

## Comparison of Efficacy of Clotrimazole 1% Cream with Sertaconazole 2% Cream in Treatment of Adult Seborrheic Dermatitis

Pedram Alirezaei<sup>1,\*</sup> , Nasrin Jiryae<sup>2</sup>, Ali Abbas Shabbak<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Psoriasis Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Social Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Resident, Department of Dermatology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

\* **Corresponding Author:** Pedram Alirezaei, Psoriasis Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: Prc@umsha.ac.ir

### Abstract

**Received:** 16.05.2019

**Accepted:** 19.08.2019

#### How to Cite this Article:

Alirezaei P, Jiryae N, Shabbak AA. Comparison of Efficacy of Clotrimazole 1% Cream with Sertaconazole 2% Cream in Treatment of Adult Seborrheic Dermatitis. *Avicenna J Clin Med.* 2019; 26(2): 67-74. DOI: 10.21859/ajcm.26.2.67

**Background and Objective:** Seborrheic dermatitis is a common inflammatory skin disease characterized by erythema, scaling, and pruritus. Antifungals are among the most commonly prescribed drugs for the treatment of this disease. In this regard, the present study investigated the efficacy of two medications including clotrimazole 1% and sertaconazole 2% in the treatment of adult seborrheic dermatitis.

**Materials and Methods:** This double-blinded randomized clinical trial was performed on 100 patients over the age of 18 with seborrheic dermatitis referring to Farshchian hospital, Hamadan, Iran. Patients were randomly assigned to two groups. The participants in one group received sertaconazole twice a day for four weeks and another group received clotrimazole within this period of time. After two weeks, the patients were examined in terms of clinical symptoms and side effects of medications. Moreover, they were reexamined for recurrence of disease after the completion of treatment and four weeks later. Furthermore, the level of patients' satisfaction was evaluated four weeks after treatment.

**Results:** Mean and standard deviation of Scoring Index  $7.16 \pm 2.20$  and  $6.45 \pm 2.10$  before treatment ( $P=0.184$ ),  $4.08 \pm 1.82$  and  $2.78 \pm 2.14$  two weeks after treatment ( $P<0.001$ ), and  $2.62 \pm 2.13$  and  $0.89 \pm 1.09$  four weeks after the end of treatment ( $P<0.001$ ). Additionally, the relapse rate in clotrimazole and sertaconazole groups was found to be 32% and 21.7%, respectively. Furthermore, the complication rate was reported as 8% and 8.5% in clotrimazole group and sertaconazole group, respectively ( $P=0.220$ ). Moreover, the rate of good satisfaction in clotrimazole and sertaconazole groups was reported as 38% and 71.1% ( $P<0.001$ ), respectively.

**Conclusion:** Based on the results of the study, the frequency of complications and recurrence of disease in patients treated with sertaconazole was comparable to treatment with clotrimazole. However, sertaconazole was found to be more effective and bring more satisfaction to patients.

**Keywords:** Clotrimazole, Seborrheic Dermatitis, Sertaconazole

## مقایسه اثربخشی کرم کلوتریمازول ۱ درصد با کرم سرتاکونازول ۲ درصد در درمان درماتیت سبورئیک بزرگسالان

پدرام علیرضایی<sup>۱\*</sup>، نسرين جیریایی<sup>۲</sup>، علی عباس شباک<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، مرکز تحقیقات پسوریازیس، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۳</sup> دستیار، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول: پدرام علیرضایی، مرکز تحقیقات پسوریازیس، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: Prc@umsha.ac.ir

### چکیده

**سابقه و هدف:** درماتیت سبورئیک یک بیماری پوستی التهابی شایع می‌باشد. داروهای ضد قارچ از رایج‌ترین داروهایی هستند که برای درمان این بیماری تجویز می‌شوند. در این راستا، در مطالعه حاضر اثربخشی دو داروی کلوتریمازول ۱ درصد و سرتاکونازول ۲ درصد در درمان درماتیت سبورئیک بزرگسالان بررسی گردید.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر به شیوه کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده دو سو کور در ارتباط با ۱۰۰ بیمار بالای ۱۸ سال مبتلا به درماتیت سبورئیک مراجعه‌کننده به بیمارستان فرشچیان همدان انجام شد. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه دریافت‌کننده سرتاکونازول یا کلوتریمازول، دو بار در روز به مدت چهار هفته تقسیم شدند. بیماران در هفته دوم درمان از نظر علائم کلینیکی و عوارض جانبی دارو معاینه گردیدند و در پایان درمان و چهار هفته پس از اتمام آن به‌منظور بررسی عود بیماری مجدداً مورد معاینه قرار گرفتند. سطح رضایتمندی بیماران نیز چهار هفته پس از پایان درمان بررسی گردید.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار Scoring Index بیماران در گروه کلوتریمازول و سرتاکونازول به ترتیب قبل از درمان معادل  $7/16 \pm 2/20$  و  $6/45 \pm 2/10$  ( $P=0/184$ )، دو هفته پس از شروع درمان برابر با  $4/08 \pm 1/82$  و  $2/78 \pm 2/14$  ( $P<0/001$ ) و چهار هفته پس از اتمام درمان معادل  $2/62 \pm 2/13$  و  $0/89 \pm 1/09$  ( $P<0/001$ ) به‌دست آمد. همچنین میزان عود بیماری در گروه کلوتریمازول و سرتاکونازول ۳۲ درصد در برابر ۲۱/۷ درصد، بروز عوارض در این دو گروه ۸ درصد در برابر ۸/۵ درصد ( $P=0/220$ ) و میزان رضایتمندی خوب ۳۸ درصد در برابر ۷۱/۱ درصد ( $P<0/001$ ) بود.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه فراوانی عوارض و عود علائم درماتیت سبورئیک با کرم سرتاکونازول مشابه با درمان با کلوتریمازول بود؛ اما اثربخشی کرم سرتاکونازول بهتر بود و رضایتمندی بیشتر بیماران را به دنبال داشت.

