

نتایج شمارش سلولهای خون، قند خون ناشتا، فاکتور روماتوئید، پروتئین واکنشی C، آنتی بادی ضد هسته‌ای و تست های عملکرد تیروئیدی در بیماران با ریزش موی منطقه ای

حمیده هرزیچی قدیم: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط

e-mail: drherizchi@yahoo.com

جعفر مجیدی: گروه ایمونولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مسعود شیخ نوه‌سی: پزشک عمومی

روح ا... فدایی: پزشک عمومی

دریافت: ۸۸/۴/۷، پذیرش: ۸۹/۴/۲

چکیده

زمینه و اهداف: ریزش موی منطقه ای بیماری است که در آن ریزش موضعی مو وجود داشته و ممکن است با سایر اختلالات خودایمنی نظیر اختلال تیروئیدی، دیابت قندی، آئمی بدخیم، لوپوس اریتماتوز سیستمیک و غیره همراه باشد. هدف از این مطالعه بررسی نتایج آزمایشات سرمی مربوط به بیماریهای خود ایمنی و تست های تیروئیدی در بیماران با ریزش موی منطقه ای است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه آینده نگر توصیفی، ۵۸ بیمار با ریزش موی منطقه ای در مرکز آموزشی-درمانی سینا تبریز طی مدت ۱۵ ماه بررسی شدند. نتایج آزمایشات سرمی معمول (شمارش گلبول قرمز، شمارش گلبول سفید، شمارش پلاکت، پروتئین واکنشی C، هماتوکریت، سرعت سدیماتاسیون اریتروسیت، هموگلوبین، قند خون ناشتا)، تست های تیروئیدی (TSH، T4 و T3 آزاد) و نیز آنتی بادی ضدهسته ای سرم و فاکتور روماتوئید تعیین گردید. **یافته ها:** ۳۳ بیمار مذکر و ۲۵ بیمار مونث با سن متوسط $30/1 \pm 13/4$ سال وارد مطالعه شدند. سابقه قبلی ویتیلیگو و آتویپی بترتیب در ۱۷٪ و ۱۰٪ درصد موارد مثبت بود. نتایج آزمایشگاهی دال بر اختلال عملکرد تیروئید، دیابت قندی، آئمی، آنتی بادی ضدهسته ای مثبت و فاکتور روماتوئیدی مثبت به ترتیب در ۸۶٪، ۶۹٪، ۸۶٪، ۲۲٪، ۱۵٪ درصد بیماران وجود داشت.

نتیجه گیری: در مقایسه با جمعیت عادی، برخی اختلالات خودایمنی زمینه ای، بویژه اختلالات تیروئیدی ممکن است در بیماران با ریزش موی منطقه‌ای وجود داشته باشد. غربالگری در این زمینه ممکن است ساده و مفید باشد.

کلید واژه ها: ریزش موی منطقه ای، اختلالات خودایمنی، اختلال عملکرد تیروئید، قند خون ناشتا، فاکتور روماتوئید، شمارش سلولهای خون

مقدمه

ریزش موی منطقه‌ای یک ریزش موی محدود فاقد اسکار می‌باشد که علت دقیق آن کاملاً مشخص نیست. از آنجایی که موی انسان دارای نقش ارتباطی مهمی است و نیز بدلیل این که بیماری ریزش موی منطقه ای اغلب در جوانان دیده می‌شود، این بیماری می‌تواند باعث تنش روانی عمده ای گردد. بنابراین یافتن روشها و درمان های مناسب جهت غلبه بر این وضعیت استرس زا بسیار اهمیت دارد. این هدف زمانی تامین می‌گردد که دلایل زمینه

ای بیماری کاملاً مشخص گردند. گرچه در این زمینه علل پاتوژنیک مختلفی مطرح شده اند، ولی تعیین دقیق علت زمینه ای بسیار دشوار است. در حقیقت، این مشکلات تا اندازه ای بدلیل وسعت متغیر بیماری و طبیعت ناهمگون و بخوبی تعریف نشده آن است. در این بین، علل ایمونولوژیک، محیطی، روانی و ژنتیکی بیشتر مورد توجه واقع شده اند؛ هرچند اهمیت نسبی آنها نامشخص است (۱ و ۲). مطالعات بسیاری دال بر وجود رابطه بین

مشکلاتی نظیر هیپو یا هیپرتیروئیدی نبودند و شکایتی دیگر نیز در این زمینه نداشتند.

