



## مروری بر درمان درماتیت سبوریک

دکتر محمد تراز<sup>۱</sup>، دکتر سمیه نیکنام<sup>۲</sup>، دکتر خیراله غلامی<sup>۳</sup>

۱. گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بخش مراقبت‌های داروسازی بیمارستان رازی
۲. گروه داروسازی صنعتی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بخش مراقبت‌های داروسازی بیمارستان رازی
۳. استاد گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

### ■ مقدمه

درماتیت سبوریک در دوران نوزادی به‌طور شایع نواحی از سر، صورت و کشاله ران را فرا می‌گیرد به گونه‌ای که طی ۳ ماه اول تولد تا ۷۰ درصد از نوزادان دچار این ضایعات می‌گردند که خوشبختانه در اغلب موارد تا سن یک سالگی برطرف می‌گردد.

درماتیت سبوریک یک اختلال التهابی مزمن و عودکننده است که عمدتاً نواحی غنی از غدد سباسه پوست را درگیر می‌کند. این اختلال با پوسته ریزی همراه بوده و بسته به ناحیه درگیری از نظر وسعت ضایعات و خصوصیات مرفولوژیک متنوع می‌باشد. ضایعات سبوریک درماتیت در پوست سر، صورت، سینه و کشاله ران تظاهر می‌یابند و در فاز حاد، اغلب پوسته‌ها میزان اندکی رطوبت دارند و در پوست سر به‌صورت شوره دیده می‌شوند. شدت خارش عموماً خفیف تا متوسط بوده و اغلب محدود به نواحی مودار می‌باشد.

### ■ اتیولوژی

علل یا عوامل ایجاد درماتیت سبوریک به‌طور کامل شناخته نشده است. برخلاف این نام گذاری، درماتیت سبوریک همیشه با افزایش تولید سبوم یا گرفتاری غدد سباسه همراه نیست. بیش فعالیتی غدد سباسه ممکن است عامل تسریع‌کننده این اختلال باشد زیرا درماتیت سبوریک اغلب طی دوران تولید فعال سبوم و در نواحی از پوست که چربی بیشتری تولید می‌شود، رخ می‌دهد. قارچی از گونه مالاسزیا (قبلاً پیتروسپوریوم اواله

از آن جایی که این بیماری با پوسته ریزی شبه شوره همراه است و ممکن است از سوی دیگران به عدم رعایت بهداشت فردی نسبت داده شود، می‌تواند سبب ایجاد دغدغه‌های روحی و ناراحتی در بیماران گردد.

نامیده می‌شود) را که تغذیه و متابولیسم وابسته به لیپید دارد و روی پوست ساکن بوده و جز فلور طبیعی پوست محسوب می‌شود، در ایجاد این اختلال دخیل دانسته‌اند، زیرا که در نواحی درگیر وجود دارد و عوامل ضدقارچ در درمان درماتیت سبوریک مؤثر می‌باشند. با این حال، عدم وجود ارتباط میان تعداد این قارچ و وجود یا شدت علائم بالینی گیج‌کننده است. چنین به نظر می‌رسد که اسیدهای چرب آزاد حاصل از متابولیسم تری‌گلیسریدهای موجود در سبوم توسط این قارچ باعث فعال شدن فرآیندهای التهابی در افراد مستعد می‌گردد. علاوه بر این، لایه لیپیدی این قارچ می‌تواند تولید سیتوکین‌های التهابی توسط کراتینوسیت‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

اگرچه شواهد زیادی در دسترس نیست، به نظر می‌رسد درماتیت سبوریک با افزایش استرس‌های روانی و محیطی تشدید می‌گردد. به طوری که این اختلال در ماه‌های سرد و خشک سال بیشتر باعث آزار بیماران مبتلا می‌شود.

افراد مبتلا به این اختلال اغلب عنوان می‌کنند که با قرارگیری در معرض نور آفتاب شرایط بهتری پیدا خواهند نمود. با این حال، به نظر می‌رسد تماس طولانی با اشعه آفتاب باعث تشدید ضایعات درماتیت سبوریک می‌گردد.

بررسی‌ها نشان داده که عوامل ژنتیکی نقش چندانی در بروز این اختلال پوستی ندارد.