**واژگان کلیدی:** درماتیت سبورئیک، سرتاکونازول، کلوتریمازول

### مقدمه

بیماری در سنین ۱۸ تا ۴۰ سال رخ می‌دهد و شیوع آن در تمامی گروه‌های سنی در مردان بیشتر از زنان است؛ اما ارتباطی با نژاد ندارد [۳].

درماتیت سبورئیک هزینه‌های اقتصادی بسیاری را بر بیماران تحمیل می‌کند و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود [۴]. درماتیت سبورئیک دارای الگوی فصلی می‌باشد؛ به‌طوری که در فصل زمستان تشدید شده و مواجهه با نور

درماتیت سبورئیک (SD: Seborrheic Dermatitis) یک بیماری شایع التهابی است که غدد سبابه را درگیر می‌کند [۱]. علائم این بیماری شامل: اریتم، پوسته‌ریزی، خارش و چرب‌بودن پوست می‌باشد. پوست سر، صورت و تنه بیشتر تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند [۲]. شیوع درماتیت سبورئیک در ایالات متحده در جمعیت عمومی معادل ۱ تا ۳ درصد بوده و در افراد جوان بین ۳ تا ۵ درصد می‌باشد. شیوع بیشتر این

آفتاب در تابستان باعث بهبود نسبی علائم بیماری می‌گردد [۵].

فعالیت غدد سبابه با توجه به محل آناتومیک، جنس و سن متفاوت است. غدد سبابه هنگام تولد وجود دارند و ترشح سیوم در این زمان به‌طور نسبی زیاد می‌باشد؛ اما در ادامه تا زمان بلوغ کاهش پیدا می‌کند و مجدداً در دوره بلوغ فعالیت آن‌ها افزایش می‌یابد [۱]. اگرچه هنوز اتیولوژی این بیماری به درستی مشخص نشده است؛ اما این احتمال وجود دارد که با ترشح بیش از حد سیوم و مخمر مالاسزیا فورفور مرتبط باشد [۶]. این میکروارگانیسم برای رشد نیاز به چربی دارد؛ از این رو به‌طور عمده در سلول‌های مناطقی از بدن که غنی از چربی (سیوم) است، یافت می‌شود. باید توجه داشت که سیوم به وسیله لیباز ترشح شده و از مالاسزیا به گلیسیرین و اسید چرب هیدرولیزه می‌گردد [۷].

دو گروه دارویی مهم در درمان درماتیت سبورئیک، کورتیکواستروئیدهای موضعی و عوامل ضد قارچی هستند. امروزه به دلیل عوارض جانبی کورتیکواستروئیدهای موضعی، اقدامات درمانی بیشتر به سمت عوامل ضد قارچی متمایل شده‌اند [۸]. داروهای موضعی ضد قارچ یا کورتیکواستروئیدهای موضعی معمولاً خط اول درمان درماتیت سبورئیک هستند که در برخی از مواقع به‌صورت ترکیبی استفاده می‌شوند [۹-۱۱].

باید خاطرنشان ساخت که از داروهای ضد قارچی به این دلیل استفاده می‌شود که موجب کاهش تکثیر مالاسزیا و پاسخ التهابی بدن در واکنش به آن می‌شوند [۱۲]. کرم‌های ضد قارچی در تمامی نواحی بدن حتی در نوزادان، بدون عوارض جانبی استفاده می‌شوند و گاهی به‌صورت ترکیبی با کورتیکواستروئیدها قابل‌مصرف می‌باشند [۱۱]. سرتاکونازول یک داروی ضد قارچ جدید می‌باشد که در درمان Tinea Pedis کاربرد دارد. این دارو در گروه ایمیدازول‌ها جای گرفته و علاوه بر اثر قوی بر گونه مالاسزیا دارای فعالیت ضد باکتری، ضد التهابی و سبواستاتیک می‌باشد [۱۳].

