

# دراسة الحاصة البقعية في محافظة حمص

د . جمال وقاف\*

## الملخص

أجريت دراسة الحاصة البقعية بهدف التعرف على وبائياتها والإحاطة ببعض العوامل المسببة أو المثيرة للمرض والأمراض المرافقة .

راجعنا خلال ثلاثة أعوام 4396 مريض جلدي وتناسلي , كان بينهم 90 مريض حاصة بقعية وبنسبة حدوث % 2,04 وكان ذروة حدوث المرض في العقد الثالث من العمر ونسبة الذكور للإناث 3:1 .

تجلت تظاهرات المرض باصابة الفروة بنسبة % 87,8, وشكل النمط الشائع البقعي المحدد النسبة العظمى من المرضى ( % 93,3 ) .

سجلت نسبة حدوث المرض بوجود قصة تأتبية عند نصف المرضى تقريبا , ومع قصة عائلية عند الثلث , وسبق ظهور المرض حدوث شدات نفسية عند ثلثي المرضى .  
ترافق الحدوث العائلي مع ظهور للمرض بسن أبكر ( 38,5 % قبل الثلاثين مقابل 20 % بعد الثلاثين).

أظهر مرضى الحاصة البقعية التأتبيين زيادة في حدوث النكس وزيادة الوقوعات العائلية مع نسبة أكبر لوجود الشدات النفسية مقارنة مع غير التأتبيين .

ترافق المرض بوجود تنقر بالأظافر عند ثلاثة مرضى, وبحس وخز عند مريض وحس حرقة مع حمامى عند آخر وثلاثة مع توهذ خفيف .

سجل الترافق مع حالتي صدف ومع اعتلال درقي عند مريضين وحالة بهاق واضطراب تصبغ عند آخر .

نستنتج بروز أهمية العامل الوراثي في حدوث الحاصة البقعية و دور الشدات النفسية والتأتب كعوامل خطورة في المرض .

كلمات مفتاحية: الحاصة البقعية- وبائيات - عوامل مؤهبة- أمراض مرافقة.

---

\* مدرس في قسم الجلدية بكلية الطب بجامعة البعث

## Study of Alopecia Areata in Homs Province

## Abstract

The purpose of this work was to study the epidemiology of alopecia areata among our patients as well as the different precipitating factors and associated disorders of this disease . We have seen 4396 patients along 3 years period suffering from different dermatologic and venereologic problems; 90 (2,04 %) of them were diagnosed as alopecia areata. The peak age of onset was found to be in the third decade of life. Males were about three times more affected than females. Scalp affection was found in 87,8 % of cases and patchy type was observed in majority (93,3%) . About two thirds (68,18 %) of our patients reported psychic stress, 48,8 % were atopic, and one third reported occurrence of a similar condition in one or more of members of their families, and family occurrence was more in early onset . We have found higher rate of recurrence among atopics, higher incidence of affection of their families, and more psychic stress , compared to non- atopics . Only 2 patients reported sensation of burning or prickling, 3 showed faint depression in the affected areas, and 3 showed nail changes. A few cases of associated diseases were found.

Keywords: Alopecia Areata- Epidemiology, Precipitating factors, associated disorders

مقدمة:

---

\*Assistant Professor, Department of Dermatology, Faculty of medicine, AL-Baath University, Homs, Syria.

الحاصة البقعية (الثعلبية) من الأمراض الشائعة , ونسبة حدوثها حوالي 2% من الأمراض الجلدية.

سبب المرض مجهول , إلا أن الدراسات الحديثة [1] تركز على العوامل الوراثية و الاضطرابات المناعية الذاتية والشدات النفسية وعوامل أخرى عصبية وخمجية. يحدث فقدان أشعار مفاجيء بؤري غير ندبي , يصيب أي منطقة مشعرة من الجسم وبأشكال مختلفة قد تكون مدورة أو بيضوية محددة, مفردة أو متعددة , وهذا هو الشكل الغالب. أو تأخذ شكلاً ثعبانياً, ويمكن أن تأتي على كامل أشعار فروة الرأس تدعى بالحاصة التامة أو تشمل كافة أشعار الجسم و الفروة تسمى بالحاصة الشاملة , وقد تأخذ شكلاً حاداً ومنتشراً في فروة الرأس تم وصفه مؤخرًا [ 2 , 3 ].

تأخذ الأشعار خاصة بالمحيط شكل علامة التعجب , ويبقى الجلد دون تغيرات تذكر. وتصاب الأظفار خاصة بالأشكال الشديدة للمرض و بنسب متفاوتة 11- 66 % , وتكون بأشكال حثلية مختلفة خاصة التتقر [ 5 , 4 , 1 ].

