

## بررسی شیوع دیابت و اختلال تست تحمل گلوکز در مبتلایان به ویتیلیگو در شهر کرمان در سال ۱۳۷۸

دکتر سعدالله شمس‌الدینی\*، دکتر صادق صابری\*\*

### چکیده:

ویتیلیگو عارضه سلولهای رنگدانه ای ملانوسیت می باشد که معمولا با سفیدی پوست و مو تشخیص داده می شود، ولی می تواند درگیری عصبی، چشمی، گوشه هم داشته باشد. همراهی بیماریهای خود ایمنی مانند دیابت قندی، اختلالات غده تیروئید و پیدایش آنتی بادی بر علیه سلولهای معدی با بیماری ویتیلیگو گزارش شده است. پژوهش های قبلی در دیگر کشورها همراهی بیماری ویتیلیگو با بیماری دیابت را متفاوت و بین ۱ تا ۷/۱ درصد گزارش کرده اند. هدف از این مطالعه تعیین شیوع دیابت و اختلال در تست تحمل گلوکز در مبتلایان به بیماری ویتیلیگو در شهر کرمان در سال ۱۳۷۸ است.

مطالعه به صورت مقطعی و با مقایسه افراد مبتلا و غیر مبتلا به بیماری دیابت انجام شده است افراد مورد مطالعه ۱۲۵ بیمار مبتلا به ویتیلیگو بوده که تشخیص بیماری توسط متخصص بیماریهای پوست و مو تأیید شده است. بیماران از بین مراجعین به کلینیک تخصصی بیماریهای پوست که به طور پی در پی مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. شیوع دیابت و اختلال تست تحمل گلوکز در بیماران مبتلا به ویتیلیگو با سن شروع و مدت استقرار بیماری مرتبط نمی باشد ولی با وجود سابقه درگیری در خانواده ارتباط معنی داری را نشان می دهد. شیوع بیماری دیابت و اختلال در تست تحمل گلوکز در ۸/۲٪ بیماران مبتلا به بیماری ویتیلیگو دیده می شود که در مقایسه با افراد غیر مبتلا بالا تر می باشد.

**کلید واژه ها:** تست تحمل گلوکز / دیابت شیرین / لک و پیس

### مقدمه:

مبتلا به ویتیلیگو شامل اختلالات تیروئید دیابت و کم خونی و خیم می باشند (۸-۶). بیماری آدیسون تا ۱۲/۵٪ و در مجموع همراهی بروز بیماری ویتیلیگو با اختلال در کنار غده تیروئید را ۶۲٪ گزارش کرده اند (۹). رابطه ای را میان دیابت قندی نوع ۱ و ۲ در ۱ تا ۷/۱ در صد مبتلایان به ویتیلیگو ذکر کرده اند (۱۰-۱۳).

Dawber همراهی دیابت نوع ۲ و رخداد ویتیلیگو را پس از ۴۰ سالگی گزارش کرده است، لذا ضرورت بررسی

بیماری ویتیلیگو (Vitiligo) در زبان پارسی لک و پیس نامیده شده است، بیماری با لکه های پوستی شیری رنگ با کناره واضح مشخص میشود (۱-۳) تظاهرات پوستی بیماری اغلب همراه سفیدی موی (Leukotrichia) و خاکستری شدن زودرس مو (Prematurely gray hair) میباشد (۴،۵). خالهای هاله ای شکل (Halo nevus) و ریزش ناحیه ای مو (alopecia areata) ناهنجاریهای غددی در بیماران

\* استاد گروه پوست دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

\*\* دکتری حرفه ای پزشکی

جهت بررسی بیماران از نظر وجود دیابت از آزمون قند خون ناشتا و تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) استفاده می شد. در این آزمون از افرادی که در سه روز گذشته رژیم غذایی قندی کافی (حداقل ۱۵۰ گرم قند) داشته پس از حداقل هشت ساعت وضعیت ناشتا، ابتدا یک نمونه خون وریدی در حالت ناشتا گرفته می شد و سپس ۷۵ گرم پودر گلوکز محلول در آب بصورت خوراکی تجویز میگردد و سطح گلوکز اندازه گیری می شد. برای این منظور ابتدا در کلینیک تندرستی برای بیمار توضیحات کافی در مورد آزمون تحمل گلوکز خوراکی داده و سپس بیمار جهت انجام آزمون به آزمایشگاه بیوشیمی معرفی می گردید و جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از بیمار رضایت کتبی آگاهانه جهت انجام آزمایش دو نوبت قند خون وریدی یکی ناشتا (Fast blood serum (FBS) و دیگری در ساعت دوم Two hour post prandial plasma glucose (2HPPG) گرفته می شد. پس از دریافت پاسخ آزمایش های فوق اطلاعات آزمایشگاهی وارد پرونده بیمار می گردید. و بر مبنای قرارداد جدید انجمن دیابت آمریکا در سال ۱۹۹۷، بیمارانی که دارای گلوکز پلاسما در حالت ناشتا (FBS)، برابر یا کمتر از ۱۱۰ mg داشته باشند سالم و FBS بین ۱۲۵-۱۱۰ میلی گرم دارای اختلال در متابولیسم گلوکز قلمداد شد و در تست دو ساعت بعد از مصرف گلوکز 2HPPG بین ۲۰۰-۱۴۰ (اختلال در تحمل گلوکز) قلمداد می شدند و کسانی که FBS آنها بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر بود و یا گلوکز پلاسمای آنها دو ساعت پس از ناشتا 2HPPG برابر یا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، دیابتی شناخته می شدند (۱۳). آزمونهای t-test و دقیق فیشر جهت آنالیز آماری بکار گرفته شد و P-value کمتر از ۰/۰۵ ارزشمند تلقی گردید.

