال ، الثقة بالنفس ، والإنجذاب الجنسي نحو الآخرين . وبالتالي فإن أي اضطراب في المظهر الخارجي سيؤدي إلى تأثير كبير سواء على

الناحية النفسية ومنه على نوعية الحياة لدى المريض [144]

الخاصة البقية هي فقد شعر شائع غير ندبي مجهول السبب ، ذات سير محدد لذاته ، لا يمكن توقع إنذار المرض ومعظم المرضى يعانون من أكثر من هجمة واحدة للمرض . له علاجات عديدة لكن لم يثبت أي منها فعالية مؤكدة وأغلبها تملك تأثيرات جانبية [145] .

التوتر والعوامل النفسية الأخرى قد تورطت كعلاقة سببية للمرض، كما وجد أيضاً أنها تؤثر على عملية تطور المرض. فهو يترافق بمعاناة من الناحية الجمالية ، وإحساس مهم بالوصمة الاجتماعية .

والخاصة البقية تتأثر بشدة على الصحة النفسية والعاطفية للمريض، هذا الاضطراب محزن للمريض بسبب موقعه ومظهره المشوه مما يقلل من تقدير الذات لديهم ويخلق خوفاً من تقييم الآخرين لهم ويؤثر على نوعية الحياة [146].

بالإضافة إلى أن الخاصة البقية تخلق شعوراً بالحرج والقلق والإكتئاب مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية. وقد اهتمت الدراسات السابقة بالتقييم السريري للمرض وتأثير العلاجات وغفلت عن الجانب الشخصي المتعلق بالمريض ومن هنا كان اهتمامنا بدراسة نوعية الحياة عند مرضى الخاصة البقية.

هدف الدراسة:

دراسة نوعية الحياة عند مرضى الخاصة البقية .

طريقة ومواد الدراسة :

- دراستنا هي دراسة حالة - شاهد (Case – Control) حيث شملت الدراسة جميع مرضى الخاصة البقية المراجعين لمستشفى الأمراض الجلدية والزهرية الجامعي بدمشق بين شهر تشرين الثاني 2012 وحتى تشرين أول 2013.
- وتضمنت الدراسة 94 مريض مصاب بالخاصة البقية .
- شروط الاشتمال : جميع المرضى المراجعين لمستشفى الأمراض الجلدية خلال فترة الدراسة
- شروط الاستبعاد : المرضى الذين كانت أعمارهم أقل من 16 سنة .

- تم أخذ الموافقة الخطية الأخلاقية للمريض على الدخول بالدراسة وتم إجراء فحص سريري لكل المرضى الداخلين بالدراسة وإجراء فحص هيدروكسيد البوتاسيوم (KOH) وخزعة بالحالات غير الواضحة وغير المؤكدة سريرياً.
- تم فحص جميع المرضى، لتحديد مواقع الإصابة ونمط المورفولوجية، ومدى شدة المرض، وجود إصابة مرافق قلاظافر.
- وتم توزيع استمارة خاصة بكل مريض تتضمن ال تفاصيل السريرية بما في ذلك السن والجنسية والجنس والعمر التي يظهر فيها الموقع البدئي للمرض ، مدة المرض والقصة العائلية للمرض، إصابة مرافق قلاظافر .
- العوامل المفاكمة والأمراض المرتبطة مع الإشارة بوجه خاص إلى اضطرابات الجلد التأتبي، وأمراض الغدة الدرقية .
- اعتماد استبيان نوعية الحياة عند مرضى الأمراض الجلدية (Dermatology Life Quality Index) (DLQI) المؤلف من 10 أسئلة لتقييم الوضع النفسي للمريض ومقارنة النتائج مع مجموعة شاهد (أصحاء موافقين للمرضى من حيث المجموعة العمرية والجنسية مع عدم وجود مرض جلدي مزمن) . وهو مصمم للبالغين فوق 16 سنة ويمكن أن يستعمل ببساطة لدى مرضى الحاصة البقعية ويحتاج فقط إلى ملء الفراغات بإشارة (√) ، دون الحاجة لشرح مفصل من المريض . غالباً ما يتم إكمال هذه الإستبيان خلال دقيقة أو دقيقتين ، تقسم الأسئلة إلى مجموعات أو عناوين عريضة : الأعراض والمشاعر (السؤال 1,2)، النشاطات اليومية (السؤال 3,4) ، وقت الفراغ أو النشاطات الترفيهية (السؤال 5,6) ، العمل والمدرسة (السؤال 7)، العلاقات الشخصية مع الآخرين (السؤال 8,9) ، والمعالجة (السؤال 10) . جميعاً الأسئلة المشار إليها في الأسبوع السابق . والأجوبة كانت : غير ذي صلة ، قليلاً ، كثيراً ، كثيراً جداً . كل سؤال يأخذ علامة دنيا هي الصفر وعلامة قصوى هي 3 [147].

استمارة الموافقة على المشاركة في بحث بعد تفهم فحواه

عنوان البحث: نوعية الحياة عند مرضى الحاصة البقعية

وصف البحث: فحص مرضى الحاصة البقعية المراجعين لمشفى الامراض الجلدية والزهريّة فحوصاً سريريا بالتأمل والجس مع جمع المعلومات المتعلقة بالرسالة ثم إجراء دراسة إحصائية مناسبة.

هدف البحث: دراسة نوعية الحياة عند مرضى الحاصة البقعية من خلال تشخيص كل حالات الحاصة البقعية عند المرضى الذين راجعوا مشفى الامراض الجلدية والزهريّة، وتحديد الانماط السريرية، وإيجاد أدلة داعمة على ان المرضى قد يتأثرون بشكل عميق بمرضهم.

شروط المشاركة في البحث:

1. المشاركة في البحث طوعية لا إكراه فيها.
2. لن تتأثر رعاية المريض الصحية إن اعتذر عن المشاركة في البحث أو انسحب من الدراسة.
3. لا يترتب على المشارك في البحث أي تكاليف.
4. سيتم فحص المشارك فحوصاً سريريا مع جمع المعلومات المتعلقة باستمارة البحث.
5. تبقى هوية المشارك في البحث ومعلوماته الشخصية طبي السّر والكتمان.

يُملأ من قبل المشارك في البحث

اسم المشارك

أقر بأنني قرأتُ/ قرئتُ علي هذه المعلومات الواردة أعلاه، وشرحت لي بلغة مفهومة، وفهمتها وقد أُتيحت لي أن أسأل جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة، وتلقيتُ إجابات شافية، وعليه أتطوع بكامل إرادتي وأهليتي للمشاركة في هذا البحث الذي تجريه الطيبية راما لقطينة في مشفى الامراض الجلدية والزهريّة وأوافق على إعطاء المعلومات المطلوبة لأغراض البحث.

دمشق في/...../..... توقيع المشارك:

.....

يُملأ من قبل الباحث

أقر بأنني شرحت للمشارك / لأهله هذه المعلومات الواردة أعلاه بلغة مفهومة، وقد رحبت بتلقي أي أسئلة تتعلق بموضوع الدراسة، وقدمت إجابات شافية عن جميع الأسئلة المطروحة بهذا الخصوص.

دمشق في/...../..... توقيع الباحث

.....

المقياس الجلدي لجودة الحياة

رقم المستشفى
الاسم

التاريخ
التشخيص
مجموع النقاط

خلال هذه الأسئلة نسعى إلى قياس الحجم الحقيقي لمشكلتك الجلدية خلال الأسبوع الماضي. الرجاء اختيار
حقل واحد من الأجوبة لكل سؤال .

1. خلال الأسبوع الماضي ، ما مقدار الحكة، الألم بأشكاله المختلفة أو الإحساس بالوخز أو اللسع
بسبب جلدك ؟

*كثير جدا ، *كثير ، *قليل ، *معدوم

2. خلال الأسبوع الماضي ، ما مقدار إحراجك أو ارتباكك بسبب جلدك ؟

*كثير جدا ، *كثير ، *قليل ، *معدوم

3. خلال الأسبوع الماضي ، ما مدى ما أعاقك جلدك في تأدية بعض أعمالك مثل التسوق أو العمل المنزلي
أو العمل في حديقة الدار؟

*كثير جدا ، *كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

4. خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير جلدك على أسلوب اختيارك لملابسك التي ترتديها؟

*كثير جدا ، *كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

5. خلال الأسبوع الماضي هل أثر جلدك على أي نشاط اجتماعي أو نشاط تقوم به في وقت فراغك ؟

*كثير جدا ، *كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

6. خلال الأسبوع الماضي ما مدى صعوبة القيام بأي نشاط رياضي بسبب جلدك؟

*كثير جدا ، *كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

7. خلال الأسبوع الماضي هل منعك جلدك من العمل أو الدراسة ؟

*نعم ، لا ، *ليس له أي صلة بالموضوع

إذا كان الجواب بالنفي ، فخلال الأسبوع الماضي ما مقدار المشكلة التي سببها لك جلدك في العمل والدراسة ؟

*كثير ، قليل ، *معدوم

8. خلال الأسبوع الماضي ، ما مقدار المشكلة التي سببها لك جلدك مع شريكك أو مع أصدقاءك المقربين أو أقاربك ؟

*كثير جداً ، *كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

9. خلال الأسبوع الماضي، ما مقدار الصعوبات الجنسية بسبب جلدك؟

*كثير جداً ، كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

10. خلال الأسبوع الماضي ، ما مقدار ما سبب لك العلاج الجلدي من مشاكل على سبيل المثال كم كان مقدار الفوضى التي حدثت في منزلك أو كم من الوقت استهلكته ؟

*كثير جداً ، *كثير ، قليل ، *معدوم ، *ليس له أي صلة بالموضوع

الرجاء التأكد من الإجابة على كل سؤال. وشكراً .

