بررسی بیماران مبتلا به هیرسوتیسم مراجعهکننده به کلینیک پوست در شهر سنندج در سالهای۱۳۸۳-۱۳۸۲

د کتر رکسانا یغمائی ۱، د کتر فرخ راد^۲

۱- استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسؤل) ryaghmaee@yahoo.com - استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: هیرسو تیسم رشد غیرطبیعی موهای ترمینال با نمای مردانه در زنان است. این مطالعه با هدف بررسی هیرسو تیسم در بیماران مراجعه کننده به کلینیک پوست در شهر سنندج به انجام رسیده است.

روش بررسی: این مطالعه به روش مقطعی روی ۱۸۰ بیمار هیرسوت در سالهای ۸۳–۱۳۸۲ در شهر سنندج انجام شده است.روش نمونه گیری سرشماری و ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود.جهت جمع آوری اطلاعات از روش مصاحبه و معاینه افراد و همچنین انجام آزمایشهای پاراکلینیک و سونو گرافی تخمدانها استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرمافزار SPSS و آزمون آماری کای دو استفاده گردید.

یافته ها: در این برسی (۳۶/۱٪) بیماران اختلال قاعدگی، (۳۷/۷٪) دارای آکنه، (۴۷/۸٪) سابقه خانوادگی هیرسوتیسم و (۲۶/۸٪) نیز آلوپسی داشتند. از نظر پاراکلینیکی در آزمایش سرمی (۱۵٪) بیماران تستوسترون (۶٪) پرولاکتین و (۱۱/۱٪) DHEA-So4 غیر طبیعی داشتند. «۶۲/۷ درصد دچار هیرسوتیسم خفیف طبیعی داشتند. «۶۲/۷ درصد دچار هیرسوتیسم خفیف بودند از نظر محل پرمویی (۴۷/۷٪) در ناحیه چانه بود. رابطه معنی داری بین سن افراد و درجه ابتلا به هیرسوتیسم مشاهده شد. (p=٠/۰۰۰)

نتیجه گیری: اگرچه تخمدان پلی کیستیک شایعترین علت هیرسوتیسم میباشد، ولی در این بررسی علل ایدیوپاتیک بالاترین فراوانی را داشت. لذا عوامل دیگری نظیر عوامل ژنتیک، تغذیه، مصرف بیرویه بعضی داروها و نداشتن امکانات مناسب آزمایشگاهی و سونوگرافی را در توجیه نتایج این موضوع در نظر گرفت.

كليد واژهها: هيرسوتيسم، آكنه، تخمدان پلي كيستيك

وصول مقاله: ۸۴/۸/۲ اصلاح نهایی: ۸۵/۳/۵ پذیرش مقاله: ۸۵/۳/۱۱

مقدمه

هیرسوتیسم رشد غیرطبیعی موهای ترمینال با نمای مردانه در زنان است (۱). شدت هیرسوتیسم و میزان پذیرش آن به عوامل نژادی، فرهنگی و اجتماعی بستگی دارد (۱-۴) و حتی در تعیین میزان شدت آن بین پزشکان مختلف نیز اختلاف نظر وجود دارد.

بعد از رنگ پوست، مو دومین متغییر در نژادهای مختلف است. موی صورت و بدن در نژاد زرد کمتر از سیاه پوستان و سفید پوستان است (۵). بین سفید پوستان نیز اختلافاتی وجود دارد و در سفید پوستان حاشیه مدیترانه بیشتر از نواحی اسکاندیناوی است. اما الگوی

رویش مو در هیرسوتیسم در نژادهای مختلف یکسان مى باشد (٨ و ٧ و ٤).

(۹) Lorenzo نود بیمار مبتلا به هیرسوتیسم را مورد مطالعه قرار داده و مشاهده كرد كه در بستگان اين بيماران نيز مشكل هيرسوتيسم وجود داشته است. ۸) MC Knight نیز در ۱۴٪ بیماران خود سابقهٔ فامیلی رامشاهده نمود. البته باید دانست که یکی از علل عمدهٔ هیرسوتیسم که سندروم تخمدان پلی کیستیک است خود یک بیماری با سابقهٔ مثبت فامیلی است (۱۲و ۱۱و ۱۰).