سير المرض غير متوقع , قد يحصل عدة نكسات , وقد يعود الشعر كاملاً أو جزئياً أولاً يعود , ويبقى 10 % من المرضى دون شفاء [1].

يترافق سوء الإنذار بوجود التأتب ومرافقة الأمراض المناعية الذاتية و وجود الاستعداد العائلي و البدء الباكر وفي الإصابات الواسعة والمنتشرة والشكل الثعباني [ 3,1].  
**أهمية البحث:** بالرغم من الأبحاث العديدة ما يزال امراض الحاصة البقعية غامضاً, ومع أن الداء كثير الشيع فبالدراسات الاحصائية الوبائية والسببية المحلية للمرض قليلة.  
**الهدف:** التعرف على وبائية المرض لدينا و شيوعه بين الأمراض الجلدية و التعرف على أشكاله السريرية وامكانية الإحاطة ببعض العوامل المؤهبة أو المثيرة للمرض والأمراض المرافقة.  
**المواد وطرق الدراسة:**

أجريت الدراسة في الفترة بين بداية 2011 إلى نهاية 2013 على المرضى المراجعين للعيادة الجلدية الخاصة بنا.

وضع التشخيص السريري بناء على القصة والموجودات السريرية لبقعة مدورة أو بيضوية محددة جيداً فاقدة للأشعار , أو أكثر من بقعة متفرقة أو متلاقية وبدون دلائل التهابية أو تندب , وعلى وجود أشعار بشكل علامة التعجب .

صنف المرضى حسب الشكل السريري وامتداد الإصابة الى شكل بقعي محدد , وشكل ثعباني , وشكل شمل كافة أشعار الفروة (حاصة تامة).

أخذت قصة كاملة بتركيز على العمر و الجنس و بدء المرض و المهنة وحالات النكس وقصة وجود شذات نفسية أو كرب قبل ظهور المرض , وإلى وجود أمراض تأتبية من التهاب جلد تأتبي أو التهاب أنف أرجي أو ربو عند المريض , كما جرى التحري عن وجود أمراض مرافقة مناعية ذاتية كالبهاق و السكري و الدرق لدى المريض , وقصة وجود حالات مشابهه ( نفس المرض ) لدى أحد أفراد الأسرة.

تم فحص الأظافر وتحري أي تبدلات فيها, والسؤال عن وجود أعراض سبقت أو رافقت ظهور المرض كالحكة والحرقه و الخدر أو أي احساس غير عادي في المنطقة المصابة.

### النتائج:

جمعت النتائج من القصة والاستقصاءات السريرية التي سجلت وحلت وكانت كما يلي:  
 خلال فترة الدراسة التي امتدت لثلاث سنوات راجعنا لأول مرة 4396 مريضا جلديا, كان بينهم 90 مريضا بالخاصة البقعية و بنسبة حدوث 2,04 % من المراجعين . وكان عدد الذكور 66 ( 73,3 % ) و عدد الاناث 24 ( 26,7 % ) و بنسبة 3:1.

توزع المرضى حسب العمر: (جدول 1)

الفئة العمرية	عدد المرضى	النسبة المئوية %
1-10 سنوات	10	11,11
11-20 سنة	19	21,11
21-30 سنة	36	40
31-40 سنة	18	20
41-50 سنة	6	6,66
فوق 50 سنة	1	1,11

تراوح بدء المرض بين عمر 5 سنوات و 52 سنة , والعمر الوسطي للإصابة كان  $8,7 \pm 24,68$  سنة , وذروة الإصابة ظهرت في العقد الثالث من العمر. وتراوحت فترة المرض منذ ظهوره حتى مشاهدته بين أيام إلى أشهر وكانت وسطيا  $1,4 \pm 2,4$  شهر.

توزع المرضى حسب أشهر السنة: (جدول 2)

الشهر	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

عدد المرضى	5	4	3	5	8	3	4	9	15	12	11	11
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد المرضى في الأشهر الأربعة الأخيرة من العام بلغ 49 مريضاً وشكل نسبة 54,4 % من عدد المرضى الكلي.

توزع المرضى حسب المهنة: (جدول 3)

المهنة	طلاب مدارس	طلاب جامعات	مهن فكرية وعلمية	فلاحين وعمال	أعمال مؤقتة أو بدون عمل
عدد	20	19	18	21	12

يلاحظ أن النسبة الكبرى من المرضى هم طلاب وأصحاب مهن فكرية وعلمية (57 مريض) وبنسبة 63,3 % .