استمارة خاصة بالمريض (تملأ من قبل المريض)

الاسم: العمر: الجنس:

الحالة العائلية:

مدة الآفات :

مكان الآفات :

العلاج السابق لهذه الآفات :

إصابة الأظافر :

السوابق الشخصية لمثل هذه الآفات : يوجد : لا يوجد :

السوابق العائلية لمثل هذه الآفات : يوجد : لا يوجد :

السوابق الشخصية لـ

✓ سكري نمط اول (بعمر مبكر)

✓ امراض غدة درقية س

✓ التهاب جلد تأتبي (أكزيمة)

✓ بهق (برص)

✓ قصة تسوس اسنان

السوابق العائلية لـ :

✓ سكري نمط اول (بعمر مبكر) : يوجد :

✓ امراض غدة درقية : يوجد :

✓ التهاب جلد تأتبي (أكزيمة) : يوجد :

✓ بهق (برص) : يوجد :

✓ قصة تسوس اسنان :

نوع القرابة :

نوع القرابة :

نوع القرابة :

نوع القرابة :

DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX (DLQI)

DATE _____ PATIENT NAME _____

SCORE _____

INSTRUCTIONS: The aim of this questionnaire is to measure how much your skin problem has affected your life over the last week. Please tick ✓ one box for each question.

1. Over the last week, how **itchy, sore, painful** or **stinging** has your skin been?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all

2. Over the last week, how **embarrassed** or **self conscious** have you been because of your skin?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all

3. Over the last week, how much has your skin interfered with you going **shopping** or looking after your **home** or **garden**?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

4. Over the last week, how much has your skin influenced the **clothes** you wear?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

5. Over the last week, how much has your skin affected any **social** or **leisure** activities?

- ☐ Very much
- ☐ A lot

- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

6. Over the last week, how much has your skin made it difficult for you to do any **sport**?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

7. Over the last week, has your skin prevented you from **working** or **studying**?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Not relevant

If "No", over the last week how much has your skin been a problem at **work** or **studying**?

- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all

8. Over the last week, how much has your skin created problems with your **partner** or any of your **close friends** or **relatives**?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

9. Over the last week, how much has your skin caused any **sexual** **difficulties**?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

10. Over the last week, how much of a problem has the **treatment** for your skin been, for example by making your home messy, or by taking up time?

- ☐ Very much
- ☐ A lot
- ☐ A little
- ☐ Not at all
- ☐ Not relevant

Please check you have answered EVERY question. Thank you

- تحسب العلامات النهائية لـ (DLQI) بجمع علامات جميع الأسئلة وهذا يؤدي إلى علامة إجمالية دنيا هي الصفر وقصوى هي 30 . كلما كانت العلامة المحققة أعلى ، كلما تدهور نوعية الحياة أكبر لدى المريض .

• معنى نتائج DLQI :

- ▶ من 0 إلى 1 — ليس له تأثير على الاطلاق على حياة المريض
- ▶ من 2 إلى 5 — تأثير صغير على حياة المريض
- ▶ من 6 إلى 10 — تأثير معتدل على حياة المريض
- ▶ من 11 إلى 20 — تأثير كبير جدا على حياة المريض
- ▶ من 21 إلى 30 — تأثير كبير للغاية على حياة المريض

معلومات عن مقياس نوعية الحياة عند مرضى الأمراض الجلدية :

الكتاب: أستاذ A Y فينليو والدكتور G K خان (Professor A Y Finlay and Dr G K Khan) نيسان عام 1992 ولا يمكن النسخ من دون الحصول على اذن المؤلفين وذلك بالاتصال مباشرة مع الاستاذ Andrew Y Finlay لأخذ الموافقة بينما في حال استخدامها من قبل طلاب الطب او الدراسات العليا فهي ليس بحاجة لموافقة مسبقة .

وهو أول أداة لقياس نوعية الحياة نوعي للأمراض الجلدية تم استخدامها في أكثر من 40 الأمراض الجلدية المختلفة في أكثر من 80 بلدا ومتاحة في أكثر من 90 لغة. وقد استخدمت في أكثر من 1000 من الدراسات المنشورة عالمياً ومختلف الجنسيات . و DLQI هو الأداة الأكثر استخداما في دراسات تجارب عشوائية ذات الشاهد في الأمراض الجلدية.

في حال الترجمة لأي لغة كان ذلك بالاعتماد على مترجمين مستقلين ثم تتم المقارنة بينهما وعند وجود اختلاف يتم الاعتماد على مترجم ثالث وممكن مترجم رابع مستقل وحقوق التأليف والنشر لأي نسخة مترجمة تكون محفوظة فقط للمؤلف الاصلي .

استخدم (DLQI) لقياس أثر المرض الجلدي على حياة المرضى . وقياس النتائج واستخدامها في تقييم علاجات جديدة ومناقشة طرق مختلفة لتقديم الرعاية الصحية . وهي وسيلة قادرة على مقارنة تأثير الأمراض الجلدية المختلفة، ومقارنة تأثير الأمراض الجلدية إلى الأمراض التي تصيب الأجهزة الأخرى . وكان له الدور في السماح للمرضى للتعبير عن قضايا في حياتهم ناجمة عن أمراض الجلد يمكن أن تعزز نوعية الرعاية المقدمة وبالتالي اتخاذ تدابير في المستقبل أن تكون مفيدة في اتخاذ القرارات السريرية

حيث يتم إعادة النظر في استخدام العلاجات باهظة الثمن أو يمكن أن تكون ضارة. والتوجه للعلاج النفسي للمريض وتحسين نمط حياته .

وفي دراسة أجريت على جميع الدراسات والمقالات التي نشرت والتي استخدمت الـ على مدى 10 سنوات حتى عام 2003 وجد أن :

في خمس دراسات أجريت على درجة التناقض والإرتباط بين أجوبة الأسئلة وجد ارتفاع قيمة رتبة الأرتباط وأرتفاع الإتساق فيها

في 53 دراسة أجريت على 11 مرض في سبعة من مراكز البحوث والخدمات الصحية ، أثبتت مصداقية نتائج لـ (DLQI) مع المقاييس الأخرى لدراسة نوعية الحياة

واستخدم بالتوازي مع تسعة من مقاييس نوعية الحياة للأمراض الجلدية ، وسبعة من المقاييس للأمراض العامة الأخرى وجد أنه استبيان سهل يستطيع المريض اعطاء معلومات كافية عن القضايا التي تسبب له مشكلة نفسية وخلال وقت دقيقتين أو ثلاثة .

ووجد أن المقاييس الأخرى كانت مكلفة للمريض وسببت عبء اضافي للمريض .

ومن هنا جاء اعتمادنا على استبيان (DLQI) في دراستنا لقياس نوعية حياة مرضة الحاصة البقعية .

ملخص الدراسة :

- تم تقسيم المرضى:
 - لخمس فئات عمرية، وتم تعيين الذروة العمرية للإصابة .
 - حسب عدد الإفات(آفة واحدة ،آفتان أو أكثر) .
 - مكان الإصابة وتعيين أشيع مكان للإصابة .
 - مدة الإصابة(> 6 أشهر ، 6 أشهر – سنة ، < سنة) .
 - وجود أمراض مرافقة .
 - وجود قصة عائلية .
 - وجود إصابة أظافر .
 - وتم دراسة الاشكال السريرية للثعلبة البقعية (موضعة ، ثعبانية ، كلية وشاملة)
- وتم دراسة تأثير المرض على نوعية الحياة عند المرضى حسب الجنس ، موقع الإصابة ، عدد الآفات ، شدة الآفات ، مدة الإصابة . لتتم مقارنتها مع نتائج الدراسات السابقة العالمية .

جمع النتائج وتحليلها :

- بعد الانتهاء من جمع المعطيات أدخلت المعطيات إلى الحاسوب باستخدام برنامج Excel.
- ومن ثم نقلت إلى برنامج SPSS النسخة 14 بهدف تحليلها بعد أن تم التأكد من صحة الإدخال و دقته .
- تم استخدام طرائق الإحصاء الوصفي من جداول عشوائية و تكرارية و مخططات بيانية مع حساب النسب و المتوسطات و الانحرافات المعيارية.
- حيث طبق اختبار (t-test) لحساب قيمة P الموافقة عند مقارنة المتوسطات الحسابية لنتائج الاختبارات بين مجموعتين ، بالإضافة إلى تحليل التباين وحيد الإتجاه (One way ANOVA) لمقارنة أكثر من متوسطين 3 مجموعات أو أكثر، وفي حال كان الاختبار ذو أهمية إحصائية تم تطبيق اختبار (Tuckey HSD) لمعرفة المجموعات المتباينة.
- واعتمدت قيمة $P = 0.05$ قيمة مهمة إحصائياً ، وهي القيمة المعتمدة عالمياً في تقييم الدراسات ، ولذلك فإن أي قيمة لـ P أعلى من 0.05 يعتبر الفرق المشاهد من أجلها محض الصدفة أو غير مهم إحصائياً ، والعكس بالعكس فأى لـ P قيمة أقل من 0.05 لا يعتبر الفرق المشاهد من أجلها محض الصدفة بل هو فرق حقيقي أي هناك فرق إحصائي بالمجموعات المدروسة .

نتائج الدراسة :

بلغ حجم العينة الإجمالي (172):

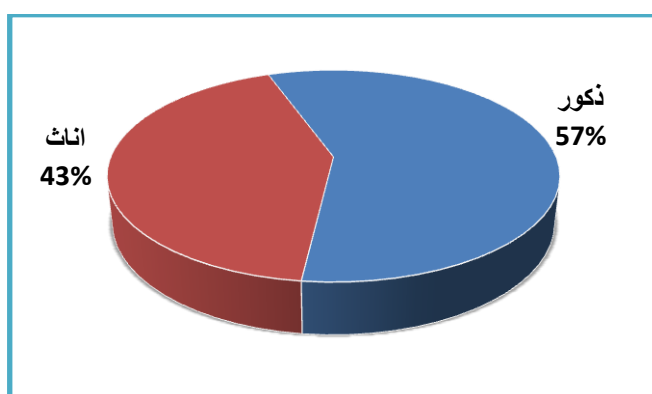
- عدد الذكور (97) أي بنسبة (56.40 %)
- عدد الإناث (75) أي بنسبة (43.60 %)

المجموعة الأولى :

- مجموعة مرضى الحاصة البقعية (حجم العينة = 94)
- عدد الذكور (54) أي بنسبة (57.45 %)
- عدد الإناث (40) أي بنسبة (42.55 %)
- الجدول رقم (1) والمخطط رقم (1)