با توجه به شیوع بالای درماتیت سبورئیک و بار اقتصادی و اثرات منفی آن که از نظر وضعیت روانی و اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد، درمان این بیماری اهمیت بسیاری دارد. با توجه به اینکه تعداد اندکی از مطالعات [۱] به مقایسه سرتاکونازول ۲ درصد و کلوتریمازول ۱ درصد پرداخته‌اند، مطالعه حاضر با هدف مقایسه کارایی کرم سرتاکونازول ۲ درصد با کلوتریمازول ۱ درصد در درمان درماتیت سبورئیک در بیماران بالای ۱۸ سال انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سو کور انجام شد. به‌منظور انجام این مطالعه از میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه و بخش پوست بیمارستان فرشچیان

همدان از ابتدای سال ۱۳۹۶ تا انتهای سال ۱۳۹۷ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۰ نفر از افراد بزرگسال با تشخیص بالینی درماتیت سبورئیک دارای علائم خارش، اریتم، سوزش و پوسته‌ریزی انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه، بیماران به‌صورت تصادفی به دو گروه درمانی سرتاکونازول ۲ درصد (۵۰ نفر) و کلوتریمازول ۱ درصد (۵۰ نفر) تقسیم گردیدند.

به‌منظور عدم اطلاع تجویزکننده و بیمار از نوع دارو، کرم‌ها در بسته‌های مشابه بسته‌بندی شدند و روی آن‌ها یک برچسب شماره ۱ یا ۲ چسبانده شد (مطالعه دو سو کور). شایان ذکر است که محتوای بسته‌ها از نظر رنگ، بو و قوام کاملاً مشابه بودند.

در آغاز مطالعه هریک از بیماران توسط متخصص پوست معاینه شدند. در ادامه نوع ضایعه شامل: جنرالیزه (درگیری بیش از یک منطقه) و لوکالیزه (درگیری یک منطقه)، تعداد ضایعات، اریتم، پوسته‌ریزی، خارش، سوزش و همچنین ویژگی‌های دموگرافیک بیماران در پرسشنامه ثبت گردید. به‌منظور تعیین شدت درماتیت سبورئیک از سیستم نمره‌دهی Scoring Index توصیه‌شده توسط Koca و همکاران استفاده شد [۱۴]. بدین‌منظور به معیارهای اریتم، پوسته‌ریزی، خارش و سوزش در هر منطقه نمره‌ای از "۰ تا ۳" تعلق گرفت (فاقد علامت=۰، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) و جمع این مقادیر به‌عنوان نمره SI بیمار ثبت گردید.

شیوه درمان در هر دو گروه به‌صورت موضعی، دو بار در روز (صبح و شب) به مدت چهار هفته بود. بیماران در هفته دوم درمان به‌منظور ارزیابی بهبود بیماری از نظر علائم کلینیکی و عوارض جانبی دارو مجدداً بررسی شدند. در ادامه، یافته‌های بالینی بیماران ثبت شده و Scoring Index (SI) آن‌ها تعیین می‌گردید. در پایان درمان و نیز چهار هفته پس از اتمام آن، بیماران به‌منظور بررسی عود بیماری مجدداً مورد معاینه قرار گرفتند. سطح رضایت‌مندی بیماران نیز چهار هفته پس از پایان دوره درمان ارزیابی شد. شایان ذکر است که برای تعیین رضایت‌مندی، بیمار مورد پرسش قرار می‌گرفت و پاسخ بیمار به‌صورت "فقدان رضایت، رضایت خفیف، رضایت متوسط و رضایت خوب" طبقه‌بندی می‌شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به درماتیت سبورئیک در ناحیه اسکالپ و صورت با تشخیص بالینی، عدم درمان با کورتیکواستروئید موضعی یا سیستمیک از چهار هفته قبل، عدم درمان با متیل‌دوپا، کلرپرومازین، داروهای ضد آکنه موضعی یا سیستمیک از یک ماه قبل و عدم ابتلا به بیماری سیستمیک همچون پارکینسون، ایدز و اختلالات خلقی. سابقه هرگونه حساسیت به دارو، عدم رضایت برای شرکت در مطالعه، عدم مراجعه به‌منظور پیگیری، ابتلا به نوع بسیار شدید بیماری (نمره خارش بیشتر از ۷)، بارداری و شیردهی نیز به‌عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. در انتها داده‌ها با

به‌طور معناداری کمتر از گروه درمانی کلوتریمازول بود ( $P < 0.001$ ). در جدول ۲ میانگین Scoring Index بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول و سرتاکونازول در آغاز درمان، دو هفته پس از آن و چهار هفته پس از اتمام درمان ارائه شده است.