عدد ونسبة المرضى بوجود قصة تأتبية أو عائلية والحالات الناكسة والشدات النفسية (جدول 4)

القصة	عدد المرضى	النسبة المئوية
قصة تأتبية	44	48,8%
عائلية	30	33,3%
نكس	37	41,11%
شدات نفسية	62	68,18%

من الجدول أعلاه نجد أن نصف المرضى تقريبا ( 48,8 %) لديه قصة تأتبية شخصية (وجود التهاب جلد تأتبي أو ربو أو زكام العلف بنسب متقاربة) , وعند الثلث قصة عائلية لحدوث المرض عند أحد أفراد الأسرة أو أكثر من فرد ( 33,3 %). ووجدنا أن 41,1 % من المرضى قد حصل لديهم المرض سابقا لمرة أو أكثر , كما سجل وقوع حوادث عاطفية أو نفسية قبل حدوث المرض عند أكثر من ثلثي المرضى ( 68,1 %) ( جدول 4 ) .

سجل وقوع حالات النكس بنسبة أكبر بين المرضى التأتبيين وبلغت 70,4 % (31:44) مقابل تسجيلها لدى ( 6:46 ) وبنسبة 13 % عند غير التأتبيين. كما كان الحدوث العائلي بين التأتبيين هو الأكبر وبنسبة ( 56,8 %) مقارنة مع غير التأتبيين ( 10,9 %). وكان حدوث شدات نفسية عند المرضى التأتبيين بنسبة أكبر من حدوثها عند غير التأتبيين وبنسبة 90,9 % مقابل 47,8 % ( جدول 5 ) .

عدد ونسبة حالات النكس والقصة العائلية والشدات النفسية عند مرضى الحاصة البقعية بوجود التأتب مقارنة مع غياب التأتب ( جدول 5 )

النسبة %	عدم الترافق مع التأتب	النسبة %	وجود التأتب	المجموع	
51,2	46	48,8	44	90	المجموع
13	6	70,4	31	37	النكس
10,9	5	56,8	25	30	القصة العائلية
47,8	22	90,9	40	62	الشدات النفسية

عدد المرضى ونسبتهم حسب الحدوث قبل وبعد عمر الثلاثين وعلاقته بالتأتب و القصة العائلية عند مرضى الحاصة البقعية ( جدول 6 ).

المجموع	عمر أقل من 30	عمر فوق الثلاثين	
90	65(72,2 %)	25(27,8%)	عدد المرضى
44	32:65(49,2%)	12:25 ( 48%)	التأتب
30	25:65(38,5%)	5:25(20%)	القصة العائلية

كان عدد المرضى بعمر تحت الثلاثين 65 وبنسبة 72,2 % , يقابله تسجيل المرض عند 25شخصاً وبنسبة 27,8 % بعمر فوق 30 سنة.

كانت القصة التأتبية ايجابية عند 32 مريضا ( 72,7 % ) بعمر دون الثلاثين وعند 12 مريضا ( 27,3 % ) بعمر فوق الثلاثين . كما وجدت قصة عائلية عند 25 مريضا بعمر تحت 30 سنة وعند 5 مرضى فقط بعمر فوق 30 سنة (جدول 6).

كانت أعمار 32 مريض تأتبي أقل من 30 سنة وبنسبة % 49,2 (32:65) , مقابل 48 % (12:25) بعد عمر الثلاثين (جدول 6) , وبالتالي لم يتعلق حدوث المرض عند التأتبيين بعمر محدد , بمعنى آخر لم نجد للتأتب تأثيرعلى سن بدء حدوث المرض.

كما كان 25 مريض من المصابين وعنده قصة عائلية بعمر تحت الثلاثين سنة وبنسبة 38,5 % مقابل 20 % فوق الثلاثين , وهنا نجد أن الحدوث العائلي أكبر في البدء الباكر للمرض قبل عمر الثلاثين (جدول 6).

عدد المرضى حسب الأشكال السريرية والتوضع وتعدد الآفات (جدول 7)

المجموع	تامة	ثعبانية	متعددة على الذقن	متعددة على الفروة	مفردة على الذقن	مفردة على الفروة	العدد
							90
	1	5	6	13	5	60	

سجلت إصابة مفردة على الفروة عند 60 مريضا وبنسبة 66,6 % , كما سجلت الإصابة المفردة على الذقن عند 5 مرضى وبنسبة 5,5 % , وبذلك تشكل الإصابة المفردة نسبة 72,2 % من المرضى.

