

## ارتباط هورمونهای جنسی، لپتین و شاخص‌های تن سنجی در مردان

محسن مداح (Ph.D.)<sup>۱</sup>، ابوالقاسم جزایری (Ph.D.)<sup>۲</sup>، ریحان میردامادی (M.D.)<sup>۳</sup>، محمد رضا اشراقیان (Ph.D.)<sup>۴</sup>، محمود جلالی (Ph.D.)<sup>۵</sup>.

- ۱- دانشجوی دوره دکتری علوم تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۲- استاد گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۳- استادیار گروه زنان و نازایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
- ۴- استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۵- دانشیار گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران.

## چکیده

در این مطالعه ارتباط هورمونهای جنسی، لپتین و شاخص‌های تن سنجی در مردان بررسی و اثر کاهش متوسط وزن بر این متغیرها در افراد چاق مطالعه گردید. در ۱۸۶ مرد بالغ با متوسط سن ۳۰ سال (۴۹-۲۲)، نمایه توده بدن  $27 \text{ Kg/m}^2$  (۴۳-۱۸) با وزن  $80.1 \pm 13.8$  کیلوگرم سطح سرمی تستوسترون، گلوبولین متصل شونده به هورمونهای جنسی (SHBG)، دهیدرواپی آندروسترون سولفات (DHEA-S)، استرادیول، LH، FSH، انسولین، لپتین و شاخص‌های تن سنجی شامل نمایه توده بدن (BMI) و محیط کمر به باسن (WHR) اندازه‌گیری و اثر کاهش متوسط وزن بر این متغیرهای هورمونی در یک گروه ۲۲ نفری از افرادی چاق با وزن  $88.7 \pm 14$  کیلوگرم این جمعیت مطالعه گردید. در این بررسی تستوسترون و SHBG سرم با BMI همبستگی منفی نشان دادند (به ترتیب  $r = -0.18$ ,  $p < 0.05$  و  $r = -0.33$ ,  $p < 0.001$ ). ارتباط SHBG سرم با WHR ( $r = -0.07$ ,  $p < 0.009$ ) و لپتین سرم با BMI ( $r = 0.78$ ,  $p < 0.001$ ) و تستوسترون سرم ( $r = -0.57$ ,  $p < 0.001$ ) بررسی گردید. در این مطالعه در افراد چاق ( $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) سطح تستوسترون  $11.9 \pm 3.8 \text{ nmol/l}$  و در افراد با وزن طبیعی ( $\text{BMI} < 25 \text{ kg/ml}$ ) برابر  $13.9 \pm 4.2 \text{ nmol/l}$  ( $p < 0.009$ ) و غلظت SHBG سرم نیز در آنان به ترتیب  $17.0 \pm 12.9 \text{ nmol/l}$  و  $28.0 \pm 14.2 \text{ nmol/l}$  ( $p < 0.001$ ) بود. با کاهش میانگین  $6.1$  کیلوگرم وزن، لپتین سرم از  $11.8 \pm 7.2 \text{ ng/ml}$  به  $7.6 \pm 3.1 \text{ ng/ml}$  ( $p < 0.01$ ) تقلیل یافت. در آنالیز رگرسیون چند متغیره لپتین سرم تنها تعیین کننده میزان تستوسترون سرم بود ( $R^2 = 0.38$ ) و تستوسترون و BMI مجموعاً قادر به توضیح بخش قابل ملاحظه‌ای از واریانس لپتین بودند ( $R^2 = 0.51$ ). از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که در مردان غلظت بالای لپتین و سطح پایین تستوسترون و SHBG سرم با وزن بدن مرتبط است و همچنین غلظت بالای لپتین و پایین تستوسترون سرم مستقل از BMI با یکدیگر مرتبط هستند. ارتباط معکوس بین میزان لپتین و تستوسترون سرم نقش احتمالی لپتین در کاهش تستوسترون سرم در افراد چاق را تقویت می‌کند. در این مطالعه غلظت SHBG سرم با توزیع چربی در بدن مرتبط نبود.

کل واژگان: تستوسترون، لپتین، چاقی، هورمونهای جنسی، شاخص‌های تن سنجی.

آدرس مکاتبه: دکتر محسن مداح، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۶۴۴۶ تهران، ایران.

پست الکترونیک: Maddahm@yahoo.com

## مقدمه

چگونگی تغییر عوامل یاد شده بدنبال کاهش وزن ممکن است شواهدی برای تایید یکی از فرضیه‌های فوق را ارائه دهد. در این مطالعه ارتباط بین نمایه توده بدن (BMI)<sup>۳</sup>، توزیع چربی در بدن از طریق تخمین شاخص محیط کمر به باسن WHR<sup>۴</sup> هورمونهای جنسی، انسولین و لپتین در ۱۸۶ مرد بالغ با دامنه وسیعی از BMI و تستوسترون سرم مورد مطالعه قرار گرفت و سپس در تعدادی از افراد چاق این جمعیت اثر کاهش متوسط وزن بر سطح هورمونهای جنسی، انسولین و لپتین سرم مورد بررسی قرار گرفت.