میزان رضایت‌مندی بیماران گروه درمانی سرتاکونازول به‌طور معناداری بیشتر از بیماران دریافت‌کننده کلوتریمازول بود ( $P < 0.001$ ). در جدول ۳ فراوانی (درصد) رضایت‌مندی بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول و سرتاکونازول قابل‌مشاهده می‌باشد.

فراوانی عود بیماری طی چهار هفته پس از شروع درمان و چهار هفته پس از اتمام آن در گروه کلوتریمازول به‌ترتیب پنج نفر (۱۰ درصد) و ۱۱ نفر (۲۲ درصد) و در گروه سرتاکونازول به‌ترتیب دو نفر (۴/۳ درصد) و نه نفر (۱۹/۱۵ درصد) بود. بین دو گروه درمانی از نظر فراوانی عود در مقطع زمانی چهار هفته پس از شروع درمان ( $P = 0.287$ ) و چهار هفته پس از اتمام آن ( $P = 0.571$ ) اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد.

عوارض مشاهده‌شده عبارت بودند از: درماتیت تحریکی (یک مورد در گروه کلوتریمازول و سه مورد در گروه سرتاکونازول) و خشکی پوست (سه مورد تنها در گروه کلوتریمازول). تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر فراوانی بروز عوارض مشاهده‌شده ( $P = 0.220$ ). مراحل درمانی دو گروه سرتاکونازول ۲ درصد و کلوتریمازول ۱ درصد به تفکیک در فلوجارت ۱ نشان داده شده است.

استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 در سطح اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل گردیدند.

## یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۱۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه سرتاکونازول سه نفر به دلیل عدم مراجعه برای پیگیری درمان از مطالعه خارج شدند. از نظر جنسیت در گروه درمانی سرتاکونازول، ۲۳ نفر مرد (۴۶ درصد) و ۲۷ نفر زن (۵۴ درصد) بودند و در گروه درمانی کلوتریمازول، ۱۹ نفر مرد (۳۸ درصد) و ۳۱ نفر زن (۶۲ درصد) حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران در گروه درمانی کلوتریمازول ۱ درصد و سرتاکونازول ۲ درصد به‌ترتیب معادل  $33/08 \pm 11/94$  و  $30/66 \pm 11/12$  سال بود. از نظر گستردگی ضایعات نیز ۵۶ درصد از ضایعات در گروه درمانی کلوتریمازول و ۶۲ درصد در گروه درمانی سرتاکونازول از نوع جنرالیزه بودند. علاوه‌براین، بیماران در دو گروه درمانی از نظر سن، جنس و گستردگی ضایعات همسان بودند و تفاوت آماری معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد. توزیع فراوانی اطلاعات پایه بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول ۱ درصد و سرتاکونازول ۲ درصد در جدول ۱ ارائه شده است.

بیماران در دو گروه درمانی کلوتریمازول و سرتاکونازول از نظر میانگین نمره Scoring Index قبل از مداخله همسان بودند؛ اما در ارزیابی دو هفته پس از شروع درمان و چهار هفته پس از اتمام آن، میانگین نمره Scoring Index در گروه درمانی سرتاکونازول

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات پایه بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول ۱ درصد و سرتاکونازول ۲ درصد

متغیر (سطوح متغیر) جنسیت	گروه درمانی	
	سرتاکونازول ۲ درصد تعداد (درصد)	کلوتریمازول ۱ درصد تعداد (درصد)
مرد	۲۳ (۴۶)	۱۹ (۳۸)
زن	۲۷ (۵۴)	۳۱ (۶۲)
میانگین سنی (انحراف معیار)	۳۰/۶۶ (۱۱/۱۲)	۳۳/۰۸ (۱۱/۹۴)
گستردگی ضایعات		
لوکالیزه	۱۹ (۳۸)	۲۲ (۴۴)
جنرالیزه	۳۱ (۶۲)	۲۸ (۵۶)

\* آزمون مجذور کای \*\* آزمون T-Student

جدول ۲: مقایسه میانگین (انحراف معیار) Scoring Index بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول ۱ درصد و سرتاکونازول ۲ درصد در آغاز درمان، دو هفته پس از آن و چهار هفته پس از اتمام درمان