مطالعه روی مشکلات روحی و روانی این بیماران كم صورت گرفته است. اما مطالعهٔ انجام شده در تركيه نشان داد (۱۱) که این بیماران بعلت ظاهر ناخوشایند خود به درجاتی از اختلالات روحی و روانی دچار گشتهاند. مطالعهٔ دیگر وجود اضطراب و استرس را در این بیماران ثابت کرده است (۱۲) و در واقع استرس مى تواند هم علت و هم معلول اين بيمارى باشد. بطوریکه در یک مطالعه شروع هیرسوتیسم در ۲۵٪ بیماران پس از یک دورهٔ استرس روحی و روانی بوده است (۱۳).

رویش موی صورت پاسخ فولیکول مو به تحریک اندروژنیک است و در مواردی که هورمون آندروژن بالا رود، رویش مو افزایش مییابد. افزایش ترشح آندروژن در زنان می تواند بعلت بیماریهای تخمدان و یا غدد آدرنال باشد یکی از شایعترین علل هیرسوتیسم سندرم تخمدان پلی کیستیک است. درصدی از بیماران نیز هیچگونه مشکل هورمونی ندارند و در واقع بیماری آنها ایدیوپاتیک است. البته هر اندازه تکنیکهای تشخیص دقیق تر شود از درصد بیماران ایدیوپاتیک كاسته خواهد شد. در يك درصد تومورهاى تخمدان، هیرسوتیسم دیده می شود که همراه با سایر علائم مردانه

مثل آمنوره، آلویسی، بزرگ شدن کلیتوریس، خشونت صدا و افزایش حجم ماهیچهها همراه است. هیرسوتیسم به ندرت در حاملگی دیده شده و با ختم حاملگی بهبود

تغییر در میزان حساسیت پوست به آندروژن نیز یکی از علل هیرسوتیسم در زنانی است که میزان آندروژن نرمال دارند و یا در زنانی که با وجود آندروژن بالا هیرسوتیسم ندارند. در واقع متابولیزم آندروژن در پوست افراد مختلف متفاوت است (۱۴). در پوست زنان مبتلا به هیرسوتیسم تبدیل تستوسترون به DHT بیشتر مىشود.

مصرف بعضی از داروها مثل گلوکوکورتیکوئیدها یا استروئیدهای آنابولیک می تواند هیرسوتیسم ایجاد كند. هيرسوتيسم تنها يك مشكل زيبايي نيست و ممكن است با بیماریهای سیستمیک و متابولیک همراه باشد و حتی در مواردی مثل تومور تخمدان با پیش آگهی بسیار بد همراه شود. همچنین در زنان مبتلا به هیرسوتیسم خطر بیماریهای قلبی و عروقی افزایش می یابد (۱۴) بنابراین در برخورد با این بیماران باید به دو نکتهٔ تشخیص علت و رفع حالت ناخوشایند آن از نظر زیبایی که می تواند در روحیه و سرنوشت خانمهای جوان مؤثر باشد، توجه نمود. هدف از این مطالعه بررسی علل هیرسوتیسم در بیماران مراجعه کننده به کلینیک پوست در سنندج و پیدا کردن موارد احتمالی همراه با سرطانهای تخمدان و یافتن راهکارهائی برای پیشگیری و درمان این بیماری در رابطه با علت آن در جامعه تحت بررسی بود.

روش بررسي

این مطالعه به روش توصیفی در یک دوره دو ساله (۸۳–۱۳۸۲) روی ۱۸۰ بیمار هیرسوت مراجعه کننده به