الجنس	عدد الحالات	النسبة
ذكور	54	%57.45
اناث	40	%42.55
المجموع	94	%100

الجدول رقم (1): التوزيع الجنسي



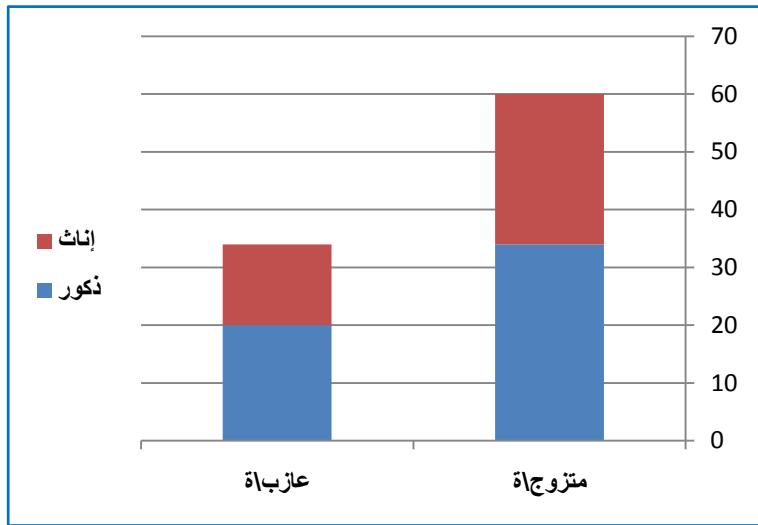
المخطط رقم (1): التوزيع الجنسي

• بالنسبة للحالة العائلية للمرضى:

- ✓ عدد المرضى المتزوجين 60 مريضاً أي بنسبة 64% من المرضى 34 منهم ذكور و 26 إناث
- ✓ عدد المرضى غير المتزوجين 34 مريضاً أي بنسبة 36% من المرضى 20 منهم ذكور و 14 إناث . الجدول رقم (2) والمخطط رقم (2).

الحالة العائلية	ذكور	النسبة	إناث	النسبة	المجموع	النسبة
متزوجة	34	%62.96	26	%65	60	%63.82
عازبة	20	%37.04	14	%35	34	%36.18
المجموع	54	%100	40	%100	94	%100

الجدول رقم (2): الحالة العائلية

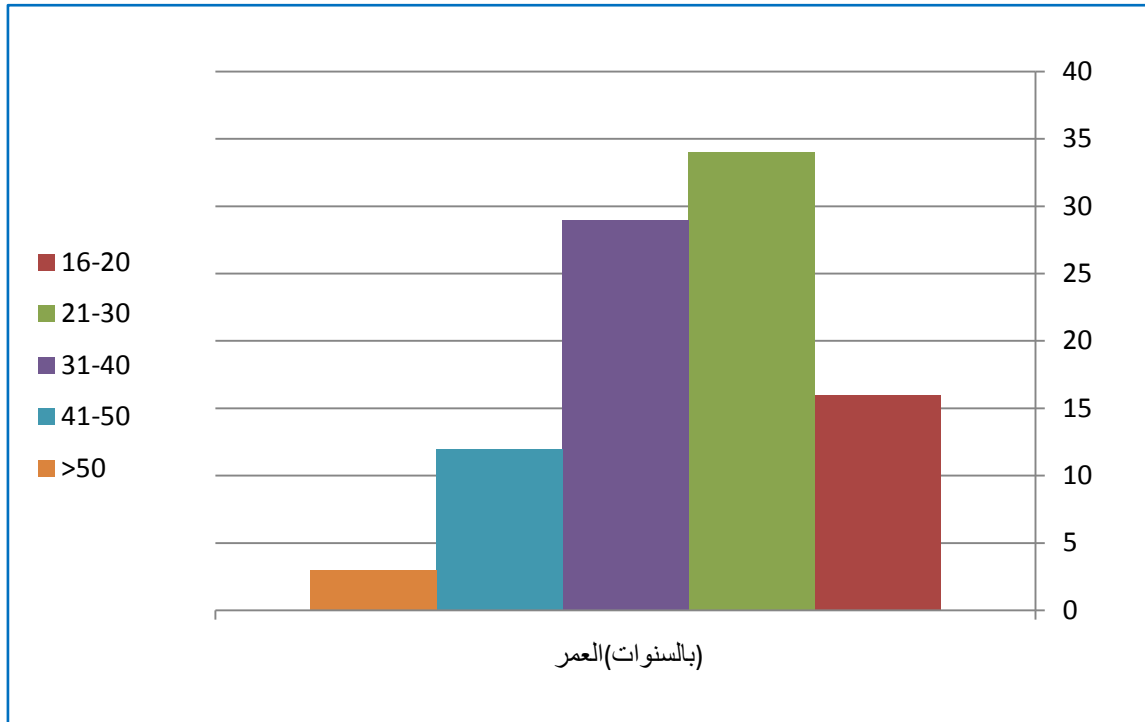


المخطط رقم (2): الحالة العائلية

- بالنسبة للفئات العمرية التي اعتمدت :
 ✓ تراوحت أعمار مرضى الحاصة البقعية بين 16 – 53 سنة مع متوسط 29.57 سنة وانحراف معياري 11.43
 ✓ كانت الذروة العمرية للإصابة هي بين 21-30 سنة وكان عددهم 34 مريض بنسبة 36 % الجدول رقم (3) والمخطط رقم (3)

العمر (بالسنوات)	عدد الحالات	النسبة
20-16	16	17.02%
30-21	34	36.17%
40-31	29	30.85%
50-41	12	12.77%
50<	3	3.19%
المجموع	94	100%

الجدول رقم (3): الفئات العمرية



المخطط رقم (3) : الفئات العمرية

● بالنسبة لمدة الإصابة :

6 كانت النسبة الأكبر من المرضى ممن عانو من الحاصة البقية خلال فترة أقل من أشهر وعدهم 52 مريض وذلك بنسبة 55.32% . الجدول رقم (4) المخطط رقم (4)

النسبة	عدد الحالات	مدة الإصابة
55.32%	52	> 6 أشهر
30.85%	29	6 أشهر – سنة
13.83%	13	< سنة
100%	94	المجموع

الجدول رقم (4):مدة الإصابة

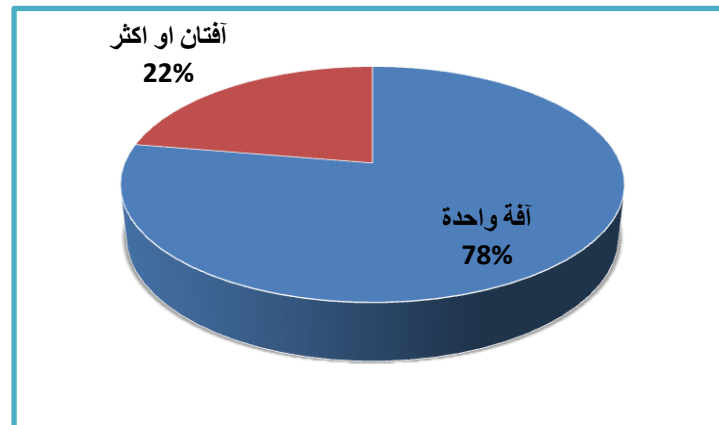


المخطط رقم (4): مدة الإصابة

- بالنسبة لتوزيع عدد المرضى بالنسبة لعدد الآفات : كانت نسبة المرضى الأكبر ممن لديهم آفة واحدة فقط وبلغ عددهم 73 مريض بنسبة 77.66% . الجدول رقم (5) المخطط رقم (5)

عدد الآفات	عدد الحالات	النسبة
آفة واحدة	73	77.66%
آفتان أو أكثر	21	22.34%
المجموع	94	100%

الجدول رقم (5) : عدد الآفات

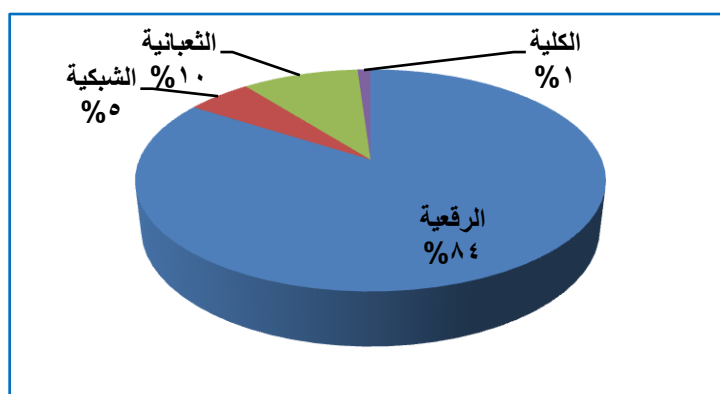


المخطط رقم (5): عدد الآفات

- بالنسبة لدراسة شدة الإصابة :
لم يراجعنا خلال فترة الدراسة حالات شديدة للمرض وكانت أغلب الحالات من الاشكال الرقعية حيث راجعنا 79 مريض بنسبة 84%. الجدول رقم (6) المخطط رقم (6)

النسبة	عدد الحالات	الشكل السريري
84.04%	79	الرقعية
5.32%	5	الشبكية
9.57%	9	الثعبانية
1.06%	1	الكلية
0.00%	0	الشاملة
100%	94	المجموع