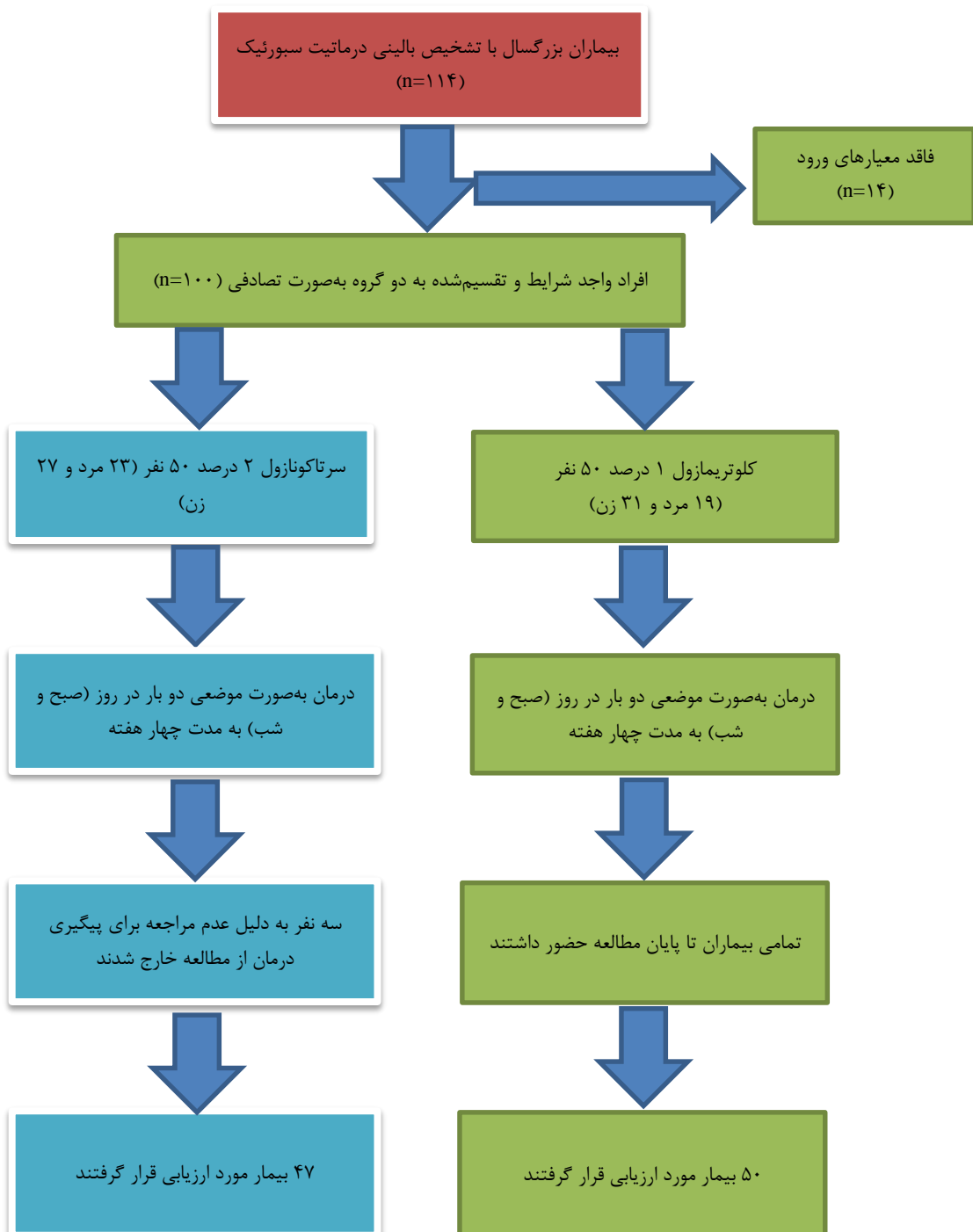
زمان ارزیابی	گروه درمانی	
	سرتاکونازول ۲ درصد میانگین (انحراف معیار)	کلوتریمازول ۱ درصد میانگین (انحراف معیار)
شروع درمان	۶/۴۵ (۲/۱۰)	۷/۱۶ (۲/۲۰)
دو هفته پس از آغاز درمان	۲/۷۸ (۲/۱۴)	۴/۰۸ (۱/۸۲)
چهار هفته پس از اتمام درمان	۰/۸۹ (۱/۰۹)	۲/۶۲ (۲/۱۳)

\* آزمون T-Student \*\* آزمون Mann-Whitney

جدول ۳: مقایسه فراوانی (درصد) رضایت‌مندی بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول و سرتاکونازول

سطح معناداری	گروه درمانی		رضایت‌مندی
	سرتاکونازول ۲ درصد فراوانی (درصد)	کلوتریمازول ۱ درصد فراوانی (درصد)	
	(۰)۰	(۱۲)۶	بدون تغییر
	(۱۰/۶)۵	(۲۴)۱۲	ملایم
<۰/۰۰۱*	(۲۱/۳)۱۰	(۲۸)۱۳	متوسط
	(۶۸/۱)۳۲	(۳۸)۱۹	خوب
	(۱۰۰)۴۷	(۱۰۰)۵۰	مجموع

\* آزمون ANOVA



فلوجارت ۱: مراحل درمانی دو گروه سرتاکونازول ۲ درصد و کلوتریمازول ۱ درصد

این مطالعه می‌توان گفت که اگرچه روغن شترمرغ در درمان درماتیت سبورئیک مفید است؛ اما در مقایسه با کلوتریمازول و هیدروکورتیزون کارایی کمتری دارد. در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعه عطارزاده و همکاران به دلیل عوارض جانبی کورتیکواستروئیدهای موضعی از داروهای استروئیدی موضعی استفاده نشد و هر دو گروه از کرم موضعی ضد قارچ استفاده نمودند. بر مبنای نتایج مشاهده گردید که اثربخشی سرتاکونازول ۲ درصد در کاهش اریتم، پوسته‌ریزی و خارش بیشتر از کرم موضعی کلوتریمازول ۱ درصد می‌باشد.