وقد تواجدت إصابات متعددة على الذقن عند 6 مرضى وبنسبة 6,6 % , وإصابات متعددة على الفروة عند 13 مريض ( وبنسبة 14,4 % ) فقط وشملت الإصابة % 40-60 من أشعار فروة الرأس , وقد ترافقت الإصابة بالفروة عند 3 مرضى منهم مع إصابات أخرى على أماكن أخرى كالذقن و الحواجب والأجفان و الشوارب. وبذلك تشكل الإصابة متعددة البؤرعلى الفروة والذقن مانسبته 21 % (19 مريض).

سجلت أيضا خمس حالات ثعلبية ثعبانية بنسبة 5,5 % من المرضى , منها اثنتان أصابت المناطق الجدارية و القفوية وثلاث الجبهة والمناطق الجدارية والصدغية . كما سجلت

حالة وحيدة بإصابة كامل شعر الفروة ( خاصة تامة) بنسبة % 1,2 , ولم نشاهد إصابة شاملة لكافة أشعار الجسم ( خاصة شاملة) أو أشكال حادة منتشرة على الفروة. وتكون إصابة الفروة قد سجلت عند 79 مريضا وبنسبة 87,8 % من عدد المرضى الكلي والإصابة خارج الفروة عند 11 مريضا وبنسبة 12,2 % .  
أجري اختبار الشد وكان ايجابيا عند 51 مريضا ( 56.6 % ) ويدل على فعالية المرض.

سجل حس وخز عند مريض واحد , وحس حرقة لدى آخر ترافقت إصابته بحمامي خفيفة ( دون علاجات ) . كما لوحظ عند 3 مرضى وجود توهذ بسيط ( انخفاض) بالجلد المصاب .

أظهر فحص الأظافر وجود اعتلال عند ثلاثة مرضى , وكانت الإصابة بشكل تنقرات عند مريض مصاب بأفات متعددة واسعة الإنتشار شملت ( % 60 – 50 ) من أشعار الفروة وعند آخر مصاب بحاصة شعبانية , وكانت الإصابة عند الثالث حثلية ضمورية في الأظافر مع حاصة واسعة وقديمة ناكسة.

سجل الترافق مع الصدف عند مريضين , ومع اعتلال درقي عند مريضين أيضا , ومع حالة بهاق واحدة , وحالة اضطراب تصبغ عند مريض ظهر بشييب مفاجيء بالشارب دون الجلد.

#### المناقشة:

يختلف حدوث الحاصة البقعية بين دراسة و أخرى , وتتراوح النسبة بين % 3,8- 0,7 من مراجعي العيادات الجلدية [ 6 , 7 ] , سجل حدوثها في بريطانيا والولايات المتحدة بنسبة % 2 [8], وفي دراسة سعودية كانت بنسبة 1,6 % [9]. وفي دراستنا وجدنا أن نسبة الحدوث % 2,04 وهي تقارب معظم الدراسات العالمية .

أشارت بعض الدراسات إلى التساوي في إصابة الذكور و الإناث [ 10 , 1 ] ودراسات أخرى وجدت أن إصابة الذكور أعلى وتقارب نسبة 2:1 [ 29 ] و 3:1 [ 9 ] , و بعضها الآخر وجد غلبة الإصابة عند الإناث [ 1,12,13 ] .

وفي دراستنا وجدنا أن الإصابة كانت عند الذكور أكثر وبلغت نسبة 3:1 وهي تماثل نتائج الدراسة السعودية [9] وتخالف الأخرى [13].

وتشير نتائج دراستنا الى أن العمر الوسطي للإصابة بلغ  $24,68 \pm 8,73$  سنة وهي تقارب نتائج الدراسة السعودية [9] حيث كان العمر الوسطي  $26,2 \pm 8,85$  سنة , وتختلف عن نتيجة الخواجة  $18,9 \pm 11,2$  سنة [13].

تراوح عمر المرضى عندنا بين خمس سنوات و52 سنة وكانت ذروة الإصابة في العقد الثالث من العمر فبلغت نسبة المرضى فيه 40 % ( جدول 1 ) , وهذا يتفق مع نتائج باركر التي تشير الى أن قمة حدوث المرض كانت بين العقدين الثاني والرابع [8].

كما وجدنا أن ثلث المرضى كانوا بعمر أقل من 20 سنة ( 32,2 % ) , وبلغت النسبة 72,2 % قبل عمر الثلاثين ( جدول 1 ) , وقلت نسبة حدوث المرض بعد الأربعين و كانت 7,7 % .