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره دهه/ پائیز ۱۳۸۴

كلينيك بيمارستان و مطب انجام گرديد. روش نمونه گیری سرشماری بود. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز برای هر بیمار پرسشنامهای که شامل متغیرهای: سن وضعيت تأهل، BMI، وضعيت قاعد كي، سابقه فامیلی، آلویسی در سر، آکنه، مصرف داروهای هورمونی و اعصاب، مصرف سیگار، محل پرموئی و وجود بیماریهای دیگر و همچنین از نظر پاراکلینیک متغيرهاي: ميزان تسستوسترون، پرولاكتين، دى هيدرواپي آندروسترون سولفات سرم و كورتيزول ادرار و در سـونوگرافی وجـود کیـست در تخمـدانها تكميل گرديد. شدت هيرسوتيسم برحسب درجهبندي Fcrriman-Gallwey درسر ناحیه صورت، چانه و بدن تعیمین شد. برطبق ایس درجهبندی ۳-۰ بعنوان غيرهيرسوت، ٧-۴ هيرسوت ملايم، ١١-٨ هيرسوت متوسط و ۱۲ به بالا هیرسوت شدید درنظر گرفته شد(۱۷-۱۷). برای سنجش BMI، افراد با نمره ۲۵ به بالا چاق در نظر گرفته شد (۱۸). دادهها با استفاده از نرمافزار

SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ىافتەھا

در ۱۸۰ نفر مورد مطالعه (۱۸۰٪) آنان مجرد و (۳۸۸٪) متأهل، از نظر MBI (شاخص تودهٔ بدن) (۲۱/۱٪) چاق، (۳۶/۱٪) دچار اختلال قاعدگی بودند. ۶۸ نفر ۶۸ نفر (۳۷/۲٪) بیماران دارای آکنه بودند. ۶۸ نفر (۴۷/۸٪) سابقه خانوادگی هیرسوتیسم و ۴۸ نفر (۲۶/۱٪) نیز آلوپسی سر داشتند. (۱۱/۶٪) داروهای هورمونی و نیز آلوپسی سر داشتند. (۱۱/۶٪) ۲ نفر نیز سیگاری (۱۵٪) داروهای اعصاب و (۱/۱٪) ۲ نفر نیز سیگاری بودند. بیماریهای دیگر (عفونت ادراری، سنگ کلیه، گواتر و زخم معده) در ۱۸/۳ درصد افراد مورد مطالعه مشاهده گردید. از نظر پاراکلینیکی در ۲۷ نفر (۱۸٪) بیماران تستوسترون، ۱۱ نفر (۱۸٪) پرولاکتین، و ۲۰ نفر بیماران تستوسترون، ۱۱ نفر (۱/۶٪) پرولاکتین، و ۲۰ نفر (۱۱٪٪) دیهیدراپی آندروسترون سولفات سرم و۶ نفر (۱۱٪٪) کور تیزول ادرار غیرطبیعی مشاهده شد. بر اساس نتایج سونوگرافی بعمل آمده از آنها ۳۷ نفر (۲۰٪٪)

جدول ۱: توزیع فراوانی محل پر مویی در افراد مورد مطالعه

درصد	تعداد	فراواني	
درعيد	3,660		محل پر مو يي
₹V/V	۸۶		چانه
19/V	٣.		بدن
19/0	30		صورت
19/1	79		صورت و بدن
1	۱۸۰		جمع

جدول ۲: توزیع فراوانی گروه سنی افراد مورد مطالعه برحسب درجه هیرسوتیسم

	_		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
فراوانی	هيرسوتيسم خفيف		هيرسو تيسم متوسط	هيرسو تيسم شديد		ل جمع			
گروه سنی (سال)	_	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
10-10		99	9A/V	44	٣٠/٢	١	١	99	۵۳/۳
Y9-40		41	80/1	*1	** / *	١	1/8	۶۳	30
۳۶ و بالاتر		۶	Y A/8	14	99/9	١	F/V	71	11/Y
جمع		144	9Y/V	84	۳۵/۵	٣	1/Y	۱۸۰	1
_									

براساس نتایج حاصل از این مطالعه (۳۸/۹٪) بیماران متأهل بودند که با مطالعاتی که در گیلان و قزوین انجام شده (۱۷و۱۶) مطابقت ولی با مطالعه دکتر فرنقی و همکاران (۱۸) که درصد متأهلین (۶۵٪) بود همخوانی ندارد. از نظر سابقه خانوادگی هیرسوتیسم (۴۷/۸) افراد مورد مطالعه دارای سابقه بودند که از نتایج مطالعه (۱۸و۱۷) بالاتر و از نتایج مطالعات (۱۹و۱۹) کمتر میباشد ولی با نتایج مطالعه (۲۰) همخواني دارد. از علل احتمالي تفاوتها مي توان به عوامل نژادی، فرهنگی و اجتماعی دخیل در هیرسوتیسم اشاره نمود. از نظر اختلال قاعدگی (۳۶/۱٪) بیماران مبتلا بودند که تقریباً با نتایج مطالعات مشابه (۲۰–۱۷) که به ترتیب (۳۸٪، ۳۳٪، ۲۹٪ و ۳۸٪) بوده مطابقت دارد.

