مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ سال دهم/ پائیز ۱۳۸۴/ ۷۷-۷۳

بررسی بیماران مبتلا به هیرسوتیسم مراجعه‌کننده به کلینیک پوست در شهر سنندج در سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۲

دکتر رکسانا یغمائی[1]، دکتر فرخ راد[2]

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

۲- استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: هیرسوتیسم رشد غیرطبیعی موهای ترمینال با نمای مردانه در زنان است. این مطالعه با هدف بررسی هیرسوتیسم در بیماران مراجعه‌کننده 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 نمونه‌گیری سرشماری و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود.جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه و معاینه افراد و همچنین انجام آزمایشهای پاراکلینیک و سونوگرافی تخمدانها استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری کای‌دو استفاده گردید.

یافته‌ها: در این برسی (۳۶/۱٪) بیماران اختلال قاعدگی، (۳۷/۷٪) دارای آکنه، (۴۷/۸٪) سابقه خانوادگی هیرسوتیسم و (۲۶/۷٪) نیز آلوپسی داشتند. از نظر پاراکلینیکی در آزمایش سرمی (۱۵٪) بیماران تستوسترون (۶٪) پرولاکتین و (۱۱/۱٪) DHEA-So4 غیر طبیعی داشتند. همچنین در آزمایش ادرار ۳ درصد بیماران کورتیزول غیرطبیعی داشتند. ۶۲/۷ درصد دچار هیرسوتیسم خفیف بودند از نظر محل پرمویی (۴۷/۷٪) در ناحیه چانه بود. رابطه معنی‌داری بین سن افراد و درجه ابتلا به هیرسوتیسم مشاهده شد. (p=۰/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: اگرچه تخمدان پلی‌کیستیک 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.

کلید واژه‌ها: هیرسوتیسم، آکنه، تخمدان پلی‌کیستیک

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 (۴-۱) 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-12]

رویش مو در هیرسوتیسم در نژادهای مختلف یکسان می‌باشد (۸ و ۷ و۶).

Lorenzo (۹) نود بیمار مبتلا به هیرسوتیسم را مورد مطالعه قرار داده و مشاهده کرد که در بستگان این بیماران نیز مشکل هیرسوتیسم وجود داشته است. MC Knight (۸) نیز در ۱۴٪ بیماران خود سابقهٔ فامیلی رامشاهده نمود. البته باید دانست که یکی از علل عمدهٔ هیرسوتیسم که سندروم تخمدان پلی‌کیستیک است خود یک بیماری با سابقهٔ مثبت فامیلی است (۱۲و۱۱و۱۰).

مطالعه روی مشکلات روحی و روانی این بیماران کم صورت گرفته است. اما مطالعهٔ انجام شده در ترکیه 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 می‌تواند هم علت و هم معلول این بیماری 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 می‌تواند بعلت بیماریهای تخمدان و یا غدد آدرنال باشد یکی از شایعترین علل هیرسوتیسم سندرم تخمدان پلی‌کیستیک است. درصدی از بیماران نیز هیچگونه مشکل هورمونی ندارند و در واقع بیماری آنها ایدیوپاتیک است. البته هر اندازه تکنیکهای تشخیص دقیق‌تر شود از درصد بیماران ایدیوپاتیک کاسته خواهد شد. در یک درصد تومورهای تخمدان، هیرسوتیسم دیده می‌شود که همراه با سایر علائم مردانه مثل آمنوره، آلوپسی، بزرگ شدن کلیتوریس، خشونت صدا و افزایش حجم ماهیچه‌ها همراه است. هیرسوتیسم به ندرت در حاملگی دیده شده و با ختم حاملگی بهبود می‌یابد.

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 می‌شود.

مصرف بعضی از داروها مثل گلوکوکورتیکوئیدها یا استروئیدهای آنابولیک می‌تواند هیرسوتیسم ایجاد کند. هیرسوتیسم تنها یک مشکل زیبایی نیست و ممکن است با بیماریهای سیستمیک و متابولیک همراه باشد و حتی در مواردی مثل تومور تخمدان با پیش‌آگهی 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 می‌تواند 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 بررسی

این مطالعه به روش توصیفی در یک دوره دو ساله (۸۳-۱۳۸۲) روی ۱۸۰ بیمار هیرسوت مراجعه‌کننده به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-12]

کلینیک بیمارستان و مطب انجام گردید. روش نمونه‌گیری سرشماری بود. برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای هر بیمار پرسشنامه‌ای که شامل متغیرهای: سن وضعیت تأهل، BMI، وضعیت قاعدگی، سابقه فامیلی، آلوپسی در سر، آکنه، مصرف داروهای هورمونی و اعصاب، مصرف سیگار، محل پرموئی و وجود بیماریهای دیگر و همچنین از نظر پاراکلینیک متغیرهای: میزان تستوسترون، پرولاکتین، دی‌هیدرواپی‌آندروسترون سولفات سرم و کورتیزول ادرار و در سونوگرافی وجود کیست در تخمدانها تکمیل گردید. شدت هیرسوتیسم برحسب درجه‌بندی Fcrriman-Gallwey درسر ناحیه صورت، چانه و بدن تعیین شد. برطبق این درجه‌بندی ۳-۰ بعنوان غیرهیرسوت، ۷-۴ هیرسوت ملایم، ۱۱-۸ هیرسوت متوسط و ۱۲ به بالا هیرسوت شدید درنظر گرفته شد(۱۷-۱۶). 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.