توافق هذه النتائج دراسات البعض [9] , ودراسة أخرى تشير الى أن إصابة الأطفال تبلغ 20 % من المرضى [14] , وتقارب دراسة في آسيا ( سنغافورة ) تظهر أن 85 % من حالات الثعلبة حدثت قبل عمر الأربعين [7] , وتخالف أخرى تشير الى حدوث المرض عند 60 % قبل عمر العشرين [15] .

إن الاختلاف في نسب حدوث المرض وسن بدء الإصابة من دراسة إلى أخرى قد يكون بسبب الاختلاف الجغرافي والبيئي ولعوامل عرقية ووراثية.

توزع المرضى حسب أشهر السنة أظهر زيادة في نسبة الإصابة بالمرض في الأشهر الأربعة الأخيرة من العام فكان عدد المرضى فيها 49 وبنسبة 54,4 % ( جدول 2 ) , وهذا قد يرجع لدور الشدات النفسية أثناء فترة الامتحانات في الصيف مع العلم أن معدل مدة بدء المراجعة بعد الإصابة كانت 2,4 شهر وسطيا وأن أغلب مرضانا بأعمار الشباب ويفع وجلهم من الطلاب بالمدرسة أو الجامعة , أو قد يكون سبب هذه الزيادة في نسبة الإصابة يرجع إلى الميل للحدوث الفصلي الخريفي ؟.

وجدنا غلبة لحدوث المرض بين الطلاب وأصحاب المهن الفكرية و العلمية ومجموعهم 57 مريضا وبنسبة 63,3 % ( جدول 3 ) , وهذا قد يعود لخصوصية هذه الفئة وما تتعرض له من توترات . والباقي 33 مريضا ( 36,7 % ) كانوا إما بدون عمل أو بأعمال مؤقتة ( 12 مريض ) , أو فلاحين وعمال (21 مريض).

تذكر الشدات النفسية كسبب شائع لظهور الحاصة البقعية ( الثعلبة ) , لكن الدراسات السريرية المحكمة لم تحسم هذا الأمر [ 16 , 17 ] , فالبعض لم يجد علاقة حقيقية بين بدء تساقط الشعر و حوادث الشدة الحياتية [ 18 , 19 , 20 ] , بينما أقر آخرون بدور للشدات قبل

ظهر المرض عند مرضى الثعلبة [ 22 , 21 ] , وكذلك بينت الدراسة السعودية [9] وجود لحوادث الشدة عند ظهور المرض في 70,5 % من المرضى , وكانت نتائجنا قد أظهرت دور للشدات قبل حدوث المرض عند 62 مريضاً وبنسبة متقاربة مع الدراسة المذكورة آنفاً بلغت 68,18 % ( جدول 4).

يتواجد عند بعض مرضى الثعلبة قصة عائلية قوية تظهر في أجيال متعددة , وهذا يدعم أن المرض يمكن أن يورث , ويدعم دور الوراثة في الثعلبة مشاهدات التوائم وحيدة الزيجوت في توأقت الظهور والنموذج السريري للخاصة [ 25 , 24 ] , و تؤيد دراسة مارتنيز دور الاستعداد الوراثي في الحاصة البقعية [26] , وقد أوردت دراسة أن بين 4 % الى 28 % من المصابين بالثعلبة يوجد على الأقل فرد آخر مصاب بالعائلة [23]. وأبرزت عدة دراسات وجود قصة عائلية ايجابية تتراوح من 3 % الى 42 % [ 23 , 27 , 28 ].

في دراسة الخواجة كان الحدوث العائلي بنسبة 21,76 % [13] , وفي الدراسة السعودية 16,7 % [9] , وفي دراستنا ( جدول 4 ) وجدنا حدوث عائلي عند ثلث المرضى 33,3 % , هذه الزيادة في الحدوث العائلي تدعم وجود استعداد وراثي للمرض .

وجدنا زيادة بالحدوث العائلي في البدء الباكر للمرض قبل عمر الثلاثين وبنسبة 38,5 % مقابل حدوث بنسبة 20 % بعد الثلاثين ( جدول 6 ) . وقد سجلت إحدى الدراسات حدوث عائلي عند 37 % من المرضى قبل عمر الثلاثين مقابل 7,1 % فقط بعد عمر الثلاثين [28]. بين روك وزملائه أن معاودة المرض شائعة وتتراوح بين 40-50 % من الحالات [29] , وأظهرت الدراسة السعودية نسبة حدوث المعاودة ( النكس ) عند 37,2 % من المرضى , ونتيجة دراستنا كانت متقاربة ( جدول 4 ) وبلغت نسبة المعاودة لدينا 41,11 % من الحالات .