الجدول رقم (6): شدة الإصابة

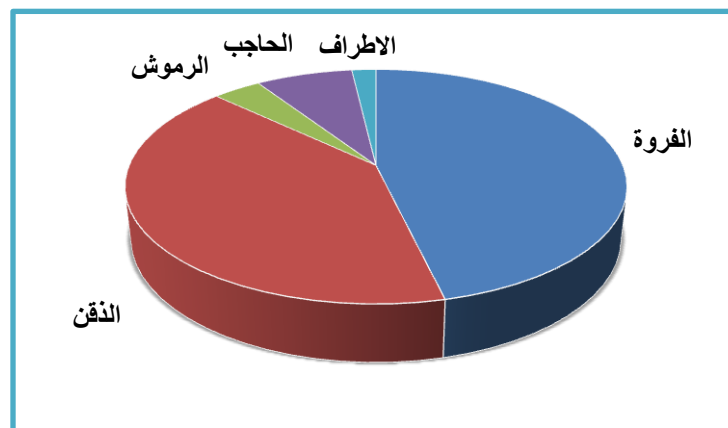


المخطط رقم (6): شدة الإصابة

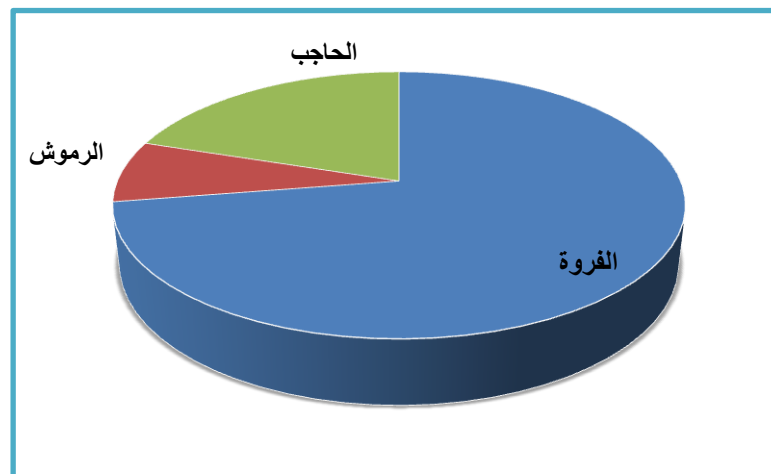
- بالنسبة لدراسة توزيع مكان الإصابة :
كان المكان الأشيع للإصابة هو الفروة حيث كان 54 مريض لديه إصابة بالفروة بنسبة 57.45% وهو المكان الأشيع عند الذكور والإناث معاً بالإضافة إلى انفراد الذكور بإصابة الذقن بشكل شائع أيضاً بنسبة 40% من الذكور وقد تم تفصيل توزيع الإصابة عند الذكور والإناث وذلك بسبب اختلاف نوعية الحياة حسب التوزيع والجنس وذلك ما سنراه لاحقاً. الجدول رقم (7) المخطط رقم (7,1)(7,2)

مكان الإصابة	ذكور	النسبة	إناث	النسبة	المجموع	النسبة
الفروة	25	%46.30	29	%72.50	54	%57.45
الذقن	22	%40.74	0	%0.00	22	%23.40
الرموش	2	%3.70	3	%7.50	5	%5.32
الحاجب	4	%7.41	8	%20.00	12	%12.77
الاطراف	1	%1.85	0	%0.00	1	%1.06
المجموع	54	%100	40	%100	94	%100

الجدول رقم (7) : توزيع مكان الإصابة



المخطط رقم (7,1) : توزيع الإصابة عند الذكور

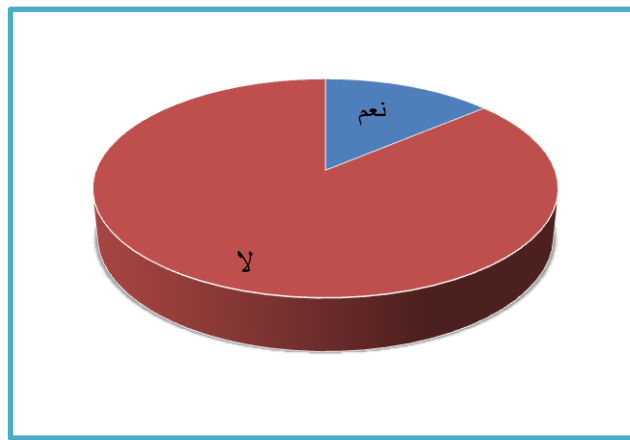


المخطط رقم (7,2) : توزيع الإصابة عند الإناث

- بالنسبة لمرافقة الإصابة الظفرية مع مختلف اشكال وتوزع الحاصة البقية : كانت نسبة الترافق هي فقط 13.83% الجدول رقم (8) المخطط رقم (8)

تبدلات الاظافر	عدد الحالات	النسبة
نعم	13	13.83%
لا	81	86.17%
المجموع	94	100%

الجدول رقم (8) : الإصابة الظفرية

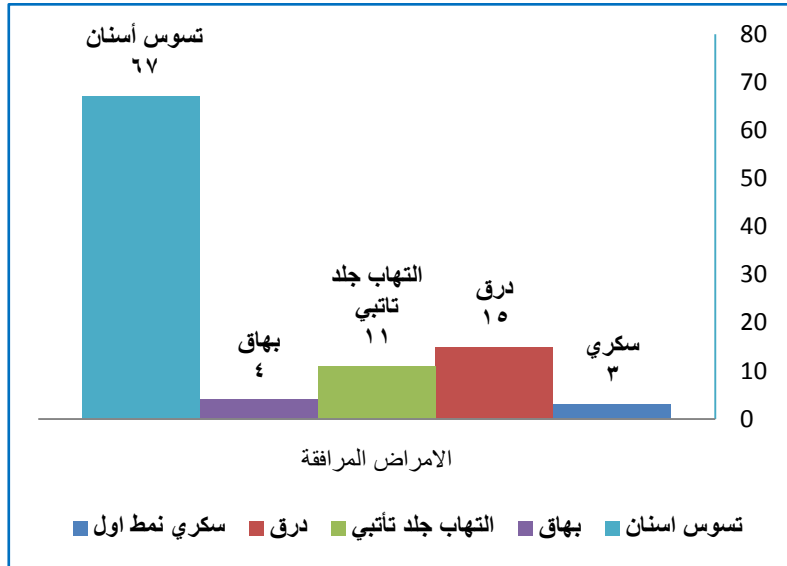


المخطط رقم (8) : الإصابة الظفرية

- وبدراسة الأمراض المرافقة للحاصة البقية : والتي ركزنا فيها على السكري نمط أول ، أمراض الدرق المناعية ، التهاب الجلد التأتبي ، البهق وتسوس الأسنان ، كانت نسبة ترافق تسوس الأسنان هي الأكبر بنسبة 71.28% يليها أمراض الدرق المناعية بنسبة 15.96% . الجدول رقم (9) والمخطط رقم (9)

الامراض المرافقة	عدد الحالات	النسبة
السكري نمط أول	3	3.19%
الدرق	15	15.96%
التهاب الجلد التأتبي	11	11.70%
البهق	4	4.26%
تسوس اسنان	67	71.28%
المجموع	94	100%

الجدول رقم (9): الأمراض المرافقة



المخطط رقم (9): الأمراض المرافقة

- بدراسة وجود قصة عائلية مرافقة :
تبين أنه فقط ترافقت مع 16 مريض أي بنسبة 17.02%. جدول رقم (10)

النسبة	عدد الحالات	قصة عائلية
17.02%	16	نعم
82.98%	78	لا
100%	94	المجموع

جدول رقم (10) : قصة عائلية

المجموعة الثانية :

عينة الشاهد وحجمها (78): (من المرضى المراجعين لمشفى الأمراض الجلدية خلال فترة الدراسة بحالات غير الحاصة البقعية وغير مصابين بأمراض مزمنة والموافقين للمرضى من حيث الفئة العمرية والجنسية)

- ✓ عدد الذكور (43) أي بنسبة (55.13%) بينما كانت نسبة الذكور بعينة المرضى (57.45%)
 - ✓ عدد الإناث (35) أي بنسبة (44.87%) بينما كانت نسبة الإناث بعينة المرضى (42.55%)
- وبالتالي لا يوجد فارق مهم في نسبة الذكور والإناث بين عينة المرضى وعينة الشاهد

- تراوحت أعمار عينة الشاهد بين 16 – 48 بمتوسط 32.67 مع انحراف معياري 13.54 بينما كان متوسط أعمار عينة المرضى 29.57 سنة وانحراف معياري 11.43 وبالتالي لا يوجد فرق مهم إحصائياً بين أعمار مجموعة المرضى والشاهد.

دراسة نوعية الحياة:

- ✓ بلغ متوسط علامة نوعية الحياة في مجموعة المرضى 13.37 مع انحراف معياري 5.97 وتراوحت العلامة بين 3 كحد أدنى و20 كحد أعلى
- ✓ بلغ متوسط علامة نوعية الحياة في مجموعة الشاهد 5.64 مع انحراف معياري 4.23 وتراوحت العلامة بين 1 كحد أدنى و11 كحد أعلى
- كما هو موضح في الجدول رقم (11)

العينة	عدد الحالات	متوسط DLQI	مجال الموثوقية %95
مرضى	94	13.37	18.87-8.23
شاهد	78	5.64	9.57-1.71

جدول رقم (11): نوعية الحياة عند المرضى والشاهد

يتضح لدينا من خلال الجدول وجود فارق واضح في متوسط علامة نوعية الحياة بين مرضى الحاصة البقعية وعينة الشاهد.

ولدى تطبيق اختبار t للعينات المستقلة لمقارنة المتوسطات وجدنا قيمة $p = 0.002$ وهي ذات دلالة إحصائية هامة جداً تشير إلى وجود فرق واضح في نوعية الحياة بين عينة المرضى وعينة الشاهد

أي أن نوعية الحياة عند مرضى الحاصة البقعية متدنية بشكل واضح بالمقارنة مع عينة الشاهد مما يشير إلى التأثير الواضح للحاصة البقعية على حياة المرضى بشكل عام

• دراسة وجود علاقة بين الجنس ونوعية الحياة عند مرضى الحاصة البقعية:

نلاحظ في الجدول رقم (12) قيمة متوسط علامة نوعية الحياة عند كل من الذكور والإناث في عينة المرضى:

الجنس	عدد الحالات	متوسط DLQI	مجال الموثوقية %95
ذكور	54	14.89	17.67-12.11
إناث	40	9.87	12.18-7.56

الجدول رقم (12)

ولدى تطبيق اختبار t للعينات المستقلة لمقارنة المتوسطات كانت قيمة $p = 0.036$ مما يشير إلى وجود فرق مهم إحصائياً في علامة نوعية الحياة بين الذكور والإناث والتي تشير إلى تأثير الذكور بالإصابة بشكل أكبر من الإناث

لمناقشة هذه النتائج بشكل أكبر تم دراسة تأثير نوعية الحياة لدى كل من الذكور والإناث حسب مكان الإصابة وكانت النتائج كما في الجدولين التاليين (13أ) و(13ب):

