

## راهنمای بالینی درمان مبتنی بر شواهد: ویتیلیگو

راهنماهای بالینی درمان مهم‌ترین و معتبرترین دستورالعمل در درمان بیماری‌ها می‌باشند که بر اساس بالاترین سطح شواهد (مرور نظام‌مند، متاآنالیز یا کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده) و با اتفاق نظر خبرگان موضوع تهیه می‌شوند. در این مقاله، جدیدترین راهنمای بالینی درمان بیماری ویتیلیگو که توسط انجمن درماتولوژی اروپا (European Dermatology Forum [EDF]) تدوین شده است، به اختصار مرور می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان، راهنمای بالینی، ویتیلیگو، خودایمنی، مرور نظام‌مند

دریافت مقاله: ۹۱/۸/۱ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۷

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۱، دوره‌ی ۳ (۳): ۱۷۸-۱۷۵

دکتر روح‌الله فدایی

دکتر علیرضا فیروز

مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر علیرضا فیروز

تهران، خ طالقانی غربی، نبش خ نادری، شماره‌ی ۴۱۵، کد پستی: ۱۴۱۶۶۱۳۶۷۵.

پست الکترونیک:

firozali@sina.tums.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

پدیده‌ی کوپنر (Koebner)، درگیری نواحی تناسلی، فتوگرافی، سابقه‌ی خانوادگی (ویتیلیگو، سفید شدن زودرس مو، بیماری خودایمنی) و مداخلات درمانی قبلی بایستی ثبت گردند.

در این مقاله مطالعه‌ی اجمالی بر روی مقاله‌ی Taieb و همکاران انجام می‌شود.<sup>۱</sup>

### کورتیکواستروئیدهای موضعی

این دسته به‌عنوان خط اول درمان در موارد مبتلا به ویتیلیگوی سگمنتال در نظر گرفته شده و به ریپیگمانتاسیون در مناطق در معرض نور خورشید در ۷۵٪ موارد و مناطق محیطی در ۳۳٪ موارد منجر می‌گردند. توصیه شده است یکی از داروهای قوی این دسته در مناطق خارج صورت روزانه حداکثر به‌مدت ۳۰ روز یا ترجیحاً ۱۵ روز در ماه حداکثر به‌مدت ۶ ماه استعمال شده و سپس ارزیابی صورت گیرد. هرچند داروهای قدیمی و جدید این دسته از نظر کارایی تفاوتی ندارند، ولی به‌علت عوارض کمتر نسل جدید کورتیکواستروئیدهای موضعی نظیر مومتازون فوروات

برص یا ویتیلیگو نوعی اختلال دپیگمانتاسیون (depigmentation) اکتسابی است که حدود ۰/۵٪ جمعیت عمومی را در هر دو جنس بدون برتری سنی و نژادی خاص گرفتار می‌سازد. این اختلال به‌طور کلی در دو دسته طبقه‌بندی می‌گردد: بیماری غیرسگمنتال یا متقارن (nonsegmental or symmetrical) و بیماری سگمنتال یا غیرمتقارن (segmental or nonsymmetrical) که تنها تمام یا بخشی از یک سگمان جلدی را درگیر می‌سازد. در مواردی که تشخیص بالینی قطعی نیست، با استفاده از پانچ بیوپسی و سایر اقدامات نظیر بررسی قارچ‌شناسی و بیولوژی مولکولی ممکن است ضرورت یابد. اندازه‌گیری آنتی‌بادی‌های Anti-TPO و آنتی‌تیروگلوبولین، انجام تست‌های تیروئیدی و سایر ارزیابی‌های ایمونولوژیک در صورت شک بالینی ضروری است. در روند ارزیابی بیماران، اطلاعاتی نظیر رنگ پوست، نژاد، سن آغاز بیماری، وضعیت روانی، وجود halo nevus، سابقه‌ی بیماری خودایمنی، کیفیت زندگی، وضعیت بیماری طی شش ماه اخیر، سابقه‌ی ریپیگمانتاسیون، وجود

(mometasone furoate) یا متیل پردنیزولون آسپونات (methylprednisolone aceponate) استفاده از آن‌ها توصیه شده است.

### مهارکننده‌های کلسی‌نورین

کاربرد این دسته‌ی دارویی مشابه کورتیکواستروئیدهای موضعی و در مناطق صورت و گردن می‌باشد. تاکرولیموس (tacrolimus) ۲ بار در روز حداکثر تا ۱۸ ماه استعمال می‌گردد.