## مواد و روشها

**نمونه‌ها:** تعداد ۱۸۶ مرد با BMI در محدوده  $(m^2)/\text{kg}$  وزن ۴۳-۱۸ و سن ۲۲-۴۹ سال از یک مرکز درمان ناباروری در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد که پس از ازدواج و با یکسال یا بیشتر تلاش بچه‌دار نشده بودند، در این مرکز برای یافتن علت ناباروری زوجین تحت بررسی قرار می‌گرفتند. در صورت وجود هر گونه علائم بالینی هیپوگنادیسم، سابقه وقفه در رشد یا مشکل بالینی دیگر و نیز مصرف هر نوع دارویی، نمونه از مطالعه حذف می‌گردید. در ۲۳٪ این جمعیت سطح تستوسترون سرم کمتر از  $10 \text{ nmol/l}$  بود. برای جلب همکاری بیماران هدف مطالعه برای افراد توضیح داده شد.

**روش کار:** وزن افراد با دقت  $0.1$  کیلوگرم با لباس سبک و بدون کفش و قد با دقت  $0.5$  سانتیمتر و تحت همین شرایط اندازه‌گیری شد. توزیع چربی با اندازه‌گیری دور کمر و باسن و بیان آن به صورت نسبت محیط کمر به باسن (WHR) انجام گرفت. محیط کمر در حد واسط حاشیه تحتانی دنده آخر و تاج استخوان Iliac و محیط باسن در ناحیه دارای بیشترین قطر اندازه‌گیری شد.

چاقی عامل خطر مهمی برای بیماریهایی نظیر دیابت غیر وابسته به انسولین و بیماریهای عروق کرونر قلب محسوب می‌شود و این خطر در بیماران با چاقی بالای تنه بیشتر است (۱-۳). در زنان با چاقی بالای تنه سطح تستوسترون پلازما بالاتر و میزان SHBG<sup>۱</sup> پایین‌تر از زنانی است که چاقی پایین تنه دارند (۴). بر خلاف این در مردان چاق سطح تستوسترون و SHBG<sup>۵</sup> (۵) و گاهی تستوسترون آزاد پلازما (۶) نسبت به افراد طبیعی کمتر گزارش شده است. در مردان نحوه ارتباط توزیع چربی بدن با هورمونهای جنسی مستقل از کل چربی بدن متناقض است.

اخیراً بین سطح لپتین و تستوسترون سرم ارتباط معکوس مشاهده شده است (۸،۷). لپتین پپتیدی مترشحه از بافت چربی است که از طریق کاهش دریافت غذا و افزایش متابولیسم بعنوان سیگنالی برای برقراری تعادل انرژی در بدن عمل کرده و ترشح آن توسط تستوسترون مهار می‌گردد (۹،۱۰). از سوی دیگر لپتین نیز با اثر برگیرنده‌های خود در سلولهای لیدیک<sup>۲</sup> بیضه می‌تواند تولید تستوسترون را تنظیم کند (۱۱). ارتباط چاقی، تستوسترون و لپتین در مردان بسیار مرتبط با هم بنظر می‌رسد و این ارتباط ممکن است با یکی از مکانیسم‌های زیر باشند:

- ۱) چاقی ممکن است باعث کاهش سطح تستوسترون و در نتیجه حذف اثر مهاری آن بر لپتین و به دنبال آن افزایش لپتین سرم گردد.
- ۲) چاقی ممکن است با افزایش لپتین و اثر مهاری آن بر تستوسترون موجب کاهش سطح تستوسترون سرم شود.
- ۳) سطح پایین تستوسترون و میزان بالای لپتین ممکن است مستقل از یکدیگر به دنبال چاقی ایجاد گردند.
- ۴) پایین بودن تولید تستوسترون ممکن است به ایجاد چاقی و متعاقب آن افزایش لپتین منجر شود.

3- Body Mass Index  
4- Waist to Hip Ratio

1- Sex-hormone binding globulin  
2- Lydic cells

لپتین با کیت تجارتي ELISA<sup>2</sup> (DRG-Diagnostica, Germany) اندازه‌گیری شد. برای ۲۲ نفری که در مطالعه کاهش وزن شرکت داشتند، تمام آزمایشات قبل و بعد از کاهش وزن با دو بار تکرار<sup>۳</sup> و نمونه‌ها قبل و بعد از کاهش وزن در یک مرحله<sup>۴</sup> آزمایش شد. ضریب Inter-assay, Intra-assay و حساسیت<sup>۵</sup> کیت‌های بکار گرفته شده به ترتیب برای تستوسترون ۰/۷٪، ۹/۲٪ و ۰/۱۷ nmol/l، برای SHBG ۲/۶٪، ۳/۳٪ و ۵ nmol/l، برای DHEA-S ۷/۸٪، ۹/۷٪ و ۶۷/۷ μg/dl، برای استرادیول ۵/۷٪، ۶/۴٪ و ۲۰ pmol/l، برای FSH ۲٪، ۴/۲٪ و ۰/۰۷ IU/l، برای LH ۰/۶٪، ۴/۴٪ و ۱۰ m IU/L، برای انسولین ۶/۴٪، ۸/۹٪ و ۱۰ μIU/l، و برای لپتین ۴/۵٪، ۶/۶٪ و ۰/۲ ng/ml بود.