نوعية الحياة	الفروة	النسبة	الذقن	النسبة	الرموش	النسبة	الحاجب	النسبة	الاطراف	النسبة	المجموع
1-0	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0
5-2	1	%4.00	1	%4.55	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	2
10-6	8	%32.00	4	%18.18	0	%0.00	0	%0.00	1	%100	13
20-11	16	%64.00	17	%77.27	2	%100	4	%100	0	%0.00	39
30-21	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0
المجموع	25	%100	22	%100	2	%100	4	%100	1	%100	54

الجدول رقم (13أ): نوعية الحياة عند الذكور المصابين حسب مكان الإصابة

نوعية الحياة	الفروة	النسبة	الذقن	النسبة	الرموش	النسبة	الحاجب	النسبة	الاطراف	النسبة	المجموع
1-0	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0
5-2	2	%6.90	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	2
10-6	22	%75.86	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	22
20-11	5	%17.24	0	%0.00	3	%100	8	%100	0	%0.00	16
30-21	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0
المجموع	29	%100	0	%100	3	%100	8	%100	0	%100	40

الجدول رقم (13ب): نوعية الحياة عند الإناث المصابين حسب مكان الإصابة

نلاحظ من خلال الجدولين السابقين الذكور المصابين بالفروة والذقن كانت علامة نوعية الحياة لديهم أعلى بشكل عام من الإناث المصابين بالفروة مما يشير إلى تأثير الذكور بشكل أكبر من الإناث رغم شيوع الإصابة بالفروة عند الجنسين ويمكن أن نعزو ذلك إلى أنه يمكن اعتبار الفروة والذقن عند الذكور كأماكن مكشوفة وكثرة أساليب إخفاء الآفة عند الإناث وبالتالي يكون تأثير ذلك على نوعية الحياة أقل عند الإناث منه عند الذكور.

- دراسة نوعية الحياة على المرضى حسب الحالة العائلية وسنميز أيضاً بين الذكور والإناث. كما هو موضح في الجدول رقم (14) :

الحالة العائلية	ذكور	متوسط DLQI	إناث	متوسط DLQI
متزوجة	34	8.24	26	10.12
عازبة	20	11.45	14	13.57

الجدول رقم (14): نوعية الحياة على المرضى حسب الحالة العائلية

نلاحظ من خلال الجدول أن نوعية الحياة عند الذكور المتزوجين أفضل من الذكور غير المتزوجين ونفس الأمر ينطبق على الإناث أيضاً، وهذا يشير إلى أن تأثير المرض يكون أكبر على حياة المرضى غير المتزوجين سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً مع ملاحظة أن هذا التأثير يكون أكبر عند الإناث.

- دراسة نوعية الحياة في عينة المرضى حسب مدة الإصابة:

نلاحظ في الجدول رقم (15) قيمة متوسط علامة نوعية الحياة حسب مدة الإصابة في عينة المرضى:

مدة الإصابة	عدد الحالات	متوسط DLQI	مجال الموثوقية %95
> 6 أشهر	52	13.59	17.04 – 10.14
6 أشهر – سنة	29	11.95	13.98 – 9.92
< سنة	13	11.56	14.45 – 8.67

الجدول رقم (15): نوعية الحياة حسب مدة الإصابة

ولدى تطبيق اختبار One Way ANOVA للعينات المستقلة لمقارنة ثلاثة متوسطات وجد أن قيمة $p = 0.082$ وهو فارق غير مهم إحصائياً.

بالتالي لا يوجد تأثير لمدة الإصابة على نوعية الحياة عند المرضى

• دراسة نوعية الحياة في عينة المرضى حسب عدد الآفات:

نلاحظ في الجدول رقم (16) قيمة متوسط علامة نوعية الحياة حسب عدد الآفات في عينة المرضى:

عدد الآفات	عدد الحالات	متوسط DLQI	مجال الموثوقية %95
آفة واحدة	73	10.57	13.59-7.55
آفتان أو أكثر	21	14.85	18.69-11.01

الجدول رقم (16): نوعية الحياة حسب عدد الآفات

ولدى تطبيق اختبار t للعينات المستقلة لمقارنة المتوسطات وجد أن قيمة $p = 0.038$ وهي ذات قيمة إحصائية هامة وتشير إلى وجود فارق مهم في نوعية الحياة بين المرضى الذين لديهم عدة آفات والذين لديهم آفة واحدة وهذا يدل على أن تعدد الآفات لدى المرضى يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة بشكل أكبر من المرضى الذين لديهم آفة واحدة فقط .

• دراسة نوعية الحياة في عينة المرضى حسب شدة الإصابة:

نلاحظ في الجدول رقم (17) قيمة متوسط علامة نوعية الحياة حسب شدة الإصابة في عينة المرضى:

الشكل السريري	عدد الحالات	متوسط DLQI	مجال الموثوقية %95
الرقعية	79	13.76	17.48 – 10.04
الشبكية	5	12.98	14.84 – 11.12
الثعبانية	9	14.54	17.18 – 11.9
الكلية	1	20	20

الجدول رقم (17): نوعية الحياة حسب شدة الإصابة

كما سبق وذكرنا لم تراجعنا حالات شديدة من المرض وبالتالي يصعب تقييم تأثير شدة الإصابة على نوعية حياة المرضى .

ولكن يظهر من خلال الجدول أن الحالة الوحيدة التي راجعنا بحاصة كلية كانت علامة نوعية الحياة لديها مرتفعة مما يشير إلى تأثير كبير لهذه الحالة على حياة المريض، بالمقابل نجد أن بقية الحالات تتأثر بشكل أقل .

المناقشة:

✓ وجدنا من خلال استعراض النتائج السابقة أن نوعية الحياة المقدرة وفقاً لـ DLQI

أخفض لدى مرضى الحاصة البقعية بالمقارنة مع الشاهد حيث $p = 0.002$ وهذا يتوافق مع معظم

الدراسات التي توثق تدهور نوعية الحياة المقاسة وفقاً لـ DLQI لدى مرضى الحاصة البقعية

✓ وجدنا أن تدهور نوعية الحياة كان أكبر لدى الذكور منه لدى الإناث المصابين بالحاصة البقعية

$p = 0.036$ ووجدنا أن مكان الإصابة يلعب دور كبير في هذه النتيجة حيث أن إصابة الفروة لدى

الإناث كان لها تأثير أقل على نوعية الحياة بالمقارنة مع الذكور ويفسر هذا بتعدد اساليب خفاء

الآفات عند الإناث بسبب طول الشعر وبارتداء غطاء الرأس والنطاق المحدود لعلاقات الإناث

نسبة للذكور بمجتمعنا.

وبالمقابل كان هناك تدني واضح بنوعية الحياة لدى الذكور بسبب شيوع وجود الآفات بالفروة أولاً

وهو مكان مكشوف وغير قابل للإخفاء إلا بارتداء قبعة أو شي يخفيها، ومن جهة أخرى شيوع

الآفات بالذقن أيضاً وهو مكان مكشوف وغير قابل للإخفاء بالإضافة لأنه يشبه كثيراً بالإصابة

الفطرية بمنطقة الذقن وهو مرض معدي لذلك ينفر منه من حوله خوفاً من انتقال الإصابة لديهم .

✓ من ناحية أخرى وجدنا تدني نوعية الحياة عند المرضى غير المتزوجين سواء كانوا ذكوراً أو إناثاً

بالمقارنة مع المتزوجين ، مع أرجحية طفيفة لتأثر الإناث المصابات الغير متزوجات عن الذكور

المصابين غير المتزوجين.

✓ فترة الإصابة بالحاصة البقعية لم تؤثر على نوعية الحياة المقاسة وفقاً لـ DLQI حيث كانت $p =$

0.082 إن تدهور نوعية الحياة هو واحد باختلاف الفترة الزمنية للمرض سواء كان المرض مزمن

أو حاد ، وتفسير ذلك أن معظم الحالات المراجعة كانت فترة الإصابة أقل من 6 أشهر من

جهة ومن جهة أخرى الإصابة بالحاصة البقعية بحد ذاته يؤثر على نوعية الحياة وإن إزمان الآفات

لا يؤثر كثيراً بسبب أن المريض يتأقلم مع وجود هذه الآفة وحتى الأشخاص المحيطين به لا تعود

هذه الآفة بالنسبة لهم إمرأ منفراً من المريض .

✓ كان تدهور الحياة عند المرضى المصابين بأكثر من آفة أكبر من تدهور الحياة عند المرضى المصابين بآفة واحدة حيث كانت $p = 0.038$ وبالتالي كلما زادت عدد الآفات وخاصة تعددها بأكثر من منطقة تشريحية أدى ذلك لتأثير مهم على حالة المريض النفسية .

✓ لم نشاهد خلال دراستنا حالات شديدة من المرض حيث راجعنا فقط حالة واحدة من الحاصة البقعية الكلية وكانت نوعية الحياة لديه متدنية بشكل ملحوظ

✓ ولم تراجعنا أي حالة من الشكل الشامل للحاصة البقعية ولا يوجد فارق مهم بتأثير نوعية الحياة على شدة المرض بالأشكال الأخرى التي راجعنا والتي كانت الغالبة هي الأشكال الرقعية. ومن خلال هذه النتيجة التي توصلنا إليها بالدراسة لا يمكن الاعتماد عليها بتقييم تأثير شدة الآفة على نوعية حياة المرضى

بشكل عام تفيد موجودات هذه الدراسة بأن الوضع النفسي لمرضى الحاصة البقعية هو وضع سيء ويزداد بشكل مهم مع تدهور في نوعية الحياة في مقياس نوعية الحياة DLQI . وإن اشتمال الإصابة لمناطق مكشوفة (فروة ، ذقن) كان له تأثير بالغ على نوعية الحياة وبذلك فإن تحسين نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى هو أمر مهم .

المقارنة مع الدراسات العالمية :

✕ في الدراسة التي أجراها (Nawaf Al Mutairi) وزملاؤه في مشفى الكويت الجامعي ما بين عامي 2002 – 2009 [148] والتي تضمنت 2962 مريض وقاموا باستخدام مقياس DLQI لنوعية الحياة عند المرضى الذي هو مشابه لمقياس نوعية الحياة في دراستنا كان عدد الذكور 1962 بنسبة (65%) والإناث 1037 بنسبة (35%) وتراوح العمر بين 21- 40 سنة ، فترة المرض كانت مختلفة بشكل كبير وتراوحت بين إسبوعين وعدة سنوات.