يؤكد الكثير من الباحثين على دور القصة التأتبية كعامل خطورة للخاصة البقعية , وأن حدوث المرض يتضاعف بوجود التأتب [ 32 , 31 , 30 , 27 , 14 ] . وقد سجلت عدة دراسات وجود قصة تأتبية لأمرض مثل الربو والتهاب الجلد التأتبي والتهاب أنف أرجي عند 10% الى 60 % من مرضى الحاصة البقعية [ 32 , 30 , 7 ] , فأظهرت إحدى الدراسات حدوث التأتب بين مرضى الحاصة البقعية عند 39 % [32] وفي أخرى 60,7 % [7] وثالثة بنسبة 46 % [27].

بينت نتائج دراستنا وجود قصة تأتبية بنسبة 48,8 % ( جدول 4 ) من مرضى الحاصة البقعية وهي تقارب نتيجة بعض الدراسات المذكورة آنفاً , و أعلى من نتائج الدراسة السعودية [9] حيث أظهرت نسبة حدوث عند 34,6 % من المرضى .

بلغت نسبة التأتبيين من مرضى الحاصة البقعية وبعمر أقل من 30 سنة 49,2 % وهي تقارب نسبتهم بعمر فوق 30 سنة وكانت 48 % ( جدول 6 ) , وبالتالي لم نجد للتأتب من تأثير في سن بدء حدوث المرض. هذه النتيجة توافق ما وجده بعضهم من عدم وجود فارق في سن بدء الحدوث بين التأتبيين وغير التأتبيين [9] , وتخالف أخرى أظهرت أن أعمار مرضى الحاصة التأتبيين كانت أقل [30] .

وجدنا عند مرضى الحاصة البقعية التأتبيين مقارنة مع غير التأتبيين زيادة في نسبة النكس ( 70,4 % مقابل 13 % ) , و زيادة في الحدوث العائلي ( 56,8 % مقابل 10,9 % ) ودور أكبر للشدات النفسية ( 90,9 % مقابل 47,8 % ) ( جدول 5 ) , وتقارب نتائجنا ما توصلت إليه الدراسة السعودية [9] و دراسة أخرى [30].

مع أن الحاصة البقعية يمكن أن تصيب أي مكان مشعر من الجسم لكن إصابة الفروة تشكل 90 % من الحالات المشاهدة في العيادات الجلدية [10] . ويصنف المرض حسب امتداد و نموذج فقدان الشعر [28, 33].

شكلت إصابة الفروة عندنا نسبة 87,8 % ( 79 مريض ) من عدد المرضى الكلي , و الإصابات خارج الفروة نسبة 12,2 % ( 11 مريض ) , وهي تقارب النسبة المعروفة عالميا والمذكورة آنفا ( جدول 7 ) .

شكل الشكل الشائع للحاصة البقعية النسبة العظمى من المرضى ( 93,3% ), والشكل الشعباني نسبة 5,5 % ( 5 مرضى ) , وصادفنا حالة واحدة حاصة تامة بنسبة 1,2 % , ولم نشاهد حالات لحاصة شاملة ( جدول 7 ) .

إن قلة مشاهدتنا للحاصات التامة والشاملة بما يذكر عن نسبة حدوثها بالدراسات الأجنبية من 5-10 % [29] قد يعود إلى مراجعة هذه الحالات الشديدة المراكز و المشافي المختصة .

سجل حس وخز عند مريض واحد , وحس حرقة لدى آخر ترافقت إصابته بحمامي خفيفة ( دون علاجات ) , كما لوحظ عند 3 مرضى وجود توهذ بسيط ( انخفاض ) بالجلد المصاب . وقد أشار البعض إلى ترافق الحاصة البقعية أحيانا مع لون جلد محمر أو خوخي [8] و إلى احساس بعض المرضى بالحرقة أو الحكّة أو الألم قبل ظهور المرض [28] .

سجلنا وجود اعتلال بالأظافر بنسبة قليلة % 3,3 لثلاثة مرضى فقط وهي أقل من النسب المذكورة في عدة دراسات [ 1 , 4 , 5 ] والتي تتراوح من % 66- 11 وهذا قد يرجع الى أن معظم مرضانا لديهم الشكل الشائع للحاصة البقعية , والمعروف أن اعتلالات الأظافر تترافق عادة مع الأشكال الشديدة للمرض والقديمة طويلة الأمد[29].