**آنالیز آماری:** سطح سرمی هورمونهای اندازه‌گیری شده از توزیع نرمال برخوردار نبود. لذا برای بررسی ارتباط هورمونهای جنسی با سایر متغیرها از آزمون غیر پارامتریک همبستگی Spearman استفاده شد. برای مقایسه سطح هورمونهای جنسی در افراد چاق و طبیعی از آزمون غیر پارامتریک Mann Whitney rank test استفاده گردید. در آن گروه از مردان چاق که سطح سرمی لپتین و انسولین اندازه‌گیری شد نیز توزیع مربوط به این داده‌ها نرمال نبود و از شکل لگاریتم طبیعی (Ln) آنها استفاده شد. سطح هورمونهای جنسی در مردان چاق که تحت رژیم کاهش وزن قرار گرفتند از توزیع نرمال برخوردار بود. لذا ارتباط Ln Leptin با هورمون‌ها و شاخص‌های تن سنجی با آزمون همبستگی پیرسون مقایسه شد. مقایسه متغیرها قبل و بعد از کاهش وزن با paired-t-test انجام شد. برای کنترل و تنظیم<sup>۶</sup> لپتین برای BMI از دستور Curve-Estimation استفاده گردید که لپتین بعنوان متغیر وابسته، BMI بعنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. تستوسترون و

در مردان سطح تستوسترون تام، دهیدرواپی آندروسترون سولفات (DHEA-S)، LH و FSH برای تمامی افراد (۱۸۶ نفر)، SHBG در ۱۰۷ نفر، استرادیول در ۵۰ نفر، انسولین و لپتین در ۳۴ نفر اندازه‌گیری شد. از نمونه ۱۸۶ نفری اولیه، به یک گروه ۴۲ نفری از مردان چاق که BMI آنها بین ۲۹-۳۶ بود، یک رژیم کم کالری با انرژی ۱۲۰۰ کیلو کالری در روز (۲۵٪ انرژی از چربی و ۶۰٪ انرژی از کربوهیدرات) داده شد. برای انجام این رژیم از لیست جانیشینی مواد غذایی استفاده شد و به افراد آموزش لازم برای انتخاب اقلام غذایی در چهارچوب کالری معین داده شد. از این میان ۲۲ نفر موفق به کاهش وزنی معادل ۱-۱۴ کیلوگرم در فاصله زمانی ۸-۱۶ هفته پس از شروع رژیم غذایی شدند. بقیه افراد یا موفق به کاهش وزن نشده و یا به دلایل شخصی از مطالعه خارج گردیدند. از این افراد در حالیکه هنوز تحت رژیم کاهش وزن قرار داشتند، نمونه خون گرفته شد و سطح سرمی تستوسترون تام، DHEA-S، SHBG، استرادیول و انسولین تعیین شد. از آنجا که لازم بود لپتین در وضعیت ثبات وزن اندازه‌گیری شود، به افراد آموزش داده شد که وزن کم کرده خود را به مدت دو هفته حفظ کنند. از این میان تنها ۱۱ نفر موفق به حفظ وزن خود شدند و لپتین سرم در آنان اندازه‌گیری شد.

**آزمایشات:** نمونه خون افراد، پس از یک ناشتای ۱۲ ساعته گرفته شد و به فاصله یک ساعت از خون‌گیری نمونه سانتریفوژ و سرم آن در ظروف کوچک پلاستیکی در فریزر ۷۰°C- تا زمان اندازه‌گیری نخیره گردید. تستوسترون تام، DHEA-S، LH و FSH با کیت‌های تجارتي IRMA<sup>۱</sup> (شرکت کاوشیار ایران، تهران) اندازه‌گیری شد. انسولین و SHBG با کیت‌های تجارتي IRMA (system Laboratory Diagnostic Webster, Texas, USA) استرادیول با کیت تجارتي RIA (Orion Diagnostica corporation Coated tube Epsa Finland)،

2- Enzyme-Linked Immunoabsorbant Assay  
3- Doublet  
4- Single-run  
5- Sensitivity  
6- Adjustment

1- Immunoradiometric Assay

آماري معنی دار نمی باشد. ماتریکس ضریب همبستگی Spearman در جدول ۲ نشان می دهد که تستوسترون و SHBG با BMI و محیط کمر ارتباط منفی دارند و همچنین SHBG با WHR همبستگی منفی را نشان می دهد. پس از کنترل و تنظیم تستوسترون و SHBG برای BMI، ارتباط آنها با محیط کمر معنی دار نبود (تستوسترون  $r=0.03$ ،  $P>0.05$  و SHBG  $r=0.05$ ،  $P>0.05$ ). افراد مورد مطالعه به دو گروه با وزن طبیعی ( $n=69$ ) و چاق ( $n=54$ ) ( $BMI < 25 \text{ kg/m}^2$ ) و ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ ) تقسیم شدند. تستوسترون و SHBG سرم در افراد چاق به طور معنی داری کمتر از افراد با

SHBG نیز بهمین ترتیب در صورت لزوم برای BMI و سن، کنترل شد. برای پی بردن به نقش متغیرهای مختلف در واریانس تستوسترون و لپتین، از آنالیز رگرسیون چند متغیره استفاده شد. تمام مقادیر بصورت  $\bar{X} \pm SD$  بیان گردیده است و  $p < 0.05$  بعنوان سطح معنی دار بودن منظور شده است. آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (Version 10.01) انجام گردید.