### ■ تشخیص

اگرچه درماتیت سبوریک یکی از شایع‌ترین اختلال‌های پوستی است، معیار تشخیصی معتبری برای تشخیص و تقسیم‌بندی شدت آن وجود

ندارد. تشخیص این اختلال به‌طور عمده متکی بر سابقه پزشکی و علائم بالینی است و تشخیص‌های افتراقی به محل درگیری و سن بیمار بستگی دارد. سایر بیماری‌هایی که معمولاً با درماتیت سبوریک اشتباه گرفته می‌شود شامل پسوریازیس، درماتیت آتوپیک و تنیا کاپیتیس می‌باشند. به‌ویژه تشخیص درماتیت سبوریک شدید از مراحل اولیه پسوریازیس در نواحی صورت می‌تواند مشکل‌ناشود. در موارد نادری ممکن است بیوپسی از پوست برای افتراق از سایر بیماری‌ها لازم باشد.

### ■ درمان

از آن‌جا که عوامل ایجادکننده و تسریع‌کننده این بیماری به‌طور کامل مشخص نیستند، در حال حاضر درمان‌های کنونی این بیماری درمان‌های کنترل‌کننده و تسکین‌دهنده بوده و از ریشه‌کن کردن کامل آن ناتوان می‌باشند. در بسیاری از موارد، درمان موضعی انتخاب اول درمانی بوده و در بیشتر موارد کافی می‌باشد. در ادامه به این درمان‌ها پرداخته می‌شود.

### ■ عوامل ضدقارچ موضعی

با توجه به نقش قارچ مالاسزیا فور فور در تشدید بیماری کاربرد عوامل ضدقارچ موضعی از ارکان اصلی درمان درماتیت سبوریک می‌باشد. ترکیب‌هایی که به خوبی مطالعه شده‌اند شامل کتوکونازول، بیفونازول و سیکلوپیروکسولامین (سیکلوپیروکس نیز خوانده می‌شود) می‌باشند که در اشکال دارویی مختلف از قبیل کرم، ژل، فوم و شامپو موجود هستند.

مطالعه‌های متعددی از اثربخشی کتوکونازول در درمان درماتیت سبوریک در ناحیه سر و سایر نقاط

دو تا سه بار در هفته در نواحی سر تا زمان بهبودی و سپس یک بار در هفته یا هر دو هفته یک بار به عنوان درمان نگهدارنده استفاده می‌گردد. در سایر نواحی بدن به صورت روزی دو بار تا بهبودی و سپس روزی یک بار به عنوان درمان نگهدارنده به کار برده می‌شود. این دارو عموماً توسط بیماران خوبی تحمل می‌گردد و در ۱ تا ۳ درصد از بیماران ممکن است باعث خارش و احساس سوزش گردد که مربوط به درماتیت تماسی ناشی از دارو است. مصرف این دارو در دوران بارداری رده B می‌باشد. اطلاعات اندکی از مقایسه میان عوامل ضدقارچ در دسترس می‌باشد. می‌توان گفت عموماً این عوامل به یک میزان مؤثر هستند و از نظر عوارض جانبی نیز تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

#### ■ کورتیکواستروئیدهای موضعی

در مطالعه‌های متعددی اثر بخشی کورتیکواستروئیدهای موضعی (هیدروکورتیزون، بتامتازون، کلوبتازول) در درمان سبوریک درماتیت با اثربخشی داروهای ضدقارچ مقایسه شده‌اند. تفاوت چندانی از نظر میزان اثر بخشی در این مطالعه‌ها نشان داده نشده است و تا حدودی نیز ضدقارچ‌ها مؤثرتر بوده‌اند. توافق عمومی بر این است که کورتیکواستروئیدهای موضعی در کوتاه‌مدت برای کنترل اریتم و خارش مفید هستند اما اطلاعات مشخصی برای پاسخ گویی به این سوال که آیا درمان ترکیبی با داروهای ضدقارچ به همراه کورتیکواستروئیدهای موضعی مؤثرتر از درمان با هر کدام از عوامل به تنهایی می‌باشد، وجود ندارد.

بدن صورت گرفته است. این دارو عموماً در غلظت ۲ درصد و به شکل شامپو، فوم، ژل و کرم وجود دارد. برای نواحی سر این دارو در ابتدا به صورت دو بار در هفته و بعد از بهبودی به میزان هفته‌ای یک بار یا هر دو هفته یک بار به عنوان درمان نگهدارنده توصیه می‌شود. در سایر نواحی بدن به صورت دو روز در هفته و هر روز دوبار استفاده می‌گردد و بعد از بهبودی هفته‌ای یک بار یا هر دو هفته یک بار به عنوان درمان نگهدارنده به کار می‌رود. این دارو توسط بیماران به خوبی تحمل می‌گردد اما در ۱ الی ۳ درصد از بیماران ممکن است باعث ایجاد خارش و احساس سوزش شود که به دلیل درماتیت تماسی ناشی از دارو می‌باشد. این دارو در دوران بارداری رده C است.