یافته‌ها

در ۱۸۰ نفر مورد مطالعه (۶۱/۱٪) آنان مجرد و (۳۸/۹٪) متأهل، از نظر MBI (شاخص تودهٔ بدن) (۲۱/۱٪) چاق، (۳۶/۱٪) دچار اختلال قاعدگی بودند. ۶۸ نفر (۳۷/۷٪) بیماران دارای آکنه بودند. ۸۶ نفر (۴۷/۸٪) سابقه خانوادگی هیرسوتیسم و ۴۸ نفر (۲۶/۷٪) نیز آلوپسی سر داشتند. (۱۱/۶٪) داروهای هورمونی و (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 (۱۵٪) بیماران تستوسترون، ۱۱ نفر (۶/۱٪) پرولاکتین، و ۲۰ نفر (۱۱/۱٪) دی‌هیدراپی‌آندروسترون سولفات سرم و۶ نفر (۳/۳٪) کورتیزول ادرار غیرطبیعی مشاهده شد. بر اساس نتایج سونوگرافی بعمل آمده از آنها ۳۷ نفر (۲۰/۵٪) کیست تخمدان داشتند.

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

محل پرمویی	فراوانی	
	تعداد	درصد
چانه	۸۶	۴۷/۷
بدن	۳۰	۱۶/۷
صورت	۳۵	۱۹/۵
صورت و بدن	۲۹	۱۶/۱
جمع	۱۸۰	۱۰۰

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

گروه سنی (سال)	فراوانی							
	هیرسوتیسم خفیف		هیرسوتیسم متوسط		هیرسوتیسم شدید		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲۵-۱۵	۶۶	۶۸/۷	۲۹	۳۰/۲	۱	۱	۹۶	۵۳/۳
۳۵-۲۶	۴۱	۶۵/۱	۲۱	۳۳/۳	۱	۱/۶	۶۳	۳۵
۳۶ و بالاتر	۶	۲۸/۶	۱۴	۶۶/۶	۱	۴/۷	۲۱	۱۱/۷
جمع	۱۳۳	۶۲/۷	۶۴	۳۵/۵	۳	۱/۷	۱۸۰	۱۰۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-12]

بحث

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 (۱۹و۱۶) کمتر می‌باشد ولی با نتایج مطالعه (۲۰) همخوانی دارد. از علل احتمالی تفاوتها می‌توان 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 می‌توان ازدیاد حساسیت گیرنده‌های پوست به آندروژن در مناطق مبتلا به هیرسوتیسم اشاره نمود (۱).

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 معنی‌داری مشاهده شد بدین معنی که با افزایش سن بر شدت هیرسوتیسم افزوده می‌شود.

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٪) می‌باشد. تخمدان پلی‌کیستیک 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 مکزیک (۵۳٪) و مطالعه آدامز و همکاران در کشور انگلستان که (۹۲٪) بیماران تخمدان پلی‌کیستیک داشته‌اند مطابقت ندارد (۲۴و۲۳و۲۲).

علل این اختلاف می‌تواند دقت بیشتر سونوگرافی 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 می‌کند.

هیرسوتیسم آیدیوپاتیک زمانی به بیماران اطلاق می‌شود که هیچ اختلال آندوکرینی قابل تشخیصی در بیمار یافت نشود. از علل تفاوت نتایج مطالعات با یکدیگر علاوه بر مسائل نژادی، اجتماعی می‌تواند به این دلیل باشد که اکثریت زنان با تشخیص هیرسوتیسم آیدیوپاتیک در واقع دچار اشکال خفیف یا اولیه بیماری تخمدان پلی‌کیستیک شده باشند. در صورتیکه در این زنان تولید آندروژن در حد طبیعی باشد هیرسوتیسم ارتباطی با تخمدان نداشته و فقط یک مشکل زیبایی می‌باشد. از طرفی علت اصلی این بیماری کاملاً مشخص نشده و آیا افزایش آندروژن منشأ تخمدانی و یا غدد آدرنال داشته باشد هنوز مورد بحث و اختلاف‌نظر می‌باشد (۱).

نتیجه‌گیری

اگرچه تخمدان پلی‌کیستیک شایعترین علت هیرسوتیسم می‌باشد، ولی در این بررسی علل ایدیو پاتیک بالاترین فراوانی را داشت. لذا عوامل دیگری نظیر عوامل ژنتیک، تغذیه، مصرف بی‌رویه بعضی داروها و نداشتن امکانات مناسب آزمایشگاهی و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-12]

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 هیرسوتیسم در ۱۰۷ بیمار، مجله دانشکده پزشکی 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، زرین‌پور ن. مطالعه توصیفی ۱۱۰ بیمار مبتلا به هیرسوتیسم در بیمارستان رازی تهران در سالهای ۸۰-۱۳۷۹، فصلنامه بیماریهای پوست، سال ششم، شماره ۱، پائیز ۱۳۸۱، ۲۵-۲۱.

۱۹. بقائی ش. پرمویی.دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران ۷۳-۱۳۷۲، پایان‌نامه 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 (پی‌درپی ۱۳) ، زمستان ۱۳۸۰، ۲۴-۲۰.

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

۲۱. جانفر ش، ایدن ج. هیرسوتیسم ایدیوپاتیک یا سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-12-12]