### نتایج

خصوصیات تن سنجی و هورمونهای جنسی افراد در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سطح

جدول ۱- خصوصیات تن سنجی و سطح هورمونهای جنسی در افراد مورد بررسی (تعداد ۱۸۰ نفر)

| متغیرها                                    | میانگین $\pm$ انحراف معیار |
|--|----------------------------|
| سن (سال)                                   | ۳۳/۲ $\pm$ ۵/۳             |
| وزن (kg)                                   | ۸۰/۱ $\pm$ ۱۳/۸            |
| نمایه توده بدنی «BMI» (kg/m <sup>2</sup> ) | ۲۷/۱ $\pm$ ۴/۴             |
| دور کمر به باسن «WHR»                      | ۰/۹۳ $\pm$ ۰/۱۰            |
| تستوسترون (nmol/l)                         | ۱۳/۵ $\pm$ ۴/۱             |
| SHBG (nmol/l)                              | ۲۳/۵ $\pm$ ۱۴/۵            |
| DHEA-S (μg/dl)                             | ۲۲۲/۱ $\pm$ ۱۰۳/۷          |
| FSH (IU/l)                                 | ۷/۷ $\pm$ ۸/۴              |
| LH (IU/l)                                  | ۷/۳ $\pm$ ۶/۹              |

وزن طبیعی بود (به ترتیب  $13.9 \pm 4.2 \text{ nmol/l}$  در مقابل  $11.9 \pm 3 \text{ nmol/l}$ ،  $P > 0.09$ ) و  $28.1 \pm 14.2 \text{ nmol/l}$  در

تستوسترون سرم در حد پایین محدوده طبیعی بوده و تاثیر سن در کاهش تستوسترون سرم ناچیز و از نظر

جدول ۲- ماتریکس ضریب همبستگی Spearman بین متغیرهای اندازه گیری شده در مردان

| متغیرها   | سن     | BMI     | دور کمر | WHR     | تستوسترون | SHBG | DHEA-S | LH     | FSH |
|-----------|--------|---------|---------|---------|-----------|------|--------|--------|-----|
| سن        |        |         |         |         |           |      |        |        |     |
| BMI       | ۰/۰۸*  |         |         |         |           |      |        |        |     |
| دور کمر   | ۰/۱۲*  | ۰/۸۸**  |         |         |           |      |        |        |     |
| WHR       | ۰/۲۷** | ۰/۶۹*   | ۰/۷۷**  |         |           |      |        |        |     |
| تستوسترون | -۰/۱۱  | -۰/۱۸*  | ۰/۱۵*   | -۰/۱۱   |           |      |        |        |     |
| SHBG      | ۰/۱۴*  | -۰/۳۳** | -۰/۳۳** | -۰/۳۳** | ۰/۲۶**    |      |        |        |     |
| DHEA-S    | -۰/۲۱  | -۰/۰۲   | -۰/۰۱   | -۰/۰۱   | ۰/۳۱      | ۰/۰۲ |        |        |     |
| LH        | -۰/۰۱  | -۰/۰۱   | -۰/۰۲   | -۰/۰۱   | ۰/۱۰      | ۰/۱۴ | -۰/۰۳  |        |     |
| FSH       | ۰/۰۱   | ۰/۰۶    | -۰/۰۴   | -۰/۰۱   | -۰/۳۳**   | ۰/۱۵ | ۰/۱۵   | ۰/۵۳** |     |

$p < 0.01$  \* \*\*

$p < 0.05$  \*

معنی داری کاهش و سطح استرادیول سرم افزایش یافت. افزایش تستوسترون و SHBG بدنیاال کاهش وزن از نظر آماری معنی دار نبود. تنها عامل تعیین کننده کاهش

مقابل  $\ln leptin$  ( $P < 0.001$ ,  $17.3 \pm 3.9$  nmol/l). ارتباط مستقیم با BMI (شکل ۱) و ارتباط معکوس با تستوسترون سرم (شکل ۲) داشت. لپتین پس از کنترل و

جدول ۳- مقایسه متغیرهای اندازه گیری شده قبل و بعد از کاهش وزن

| متغیرها                  | قبل از کاهش وزن<br>( $\bar{X} \pm SD$ ) | بعد از کاهش وزن<br>( $\bar{X} \pm SD$ ) | (%) تغییرات | P-value |
|--------------------------|---|---|-------------|---------|
| وزن بدن (kg)             | 88.7 ± 1.4                              | 82.6 ± 1.7                              | 6.8         | 0.001   |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 30.6 ± 3.5                              | 28.5 ± 2.8                              | 6.8         | 0.001   |
| دور کمر (cm)             | 100.6 ± 9                               | 97.7 ± 6                                | 1.8         | 0.224   |
| دور باسن (cm)            | 104.4 ± 6.6                             | 100.4 ± 5.9                             | 3.8         | 0.02    |
| WHR                      | 0.96 ± 0.04                             | 0.94 ± 0.04                             | 2           | 0.01    |
| تستوسترون (nmol/l)       | 11.7 ± 4                                | 13.5 ± 5.8                              | 15.3        | 0.765   |
| DHEA-S (μg/dl)           | 22.0 ± 13.5                             | 23.1 ± 10.6                             | 5           | 0.55    |
| SHBG (nmol/l)            | 13.4 ± 6.8                              | 15.6 ± 9.9                              | 23.8        | 0.180   |
| لپتین (ng/dl)            | 11.8 ± 7.3                              | 7.6 ± 3.1                               | 35.6        | 0.01    |
| انسولین (μg/IU)          | 18.1 ± 12.5                             | 12.3 ± 7.3                              | 32          | 0.01    |
| استرادیول (pmol/l)       | 64.4 ± 22.2                             | 85.9 ± 22.4                             | 33.3        | 0.02    |