در مطالعه دیگری از گلدوست و همکاران، مقایسه دو داروی سرتاکونازول موضعی با هیدروکورتیزون موضعی در درمان بیماران مبتلا به درماتیت سبورئیک انجام شد [۱۸]. بر مبنای نتایج، میزان رضایت‌مندی بیماران دریافت‌کننده سرتاکونازول بیشتر از رضایت‌مندی بیماران دریافت‌کننده هیدروکورتیزون بود (۸۵/۱ درصد در مقابل ۷۶/۹ درصد). لازم به ذکر است که با گذشت یک ماه از توقف درمان، عود بیماری در هیچ‌یک از بیماران مشاهده نشد. در مطالعه حاضر رضایت‌مندی بیماران دریافت‌کننده سرتاکونازول بیش از ۹۰ درصد بود و از نظر عود بیماری نیز ۴/۳ درصد از بیماران در پایان دوره درمان و ۱۷/۴ درصد، چهار هفته پس از توقف درمان دچار عود شدند که این میزان بیشتر از مقدار گزارش‌شده توسط گلدوست و همکاران می‌باشد.

از سوی دیگر، در مطالعه ساکی و همکاران سرتاکونازول ۲ درصد نسبت به هیدروکورتیزون به‌طور معناداری موجب کاهش نمره بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک گردید و در نظرسنجی از بیماران، سرتاکونازول به‌طور معناداری نسبت به هیدروکورتیزون ترجیح داده شد [۱۹]. در مطالعه حاضر نیز سرتاکونازول نسبت به کلوتریمازول به‌طور معناداری موجب کاهش نمره درماتیت سبورئیک بیماران گشته و رضایت‌مندی بیشتری را به دنبال داشت.

علاوه‌براین، در کارآزمایی بالینی صورت‌گرفته توسط بلیغی و همکاران در ارتباط با ۶۰ بیمار در دو گروه ۳۰ نفری دریافت‌کننده هیدروکورتیزون یا سرتاکونازول، شدت ضایعات درماتیت سبورئیک در هر دو گروه به‌طور معناداری کاهش یافت و درصد بهبودی و فراوانی عوارض در دو گروه مشابه بود [۲۰]. حجم نمونه مورد بررسی در مطالعه حاضر بیشتر از مطالعه مذکور بود و در آن به جای هیدروکورتیزون از کلوتریمازول استفاده شد. در این راستا بین دو گروه دریافت‌کننده کلوتریمازول و سرتاکونازول از نظر فراوانی بروز عوارض، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد.

مهم‌ترین مطالعه‌ای که تأثیر داروهای ضد قارچی را بر درمان درماتیت سبورئیک بررسی نموده است، مطالعه مروری اوکوکون و همکاران می‌باشد که نتایج آن در سال ۲۰۱۵ منتشر

گلدوست و همکاران در مطالعه خود کارایی پماد سرتاکونازول ۲ درصد و کلوتریمازول ۱ درصد را در ارتباط با درمان ۱۲۸ بیمار مبتلا به درماتیت سبورئیک از نظر میزان بهبودی، رضایت بیماران و عوارض جانبی مقایسه نمودند [۱۵]. بر مبنای نتایج، میزان رضایت‌مندی بیماران دریافت‌کننده سرتاکونازول بیشتر از بیماران دریافت‌کننده کلوتریمازول بود و با گذشت یک ماه از توقف درمان، عود بیماری در هیچ‌یک از بیماران مشاهده نشد. در مطالعه مذکور، سرتاکونازول ۲ درصد یک داروی قابل تحمل توسط بیماران و مؤثر برای درماتیک سبورئیک متوسط تا شدید معرفی گردید. مطالعه حاضر از نظر داروی مورد استفاده در گروه مداخله و کنترل، روش درمانی، مدت درمان و پیگیری بیماران با مطالعه گلدوست و همکاران مشابهت دارد. اگرچه حجم نمونه در مطالعه حاضر کمتر بود؛ اما از نظر اثربخشی درمان و رضایت‌مندی بیماران با یافته‌های پژوهشگران مذکور همسو و هم‌جهت می‌باشد.