### فتوتراپی

فتوتراپی در دو دسته کلی فتوکموتراپی شامل Narrow band و Khellin UVA (Kuva)، PUVA (NB)-UVB یا فتوتراپی هدفمند (targeted phototherapy) طبقه‌بندی می‌شود. هرچند فتوکموتراپی در ۷۰٪ تا ۸۰٪ موارد منجر به رپیگمانتاسیون می‌شود، ولی رپیگمانتاسیون کامل تنها در ۲۰٪ موارد حاصل می‌گردد. عود بیماری طی ۱ تا ۲ سال ۷۵٪ گزارش شده است. PUVA خوراکی در بالغین دچار ویتیلیگوی سنتز به‌عنوان خط دوم درمان به‌کار رفته و بایستی به‌مدت ۱۲ تا ۲۴ ماه ادامه یابد. استفاده از PUVA در سنین زیر ۱۲ سال ممنوع است. درمان طولانی‌مدت با PUVA ممکن است خطر بروز سرطان را افزایش دهد. هرچند KUVA برخلاف PUVA منجر به فتوتوکسیسیته نمی‌شود، ولی نوع خوراکی آن ممنوع است.

از نظر کارایی و عوارض NB-UVB بر PUVA برتری داشته و در بیماری فعال، پیشرونده یا وسیع انتخابی است. میزان عود در این نوع درمان کمتر است (۵۵٪ تا ۲ سال). فتوتراپی هدفمند با استفاده از لیزر اگزایمر (excimer) یا لامپ UVB در بیماری محدود، ویتیلیگوی کودکان و موارد با ممنوعیت استعمال NB-UVB به‌کار می‌رود. عدم القای رپیگمانتاسیون تا

۳ ماه پس از استفاده از NB-UVB و فتوتراپی هدفمند نشانه‌ی شکست درمان است. هم‌چنین میزان رپیگمانتاسیون کمتر از ۲۵٪ تا ۶ ماه به‌عنوان شکست درمان در نظر گرفته می‌شود. در غیر این صورت، درمان حداکثر تا ۲ سال می‌تواند ادامه یابد.

### استروئیدهای سیستمیک و سایر داروهای مؤثر بر سیستم ایمنی

استروئیدهای موضعی به‌صورت مینی‌پالس (mini-pulse) تنها منجر به متوقف‌شدن فعالیت بیماری گردیده و با عوارض قابل توجهی همراه هستند. هنوز در زمینه‌ی کارایی و ایمن‌بودن داروهای سرکوب‌کننده‌ی ایمنی نظیر سیکلوفسفامید، سیکلوسپورین و اتانرسپت در بیماران مبتلا به ویتیلیگو توافق وجود ندارد. می‌توان دوز پایین دگزامتازون (۲/۵ mg/d) را به‌همراه متوکسی‌پسورالین در موارد دچار بیماری سریعاً پیشرونده تجویز نمود.

### آنتی‌اکسیدانت‌ها

این دسته را می‌توان قبل یا طی فتوتراپی یا طی فاز فعالیت مجدد ویتیلیگو به‌کار برد.

### جراحی

در بیماران مبتلا به ویتیلیگوی سگمنتال پس از شکست سایر درمان‌ها و در بیماران مبتلا به ویتیلیگو غیرسگمنتال در موارد دارای بیماری پایدار و بدون سابقه‌ی پدیده کوپرن می‌تواند به‌کار رود.

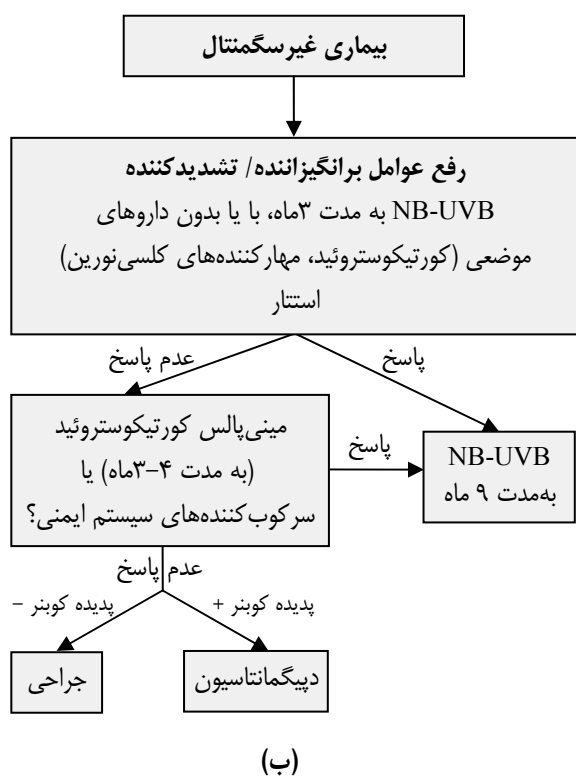
در موارد موضعی می‌توان از پیوند پانچ یا بافتی (punch or tissue grafting) یا پیوند تاولی اپی‌درم (epidermal blister grafting) استفاده کرد. پیوند ورقه‌ی اپی‌درمی بسیار نازک (ultra-thin epidermal sheet grafting) و پیوند سلولی در ضایعات وسیع کاربرد دارد.