لپتین در این مطالعه درصد کاهش وزن بود. از آنالیز رگرسیون چند متغیره مرحله‌ای<sup>۱</sup> برای بررسی ارتباط مستقل متغیرها با

تنظیم برای BMI نیز با تستوسترون سرم ارتباط منفی داشت ( $r = 0.54$ ,  $p < 0.02$ ). هیچ همبستگی معنی داری بین لپتین با انسولین ( $r = 0.23$ ,  $P > 0.32$ )، لپتین با DHEA-S

جدول ۴- رگرسیون خطی stepwise که در آن  $\ln Leptin$  بعنوان متغیر وابسته و BMI، تستوسترون، Insulin و WHR بعنوان متغیرهای مستقل در مدل قرار گرفتند.

| متغیرهای داخل شده | R <sup>2</sup> | B    | SD   | P-value    |
|-------------------|----------------|------|------|------------|
| مدل ۱- BMI        | 0.30           | 0.08 | 0.03 | $p < 0.02$ |
| مدل ۲- تستوسترون  | 0.50           | 0.6  | 0.02 | $p < 0.03$ |

واریانس لپتین و تستوسترون سرم استفاده شد. با قرار دادن تستوسترون بعنوان متغیر وابسته، تنها لپتین در مدل باقی ماند و BMI قادر به توضیح بخش معنی داری از واریانس تستوسترون سرم نبود ( $R^2 = 0.38$ ,  $\beta = 0.02$ ,  $SD = -4.56$ ,  $p < 0.02$ ). در مدل مشابه که لپتین سرم بعنوان متغیر وابسته در نظر گرفته

و لپتین با سن ( $r = 0.37$ ,  $P > 0.08$ ) وجود نداشت. در این مطالعه لپتین کنترل شده برای BMI با محیط کمر ارتباط معنی داری نشان نداد ( $r = 0.04$ ,  $P > 0.82$ ). متغیرهای اندازه گیری شده قبل و بعد از کاهش وزن در جدول ۳ آورده شده است. همانطور که مشاهده می شود با میانگین کاهش وزن ۶/۱ کیلوگرم لپتین، انسولین، محیط باسن و WHR به طور

1- Stepwise

شد، تستوسترون و BMI هر دو قادر به توضیح قسمت قابل ملاحظه‌ای از واریانس لپتین بودند (جدول ۴).

## بحث

تستوسترون سرم و BMI در گروه مورد مطالعه از دامنه وسیعی برخوردار بود و این سبب گردید تا مطالعه همبستگی بین متغیرها بهتر صورت گیرد. سطح پایین تستوسترون و SHBG در افراد چاق در مقایسه با افراد با وزن طبیعی و ارتباط معکوس بین غلظت سرمی تستوسترون و SHBG با BMI در این مطالعه با سایر بررسیهای انجام شده مطابقت دارد (۱۴، ۱۲، ۶). در این مطالعه سطح تستوسترون آزاد سرم اندازه‌گیری نشد ولی در سایر مطالعات سطح پایین (۱۶، ۱۵) و نیز طبیعی (۱۳) تستوسترون آزاد گزارش شده است. Seidell و همکارانش ارتباطی بین SHBG و BMI در افراد با وزن طبیعی مشاهده نکردند (۱۷). این تناقض ممکن است تا حدی به دلیل کوچک بودن دامنه BMI در گروه مورد مطالعه آنان باشد. کاهش وزن متوسط در مطالعه حاضر به ترتیب موجب ۱۵٪ و ۱۶٪ افزایش تستوسترون و SHBG سرم شد. اگر چه این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود ولی گویای آن است که احتمالاً کاهش وزن بیشتر در افراد با چاقی بیشتر موجب افزایش بیشتر سطح تستوسترون خواهد شد. در واقع در دو مطالعه دیگر بر روی افراد با چاقی شدید کاهش وزن ۱۳/۵ و ۱۹ کیلوگرم به ترتیب افزایشی معادل ۲۳٪ و ۳۴٪ در سطح تستوسترون سرم را سبب شد (۱۸، ۱۹). نتایج مطالعه ما نشان داد که سطح پایین آندروژنها با شدت چاقی در مردان مرتبط است و با کاهش وزن متوسط امکان بهبود وضعیت آندروژنها وجود دارد.

اختلال در سطح هورمونهای جنسی در چاقی ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد. کاهش سنتز SHBG بدلیل سطح بالای انسولین (۲۰) و مهار پس‌نورد (فیدبکی) هیپوفیز بخاطر سطح بالای استرادیول در افراد

چاق (۲۱) از دلایل احتمالی این اختلال می‌باشد. در بیشتر مطالعات انجام شده سطح استرادیول بدنبال کاهش وزن تقلیل یافته است (۱۹، ۱۸) و این نمایانگر نقش بافت چربی در تبدیل تستوسترون به استرادیول است. بر خلاف انتظار در این مطالعه شاهد افزایش سطح استرادیول بدنبال کاهش وزن بودیم که قبلاً توسط Zumoff نیز گزارش شده است (۱۶).

