

بررسی بیماران مبتلا به هیرسوتیسم در شهر قزوین

دکتر داود کشاورز *

Study of hirsute women in Qazvin

D. Keshavarz

Abstract:

Background: Today hirsutism is one of the problems of patients referring to dermatologic and endocrinologic clinics.

Objective: To investigate 100 hirsute women in a period of 12 months in Qazvin.

Methods: The following indexes were investigated in 100 hirsute women: age , marital status, weight , rate of fertility, similar problems in first grade relatives, distribution of hirutism, alopecia, history of drug consumption, habit of smoking and coincident diseases. Paraclinical investigations included measurment of serum testesterron, serum prolactic, serum cortisol and DH EA- So 4.

Findings: The findings indicated that 13% of the cases had alopeci, 24% had acne, 16% had the history of hormonal drug consumption , 33% had the history of psychotropic drug consumption and 84% had normal paraclinical tests.

Conclusion: The etiology of most cases revealed a racial- genitic or idiopathic factor.

Keywords: Hirsutism

چکیده :

زمینه: امروزه هیرسوتیسم یکی از مشکلات بیمارانی است که به درمانگاه‌های پوست و غدد معرفی می‌شوند.

هدف: مطالعه به منظور ارزیابی علل و عوارض هیرسوتیسم انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۱۰۰ خانم مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی پوست قزوین از ابتدای سال ۱۳۷۸ به مدت یک سال بررسی شدند. پس از معاینه و مصاحبه حضوری، پرسش نامه مربوطه برای هر بیمار تکمیل شد. بررسی‌های پاراکلینیکی شامل اندازه‌گیری تستوسترون، پرولاکتین و کورتیزول سرم و دی هیدرواپی آندروسترون‌تندیون سولفات بود.

یافته‌ها: در این بررسی ۵۱ نفر در سنین بین ۱۵ تا ۲۵ سالگی قرار داشتند. ۱۳٪ بیماران دچار کم مویی سر (طاسی) و ۲۴٪ مبتلا به آکنه بودند. ۱۶٪ مبتلایان سابقه مصرف داروی هورمونی و ۳۳٪ سابقه مصرف داروهای اعصاب داشتند. ۱۳٪ بیماری‌های همراه دیگر داشتند و بررسی‌های پاراکلینیکی حدود ۸۴٪ طبیعی بود.

نتیجه‌گیری: اکثر بیماران مورد مطالعه از نظر اتیولوژیک در گروه ارثی - نژادی یا ایدئوپاتییک قرار داشتند.

کلید واژه‌ها: هیرسوتیسم

□ مقدمه :

آبستنی یا وجود نازایی، وجود ضایعات مشابه در فامیل درجه یک بیمار، وجود کم‌مویی در سر، سابقه مصرف داروهای هورمونی، سابقه مصرف داروهای اعصاب، سابقه مصرف سیگار، سابقه وجود استرس‌های روحی متعاقب یا قبل از شروع هیرسوتیسم و وجود بیماری‌های همراه دیگر.

بررسی‌های پاراکلینیکی بیماران شامل اندازه‌گیری تستوسترون، پرولاکتین و کورتیزول سرم و دی‌هیدرواپی‌آندروسترون‌تند دیون-سولفات بود. در موارد مشکوک سونوگرافی از تخمدان‌ها نیز انجام شد.

□ یافته‌ها:

۵۱ نفر از بیماران در سنین بین ۱۵ تا ۲۵ سالگی، ۳۴ نفر در سنین ۲۶ تا ۳۵ سالگی و ۹ نفر در سن بالاتر از ۴۶ سال قرار داشتند. ۶۴ نفر مجرد بودند. در ۲۹ درصد موارد وضعیت قاعدگی نامنظم بود و ۱۲ درصد بیماران دچار عدم تناسب وزن به قد بودند. ۱۳ درصد بیماران دچار آلپسی و ۲۴ درصد مبتلا به آکنه در صورت و سینه بودند. ۱۶ درصد بیماران سابقه مصرف داروهای هورمونی نظیر مدرکسی پروژسترون، کلومید و عصاره تیروئید و ۳۳ درصد سابقه مصرف داروهای اعصاب مانند داروهای ضد افسردگی، دیلان‌تین، فنوباریتال و داروهای لاغرکننده داشتند. فقط ۴ درصد بیماران سیگاری بودند و ۱۳ درصد بیماری‌های همراه دیگری شامل بیماری‌های تیروئیدی، سنگ کلیه، عفونت‌های مجاری ادرار و اولسرپیتیک داشتند. فقط ۴ درصد موارد دچار نازایی بودند و در ۲۲ مورد نیز کیست تخمدان وجود داشت (جدول شماره ۱).

هیرسوتیسم به مفهوم رشد موهای زبر با حالت مردانه به طور کلی یا نسبی در خانم‌هاست. در اکثریت موارد یک مشکل زیبایی است ولی در مواردی نیز ممکن است به دنبال اختلالات هورمونی مانند بدکاری تخمدان‌ها، غدد فوق کلیوی، هیپوفیز، مصرف داروها یا استرس به وجود آید. گاه با مشکلات جدی‌تری نظیر نازایی یا بدخیمی‌های غددی همراه است و در موارد نادر نیز ممکن است علامت یک بیماری نئوپلاستیک شدید باشد که به ندرت بعد از برداشتن کامل تومور از بین می‌رود. البته در اغلب موارد علت خاصی برای آن پیدا نشده است و می‌تواند یک مشکل ارثی، نژادی یا ایدیوپاتیک باشد.