### نتایج:

۱۲۵ نفر بیمار مبتلای به ویتیلیگو شامل ۷۲ نفر (۵۷/۶٪) زن و ۵۳ نفر (۴۲/۴٪) مرد بودند که در محدوده سنی ۷ تا ۸۰ سال با میانگین سنی  $15/94 \pm 26/84$  سال شرکت داشتند. سن بروز ویتیلیگو در افراد مورد مطالعه بین ۳ الی ۷۸ سال با میانگین سنی  $21/84 \pm 15/57$  سال متغیر بود و شرکت کنندگان طول

دیابت و تست تحمل گلوکز در بیماران ویتیلیگوئی آشکار می شود. در سال ۱۹۹۷ انجمن دیابت معیار تشخیص دیابت و اختلال متابولیسم گلوکز و شرایط آزمایشگاهی افراد غیر مبتلا را تغییر داد، بر این مبنای تشخیص دیابت به کسی گذاشته می شود که قند خون ناشتای بالای ۱۲۶ میلی گرم داشته و یا میزان قند خون ۲ ساعت پس از خوردن ۷۵ گرم پودر گلوکز به مرز ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بالاتر برسد. کسانی که قند خون ناشتای آنها بین ۱۲۶-۱۱۰ میلی گرم و یا قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز بین ۲۰۰-۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر باشند در گروه دارای اختلال متابولیسم گلوکز قرار می گیرند و در نتیجه بقیه افراد یعنی کسانی که قند خون ناشتای کمتر از ۱۱۰ داشته و یا ۲ ساعت پس از صبحانه کمتر از ۱۴۰ میلی گرم داشته باشند غیر مبتلا قلمداد می گردند (۵،۱۲،۱۴،۱۵).

در این مطالعه شیوع دیابت و اختلال در متابولیسم گلوکز در مبتلایان به ویتیلیگو در شهر کرمان در سال ۱۳۷۸ مورد ارزیابی قرار می گیرد.

### روش کار:

این پژوهش بر روی بیمارانی انجام می شد که به درمانگاهها و کلینیک متخصصین پوست مراجعه کرده اند و تشخیص بیماری ویتیلیگو و نوع آن توسط پزشک متخصص پوست تأیید گردیده است. با توجه به شیوع متفاوتی که در رابطه با همراهی دیابت و ویتیلیگو در مطالعات گذشته گزارش شده است. حجم نمونه ای که نماینده قابل قبول جامعه باشد با نرم افزار Epi Info 6 و حدود اطمینان ۹۵ درصد، ۱۲۵ نفر برآورده گردید. نمونه گیری به شیوه آسان و افراد از نظر سن و جنس هیچ محدودیتی برای مشارکت در پژوهش نداشتند. بیماران پس از تشخیص ویتیلیگو به کلینیک تندرستی معرفی می شدند و در آنجا پرسشنامه ای که در آن مشخصات بیمار شامل سن، جنس، نوع ویتیلیگو و مدت ابتلا به ویتیلیگو، نوع درمان و تاریخچه پیشین بیماریهای ویتیلیگو و دیابت در بستگان درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر)، و بستگان درجه دوم (پدربزرگ، مادر بزرگ، عمو، دایی و خاله) و سایر بستگان بود توسط فرد ویژه آموزش دیده ای با پرسش از بیمار تکمیل می گردید.

دایی، خاله) و ۵ نفر (۴٪) ابتلای سایر بستگان را ذکر کرده اند. سابقه خانوادگی دیابت در تعداد بیشتری از بیماران دیده می شد. بطوریکه ۴۸ نفر (۳۸/۴٪) از بیماران این سابقه را مثبت ذکر کرده اند و در میان آنها، ۱۷ نفر (۱۳/۶٪) در بستگان درجه یک، ۳۳ نفر (۲۶/۴٪) در بستگان درجه دو و ۳ نفر (۲/۴٪) سابقه دیابت را در سایر بستگان دور خود می دادند (در تعدادی هم سابقه چند فرد مبتلا در یک خانواده وجود داشت).