در این مطالعه بین لپتین و لپتین کنترل و تنظیم شده برای BMI با تستوسترون همبستگی منفی دیده شد. چنین ارتباطی در برخی از بررسیهای دیگر نیز گزارش شده است (۲۲، ۹، ۸). ولی در برخی از مطالعات پس از کنترل و تنظیم لپتین برای BMI ارتباط آن با تستوسترون از بین می‌رود، در صورتیکه گیرنده‌های لپتین در بافت بیضه وجود دارند (۳). Isidori و همکارانش نشان دادند که سطح لپتین سرم مهمترین شاخص کاهش تستوسترون است (۱۱). از طرف دیگر با قرار دادن محیط کشت حاوی سلولهای چربی انسان در معرض تستوسترون، بیان ژن لپتین کاهش می‌یابد (۴). علاوه بر این درمان مبتلایان به هیپوگنادیسم (۱۰-۷) و نوجوانان مبتلا به وقفه در رشد (۵) و نیز سالمندان (۶) با تستوسترون موجب کاهش سطح لپتین سرم می‌شود ولی از آنجا که در درمان با تستوسترون از توده چربی بدن کاسته می‌شود در تفسیر این نتایج می‌بایست محتاط بود. نتایج آنالیز رگرسیون چند متغیره در این مطالعه نشان داد که تنها تعیین کننده سطح تستوسترون سرم، لپتین بوده و BMI قادر به توضیح باقیمانده واریانس تستوسترون سرم نبود. از سوی دیگر در آنالیز رگرسیون، بخش قابل ملاحظه‌ای از واریانس لپتین با تستوسترون و BMI قابل توضیح بود. بنابراین در حالیکه ما قادر به رد اثر احتمالی تستوسترون در سطح لپتین سرم نمی‌باشیم نتایج حاصله نشان داد که در افراد چاق غلظت بالای لپتین به کاهش تستوسترون کمک می‌کند. برای مشخص شدن رابطه علت و معلولی بین

بعنوان شاخص توزیع چربی در بدن، ارتباطی بین آندروژنها و توزیع چربی نیافتند ولی برخلاف آنها Haffner و همکارانش بین WHR و تستوسترون سرم ارتباطی معکوس را گزارش نمودند (۳۴، ۱۴). در برخی از مطالعات، تزریق تستوسترون به افراد چاق موجب کاهش چربی احشایی می‌شود (۳۸، ۳۷)، ولی همزمان از سایر نخایر چربی بدن نیز کاسته شده و این مسئله نتیجه‌گیری در مورد ارتباط تستوسترون و توزیع چربی را دشوار می‌کند.

در این مطالعه بدلیل محدودیتهای موجود امکان اندازه‌گیری مستقیم چربی احشایی وجود نداشت. نتایج این بررسی نشان دهنده ارتباط معکوس بین غلظت SHBG سرم و WHR می‌باشد و علاوه بر این سطح تستوسترون و SHBG سرم با محیط کمر ارتباط معکوسی را نشان می‌دهد ولی پس از کنترل و تنظیم تستوسترون برای BMI این ارتباط از بین رفت. بنابراین ارتباط تستوسترون و SHBG سرم با توزیع چربی تحت تاثیر چربی کل بدن می‌باشد. برای روشن شدن بیشتر این رابطه مطالعات بیشتری لازم است.

در این بررسی ارتباطی بین سطح لپتین سرم و WHR یافت نشد در حالیکه در برخی مطالعات ارتباط مثبت (۳۷-۳۹) و در برخی دیگر همانند این مطالعه ارتباطی مشاهده نگردیده است (۴۰-۴۲) و یا پس از کنترل کل توده چربی بدن، این ارتباط از بین خواهد رفت (۴۳، ۴۴). در برخی از مطالعات نیز لپتین با توزیع چربی در پایین تنه و یا به عبارتی بافت چربی پیرامونی مرتبط می‌باشد (۴۵). بنابراین علاوه بر نقش تستوسترون، بالاتر بودن میزان چربی زیر جلدی در زنان نسبت به مردان می‌تواند عاملی برای تفاوت میزان لپتین در دو جنس باشد (۴۶). ارتباط مستقل لپتین با توزیع چربی در بدن هنوز بدرستی مشخص نگردیده است.

در مجموع این مطالعه نشان داد که پایین بودن سطح تستوسترون سرم و بالا بودن غلظت سرمی لپتین در

سطح بالای لپتین و سطح پایین تستوسترون، اندازه‌گیری متناوب لپتین و تستوسترون سرم در حین کاهش وزن مفید خواهد بود.

در تمام مطالعات انجام شده، کاهش لپتین با کاهش وزن دیده شده است (۲۷-۳۵). در این بررسیها کاهش لپتین سرم بدنبال کاهش وزن با مقدار چربی از دست رفته و نیز تغییر در برخی متغیرهای دیگر از جمله انسولین (۳۰)، گلوکز (۳۱) و وجود اسیدهای چرب آزاد در خون (۳۲) مرتبط بوده است. در این مطالعه لپتین در زمانهای مختلف در حین کاهش وزن اندازه‌گیری نشد و مقدار کاهش آن تنها با درصد کاهش وزن مرتبط بود. جالب اینکه مقدار لپتین و انسولین قبل از کاهش وزن با یکدیگر مرتبط نبودند ولی با کاهش وزن همبستگی مثبتی را با هم نشان دادند. Rissanen و همکارانش نیز چنین رابطه‌ای را بین انسولین و لپتین، قبل و بعد از کاهش وزن گزارش نموده اند (۳۳). چنین یافته‌ای در افراد چاق ممکن است بدلیل افزایش غیر متناسب لپتین و انسولین نسبت به یکدیگر باشد.