بحث

ما در این مطالعه به بررسی نتایج بررسی های آزمایشگاهی سرمی در بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه ای پرداختیم. بر این اساس ۸/۶ درصد موارد دچار اختلالات تیروئیدی آزمایشگاهی (۳/۴ درصد موارد هیپرتیروئیدی، ۵/۲ درصد موارد هیپوتیروئیدی) بودند. در مطالعه صورت گرفته توسط Kasumagic-Halilovic و همکاران بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه ای، ۱۱/۴ درصد موارد دچار اختلالات تیروئیدی بودند (۷). همچنین در مطالعه Vinod و همکارانش فراوانی اختلالات تیروئید در بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه ای از ۸ تا ۲۸ درصد متغیر بوده است (۸). در مطالعه انصار و همکاران در استان لرستان، ۲۰۰ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه ۸/۷ درصد بیماران دچار اختلال عملکرد تیروئیدی بودند که همگی بصورت هیپوتیروئیدی مشاهده شدند (۹). در بررسی صورت گرفته دیگر توسط Seyrafi و همکاران در تهران، ۱۲۳ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه ای مورد مطالعه قرار گرفتند. ۸/۹ درصد این افراد دچار اختلال عملکرد تیروئید بودند (۱۰). همان گونه که ملاحظه می گردد نتایج مطالعات گوناگون در این زمینه متغیر است. فراوانی اختلال آزمایشگاهی تیروئید در بررسی فعلی مشابه با سایر نتایج گزارش شده از ایران می باشد. تفاوت در نحوه تعریف اختلال تیروئیدی و نوع ارزیابی های انجام شده می تواند یکی از دلایل اختلاف نتایج باشد. شیوع اختلالات تیروئید در جامعه در یک مطالعه غربی در حدود ۲ درصد (۱) درصد هیپوتیروئیدی، ۱ درصد هیپرتیروئیدی) گزارش شده است (۱۱). در مطالعه ای که در این زمینه توسط عزیز و همکاران صورت پذیرفته است، شیوع اختلالات تیروئیدی در جمعیت عادی در حد بسیار پایین و نزدیک به صفر بوده است (۱۲). بنابراین مشاهده اختلالات تیروئیدی در ۸/۶ درصد بیماران دچار ریزش موی منطقه ای قابل تامل است. یافته جالب جانبی در این زمینه عدم وجود شکایت یا علائم و نشانه خاص مرتبط با اختلال عملکرد تیروئید در این دسته از افراد بوده است. Grandolfo و همکاران در یک مطالعه بر روی ۶۳ بیمار دچار ریزش موی منطقه ای نشان دادند که اتوانتی بادی های مرتبط با اختلالات تیروئید در ۴۴٪ این افراد قابل ثبت است، در حالی که همگی موارد از نظر بالینی بی علامت بودند. در این مطالعه پیشنهاد شده است که ریزش موی منطقه ای بعنوان علامت پوستی (organ-proof) سایر بیماری های خودایمنی و از جمله ریزش موی منطقه ای در نظر گرفته شود (۱۳). این بدان معنی است که وجود ریزش موی منطقه ای معیاری جهت ارزیابی هایی بعدی از نظر بیماری های خودایمنی و بویژه اختلالات تیروئیدی در نظر گرفته شود. نتیجه حاصل از مطالعه ما را نیز می توان بعنوان مؤید این نکته در نظر گرفت. بعلاوه علائم