۲۳٪ بیماران مورد مطالعه ما اختلال در متابولیسم گلوکز را نشان دادند یعنی ۸/۲٪ آنها قند خون بالای ۱۲۶ میلی گرم داشتند و دیابتی بودند و ۱۴/۸٪ آنها قندی بین ۱۱۰-۱۲۵ میلی گرم داشتند که نشانگر اختلال در متابولیسم گلوکز خون آنها بود و ۷۷٪ بقیه دارای قند خون ناشتای طبیعی بودند (کمتر از ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر).

**بحث:**

نتایج نشان داد که براساس تعیین میزان گلوکز سرم ناشتا ۲۳٪ بیماران اختلال نشان دادند یعنی ۸/۲٪ دیابتی یعنی قند بالای ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر داشتند و در ۱۴/۸٪ آنها قند خون بین ۱۱۰-۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر بود. شیوع دیابت در مبتلایان به ویتیلیگو در مطالعه حاضر با میزان شیوع دیابت در افراد غیر مبتلا به ویتیلیگو یعنی در افراد عادی جامعه ایران که در حدود ۲٪ گزارش شده افزایش نشان می دهد (۲، ۱۶، ۱۷). این نکته نباید فراموش شود که شیوع دیابت در جامعه ما با در نظر گرفتن معیار قدیم دیابت که سطح گلوکز ناشتای سرم خون را بالای ۱۴۰ میلی گرم در نظر گرفته شده بدست آورده اند در حالی که با محاسبه قند خون در دو ساعت بعد از مصرف ۷۵ گرم پودر گلوکز محلول در آب شیوعی برابر ۲/۵٪ بدست آمد که با درصد آن در جامعه غیر مبتلا اختلاف فاحشی را نشان نمی دهد. البته قند خون ۲ ساعت بعد از خوردن پودر گلوکز در ۱۵٪ مبتلایان ما (۲/۵٪ دیابتی و ۱۲/۵٪ اختلال در تحمل گلوکز) بدست آمد.

سابقه خانوادگی ویتیلیگو، در ۲۲/۴٪ مبتلایان مشاهده شد که ۱۵/۲٪ آنها وجود بیماری را در بستگان درجه یک و بقیه در سایر بستگان خود را ذکر می کردند. مطالعات قبلی سابقه خانوادگی ویتیلیگو را در ۳۰٪ تا

مدت بیماری خود را بین ۱/۵ ماه تا ۲۵ سال با میانگین سنی ۴/۳۴±۴/۶۴ سال بیان کرده اند (جدول ۱، ۲).

جدول ۱: توزیع موارد ابتلا به دیابت (معیارهای تشخیصی جدید دیابت) در بیماران مبتلا به ویتیلیگو بر حسب طول مدت بیماری در شهر کرمان در سال ۱۳۷۸

سن بروز بیماری	همراهی پسی با دیابت	موجود بود	موجود نبود	جمع
کمتر از ۶ سال	۷	۷۷	۸۴	
بیشتر از ۶ سال	۴	۳۷	۴۱	
جمع	۱۱	۱۱۴	۱۲۵	

Fishers test PV = ۰/۵۱۵

همراهی ویتیلیگو و دیابت بر حسب گروه سنی شروع بیماری ویتیلیگو در ۱۲۵ بیمار مبتلا به ویتیلیگو در شهر کرمان در سال ۱۳۷۸

سن پیدایش بیماری ویتیلیگو	دیابت	دارد	ندارد	جمع
۲۹-۰ سال	تعداد (درصد)	۸ (۷۲/۷)	۸۵ (۷۴/۶)	۹۳ (۷۴/۴)
۳۰ سال به بالا	تعداد (درصد)	۳ (۲۷/۳)	۲۹ (۲۵/۴)	۳۲ (۲۵/۶)
جمع	تعداد (درصد)	۱۱ (۱۰۰)	۱۱۴ (۱۰۰)	۱۲۵ (۱۰۰)

Fishers test PV = ۰/۵۷۰۴

نوع ویتیلیگو در ۹۱ نفر (۷۲/۸٪) چند کانونی (multifocal) و منتشر (disseminated) و در ۳۴ نفر (۲۷/۲٪) غیر منتشر (segmental) بودند. ۱۰۳ نفر از ۱۲۵ نفر (۸۲/۴٪) به نحوی درمان طبی گرفته و ۲۲ نفر (۱۷/۶٪) تا زمان معاینه مراجعه به پزشک متخصص نداشته و یا تحت درمان ویتیلیگو قرار نگرفته بودند. سابقه خانوادگی ابتلای به ویتیلیگو در ۲۸ نفر (۲۲/۴٪) دیده شد که ۱۹ نفر آنها (۱۵/۲٪) در بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر) و ۶ نفر (۴/۸٪) در بستگان درجه دوم (پدر بزرگ، مادر بزرگ، عمو،