كان متوسط نوعية الحياة للعينة بالدراسة 13.54 ولا يوجد فارق مهم في متوسط الـ DLQI بين الإناث والذكور ، ولا يوجد علاقة بين متوسط الـ DLQI بالنسبة لمدة المرض ، الفرق الإحصائي المهم الوحيد كان باختلاف متوسط الـ DLQI بالنسبة لشدة الإصابة حيث ازدادت علامة نوعية الحياة بازدياد شدة الإصابة

■ **بالمقارنة مع دراستنا :** دراسة (Al – Mutairi) أجريت على مدى فترة أطول وعدد

مرضى أكبر ، بمقارنة النتائج وجد أن أغلبية الإصابات للذكور متماثل مع دراستنا، المدى العمري كان أكبر في دراستنا . كان متوسط نوعية الحياة في دراستنا متماثل كما كانت النتائج متماثلة بالنسبة لتأثير شدة الإصابة ومدتها على نوعية حياة المرضى ولكن وجد اختلاف بدراستنا من حيث تأثير الذكور بشكل أكبر بالإصابة.

- لم تتطرق دراسة Al - Mutairi لدراسة تأثير عدد الآفات والحالة العائلية ومكان الإصابة على نوعية الحياة

☒ في الدراسة التي أجراها (Masmoudi) وزملاؤه في تونس في مشفى تونس الجامعي بين أثار

وتموز عام 2010 [149] أجريت على 50 مريض ترواحت الأعمار بين 18 - 60 مريض مع أرجحية للإناث بنسبة 52% كان نسبة المتزوجين 46% . تم اعتماد مقياس SF- 36 لتقدير نوعية الحياة وهو مختلف عن المقياس المعتمد في دراستنا

■ **بمقارنة النتائج مع دراستنا :** كانت نوعية الحياة عند الإناث أدنى بعكس نتائج دراستنا والتي

أظهرت تأثير الذكور بشكل أكبر ، وكانت نوعية الحياة عند غير المتزوجين أدنى بالمقارنة مع المتزوجين كما كانت نوعية الحياة أدنى بازدياد شدة الإصابة وهذا مماثل لنتائج دراستنا .

- نلاحظ من خلال المقارنة: اختلاف بنتائج دراستنا ببعض المتغيرات مع النتائج العالمية وتشابهها في بعضها الآخر . ولكن أجمعت الدراسات ان ازدياد شدة الإصابة يزيد من تدهور نوعية الحياة دون وجود تأثير لمدة الإصابة على نوعية الحياة

☒ في دراسة أجريت في الصين على 831 مريض من يعانون من الحاصة البقية بينكانون الأول 2010

وتموز 2012. تم استخدام النسخة الصينية من DLQI استبيان لتقييم نوعية الحياة للمرضى أكثر من 16 سنة وهو مماثل للمقياس المستخدم في دراستنا .

وجدوا بالدراسة ان المرضى ذوي أشكال الشديدة من الحاصة البقية والذين لديهم اصابة لمدة طويلة أو الذين لديهم أمراض مرافقة لم تتأثر علامة نوعية الحياة لديهم بينما كانت التأثير الأكبر للمرضى الذين يعانون من الحاصة البقية بسن ابكر .

■ **بالمقارنة** وجدنا ان النتيجة الوحيدة التي توصلت لها الدراسة الصينية هي تأثير المرضى المصابين

بعمر مبكر بشكل اكبر وهذا ما لم نتطرق له في دراستنا بينما شدة الإصابة لم تؤثر وهذا يتناقض مع دراستنا ، بينما تماثلت الدراستين بكون مدة الإصابة ليس لها تأثير على نوعية الحياة .

الخلاصة :

من خلال دراستنا التي أجريت على مرضى الحاصة البقعية المراجعين لمشفى الأمراض الجلدية و الزهرية الجامعي خلال عام ، توصلنا لأن مرض الحاصة البقعية يؤثر وبشدة على نفسية المرضى وعلاقاتهم الإجتماعية وعلى أعمالهم وبالتالي يؤثر بالنهاية على المجتمع ككل . وكانت شدة تأثير الحاصة على الذكور أكثر من الإناث ، وعلى غير المتزوجين أكثر وخاصة الإناث منهم ، بالإضافة إلى أنها إزادات بزيادة عدد الآفات ،بينما لم تؤثر مدة الإصابة بشكل واضح على نوعية الحياة ،ولم يكن لدراستنا نتيجة واضحة حول تأثير شدة الإصابة على نوعية الحياة (بحكم أنها محكومة بعام واحد ولندرة الحالات الشديدة) .

ومن الجدير بالذكر أن دراستنا ناقشت جوانب تؤثر في نوعية الحياة لم تذكرها دراسات أخرى مثل تأثير عدد الآفات على نوعية الحياة بالمقابل فإن الدراسات الأخرى درست تأثير شدة الإصابة على نوعية الحياة بشكل أفضل من دراستنا بسبب قلة الحالات الشديدة التي راجعنا خلال فترة الدراسة

التوصيات :

- (1) ضرورة تقييم نوعية الحياة عند مرضى الحاصة البقعية باستخدام مقاييس معتمدة وموثوقة لمعرفة تأثير الحاصة البقعية على المرضى من كل النواحي وليس فقط من الناحية السريرية.
 - (2) ضرورة إجراء استقصاء واستشارة نفسية لكل مرضى الحاصة البقعية سواء أكان أنثى أو ذكر بسبب تدهور وانخفاض تقدير الذات .
 - (3) تقديم الدعم النفسي والتشجيع للمرضى المعالجين لفترة طويلة مع تحسن غير مرضي نسبة للمريض والبحث عن علاج آخر أكثر نجاعة .
 - (4) تطوير نظام تثقيفي للمرضى وتقديم المشورة والنصح لهم لتصحيح مفاهيمهم ونظرتهم ل الحاصة البقعية وعدم تقبلهم لها.
 - (5) إجراء دراسات مستقبلية حول تأثير العلاج على نوعية الحياة ومدى تحسن جودة الحياة عند مرضى الحاصة البقعية بعد استخدام بروتوكولات علاجية معينة ومقارنة فعالية العلاجات المختلفة وتأثيرها على نوعية حياة المرضى.
 - (6) الاهتمام بنوعية الحياة عند انتقاء الخطة العلاجية للمريض.
 - (7) ضرورة إدخال نوعية الحياة في متابعة التحسن لدى المرضى.
 - (8) توعية عامة للمجتمع حول مرض الحاصة البقعية وذلك للابتعاد عن المعتقدات الخاطئة حول هذا المرض أنه مرض معدي وينتقل عن طريق حلاقة الذقن أو الشعر وأنه مرض ينتشر ليفقد المريض الشعر بكامل رأسه وجسمه .
- حيث هذه المعتقدات تضيف عبء على المريض والطبيب المعالج والتي تلعب دور في تدهور الحالة النفسية والجسدية على المريض .

References

- [1] Leonard C Sperrling, Rodney D Sinclair and Laila El Shabrawi-Caelen, Alopecias. Bologna 3rd Ed. Vol. 1: 1093 – 1114. 2012
- [2] FriedmanPS: Alopecia areata and auto-immunity.Br J Dermatol.105:153-1571981
- [3] S Al-Chourbaji, F. Al-Deghlaw. Comparative study in the treatment of alopecia areata. Damascus University. 2009.
- [4] SafaviKH, MullerSA, SumanVJ, et al.: Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989.Mayo Clin Proc.70:628-6331995
- [5] De WeertJ, TemmermanL, KintA: Alopecia: a clinical study.Dermatologica.168:224-2291984
- [6] OlsenE, HordinskyM, McDonald-HullS, et al.: Alopecia areata investigational assessment guidelines.J Am AcadDermatol.40:242-2461999
- [7] De Waard-Van Der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaeck DM. Juvenile versus maturity-onset alopecia areata-a comparative retrospective clinical study. ClinExpDermatol 1989;14:429-33
- [8] TanE, TayY-K, GohC-L,et al: The pattern and profile of alopecia areata in Singapore – a study of 219 Asians.Int J Dermatol.41:748-7532002
- [9] NandaA, Al-FouzanAS, Al-HasawiF: Alopecia areata in children: A clinical profile.PediatrDermatol.19:482-4852002
- [10] CrowderJA, FriedenIJ, PriceVH: Alopecia areata in infants and newborns.PediatrDermatol.19:155-1582002
- [11] deViraghPA, GianaddaB, LevyML: Congenital alopecia areata.Dermatology.195:96-981997
- [12] BardazziF, NeriI, RaoneB, et al: Congenital alopecia areata: another case.Dermatology.199:3691999
- [13] García-HernándezMJ, Rodríguez-PichardoA: Multivariate analysis in alopecia areata: risk factors and validity of clinical forms.Arch Dermatol.135:998-9991999
- [14] KakourouT, KarachristouK, ChrousosG: A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity.J EurAcadDermatolVenereol.21:356-3592007
- [15] LenaneP, PopeE, KrafchikB: Congenital alopecia areata.J Am AcadDermatol.52:S8-S112005
- [16] LutzG, NiedeckenH, BauerR, et al: Natural killer cell and cytotoxic/suppressor T cell deficiency in peripheral blood in subjects with alopecia areata.Australas J Dermatol.29:29-321988
- [17] ColombeBW, LouCD, PriceVH: The genetic basis of alopecia areata: HLA associations with patchy alopecia areataversus alopecia totalis and alopecia universalis.J Invest Dermatol (Symposium Proceedings).4:216-2191999
- [18] ColombeBW, PriceVH, KhouryEL, et al.: HLA class II antigen associations help to define two types of alopecia areata.J Am AcadDermatol.33:757-7641995
- [19] GalbraithGMP, ThiersBH, VasilyDB, FudenbergHH: Immunological profiles in alopecia areata.Br J Dermatol.110:163-1701984
- [20] GohC, FinkelM, ChristosPJ, et al: Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history.J EurAcadDermatolVenereol.20:1055-10602006
- [21] TostiA, PazzagliaM, StaraceM, et al.: Alopecia areata during treatment with biologic agents.Arch Dermatol.142:1653-16542006