ریزش موی منطقه ای و بیماری ها و وضعیت های خودایمنی هستند (۳ و ۴). اختلالات غده تیروئید از جمله این موارد هستند، ولی بنظر می رسد تفاوت های جغرافیایی در این زمینه وجود دارد (۵ و ۶). با توجه به این امر، غربالگری بیماران با ریزش موی منطقه ای از نظر بیماری های خودایمنی و از جمله اختلالات تیروئیدی می تواند در این زمینه از نظر اداره بهتر بیماران و نیز کمک به بررسی های سبب شناختی از اهمیت فراوانی برخوردار باشد، امری که در منطقه آذربایجان شرقی مورد غفلت قرار گرفته است. هدف از مطالعه فعلی بررسی نتایج آزمایشات سرمی معمول و تست های تیروئیدی در این دسته از بیماران است.

مواد و روش ها

در یک مطالعه توصیفی و آینده نگر، ۵۸ بیمار با ریزش موی منطقه ای مورد بررسی قرار گرفتند. محل انجام این مطالعه درمانگاه پوست مرکز آموزشی-درمانی سینا تبریز بوده است. مدت انجام مطالعه ۱۵ ماه بود که از ابتدای فروردین ماه ۱۳۸۶ لغایت ابتدای تیرماه ۱۳۸۷ صورت گرفت. مشخصات بیماران مراجعه کننده شامل سن، جنس، مدت آغاز بیماری، محل ضایعه، سابقه عود بیماری و سابقه ویتیلیگو و اتوبی ثبت گردید. نتایج آزمایشات سرمی که در همان مرکز صورت گرفت، شامل TSH^۱، سطح T4 و T3 آزاد سرم، CRP^۲، هموگلوبین، هماتوکریت، شمارش RBC^۳، شمارش WBC^۴، شمارش پلاکتی، ESR^۵، قندخون ناشتا، ANA^۶ و RF^۷ نیز ثبت گردید. به کلیه بیماران اهمیت معاینات و آزمایشات توضیح داده شده و تمام ایشان از انجام آنها رضایت داشتند. در تمام مواردی که کمترین تغییری در آزمایشات دیده شد بیمار برای بررسی و معاینه بیشتر به متخصص مربوطه ارجاع داده شد. داده های به دست آمده بصورت میانگین ± انحراف معیار (SD±Mean) و نیز فراوانی و درصد بیان شده است. برنامه آماری بکار رفته SPSSTM نسخه ۱۵ است.

یافته ها

۵۸ بیمار دچار ریزش موی منطقه ای مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۳ بیمار (۵۶/۹٪) مذکر و ۲۵ بیمار (۴۳/۱٪) مونث بودند. اطلاعات کلی افراد بررسی شده در جدول شماره ۱ به تفکیک جنسیت خلاصه شده است. طبق این اطلاعات سابقه ویتیلیگو و سابقه اتوبی به ترتیب در ۱/۷ درصد و ۱۰/۳ درصد بیماران مثبت بوده است. همچنین نتایج بررسی های سرمی آزمایشگاهی در این بیماران در جدول شماره ۲ به تفکیک جنسیت خلاصه شده است. بر این اساس ۸/۶ درصد موارد دچار اختلالات تیروئیدی آزمایشگاهی، ۳/۴ درصد بیماران (همگی مونث) دچار هیپرتیروئیدی آزمایشگاهی و ۵/۲ درصد موارد (همگی مذکر) دچار هیپوتیروئیدی آزمایشگاهی بودند و ۶/۹ درصد ایشان قندخون بالا داشتند. شمارش RBC، WBC و پلاکت سرم در تمام موارد طبیعی بود. هیچ یک از بیماران بصورت بالینی دچار