تقدم دراسات عديدة وجود ترافق بين الحاصة البقعية وأمراض المناعة الذاتية بنسب بين % 12- 25 [ 32 , 34 , 35 ] , وفي دراستنا لم نجد هذا الترافق , ودراسات أخرى أيضا لم تجد ترافقا [ 9 , 13 ] . فنتائجنا سجلت وجود الصدف عند مريضين و اعتلال درقي عند مريضين أيضا و حالة بهاق واحدة وحالة اضطراب تصبغ عند مريض ظهر بشيب مفاجيء بالشارب دون الجلد . والسبب قد يعود الى أن معظم مرضانا هم بأعمار الشباب وأن الأمراض المناعية الذاتية تحدث غالبا بأعمار أكبر من 40 سنة [ 30 ] .

#### **الاستنتاجات:**

نستنتج أن مرض الحاصة البقعية من الأمراض الجلدية الشائعة لدينا مع نسبة حدوث 2% من المرضى الجلديين وذروة الحدوث في العقد الثالث من العمر لكن مع غلبة الاصابة عند الذكور وهذه النتائج متوافقة مع خلاصة نتائج غالبية الدراسات العالمية.

التأكيد على وجود استعداد وراثي مؤهب لحدوث الحاصة البقعية تجلى بزيادة الحدوث العائلي وخاصة في البدء الباكر للمرض , و على دور للشدات النفسية كعامل محرض ومثير .

بروز أهمية دور التأتب كعامل خطورة في حدوث داء الحاصة البقعية و في زيادة نكس ورجعة المرض .

## References

- 1- Abdullah Alkhalifah, Adel Alsantali, Eddy Wang, Kevin J. McElwee and Jerry Shapiro, (2010) Alopecia areata update: Part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis, **J Am Acad Dermatol**, **62**, PP. 177-188
- 2- M. Sato-Kawamura, S. Aiba and H. Tagami, (2002) Acute diffuse and total alopecia of the female scalp. A new subtype of diffuse alopecia areata that has a favorable prognosis, **Dermatology**, 205, pp. 367–373.
- 3- B.L. Lew, M.K. Shin and W.Y. Sim, (2009) Acute diffuse and total alopecia: a new subtype of alopecia areata with a favorable prognosis, **J Am Acad Dermatol**, 60, pp. 85–93.
- 4- V. Gandhi, M.C. Baruah and S.N. Bhattacharaya, (2003) Nail changes in alopecia areata: incidence and pattern, **Indian J Dermatol Venereol Leprol**, 69, pp. 114–115.
- 5- E. Kasumagic-Halilovic and A. Prohic, (2009) Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation, **J Eur Acad Dermatol Venereol**, 23, pp. 240–241.
- 6- V.K. Sharma, G. Dawn and B. Kumar, (1996) Profile of alopecia areata in Northern India, **Int J Dermatol** 35, pp. 22–27.
- 7- E. Tan, Y.K. Tay, C.L. Goh and Y. Chin Giam, (2002) The pattern and profile of alopecia areata in Singapore—a study of 219 Asians, **Int J Dermatol** 41, pp. 748–753.
- 8-D.A.R. de Berker, A.G. Messenger and R.D. Sinclair (2004) - Disorders of hair. In: D.A. Burns, S.M. Breathnach, N. Cox and C.E. Griffiths, Editors, **Rook's textbook of dermatology**. Vol 4, Wiley-Blackwell, (7th ed),Oxford, p. 63.1-63.120.
- 9- Abdalla, M.A., Osama, S. Sherif, A.R., and Hussein Al-Haj (1992) Study of Alopecia Areata in Eastern Province-Saudi Arabia, **J Pan-Arab League dermatol**, Vol.3 No.2, pp.197-202.
- 10- D. Wasserman, D.A. Guzman-Sanchez, K. Scott and A. McMichael, (2007) Alopecia areata, **Int J Dermatol** 46, pp. 121–131.
- 11- K.P. Kyriakis, K. Paltatzidou, E. Kosma, E. Sofouri, A. Tadros and E. Rachioti, (2009) Alopecia areata prevalence by gender and age, **J Eur Acad Dermatol Venereol** 23, pp. 572–573.
- 12- A. Kavak, N. Yesildal, A. Parlak, G. Gokdemir, I. Aydogan and H. Anul et al., (2008) Alopecia areata in Turkey: demographic and clinical features, **J Eur Acad Dermatol Venereol** 22, pp. 977–981.
- 13- Alkhwajjah, M. (1991) Alopecia areata and associated diseases in Saudi patients, **Annual of Saudi Medicine**, 11, P. 651.
- 14- A. Nanda, A.S. Al-Fouzan and F. Al-Hasawi, (2002) Alopecia areata in children: a clinical profile, **Pediatr Dermatol** 19, pp. 482–485.
- 15- V.H. Price, (1991) Alopecia areata: clinical aspects, **J Invest Dermatol** 96, p. 68S.
- 16- G.J. Brauner and H.P. Goodheart, (1988) Dermatologic care behind bars, **J Am Acad Dermatol** 18, pp. 1066–1073.
- 17- M.A. Gupta, A.K. Gupta and G.N. Watteel, (1997) Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study, **Acta Derm Venereol** 77, pp. 296–298.
- 18- I. Brajac, M. Tkalcic, D.M. Dragojevic and F. Gruber, (2003) Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata, **J Dermatol** 30, pp. 871–878.