در برخی مطالعه‌ها بیفونازول نیز در درمان درماتیت سبوریک مؤثر شناخته شده است. با این وجود، شواهد زیادی در این رابطه وجود ندارد. این دارو به صورت شامپو و کرم ۱ درصد فرموله شده است. دستور مصرف رایج این دارو به صورت هفته‌ای سه بار برای نواحی سر و روزی یک بار برای سایر نواحی بدن است و تا رفع علائم بیماری ادامه می‌یابد. این دارو به عنوان درمان نگهدارنده استفاده نشده است. در حدود ۱۰ درصد از بیماران واکنش‌های موضعی تحریکی ناشی از این دارو را تجربه می‌کنند. این دارو در آمریکا و هم‌چنین در کشور ما موجود نمی‌باشد.

سیکلوپیروکسولامین در غلظت‌های ۱ یا ۱/۵ درصد و به صورت شامپو یا کرم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مقایسه با دارونما، این ماده اثربخشی در حدود دو برابر نشان داده است. این ماده به صورت

آتروفی پوست و افزایش موهای کرکی (Hypertrichosis) از نگرانی‌های مصرف طولانی‌مدت کورتیکواستروئیدهای موضعی به‌خصوص در نواحی صورت است.

کرم یک درصد هیدروکورتیزون به‌صورت یک تا دو بار در روز برای نواحی بدن غیر از نواحی سر استفاده می‌گردد و مصرف این دارو در دوران بارداری رده C می‌باشد.

لوسیون ۰/۰۵ درصد بتامتازون در سر و سایر نواحی بدن به‌صورت روزی یک تا دو بار استفاده می‌گردد و مصرف این دارو در دوران بارداری رده C می‌باشد. کورتیکواستروئیدهای موضعی دیگری نیز در درمان این اختلال استفاده شده‌اند که در بازار دارویی ایران موجود نیستند.

#### ■ سلنیوم سولفاید

سلنیوم سولفاید به‌صورت شامپو ۲٫۵ درصد برای درمان درماتیت سبوریک در نواحی سر و به میزان دو بار در هفته تجویز می‌شود. خارش و احساس سوزش به دنبال مصرف شامپوی سلنیوم سولفاید شایع‌تر از شامپوی کتوکونازول می‌باشد. مطالعه‌ای در مورد اثر بخشی مصرف این شامپو در درمان درماتیت سبوریک سایر نواحی بدن به غیر از سر در دسترس نمی‌باشد. در موارد نادری روشن شدن و بی‌رنگ کردن موها با این شامپو گزارش شده است. مصرف این فرآورده در دوران بارداری رده C می‌باشد.

#### ■ ژل موضعی لیتیم

فرم موضعی از نمک‌های سوکسینات و گلوکونات لیتیم برای درمان درماتیت سبوریک در سایر نواحی

بدن به غیر از سر مورد استفاده قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخش بودن این درمان می‌باشد. مکانیسم عمل این دارو به خوبی مشخص نیست. لیتیم گلوکونات به‌صورت ژل موضعی و با غلظت ۸ درصد به‌صورت دو بار در روز به کار می‌رود. تا ۱۰ درصد از بیماران ممکن است واکنش‌های موضعی تحریکی را با این دارو تجربه نمایند. این دارو در آمریکا موجود نمی‌باشد. در کشورمان نیز فقط در برخی از مراکز ساخت داروهای ترکیبی از جمله مرکز ساخت داروهای ترکیبی دانشکده داروسازی تهران واقع در بیمارستان پوست رازی امکان ساخت آن فراهم گشته است.

لیتیم سوکسینات به‌صورت پماد موضعی ۸ درصد به همراه زینک سولفات ۰٫۰۵ درصد در دنیا موجود می‌باشد و روش استفاده از آن مشابه لیتیم گلوکونات است. این دارو نیز در آمریکا موجود نمی‌باشد.