1. Thyroid stimulating hormone, TSH
2. C-reactive protein, CRP
3. Red blood cell, RBC
4. White blood cell, WBC

5. Erythrocyte sedimentation rate, ESR
6. Antinuclear antibody, ANA
7. Rheumatic factor, RF

سابقه مثبت آتوپی، ویتیلیگو و دیابت قندی و ترتیب در ۱۸، ۱/۸ و ۰/۴ درصد موارد گزارش گردید (۵). همانگونه که ملاحظه می‌گردد، نتایج مطالعات مختلف و همچنین مطالعه ما در این موارد تقریباً مشابه بوده و بر وجود رابطه احتمالی بین وضعیت های خودایمنی با ریزش موی منطقه‌ای دلالت دارند (۱۶). بنابراین می‌توان انجام بررسی های ساده آزمایشگاهی را در این دسته از بیماران بعنوان روشی کمکی در جهت اداره بهتر بیماری توصیه نمود (۱۷). انجام مطالعات کنترل شده تر با حجم نمونه بالا و نیز گروه شاهد کمک کننده بوده و پیشنهاد می‌گردد.

آزمایشگاهی دال بر دیابت قندی و مثبت شدن ANA در مطالعه ما بترتیب در ۶/۹ و ۲۲/۴ درصد بیماران مشاهده شد. همچنین سابقه ویتیلیگو و آتوپی بترتیب در ۱/۷ و ۱۰/۳ درصد موارد وجود داشت. در مطالعه Kakourou و همکاران ۱۵۷ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه ای بررسی شدند. در این مطالعه ۳/۲ درصد بیماران دچار بیمار خودایمنی و ۱۱/۴ درصد موارد دارای سابقه مثبت آتوپی بودند (۱۴). در بررسی Kasumagic-Halilovic و همکاران بر روی ۵۰ بیمار دچار ریزش موی منطقه ای سابقه مثبت آتوپی داشتند (۱۵). در مطالعه Sharma و همکاران بر روی ۸۰۸ بیمار،

جدول شماره ۱: مشخصات بیماران دچار ریزش موی منطقه ای به تفکیک جنسیت

مشخصات	مونث (۲۵ نفر)	مذکر (۳۳ نفر)	کل (۵۸ نفر)
سن (سال)	۳۰/۳±۱۳/۴	۲۹/۹±۱۳/۴	۳۰/۱±۱۳/۴
مدت آغاز بیماری (سال)	۴/۲±۴/۲	۳/۸±۳/۳	۳/۷±۳/۳
سر	۲ (۸/۴٪)	۲۱ (۶۳/۶٪)	۲۳ (۳۹/۷٪)
ریش	-	۴ (۱۲/۱٪)	۴ (۶/۹٪)
ابرو و یا مژه	۴ (۱۶٪)	۱ (۳٪)	۵ (۸/۶٪)
ریش و سر	-	۴ (۱۲/۱٪)	۴ (۶/۹٪)
کل بدن	-	۳ (۹/۱٪)	۳ (۵/۲٪)
سابقه عود بیماری	۶ (۲۴٪)	۱۷ (۵۱/۵٪)	۲۳ (۳۹/۷٪)
سابقه ویتیلیگو	۰	۱ (۳٪)	۱ (۱/۷٪)
سابقه آتوپی	۳ (۱۲٪)	۳ (۹/۱٪)	۶ (۱۰/۳٪)

جدول شماره ۲: نتایج آزمایشات انجام شده در بیماران با ریزش موی منطقه ای

شاخص های آزمایشگاهی	مونث	مذکر	کل
TSH	۲ (۸٪)	۰	۲ (۳/۴٪)
T4 آزاد	۱ (۴٪)	۰	۱ (۱/۷٪)
T3 آزاد	۲ (۸٪)	۱ (۳٪)	۳ (۵/۲٪)
CRP افزایش یافته	۰	۱ (۳٪)	۱ (۱/۷٪)
هموگلوبین کاهش یافته	۴ (۱۶٪)	۱ (۳٪)	۵ (۸/۶٪)
هماتوکریت کاهش یافته	۳ (۱۲٪)	۰	۳ (۵/۲٪)
ESR افزایش یافته	۰	۲ (۶/۱٪)	۲ (۳/۴٪)
قند خون ناشتا	۲ (۸٪)	۲ (۶/۱٪)	۴ (۶/۹٪)
+ANA	۱ (۴٪)	۰	۱ (۱/۷٪)
+RF	۳ (۱۲٪)	۱۰ (۴۰٪)	۱۳ (۲۲/۴٪)
	۲ (۸٪)	۷ (۲۸٪)	۹ (۱۵/۵٪)

نتیجه گیری

بررسیهای فوق توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات کنترل شده تر با حجم نمونه بالا و نیز گروه شاهد انجام گردد.