- 19- A.T. Gulec, N. Tanriverdi, C. Duru, Y. Saray and C. Akcali, (2004) The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life, **Int J Dermatol** **43**, pp. 352–356.
- 20- A. Picardi, P. Pasquini, M.S. Cattaruzza, P. Gaetano, G. Baliva and C.F. Melchi *et al.*, (2003) Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata, **Psychosomatics** **44**, pp. 374–381.
- 21- S. Ruiz-Doblado, A. Carrizosa and M.J. García-Hernández, (2003) Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness, **Int J Dermatol** **42**, pp. 434–437.
- 22- T. Kakourou, K. Karachristou and G. Chrousos, (2007) A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity, **J Eur Acad Dermatol Venereol** **21**, pp. 356–359.
- 23- A.J. McDonagh and R. Tazi-Ahnini, (2002) Epidemiology and genetics of alopecia areata, **Clin Exp Dermatol** **27**, pp. 405–409
- 24- L. Stankler, (1979) Synchronous alopecia areata in two siblings: a possible viral aetiology, **Lancet** **1**, pp. 1303–1304.
- 25- Q.A. Alsaleh, A. Nanda, F. al-Hasawi and M. el-Kashlan, (1995) Concurrent appearance of alopecia areata in siblings, **Pediatr Dermatol** **12**, pp. 285–286
- 26 A. Martinez-Mir, A. Zlotogorski, D. Gordon, L. Petukhova, J. Mo and T.C. Gilliam *et al.*, (2007) Genomewide scan for linkage reveals evidence of several susceptibility loci for alopecia areata, **Am J Hum Genet** **80**, pp. 316–328.
- 27- C. Goh, M. Finkel, P.J. Christos and A.A. Sinha, (2006) Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history, **J Eur Acad Dermatol Venereol** **20**, pp. 1055–1060.
- 28-Shabnam Madani, and Jerry Shapiro ( 2000) Alopecia Areata Update, **J Am Acad Dermatol**, **42** , N4, P 549-566.
- 29- Rook, A., Wilkinson, D.S., Ebling, F.J., Champion, R.H., and Burton, J.L., (1986)- **Textbook of Dermatology** .Blackwell Scientific Publications, 4<sup>th</sup>, vol 3, Oxford, London, pp 1985-1992 .
- 30- T. Ikeda, (1965) A new classification of alopecia areata, **Dermatologica** **31**, pp. 421–445.
- 31-F.L. Xiao, S. Yang, J.B. Liu, P.P. He, J. Yang and Y. Cui *et al.*, (2006) The epidemiology of childhood alopecia areata in China: a study of 226 patients, **Pediatr Dermatol** **23** , pp. 13–18.
- 32-Nazila Barahmani, Matthew B. Schabath, Madeleine Duvic , and National Alopecia Areata Registry (2009) History of atopy or autoimmunity increases risk of alopecia areata,, **J Am Acad Dermatol**, Vol. 61, N4, P. 581-591
- 33- J. Shapiro and S. Madani, (1999) Alopecia areata: diagnosis and management, **Int J Dermatol** **38** (suppl 1), pp. 19–24.
- 34 I. Ahmed, S. Nasreen and R. Bhatti, (2007) Alopecia areata in children, **J Coll Physicians Surg Pak** **17**, pp. 587–590
- 35 V.K. Sharma, B. Kumar and G. Dawn, (1996) A clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India, **Pediatr Dermatol** **13**, pp. 372–377.