در این بررسی (۳۷/۷٪) دچار آکنه بودند که نسبت به مطالعات مشابه در حد متوسط بود. یعنی نسبت به بعضی مطالعات بیشتر و نسبت به بعضی مطالعات کمتر بود. از علل ابتلا به آکنه در این بیماران می توان ازدیاد حساسیت گیرندههای پوست به آندروژن در مناطق مبتلا به هيرسوتيسم اشاره نمود (١).

از نظر سن ابتلا به هیرسوتیسم بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۵–۱۵ سال بوده که با سایر مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۹). همچنین بین سن و شدت ابتلا به هیرسوتیسم رابطه معنی داری مشاهده شد بدین معنی که با افزایش سن بر شدت هیرسو تیسم افزوده می شود.

در خصوص ابتلا به آلوپسی ۴۸ نفر (۲۶/۷٪) مبتلا بودند که فراوانی آن بیشتر از مطالعه (۱۹–۱۷) که فراوانی در آنها (۱۰٪ و ۱۳٪) بود و کمتر از تحقیقات (۱۸–۱۷) که فراوانی در آنها به ترتیب (۵۲٪، ۵۰٪) می باشد. تخمدان یلی کیستیک در (۲۰/۵٪) از بیماران

مشاهده گردید که با مطالعات (۲۰-۱۹) همخوانی دارد ولی با سایر مطالعات داخلی (۲۱-۲۰) که (۴۹٪) و (۸۶٪) و مطالعات در کشور امارات (۹۰٪) و در کشور مكزيك (۵۳٪) و مطالعه آدامز و همكاران در كشور انگلستان که (۹۲٪) بیماران تخمدان یلی کیستیک داشتهاند مطابقت ندارد (۲۴و ۲۳و۲۲).

علل این اختلاف می تواند دقت بیشتر سونو گرافی انجام شده در امارات متحده و انگلستان باشد زیرا در این کشورها سونوگرافی به روش واژینال انجام میگیرد که با دقت بیشتری تخمدانها را ارزیابی می کند.

هیرسوتیسم آیدیوپاتیک زمانی به بیماران اطلاق میشود که هیچ اختلال آندوکرینی قابل تشخیصی در بيمار يافت نشود. از علل تفاوت نتايج مطالعات با یکدیگر علاوه بر مسائل نژادی، اجتماعی می تواند به این دلیل باشد که اکثریت زنان با تشخیص هیرسوتیسم آیدیوپاتیک در واقع دچار اشکال خفیف یا اولیه بیماری تخمدان پلی کیستیک شده باشند. در صورتیکه در این زنان تولید آندروژن در حد طبیعی باشد هیرسوتیسم ارتباطی با تخمدان نداشته و فقط یک مشکل زیبایی مى باشد. از طرفى علت اصلى اين بيمارى كاملاً مشخص نشده و آیا افزایش آندروژن منشأ تخمدانی و یا غدد آدرنال داشته باشد هنوز مورد بحث و اختلافنظر مي باشد (١).

نتيجه گيري

اگرچه تخمدان پلی کیستیک شایعترین علت هیرسوتیسم میباشد، ولی در این بررسی علل ایدیو پاتیک بالاترین فراوانی را داشت. لذا عوامل دیگری نظير عوامل ژنتيك، تغذيه، مصرف بيرويه بعضي داروها و نداشتن امکانات مناسب آزمایشگاهی و سونوگرافی را باید در توجیه نتایج این موضوع در نظر گرفت.