همچنین در مطالعه صورت‌گرفته توسط لوتی و همکاران به‌منظور مقایسه اثربخشی پماد سرتاکونازول ۲ درصد در مقایسه با کتوکونازول ۲ درصد در درمان درماتیت سبورئیک ۱۳۲ بیمار گزارش گردید که ۸۵/۱ درصد از بیمارانی که سرتاکونازول ۲ درصد دریافت کرده بودند، از درمان خود رضایت داشتند [۱۶]. ۸۰ درصد از بیماران در گروه سرتاکونازول، قبل از درمان مبتلا به درماتیت متوسط بودند و در پایان مطالعه ۸۳/۳ درصد از آن‌ها درماتیت خفیف داشتند. باید خاطر نشان ساخت که حجم نمونه در مطالعه حاضر کمتر از مطالعه لوتی و همکاران بود و در گروه کنترل به جای کتوکونازول ۲ درصد از کلوتریمازول ۱ درصد استفاده شد. علاوه‌براین، در مطالعه حاضر بیش از ۹۰ درصد از بیماران تحت درمان با سرتاکونازول ۲ درصد از درمان خود رضایت کامل یا متوسط داشتند و سرتاکونازول ۲ درصد مؤثرتر از کلوتریمازول ۱ درصد در درمان علائم درماتیت سبورئیک بود.

در کارآزمایی بالینی انجام‌شده توسط عطارزاده و همکاران که به‌منظور بررسی کارایی روغن Emu (روغن شترمرغ) در مقایسه با کرم کلوتریمازول و هیدروکورتیزون در درمان درماتیت سبورئیک در ارتباط با ۱۲۴ بیمار صورت گرفت، ۶۲ بیمار مصرف کلوتریمازول و روغن شترمرغ داشتند و ۶۲ بیمار دیگر روغن شترمرغ و هیدروکورتیزون را مصرف کردند [۱۷]. از سوی دیگر نتایج نشان دادند که در هر دو گروه درمانی پس از گذشت یک ماه خارش، پوسته‌ریزی و اریتم به‌طور معناداری بهبود یافت. با این وجود، اثربخشی هیدروکورتیزون و کلوتریمازول در جلوگیری از پوسته‌ریزی در مقایسه با روغن شترمرغ بهتر بود. همچنین هیدروکورتیزون کارایی بهتری نسبت به روغن شترمرغ در بهبود خارش داشت؛ اما در بهبودی اریتم، روغن شترمرغ بهتر از کلوتریمازول بود. براساس نتایج



بود. میزان رضایت‌مندی بیماران تحت درمان با کرم سرتاکونازول پس از چهار هفته از توقف درمان نیز بیشتر از رضایت بیماران تحت درمان با کرم کلوتریمازول بود.

با توجه به نقش مخمر مالاسزیا در ایجاد درماتیت سبورئیک [۱۷، ۲۱]، مطالعات آتی می‌توانند در جهت پاسخ به سؤالاتی مانند اینکه چرا استفاده از داروهای ضد قارچ باعث بهبودی کامل همه بیماران نمی‌گردد و یا اینکه چه عواملی باعث می‌شوند که عده‌ای از مبتلایان پاسخ بهتری به درمان ضد قارچ بدهند، طراحی گردد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی رشته پوست مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان بوده و دارای کد اخلاق به شماره IRUMSHA.REC.1397.473 و IRCT201701299014N141 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به دلیل همکاری در راستای تصویب این طرح پژوهشی و نیز از کارکنان محترم درمانگاه و بخش پوست بیمارستان فرشچیان همدان به دلیل همکاری در جهت گردآوری داده‌ها تقدیر و تشکر می‌گردد. شایان ذکر است که نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نمی‌باشد.

گردید [۱۳]. براساس نتایج این مطالعه، مؤثرترین داروها در درمان درماتیت سبورئیک، داروهای ضد قارچی کتوکونازول و سیکلوپیروکس می‌باشند. این مطالعه مروری واجد کارآزمایی‌های بالینی بسیار محدودی بود که پیامد درمان را به مدت بیش از چهار هفته پیگیری نموده بودند. در این مطالعه تأثیر کتوکونازول مشابه با داروهای استروئیدی بود؛ اما عوارض جانبی کمتری داشت. همچنین تأثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران نامشخص بود. در این ارتباط، در مطالعه حاضر دو داروی ضد قارچ کلوتریمازول ۱ درصد و سرتاکونازول ۲ درصد مورد بررسی قرار گرفتند و اگرچه طول دوره پیگیری بیماران کوتاه‌مدت بود (چهار هفته)، اما پس از اینکه رضایت‌مندی بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت، درصد بالایی از آن‌ها رضایت‌مندی خوب و متوسطی داشتند.