#### ■ پماد موضعی پیمکرولیموس

پیمکرولیموس از دسته مهارکننده‌های کلسینورین دارویی است که از فعال شدن رده‌ای از سلول‌های لنفوسیت T جلوگیری می‌نمایند، این دارو نیز در درمان سبوریک درماتیت کاربرد دارد. کرم پیمکرولیموس ۱ درصد به‌صورت دوبار در روز در درمان ضایعات سایر نواحی بدن به جز سر تجویز می‌شود. با این وجود، شواهد محکمی از اثر بخشی آن در دسترس نمی‌باشد. مصرف این دارو در دوران بارداری رده C می‌باشد. از جمله مزایای این دارو در مقایسه با داروهای کورتیکواستروئیدهای موضعی عدم ایجاد آتروفی در پوست در مصرف طولانی‌مدت دارو است.

## ■ پرتیون زینک

شواهد اندکی از اثربخشی شکل موضعی پرتیون زینک حمایت می‌کنند. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه، شامپوی ۱ درصد این ماده از شامپوی ۲ درصد کتوکونازول اثربخشی کمتری در کاهش میزان و شدت شوره سر بعد از ۴ هفته از مصرف نشان داده است. این شامپو معمولاً برای درماتیت سبوریک در نواحی سر به‌صورت دو بار در هفته استفاده می‌گردد. در حدود ۳ درصد از بیماران ممکن است با دارو واکنش‌های تحریکی موضعی را تجربه نمایند.

## ■ سایر درمان‌های موضعی

اطلاعات اندکی از مصرف ژل موضعی مترونیدازول در درمان این اختلال موجود است که در یکی از بزرگترین این مطالعات تفاوت معنی‌داری در اثربخشی ژل مترونیدازول در مقایسه با دارونما دیده نشده است.

شامپو کل تار نیز گاهی در درمان درماتیت سبوریک استفاده شده است. اگرچه شواهدی که از اثربخشی آن حمایت کند بسیار اندک می‌باشد.

## ■ فتوتراپی

فتوتراپی با اشعه ماورا بنفش B گاهی به‌عنوان یک گزینه درمانی برای موارد گسترده بیماری یا موارد مقاوم مطرح می‌گردد. با این وجود، این روش درمانی به‌طور گسترده مورد مطالعات قرار نگرفته است. همچنین سوزش و خارش ناشی از فتوتراپی هم‌چنین اثرات کارسینوژنیک آن بر پوست نیز از نگرانی‌های عمومی استفاده از این روش درمانی در درمان اختلال‌های پوستی است.

## ■ درمان ضدقارچ سیستمیک

اطلاعات در مورد اثربخشی داروهای ضدقارچ سیستمیک در درمان درماتیت سبوریک محدود می‌باشد. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه میان ۶۳ بیمار با درماتیت سبوریک خفیف تا متوسط، مصرف تک دوز هفتگی ۳۰۰ میلی گرم فلوکونازول بعد از دو هفته در مقایسه با دارونما اثربخشی بهتری نشان نداده است. هم‌چنین در مطالعه‌ای دیگر شامل ۱۷۴ بیمار، تربینافین خوراکی با مقدار مصرف روزانه ۲۵۰ میلی گرم به مدت ۴ هفته در مقایسه با دارونما اثر بهتری داشته است.

از آن‌جا که درماتیت سبوریک یک بیماری مزمن می‌باشد در صورت استفاده از داروهای ضدقارچ سیستمیک، ایمنی این داروها باید مدنظر قرار گیرند.

## ■ نتیجه‌گیری

بیماران باید در مورد ماهیت مزمن و عود کننده درماتیت سبوریک آموزش داده شوند و درک نمایند که درمان‌های کنونی باعث از بین رفتن کامل این اختلال نمی‌گردند و تنها کنترل بیماری با این داروها مقدور است. نکته جالب توجه دیگر این است که درصد پاسخ‌دهی در بیماران در گروه دارونما در مطالعه‌های مختلف بالا گزارش شده است. با این وجود، مشخص نیست که آیا این میزان پاسخ‌دهی به دلیل پاسخ دارونما است یا مربوط به اثرات مرطوب‌کنندگی پایه دارو به‌عنوان دارونما می‌باشد.

منبع

1. Naldi L, Rebora A. Seborrheic Dermatitis. N Engl J Med 2009; 360: 387-396.

2. Seborrheic dermatitis in adolescents and adults. Update 21.2.