References

- 1. Champion R. Burton J. Burns d. Breothnach S. Text book of dermatology. 6th ed. London. Blackwell Science LTD. 1998; 4: 2895-903.
- 2. Rosenfeld R.L. Plasma free androgen patterns in hirsute woman and their diagnostic implicans. Am J Med. 1999; (66): 417-21.
- 3. Meikle Aw. Stringham JD. Wilson D.E. Plasma 5-alha reduced androgens in men and hirsute women, role of adrenal and gonads. J Clin Endocrinol Metab. 1999; 48: 969-75.
- 4. Carmina E. Prevalence of Idioputhic hirsutism. Eur J Endocrinol. 1998; 139(4): 421-3.
- 5. Hamilton JE. Age, sex and genetic factors in the regulation of Hair growth in men: a comparison of Caucasian and Japanese Population. The Biology of Hair growth. New York: Academic press 1958; 399-417.
- 6. ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. J clin Endocrinal 1965; 21: 1440-9.
- 7. Lund O Grouttum P. Body hair growth in women; Normal or hirsute. Am J phys Anthropol 1984; 64: 307-12.
- 8. MC knight E. The prevalence of hirsutrsm in young women. Lancet. 1964; 410-12.
- 9. Lorenz EM. Familial study of Hirsutism. J clin Endocrionol Metabol. 1970; 31: 556-60.
- 10. Shah Pn. Human body hair- a quatitative study. Am J obstet Gynecol. 1957; 73: 1255-61.
- 11. Kislal FM, Kutluk T, Cetin FC, Derman O, Kanbur NO. "Psychiatric symptoms of adolescents with physical complaints admitted to an adolescence unit". Clin pediater (phila). 2005; 44(2): 121-30.
- 12. Hague wm, Adams J, Reeders ST. Familial Polycystic ovary, a genetic disease. clin Endocrinol J. 1988; 29: 593-6.
- 13. Robinnowitz S, Cohen R, Le Roith D. Anxiety and Hirsutism. Rsychol Pep. 1983; 53: 827-33.
- 14. Mewrivale WH. The excretion of Pregnanediol and 17-ketostroids during the menstrual cycle in benign lirsutism. J clin Pathol. 1951; 4: 78-83.
- 15. Toscano V, Adamo M, caiolas. Hirsutism an evolving syndrome. J Endocriol. 1983; 97: 397-87.

۱۶. عزیز جلالی م. بررسی هیرسو تیسم در ۱۰۷ بیمار، مجله دانشکده یزشکی گیلان، سال اول، شماره ۲ و ۱. ۱۰-۱.

۱۷. کشاورز د. بررسی بیماران مبتلا به هیرسوتیسم در شهر قزوین، مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین شماره ۱۵، پائیز ۱۳۷۹، ۸۴–۸۰

۱۸. فرنقی ف، صرفی ح، زرین پور ن. مطالعه توصیفی ۱۱۰ بیمار مبتلا به هیرسوتیسم در بیمارستان رازی تهران در سالهای ۸۰–۱۳۷۹، فصلنامه بیماریهای یوست، سال ششم، شماره ۱، یائیز ۱۳۸۱، ۲۵–۲۱.

۱۹. بقائي ش. ير مويي.دانشگاه علوم يز شكي و خدمات بهداشتي درماني ايران ۷۳-۱۳۷۲، ياياننامه ۶۰۰۳، ۵۷-۴۴.

۲۰. تیرگرطبری س، همکاران، هیرسوتیسم در دانشجویان دختر، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۷۸، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم شماره ۱ (یی دریی ۱۳)، زمستان ۱۳۸۰، ۲۰–۲۰.

10. http.cdc.gov/nccdphp/bmi/calc-bmi.htm

۲۱. جانفر ش، ایدن ج. هیرسوتیسم ایدیوپاتیک یا سندرم تخمدان پلی کیستیک، فصلنامه باروری و ناباروری، تابستان ۱۳۸۰، ۴۰–۳۵

- 22. Gutec OB, AL-Attia HM, Salarna LA. Hirsutim in the united Arab Emirates a hospital study. Post grad med J. 1996; 72: 168-71.
- 23. Moran C. Tapia MC. Etiological Review of Hirsutism in 250 patient: Research unite of Reproductive Medicine and Endocrinology and Gynecology Section- Hospital. Df-Archmed Res. 1994; 25(3): 311-4.
- 24. Adams j, Polson DW. Prevalence of polycystic Ovaries in Women with Unovulation- and idiopathic hirsutism. BMJ. 1996; 293: 355-59.