- [22] TokuraY, SugitaK, KabashimaK, et al.: Alopecia universalis associated with impaired interleukin-4 production and low serum IgElevel.J Am AcadDermatol.57:S22-S252007
- [23] NandaA, AlsalehQA, Al-HasawiF, Al-MuzairaiI: Thyroid function, autoantibodies, and HLA tissue typing in children with alopecia areata.PediatrDermatol.19:486-4912002
- [24] MainRA, RobbieRB, GrayES, et al.: Smooth muscle antibodies and alopecia areata.Br J Dermatol.92:389-3931975
- [25] TobinDJ, HannS-K, SongM-S, et al: Hair follicle structures targeted by antibodies in patients with alopecia areata.Arch Dermatol.133:57-611997
- [26] HordinskyMK, HallgrenH, NelsonD, et al: Familial alopecia areata. HLA antigens and autoantibody formation in an American family.Arch Dermatol.120:464-4681984
- [27] KhouryEL, PriceVH, and GreenspanJS: HLA-DR expression by hair follicle keratinocytes in alopecia areata: evidence that it is secondary to the lymphoid infiltration.J Invest Dermatol.90:193-2001988
- [28] DresselD, BrüttCH, ManfrasB, et al.: Alopecia areata but not androgenetic alopecia is characterised by a restricted and oligoclonal T-cell receptor-repertoire among infiltrating lymphocytes.J CutanPathol.24:164-1681997
- [29] FriedmannPS: Clinical and immunologic associations of alopecia areata.SeminDermatol.4:9-151985
- [30] Gilhar A, Landau M, Assy B, Shalaginov R, Serafimovich S, KalishRS.Mediation of alopecia areata by cooperation between CD4+ and CD8+ T lymphocytes: transfer to human scalp explants on Prkdc (scid) mice. Arch Dermatol. 2002; 138: 916-22.
- [31] KorkijW, SoltaniK, SimjeeS, et al.: Tissue-specific autoantibodies and autoimmune disorders in vitiligo and alopecia areata: a retrospective study.J CutanPathol.11:522-5301984
- [32] GreenJ, SinclairRD: Genetics of alopecia areata.Australas J Dermatol.41:215-2182000
- [33] BlaumeiserB, van der GootI, FimmersR, et al.: Familial aggregation of alopecia areata.J Am AcadDermatol.54:627-6322006
- [34] Martinez-MirA, ZlotogorskiA, and GordonD, et al.: Genomewide scan for linkage reveals evidence of several susceptibility loci for alopecia areata.Am J Human Genet.80:316-3282007
- [35] MitchellAJ, KrulleA: Alopecia areata: pathogenesis and treatment.J Am AcadDermatol.11:763-7751984
- [36] CarterDM, JegasothyBV: Alopecia areata and Down syndrome.Arch Dermatol.112:1397-13991976
- [37] SchepisC, BaroneC, LazzaroDanzusoGC,et al: Alopecia areata in Down syndrome: a clinical evaluation.J EurAcadDermatolVenereol.19:769-7702005
- [38] NelsonDA, SpielvogelRL: Alopecia areata.Int J Dermatol.24:26-341985
- [39] YangS, YangJ, LiuJB, et al.: The genetic epidemiology of alopecia areata in China.Br J Dermatol.151:16-232004
- [40] BetzRC, KönigK, FlaquerA, et al.: The R620W polymorphism in PTPN22 confers general susceptibility for the development of alopecia areata.Br J Dermatol.158:389-3912008
- [41] Kubota A, Komiyama A, Hasegawa O. Myasthenia gravis and alopecia areata. Neurology 1997; 48:774-5
- [42] ToyodaM, MakinoT, KagouraM, et al: Expression of neuropeptide-degrading enzymes in alopecia areata: an immunohistochemical study.Br J Dermatol.144:46-542001
- [43] BrownAC: Alopecia areata: a neuroendocrine disorder.SeminDermatol.4:16-281985
- [44] JackowC, PufferN, HordinskyM, et al.: Alopecia areata and cytomegalovirus infection in twins: Genes versus environment?.J Am AcadDermatol.38:418-4251998

- [45] RodriguezTA: Duvic M in association with the National Alopecia Areata Registry. Onset of alopecia areata after Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *J Am Acad Dermatol*.59:137-1392008
- [46] de AndradeM, JackowCM, DahmN, et al.: Alopecia areata in families: association with the HLA locus. *J Invest Dermatol (Symposium Proceedings)*.4:220-2231999
- [47] Price VH. Alopecia areata; Clinical aspects. *J Invest Dermatol* 1991; 96:68S.
- [48] WassermanD, Guzman-SanchezDA, ScottK, McMichaelA: Alopecia areata. *Int J Dermatol*.46:121-1312007
- [49] TanE, TayY-K, GiamY-C: A clinical study of childhood alopecia areata in Singapore. *Pediatr Dermatol*.19:298-3012002
- [50] Hadshiew I et al: Burden of hair loss: Stress and the underestimated psychosocial impact of telogen effluvium and androgenetic alopecia *J Invest Dermatol* 123:455,2004
- [51] Hunt N, McHale S: The psychological impact of alopecia *BMJ* 331: 951. 2005
- [52] NievesDS, PhippsRP, PollockSJ, et al.: Dermatologic and immunologic findings in the immune dysregulation, polyendocrinopathy, enteropathy, X-linked syndrome. *Arch Dermatol*.140:466-4722004
- [53] KavakA, BaykalC, ÖzarmağanG, et al: HLA in alopecia areata. *Int J Dermatol*.39:589-5922000
- [54] Goh C, Finkel M, Christos PJ, Sinha AA. Profile of 513 patients with alopecia areata: Associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history. *J Eur Acad Dermatol* 2006;20:1055-60
- [55] GoldsmithLA: Summary of the Second International Research Workshop on Alopecia Areata. *J Invest Dermatol*.104:2S-3S1995
- [56] NorrisD: Alopecia areata: Current state of knowledge. *J Am Acad Dermatol*.51:S16-S172004
- [57] GilharA, KruegerGG: Hair growth in scalp grafts from patients with alopecia areata and alopecia universalis grafted onto nude mice. *Arch Dermatol*.123:44-501987.
- [58] KalishRS, JohnsonKL, HordinskyMK: Alopecia areata. Autoreactive T cells are variably enriched in scalp lesions relative to peripheral blood. *Arch Dermatol*.128:1072-10771992
- [59] DinhQQ, ChongAH: A case of widespread non-pigmented hair regrowth in diffuse alopecia areata. *Australas J Dermatol*.48:221-2232007
- [60] ÖztaşP, ÇatalF, DilmenU: Familial eyebrow diffuse alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*.19:118-1192005
- [61] Bolduc C. " Alopecia Areata" Emedicine website. (<http://emedicine.medscape.com/article/1069931-overview#showall>). Update :Des 4,2013
- [62] ShelleyWB: The spotted lunula. A neglected nail sign associated with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*.2:385-3871980
- [63] WhitingDA: Histopathology of alopecia areata in horizontal sections of scalp biopsies. *J Invest Dermatol*.105:26S-27S1995
- [64] McElweeKJ: Third International Research Workshop on Alopecia Areata. *J Invest Dermatol*.112:822-8241999
- [65] Tan E, Tay YK, Goh CL, Chin Giam Y. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore- a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002;14:748-53
- [66] KossardS: Diffuse alopecia with stem cell folliculitis. Chronic diffuse alopecia areata or a distinct entity?. *Am J Dermatopathol*.21:46-501999
- [67] TanC, ZhuW-Y, MinZS: A case of patchy alopecia areata sparing lesional greying hairs. *Int J Dermatol*.47:864-8652008
- [68] XiaoF-L, YangS, LiuJ-B, et al.: The epidemiology of childhood alopecia areata in China: a study of 226 patients. *Pediatr Dermatol*.23:13-182006

- [69] Cochran REI, Thomson J, MacSween RNM: An auto-antibody profile in alopecia totalis and diffuse alopecia. *Br J Dermatol*. 95:61-65 1976
- [70] Criado PR, Valente NYS, Michalany NS, et al.: An unusual association between scalp psoriasis and ophiasic alopecia areata: the Renbök phenomenon. *Clin Exp Dermatol*. 32:320-321 2007
- [71] Madani S, Shapiro J: Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol*. 42:549-566 2000
- [72] Tan C, Zhu W-Y, Min ZS: A case of patchy alopecia areata sparing lesional greying hairs. *Int J Dermatol*. 47:864-865 2008
- [73] Pullen LC. Alopecia Areata Associated With Autoimmune Comorbidity Available at (<http://www.medscape.com/viewarticle/804646>) . Accessed May 27, 2013.
- [74] Huang KP, Mullangi S, Guo Y, Qureshi AA. Autoimmune, Atopic, and Mental Health Comorbid Conditions Associated With Alopecia Areata in the United States. *JAMA Dermatol*. May 22 2013;1-5.
- [75] Hoffmann R, Happle R. Topical immunotherapy in alopecia areata. What, how, and why? *Dermatol Clin*. Oct 1996;14(4):739-4
- [76] Ahmed AM, Barahmani N: Duvic M for the National Alopecia Areata Registry. Familial alopecia areata and chronic thrombocytopenia. *J Am Acad Dermatol*. 58:S75-S77 2008
- [77] García-Hernández MJ, Ruiz-Doblado S, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: A review. *J Dermatol* 1999; 26:625-32
- [78] Lepage A, Ecosse E, Zeller J et al. (2003) The French version of Skindex (Skindex-France). Adaptation and assessment of psychometric properties. *Ann Dermatol Venereol* 130:177-183
- [79] Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ: Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol*. 42:434-437 2003
- [80] Wade MS, Sinclair RD: Persistent depigmented regrowth after alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 46:619-620 2002
- [81] Posten W, Swan J: Recurrence of alopecia areata in a patient receiving etanercept injections. *Arch Dermatol*. 141:759-760 2005
- [82] Ajith C, Gupta S, Bhansali A, et al.: Alopecia areata associated with idiopathic primary hypophysitis. *Clin Exp Dermatol*. 30:250-252 2005
- [83] Healy E, Rogers S. PUVA treatment for alopecia areata- does it work? A retrospective review of 102 cases. *Br J Dermatol* 1993;129:42-4. Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia areata: An evaluation of 736 patients. *Arch Dermatol* 1963;88: 290-7.
- [84] Muller HK, Rook AJ, Kubba R: Immunohistology and autoantibody studies in alopecia areata. *Br J Dermatol*. 102:609-610 1980
- [85] Grob JJ, Revuz J, Ortonne JP et al. (2005) Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. *Br J Dermatol* 152:289-295
- [86] Feher O, Sant'Ana RO, Valadares AD, Anelli A: Alopecia universalis completely resolved following autologous bone marrow transplantation. *Arch Dermatol*. 138:1102-1103 2002
- [87] Hordinsky MK, Hallgren H, Nelson D, Filipovich AH: Suppressor cell number and function in alopecia areata. *Arch Dermatol*. 120:188-194 1984
- [88] Shapiro J, Madani S. Alopecia areata: diagnosis and management. *Int J Dermatol*. 1999; 38(suppl. 1):19-24.
- [89] El Darouti M, Marzouk SA, Sharawi E: Eosinophils in fibrous tracts and near hair bulbs: A helpful diagnostic feature of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 42:305-306 2000
- [90] Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, et al.: The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognito. *J Am Acad Dermatol*. 59:64-67 2008