کرم‌های پوششی تیره یا خالکوبی (در ضایعات لب و نوک پستان) استفاده کرد.

دپیگمانتاسیون در ضایعات وسیع (بیش از ۵۰٪) یا دارای اهمیت زیاد از نظر زیبایی و به‌عنوان آخرین راه درمانی به کمک هیدروکینون مونوبنزیل‌اتر (hydroquinone monobenzyl ether) یا ۴-متوکسی فنول (4-methoxyphenol) با یا بدون استفاده از لیزر Ruby Q-switched صورت می‌پذیرد.

### برنامه‌ی درمانی

برنامه درمانی توصیه‌شده در بیماری سگمنتال و غیرسگمنتال به‌ترتیب در فلوچارت‌های ۱ (الف) و ۱ (ب) خلاصه شده است.

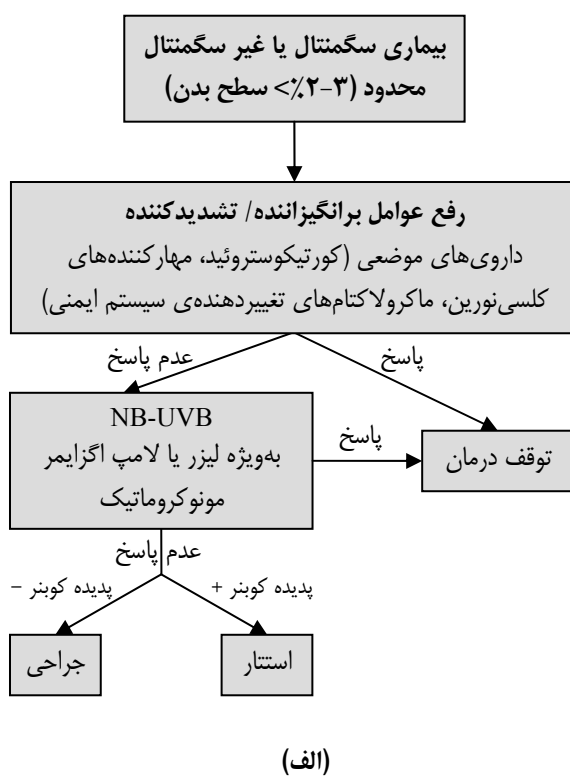


### درمان‌های ترکیبی

بر اساس شواهد موجود، استروئید موضعی به‌همراه فتوتراپی (به‌ویژه در موارد بیماری اخیر یا فعال)، مهارکننده‌های کلسی‌نورین به‌همراه فتوتراپی، یا فتوتراپی ۳ تا ۴ هفته پس از جراحی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به‌عنوان درمان‌های ترکیبی مؤثر در ویتیلیگو قابل تجویز است.

### پنهان کردن ضایعات

جهت مخفی کردن ضایعات می‌توان از استتار (camouflage) یا دپیگمانتاسیون استفاده کرد. جهت استتار می‌توان از خودرنگ‌سازها (self-tanners)،



### References

1. Taieb A, Alomar A, Böhm M, et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. Br J Dermatol 2012; doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.11197.x. [Epub ahead of print].

## Evidence-based clinical guidelines for treatment: Vitiligo

Rooh-o-allah Fadaei, MD  
Alireza Firooz, MD

Center for Research and Training in Skin  
Diseases and Leprosy, Tehran University  
of Medical Sciences, Tehran, Iran

Clinical practice guidelines are the most important and valid guidelines for treatment of diseases, and are developed through experts consensus on a subject, considering the highest available evidence (systematic reviews, metaanalyses, and randomized controlled trials). We briefly review the latest evidence-based guideline for the treatment of vitiligo provided by European Dermatology Forum.

**Keywords:** treatment, guideline, vitiligo, autoimmunity, systematic review

Received: Oct 22, 2012      Accepted: Nov 27, 2012

Dermatology and Cosmetic 2012; 3 (3): 175-178

**Corresponding Author:**

Alireza Firooz, MD

No. 415, Taleqani Avenue, Tehran  
1416613675, Iran.  
Email: firozali@sina.tums.ac.ir

**Conflict of interest:** None to declare