نتایج بررسی اخیر نشان می‌دهد که در بیماران دچار ریزش موی منطقه ای، ممکن است شواهدی از ابتلا به بیماریهای دیگر بویژه بیماریهای خود ایمنی وجود داشته باشد. بنابراین، در تمام بیماران

References:

1. Hedstrand H, Perheentupa J, Ekwall O, Gustafsson J, Michaelsson G, Husebye E, et al. Antibodies against hair follicles are associated with alopecia totalis in autoimmune polyendocrine syndrome type I. *J Invest Dermatol* 1999; **113**(6): 1054-1058.
2. Roselino AM, Almeida AM, Hippolito MA, Cerqueira BC, Maffei CM, Menezes JB, et al. Clinical epidemiologic study of alopecia areata. *Int J Dermatol* 1996; **35**(3): 181-184.
3. Milgraum SS, Mitchell AJ, Bacon GE, Rasmussen JE. Alopecia areata, endocrine function, and autoantibodies in patients 16 years of age or younger. *J Am Acad Dermatol* 1987; **17**(1): 57-61.
4. Friedman PS. Alopecia areata and autoimmunity. *Br J Dermatol* 1969; **81**(105): 153-157.
5. Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in Northern India. *Int J Dermatol* 1996; **35**(1): 22-27.
6. Puavilai S, Puavilai G, Charuwichitratana S, Sakuntabhai A, Sriprachya-Anunt S. Prevalence of thyroid diseases in patients with alopecia areata. *Int J Dermatol* 1994; **33**(9): 632-633.
7. Kasumagić-Halilović E. Thyroid autoimmunity in patients with alopecia areata. *Acta Dermatovenerol Croat* 2008; **16**(3): 123-125.
8. Vinod K, Sharma VK, Goutan D, Bhushan K. Profile of alopecia areata in northern India. *Int J Dermatol* 1996; **35**(1): 22-27.
9. Ansar A, Farshchian M, Kheirandish A. Thyroid dysfunction in patients with alopecia areata, Sina hospital, hamadan. *Iafteh J of Lums* 2003; **18**: 61-66.
10. Seyrafi H, Akhiani M, Abbasi H, Mirpour S, Gholamrezanezhad A. Evaluation of the profile of alopecia areata and the prevalence of thyroid function test abnormalities and serum autoantibodies in Iranian patients. *BMC Dermatol* 2005; **31**(5): 11.
11. Brounwald E, Fauci AS, Kasper D, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005; PP: 2060-2064.
12. Azizi F, Sheikholeslam R. A survey of frequency of goiter and urine iodine in 8-70 years old students, Hamadan province, 1995. *Sj of Usmh* 2000; **3**: 53-58.
13. Grandolfo M, Biscazzi AM, Pipoli M. Alopecia areata and autoimmunity. *G Ital Dermatol Venereol* 2008; **143**(5): 277-281.
14. Kakourou T, Karachristou K, Chrousos G. A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; **21**(3): 356-359.
15. Kasumagić-Halilović E, Prohić A. Association between alopecia areata and atopy. *Med Arh* 2008; **62**(2): 82-84.
16. Alexis AF, Dudda-Subramanya R, Sinha AA. Alopecia areata: autoimmune basis of hair loss. *Eur J Dermatol* 2004; **14**(6): 364-370.
17. Kurtev A, Iliev E. Thyroid autoimmunity in children and adolescents with alopecia areata. *Int J Dermatol* 2005; **44**(6): 457-461.