### نتیجه‌گیری

داروهای ضد قارچ موضعی شامل کلوتریمازول و سرتاکونازول تأثیر قابل‌قبولی بر درمان درماتیت سبورئیک بزرگسالان دارند. بر مبنای نتایج، فراوانی عود و عوارض درماتیت سبورئیک در گروه دریافت‌کننده کرم سرتاکونازول به‌صورت دو بار در روز و به مدت چهار هفته، مشابه با کلوتریمازول بود؛ اما اثربخشی کرم سرتاکونازول در بهبود علائم بیماری بیشتر از کرم کلوتریمازول

### REFERENCES

- Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2012.
- Gary G. Optimizing treatment approaches in seborrheic dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013;6(2):44-9. PMID: 23441240
- Holden CA, Berth-Jones J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. *Rook's textbook of dermatology*. 7<sup>th</sup> ed. New York: Blackwell Science; 2004.
- Szepietowski JC, Reich A, Wesolowska-Szepietowska E, Baran E. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses*. 2009;52(4):357-63. PMID: 18793259 DOI: 10.1111/j.1439-0507.2008.01624.x
- Tegner E. Seborrheic dermatitis of the face induced by PUVA treatment. *Acta Derm Venereol*. 1983;63(4):335-9. PMID: 6195866
- Jean LB, Joseph LJ, Rapini RP, Thomas DH, Mascaro JM, Anthony JM. *Dermatology*. 2<sup>nd</sup> ed. Spain: Elsevier; 2008.
- Dawson Jr TL. Malassezia globosa and restricta: breakthrough understanding of the etiology and treatment of dandruff and seborrheic dermatitis through whole-genome analysis. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2007;12(2):15-9. PMID: 18004291 DOI: 10.1038/sj.jidsymp.5650049
- Dorn M, Roehnert K. Dimorphism of Pityrosporum orbicularis in a defined culture medium. *J Invest Dermatol*. 1977;62(2):244-8. PMID: 881572 DOI: 10.1111/1523-1747.ep12506384
- Bikowski J. Facial seborrheic dermatitis: a report on current status and therapeutic horizons. *J Drugs Dermatol*. 2009; 8(2):125-33. PMID: 19213227
- Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. *N Engl J Med*. 2009;360(4):387-96. PMID: 19164189 DOI: 10.1056/NEJMcP0806464
- Ortonne JP, Nikkels AF, Reich K, Ponce Olivera RM, Lee JH, Kerrouche N, et al. Efficacious and safe management of moderate to severe scalp seborrheic dermatitis using clobetasol propionate shampoo 0.05% combined with ketoconazole shampoo 2%: a randomized, controlled study. *Br J Dermatol*. 2011;165(1):171-6. PMID: 21707573 DOI: 10.1111/j.1365-2133.2011.10269.x
- Nenoff P, Hausteil UF. In vitro susceptibility testing of Malassezia furfur against rilopirox. *Skin Pharmacol*. 1997;10(5-6):275-80. PMID: 9449166
- Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrheic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;5:CD008138. PMID: 25933684 DOI: 10.1002/14651858.CD008138.pub
- Koca R, Altinyazar HC, Eştürk E. Is topical metronidazole effective in seborrheic dermatitis? A double-blind study. *Int J Dermatol*. 2003;42(8):632-5. PMID: 12890109 DOI: 10.1046/j.1365-4362.2003.01981.x
- Goldust M, Rezaee E, Rouhani S. Double blind study of sertaconazole 2% cream vs. clotrimazole 1% cream in treatment of seborrheic dermatitis. *Ann Parasitol*. 2013; 59(1):25-9. PMID: 23829055
- Lotti T, Goldust M, Rezaee E. Treatment of seborrheic dermatitis, comparison of sertaconazole 2% cream versus ketoconazole 2% cream. *J Dermatolog Treat*. 2013; 182(4):703-6. PMID: 23441833 DOI: 10.3109/09546634.2013.777154
- Attarzadeh Y, Asilian A, Shahmoradi Z, Adibi N. Comparing the efficacy of Emu oil with clotrimazole and hydrocortisone in the treatment of seborrheic dermatitis: a clinical trial. *J Res Med Sci*. 2013;18(6):477-81. PMID: 24250695
- Goldust M, Rezaee E, Masoudnia S, Raghifar R. Clinical study of sertaconazole 2% cream vs. hydrocortisone 1% cream in the treatment of seborrheic dermatitis. *Ann Parasitol*. 2013;59(3):119-23. PMID: 24881281
- Saki N, Jowkar F, Alyaseen S. Comparison of sertaconazole 2% cream versus hydrocortisone 1% ointment in the treatment of atopic dermatitis. *J Dermatolog Treat*. 2013; 24(6):447-9. PMID: 23470235 DOI: 10.3109/09546634.2013.782384
- Balighi K, Ghodsi SZ, Daneshpazhooh M, Ghale-Baghi S, Nasimi M, Azizpour A. Hydrocortisone 1% cream and sertaconazole 2% cream to treat facial seborrheic

dermatitis: A double-blind, randomized clinical trial. *Int J Womens Dermatol.* 2017;3(2):107-10. PMID: [28560305](#)  
DOI: [10.1016/j.ijwd.2016.11.008](#)

21. Rippon JW. Medical mycology; the pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1988. P. 155.