ارتباط بین آندروژنها و توزیع چربی در بدن در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. Seidell و همکارانش با اندازه‌گیری مستقیم چربی احشایی بوسیله اسکن توپوگرافی کامپیوتری (CT-scan) نشان دادند که در مردان بین میزان چربی احشایی و تستوسترون سرم ارتباط منفی وجود دارد (۱۷). Tchernof و همکارانش پس از کنترل کل چربی بدن، ارتباطی بین استروئیدهای آندروژنیک و SHBG با چربی احشایی اندازه‌گیری شده با CT-scan نیافتند (۵). علاوه بر این Rissanen و همکارانش نیز در مطالعه بر روی افراد با چاقی متوسط بین چربی احشایی اندازه‌گیری شده با روش MRI<sup>۱</sup> با تستوسترون و SHBG ارتباطی نیافتند (۳۳). Giagulli و همکارانش (۱۵) و نیز Pasqualli و همکارانش (۶) با استفاده از WHR

1- Magnetic Resonance Imaging

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پروفسور B. Buemann و دکتر Vedrich C. بخاطر بهره‌مندی از راهنمایی آنان تشکر می‌گردد. همچنین از همکاری تکنیکی ت. نیستانی قدردانی میشود. این مقاله بخشی از پایان نامه دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) علوم تغذیه است که در گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و با حمایت مالی آن دانشگاه انجام گرفته است.

مردان با هم مرتبط بوده و سطح پایین تستوسترون سرم در چاقی بطور مستقیم و یا غیر مستقیم نتیجه افزایش لپتین است. در این مطالعه ارتباطی بین لپتین و توزیع چربی بدن مشاهده نگردید و ارتباط معکوس بین غلظت SHBG سرم و WHR ممکن است ناشی از تاثیر کل توده چربی بدن باشد.

## References

- 1- Bjorntorp P. Portal adipose tissue as a generator of risk factors for cardiovascular disease and diabetes. *Arteriosclerosis*. 1990; 10: 493-6.
- 2- Hubert H.B., Feinleib M., McNamar P.M., et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26- years follow- up of participation in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1983; 67: 977-86.
- 3- Kissebah A.H., Krakowar G.R. Regional adiposity and mortality. *Physiol Rev*. 1994; 74: 781-811.
- 4- Evans D.J., Hoffmann R.G., Kalkhoff R.K. Relationship of androgenic activity to body fat topography, fat cell morphology, and metabolic aberrations in pre menopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1983; 57: 304-10.
- 5- Tchernof A., Despres J.P., Belanger A., et al. Reduced testosterone and adrenal C19 steroid levels in obese men. *Metab*. 1995; 44: 513-9.
- 6- Pasquali R., Casimirri F., Cantobelli S., et al. Effect of obesity and body fat distribution on sex hormones and insulin in men. *Metab*. 1991; 40: 101-4.
- 7- Behre H.M., Simoni M., Nieschlag E. Strong association between serum levels of leptin and testosterone in men. *Clin Endocrinol*. 1997; 47: 237-40.
- 8- Nystrom F., Ekman B., Osterlund M., et al. Serum leptin concentration in a normal population and GH deficiency: negative correlation with testosterone in men and effect of GH treatment. *Clin Endocrinol*. 1997; 47: 191-8.
- 9- Blum W.F., Englaro P., Hanitsch S., et al. Plasma leptin levels in healthy children and adolescents: depending on body mass index, body fat mass, gender, pubertal stage, and testosterone. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 82: 2904-10.
- 10- Jockenhovel F., Blum W.F., Vogel E., et al. Testosterone substitution normalizes elevated serum leptin levels in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 82: 2510-3.
- 11- Isidori A.M., Caprio M., Strollo F., et al. Leptin and androgens in male obesity: evidence for leptin contribution to reduced androgen levels. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84: 3673-80.
- 12- Srain G., Zumoff B., Rosner W., et al. The relationship between serum levels of insulin and sex hormone- binding globulin in men: the effect of weight loss. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994; 79: 1173-6.
- 13- Glass A.R., Swerdloff R.S., Bray G.A., et al. Low serum testosterone and sex-hormone binding globulin in massively obese men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 45: 1211-9.