- essentials medicine. 4th ed. Philadelphia: W.B Saunders 1997, 533-545.
8. Habief TP. Clinical dermatology. 3rd ed. New York : Mosby , 1996.
  9. Hegedus L, Heidenhemi M . High frequency of thyroid dysfunction in patients with vitiligo. Acta Derm Venereol 1994 ; 47(2):120-123.
  10. Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrews disease of the skin. 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990; 1000-1003.
  11. Held JI, Kohn SP. vitiligo and pernicious anemic anemia presenting as CHF. Cutis 1990;46 (3): 268-270.
  12. Romano G, Moretti G. Skin lesions in diabetes prevalence and clinical correlation. Diabetes Res Clin Pract Ireland 1998; 38(2):101-106.
  13. Vijayasingam SM, Thai AC. Non infective skin lesions association of diabetes mellitus. Am Acad Med Singapor 1988; 17 (4): 256-535.
  14. Speicher CO. The right test: A physicians guide to laboratory medicine. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.
  15. Mayfield JE: Diagnosis and classification of diabetes mellitus: New Criteria. American Family Physician 1998; (6): 1355-1362.
  16. Fsuic P , Braunwald E. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New York: Mc Graw Hill , Vol 2. 1998: 2059-2060.
۱۷. شمس صدیقه . معیارهای تشخیصی جدید برای دیابت ملیتوس : چه کسی دیابتی است ؟ مجله عصمت ، شماره اول ، ۱۳۷۸ : ۴۲-۳۸.
18. Jarallah JS, AL Sheikh OA. Epidemiology and pattern at king Khalid university hospital. Ann Saudi Med 1993;13 (4): 332-334.
  19. Ando I, Chi H. Difference in clinical feature and Hla antigens between familial and non familial vitiligo of non segmental type. Br J Dermatol 1993; 129 (4): 408-410.

۴۰٪ موارد نشان داده است و بیش از ۲۱٪ گروه مورد مطالعه دارای بستگان درجه یک گرفتار بوده اند(۳،۸). عواملی چون نادیده انگاشتن ضایعه اولیه ویتیلیگو، بخصوص مواقعی که کوچک باشد و پنهان کردن یا پنهان نگاهداشتن بیماری از خانواده و فامیل به دلایل شخصی و گاه مسائل فرهنگی و اجتماعی می تواند در کاهش آماری این پژوهش تاثیر داشته باشد ، هرچند در پژوهشی مشابه که در عربستان سعودی صورت گرفته ابتلای خانوادگی را در ۱۲ درصد مبتلایان به ویتیلیگو گزارش کرده اند(۱۸). که در مقایسه با آمار ما خیلی کمتر است ، ولی این یافته نشان میدهد که همراهی دو بیماری بیشتر از شیوع دیابت در افراد غیر مبتلا می باشد.

یافته معنی دار دیگری که از این مطالعه بدست آمد همراهی بیماری دیابت در نوع منتشر با تاریخچه خانوادگی مثبت بود (۱۹) . که متأسفانه به علت کمبود تعداد بیماران مبتلا به نوع منتشر ویتیلیگو انجام بررسی ارزشمندی را در این زمینه میسر نساخت . بر عکس سابقه خانوادگی دیابت در مبتلایان به ویتیلیگو هم بالاتر از معمول بود به طوری که ۳۸/۴٪ افراد آن را مثبت ذکر کرده اند شاید علت آن شیوع بیشتر دیابت در مقایسه با ویتیلیگو در جامعه ما باشد.

#### منابع:

۱. خدابخشی موبد سهراب . پزشکی در ایران باستان. تهران: انتشارات فروهر، ۱۳۷۶.
2. Champion RH: Rook / Willkinson / Ebling textbook of dermatology. 6th ed. Vol 2. London: Blackwell , 1998: 1802-1805.
3. Fitzpatrick TB. Dermatology in general medicine. 5th ed. Vol 1. New York: Mc Graw Hill, 1990: 949-960.
4. Moschella SL. Dermatology. 3rd ed. Philodelphia: W.B. Saunders, 1992.
5. Schalleater KU, Lemke K. Vitiligo and other disease. Dermatology 1994; 188 (4): 269-275.
۶. احمدی اکبر . دیابت در کودکان. تهران: نشر گسترده ، ۱۳۷۱.
7. Andreoli TE, Bennett JC. Cecil