- [91] MilgraumSS, MitchellAJ, BaconGE, et al: Alopecia areata, endocrine function, and autoantibodies in patients 16 years of age or younger.J Am AcadDermatol.17:57-611987
- [92] Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines. National Alopecia Areata Foundation. J Am AcadDermatol.1999; 40:242-6
- [93] BaadsgaardO, LindskovR: Circulating lymphocyte subsets in patients withalopecia areata.ActaDermVenereol.66:266-2681986
- [94] Cash TF (1999).The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature. Br J Dermatol 141:398–405
- [95] RosinaP, SegallaG, MagnaniniM, et al.: Turner’s syndrome associated with psoriasis and alopecia areata.J EurAcadDermatolVenereol.17:50-522003
- [96] ShohatM, MimouniD, Ben-AmitaiD, et al.: In vitro cytokine profile in childhood alopecia areata and the immunomodulatory effects of AS-101.ClinExpDermatol.30:432-4342005
- [97] PinkusH: Differential patterns of elastic fibers in scarring and non-scarring alopecias.J CutanPathol.5:93-1041978
- [98] McMillenR, DuvicM: Alopecia areata occurring in sisters after administration of rifampicin.J Am AcadDermatol.44:142-1432001
- [99] Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. Int J Dermatol. 2008;47:688-93.
- [100] MessengerAG, BleehenSS: Alopecia areata: light and electron microscopic pathology of the regrowing white hair.Br J Dermatol.110:155-1621984
- [101] HeadingtonJT, MitchellA, SwansonN: New histopathologic findings in alopecia areata studied in transverse sections.J Invest Dermatol.76:3251981
- [102] MessengerAG, SlaterDN, BleehenSS: Alopecia areata: alterations in the hair growth cycle and correlation with the follicular pathology.Br J Dermatol.114:337-3471986
- [103] SperlingLC, LuptonGP: Histopathology of non-scarring alopecia.J CutanPathol.22:97-1141995
- [104] WhitingDA: Histopathologic features of alopecia areata. A new look.Arch Dermatol.139:1555-15592003
- [105] IhmC-W, HongSS, MunJ-H, KimHU: Histopathological pictures of the initial changes of the hair bulbs in alopecia areata.Am J Dermatopathol.26:249-2532004
- [106] FantiPA, TostiA, BardazziF, et al.: Alopecia areata. A pathological study of nonresponderpatients.Am J Dermatopathol.16:167-1701994
- [107] Cunliffe WJ, Hall R, Stevenson CJ, Weightman D. Alopecia areata, thyroid disease, and autoimmunity. Br J Dermatol 1969;81:877-81.
- [108] Friedman PS.Alopeciaareata and autoimmunity.Br J Dermatol 1981;105:153-7
- [109] MacDonald Hull SP et al: guidelines for the management of alopecia areata Br J Dermatol 149:692, 2003
- [110] Leplege A, Ecosse E, Verdier A et al. (1998) The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. J ClinEpidemiol 51:1013–1023
- [111] Price VH: Treatment of hair loss. N Engl J Med 341:964, 1,999
- [112] RossE K, ShapiroJ :Management of hair loss.DermatolClin 33:227,2005
- [113] EtefaghL, NedorostS, MirmiraniP: Alopecia areata in a patient using infliximab: new insights into the role of tumor necrosis factor on human hair follicles.Arch Dermatol.140:10122004
- [114] SwansonNA, MitchellAJ, LeahyMS, et al.: Topical treatment of alopecia areata.Arch Dermatol.117:384-3871981
- [115] WillemsenR, VanderlindenJ, DeconinckA, RoseeuwD: Hypnotherapeutic management of alopecia areata.J Am AcadDermatol.55:233-2372006

- [116] Drake LA, Ceilley RI, Cornelison RL, Dobes WL, Dorner W, Goltz RW, et al. Guidelines of care for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:247-50.
- [117] TataruA, NicoaraE: Idiopathic diffuse alopecias in young women correlated with hypomagnesemia.*J Eur Acad Dermatol Venereol*.18:393-3942004
- [118] PausR : Therapeutic strategies for treating hair loss *Drug Dis Today Ther Strat* 3:1.01.,2006
- [119] SimonettiO, LucariniG, BernardiniML, et al.: Expression of vascular endothelial growth factor, apoptosis inhibitors (survivin and p16) and CCL27 in alopecia areata before and after diphencyprone treatment: an immunohistochemical study.*Br J Dermatol*.150:940-9482004
- [120] McElweeKJ, SpiersEM, OliverRF: Partial restoration of hair growth in the DEBR model for alopecia areata after in vivo depletion of CD4+ T cells.*Br J Dermatol*.140:432-4371999
- [121] BaadsgaardO, LindskovR, ClemmensenOJ: In situ lymphocyte subsets in alopecia areata before and during treatment with a contact allergen.*Clin Exp Dermatol*.12:260-2641987
- [122] BartelsNG, LeeH-H, WormM, et al.: Development of alopecia areatauniversalis in a patient receiving adalimumab.*Arch Dermatol*.142:1654-16552006
- [123] PerretCM, SteijlenPM, HappleR: Alopecia areata. Pathogenesis and topical immunotherapy.*Int J Dermatol*.29:83-881990
- [124] AvgerinouG, GregoriouS, RigopoulosD, et al.: Alopecia areata: topical immunotherapy treatment with diphencyprone.*J Eur Acad Dermatol Venereol*.22:320-3232008
- [125] Kos L, Conlon J. An update on alopecia areata. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21:475-80.
- [126] WhitmontKJ, CooperAJ: PUVA treatment of alopecia areatotalis and universalis: A retrospective study.*Australas J Dermatol*.44:106-1092003
- [127] Healy E, Rogers S. PUVA treatment for alopecia areata- does it work? A retrospective review of 102 cases. *Br J Dermatol* 1993;129:42-4.
- [128] HubicheT, Léauté-LabrézeC, TaïebA, et al: Poor long term outcome of severe alopecia areata in children treated with high dose pulse corticosteroid therapy.*Br J Dermatol*.158:1136-11372008
- [129] RashidiT, MahdAA: Treatment of persistent alopecia areata with sulfasalazine.*Int J Dermatol*.47:850-8522008
- [130] Joly P. The use of methotrexate alone or in combination with low doses of oral corticosteroids in the treatment of alopecia totalis or universalis.*J Am Acad Dermatol*. 2006 Oct;55(4):632-6.
- [131] PhillipsMA, GravesJE, NunleyJR: Alopecia areata presenting in 2 kidney-pancreas transplant recipients taking cyclosporine.*J Am Acad Dermatol*.53:S252-S2552005
- [132] Al-Mutairi N : 308-nm excimer laser for the treatment of alopecia areata. *Dermatol Surg*. 2007 Dec;33(12):1483-7
- [133] Talpur R, Vu J, Bassett R, Stevens V, Duvic M. Phase I/II randomized bilateral half-head comparison of topical bexarotene 1% gel for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Oct;61(4):592.e1-9. doi: 10.1016/j.jaad.2009.02.037. Epub 2009 Aug 14.
- [134] Yoo KH, Kim MN, Kim BJ, Kim CW. Treatment of alopecia areata with fractional photothermolysis laser. *Int J Dermatol*. 2010 Jul;49(7):845-7. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04230.x. Epub 2009 Jul 13.
- [135] Tosti A, Pazzaglia M, Voudouris S, Tosti G. Hypertrichosis of the eyelashes caused by bimatoprost. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Nov;51(5 Suppl):S149-50.
- [136] Unger R, Dawoud T, Albaqami R. Successful hair transplantation of recalcitrant alopecia areata of the scalp. *Dermatol Surg*. 2008 Nov;34(11):1589-94. doi: 10.1111/j.1524-4725.2008.34330.x. Epub 2008 Sep 15.

- [137] Güleç AT, Tanriverdi N, Dürü C, et al. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004; 43:352-6.
- [138] Dubois M, Barzau KB, Marqueste CG, , et al. Quality of life in alopecia areata: A study of 60 cases. *J Invest Dermatol* 2010; 130:2830-3
- [139] Halioua B, Beumont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol* 2000; 39:801-6.
- [140] Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: A practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-14.
- [141] Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *Br Med J* 2001; 322:1240-3.
- [142] Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *ClinExpDermatol* 1994; 19:210-6.
- [143] Basra MK, Edmunds O, Salek MS, Finlay AY. Measurement of family impact of skin disease: Further validation of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). *J EurAcadDermatolVenereol* 2008; 22:813-21.
- [144] Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM et al. (1996) Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 107:707–713
- [145] Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in Northern India. *IntJ Dermatol* 1996; 35:22-7
- [146] Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA et al. (1997) Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 133:1433–1440
- [147] Lewis V, Finlay AY. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Invest DermatolSympProc* 2004; 9:169-80.
- [148] Nawaf Al-Mutairi1, Osama NourEldin : Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata.Department of Medicine, Kuwait University, Kuwait. *Indian J DermatolVenereolLeprol*2011;77:489-93
- [149] Jawaher Masmoudi, Rim Sellami, Uta Ouali, et al: Quality of Life in Alopecia Areata: A Sample of Tunisian Patients, Department of Psychiatry A, Hédi Chaker University Hospital, Sfax, Tunisia,*Dermatology Research and Practice*, Volume 2013 (2013), Article ID 983804, 5 pages.