- 14- Haffner S.M., Karhappaa P., Mykkanen L., et al. Insulin resistance, body fat distribution and sex hormones in men. *Diabetes*. 1994; 43: 212-9.
- 15- Giagulli V.A., Kaufman J.M., Vermeulen A. Pathogenesis of the decreased androgen levels in obese men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994; 79: 997-1000.
- 16- Zumoff B. Hormonal abnormalities in obesity. *Acta Med Scan (suppl)*. 1988; 723: 153- 60.
- 17- Seidel J.C., Bjorntorp P., Sjostrom L., et al. Visceral fat accumulation in men is positively associated with insulin, glucose, and C- peptide levels, but negatively with testosterone levels. *Metab*. 1990; 39: 897- 901.
- 18- Leenen R., kooy K.V., Seidell J.C., et al. Visceral fat accumulation in relation to sex hormones in obese men and women undergoing weight loss therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994; 78: 1515-20.
- 19- Stanik S., Dornfeld L.P., Maxwell M.H., et al. The effect of weight loss on reproductive hormones in obese men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1981; 53: 828- 32.
- 20- Plymate S.R., Matej L.A., Jones R.E. Hormone binding globulin in the human hepatoma (Hep G2) cell line by insulin and prolactin. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998; 67: 460- 4.
- 21- Strain G.W., Zumoff B., Kream J., et al. Mild hypogonadotropic hypogonadism in obese men. *Metab*. 1982; 31: 871-5.
- 22- Vettor, De pergola G., Pangno C., et al. Gender differences in serum leptin in obese people: relationship with testosterone, body fat distribution and insulin sensitivity. *Eur Clin Invest*. 1997; 27: 1016- 24.
- 23- Cioffi J.A., Shafer A.W., Zupancic T.J., et al. Novel B219/ OB receptor isoform: possible role of leptin in hematopoiesis and reproduction . *Nat Med*. 1996; 2: 55- 9.
- 24- Wabitsch M., Blum W.F., Mucic R., et al. Contribution of androgens to the gender differences in leptin production in obese children and adolescent. *J Clin Invest*. 1997; 100: 808-13.
- 25- Arslanian S., Suprasongsin C. Testosterone treatment in adolescents with delayed puberty: changes in body composition, protein, fat and glucose metabolism. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 82: 3213-20.
- 26- Luukkaa V., Pesonen U., Huhtaniemi I., et al. Inverse correlation between serum testosterone and leptin in men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998; 83: 3243-6.
- 27- Shimizu H., Shimomura Y., Hayashi R., et al. Serum leptin concentration is associated with total body fat mass, but not abdominal fat distribution. *Int J Obes*. 1997; 21: 536-41.
- 28- Wadden T.A., Considine R.V., Foster G.D., et al. Short and long- term changes in serum leptin in dieting obese women: effect of caloric restriction and weight loss. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998; 83: 214-8.
- 29- Considine R.V., Sinha M.K., Heiman M.L., et al. Serum immunoreactive leptin concentrations in normal- weight and obese humans. *N Engl J Med*. 1996; 334: 292- 5.
- 30- Rissanen P., Makimattila S., Vehmas T., et al. Effect of weight loss and regional fat distribution on plasma leptin concentrations in obese women. *Int J Obes*. 1999; 23: 649- 54.
- 31- Wisse B.E., Campfield L.A., Marliss J.A. Effect of prolonged moderate and severe energy restriction and refeeding on plasma leptin concentrations in obese women. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70: 321-30.
- 32- Dubuc G.R., phinney S.D., Stern J.S., et al. Changes of serum leptin, endocrine and metabolic parameters after 7 days of energy restriction in men and women. *Metab*. 1998; 47:429-34.
- 33- Rissanen J., Hudson R., Ross R. Visceral adiposity, androgens and plasma lipids in obese men. *Metab*. 1994; 43: 1223-318.
- 34- Haffner S.M., Valdez A.R., Mykkanen L., et al. Decreased testosterone and dehydroepiandrosterone sulfate concentrations are associated with increased insulin and glucose concentrations in non diabetic men. *Metab*. 1994; 43: 599-603.
- 35- Marin P., Holmang S., Jonsson L., et al. The effect of testosterone treatment on body

- composition and metabolism in middle- aged obese men. *Int J Obes*. 1992; 16: 991-7.
- 36- Rebuffe- Scrive M., Marin P., Bjorntorp P. Effect of testosterone on abdominal adipose tissue in men. *Int J Obes*. 1991; 15: 791-5.
- 37- Clement K., Lahlou N., Ruiz J., et al. Association of poorly controlled diabetes with low serum leptin in morbid obesity. *Int J Obes* 1997; 21: 556-61.
- 38- Racette S.B., Kohrt W.M., Landt M., et al. Response of serum leptin concentrations to 7 day of energy restriction in centrally obese Africans American with impaired or diabetic glucose tolerance. *Am J Clin Nutr*. 1997; 66: 33- 7.
- 39- Minocci A., Savia G., Lucantoni R., et al. Serum leptin concentrations in moderate and severe obesity: relationship with clinical, anthropometric and metabolic factors. *Int J Obes*. 2000; 24: 1139-44.
- 40- Liuzzi A., Savia G., Tagliafeei M., et al. Serum leptin concentrations in moderate and severe obesity: relationship with clinical, anthropometric and metabolic factors. *In J Obes*. 1999; 23: 1066-73.
- 41- Ostlund R.E., Yang J.W., Klein S., Relation Between plasma leptin concentrations and body fat, gender, diet, age, and metabolic covariates. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996; 81: 3909-13.
- 42- Haffner S.M., Gingerich R.L., Miettinen H., et al. Leptin concentrations in relation to overall adiposity and regional body fat distribution in Mexican Americans. *Int J Obes* 1996; 20: 904-8.
- 43- Rosenbaum M., Nicolson M., Hirsch J., et al. Effect of gender, body composition and menopause on plasma concentrations of leptin. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996; 81: 3424-7.
- 44- Nicklas B.J., Katznel L.I., Ryan A.S., Gender differences in the response of plasma leptin concentrations to weight loss in obese older individuals. *Obes Res*. 1997; 5: 62-8.
- 45- Lonqvist F., Wennlund A., Arner P. Relationship between circulating leptin and peripheral fat distribution in obese subjects. *Int J Obes*. 1997; 21: 255-60.
- 46- Bennett F.I., McFarlane- Anderson N., Wilks R., et al. Leptin concentration in women is influenced by regional distribution of indispose tissue. *Am J Clin Nutr*. 1997; 66: 1340-4.