هرگاه هیرسوتیسم در مواردی غیر از بلوغ، آبستنی یا منوپوز بروز کند و با صفات مردانه‌ای چون تغییر در تن صدا، ریزش موهای سر یا بزرگی کلیتوریس همراه باشد و یا به طور ناگهانی بروز کند واجد اهمیت بیشتری خواهد بود.^(۱)

این مطالعه به منظور ارزیابی علل و عوارض هیرسوتیسم در شهر قزوین انجام شد.

□ مواد و روش‌ها :

در این مطالعه توصیفی ۱۰۰ خانم مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی پوست بیمارستان بوعلی سینا با شکایت هیرسوتیسم، از ابتدای سال ۱۳۷۸ به مدت یک سال مورد مطالعه قرار گرفتند. برای هر بیمار پرسش‌نامه‌ای شامل موارد ذیل تنظیم شد: سن، وضعیت تاهل، شاخص توده بدنی، محل پرمویی (صورت - چانه - بدن)، وضعیت قاعدگی، تعداد

کورتیزول سرم غیر طبیعی داشتند. دی هیدرواپسی آندروستروئیدیون سولفات نیز در ۱۶ درصد بیماران غیر طبیعی بود.

شایع ترین محل پرمویی در بیماران مورد مطالعه چانه بود (نمودار شماره ۱).

در بررسی پاراکلینیک، ۱۶ درصد بیماران تستوسترون، ۶ درصد پرولاکتین و ۲۴ درصد

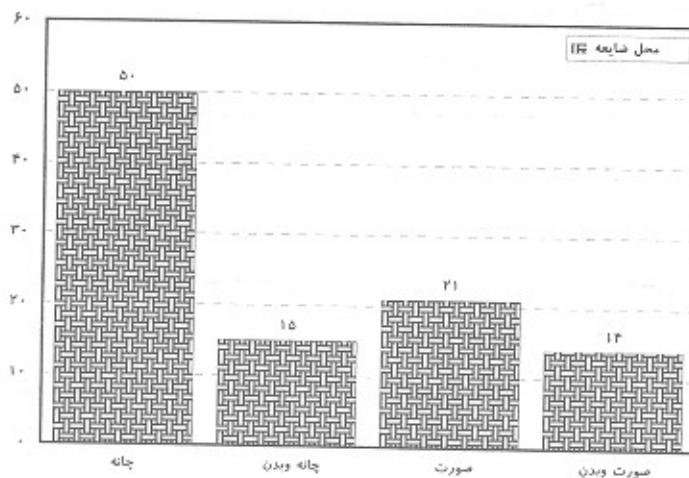
جدول ۱:

فراوانی اندیکس‌های مورد بررسی در بیماران مورد مطالعه

اندیکس	فراوانی
قاعدگی غیر نرمال	۲۹
وزن نامتناسب	۱۲
مجرد (وضعیت تاهل)	۶۴
سابقه فامیلی هیرسوتیسم	۶۴
وجود آکنه	۲۴
سابقه مصرف داروی اعصاب	۳۳
سابقه مصرف داروی هورمونی	۱۶
سابقه استرس	۱۳
سابقه مصرف سیگار	۴
وجود بیماری داخلی	۱۳

نمودار ۱:

فراوانی بیماران مبتلا به هیرسوتیسم بر حسب محل ضایعه



□ بحث و نتیجه‌گیری :

مهم‌ترین وجوه تشخیص این بیماری یعنی عدم تخمک‌گذاری مزمن و هیرسوتیسم در دوره بلوغ و بزرگی کیست‌های تخمدانی، چاقی، آمنوره تنها در نیمی از زنان مبتلا یافت می‌شود و جهت تشخیص قطعی، وجود آنها ضروری نیست. علت اصلی این بیماری کاملاً مشخص نشده است و اینکه آیا افزایش آندروژن از منشأ تخمدانی یا عدد آدرنال باشد هنوز مورد بحث و اختلاف نظر است. (۱)

در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم ایدئوپاتیکی، هیرسوتیسم به صورت حساسیت بیش از حد فولیکول‌های مو به آندروژن‌ها تلقی می‌گردد. لذا توصیه می‌گردد برای رفع این حالت ناخوشایند و دفع موهای زائد، از الکترولیز موها که یک روش دائمی است استفاده نمایند. در سال‌های اخیر از روش لیزر تراپی نیز برای از بین بردن موهای زائد استفاده می‌کنند. (۵)

□ مراجع :

1. Chumpion RH, Burto JL, Ebling FJG (eds). *Textbook of Dermatology*. Oxford, Blackwell scientific publication, 1996, PP 2895-902
2. Gatec- OB, AL- Attia- HM, Salama- IA (eds). *Hirsutism In the united Arab Emirates a hospital study*. *Post grad Med J* 1996 Mar; 72: 168-71
3. IssellBucher kurt, J Braunwold E, wilson JD etal. *Principles of Internal Medicine*, 13th ed, USA, McGrow- Hill, 1994, PP 1883-2052
4. Moran C, Tapia MC etal. *Etiological Review*

در بررسی‌هایی که در مورد علل شایع هیرسوتیسم در سایر کشورهای جهان صورت گرفته نتایج نسبتاً متفاوتی به دست آمده است. در یک بررسی بیمارستانی در کشور امارات متحده عربی حدود ۹۰ درصد مبتلایان به هیرسوتیسم دچار تخمدان پلی کیستیک (Poloy Cystic Ovary, PCO) بودند. (۲) همچنین در بررسی مشابهی بر روی ۲۵۰ بیمار هیرسوت در مکزیک، حدود ۵۳ درصد بیماران تخمدان پلی کیستیک داشتند و ۲۵ درصد بیماران در گروه ایدئوپاتیکی - نژادی قرار گرفتند. (۴) در بررسی حاضر حدود ۲۲ درصد بیماران، تخمدان پلی کیستیک داشتند و اکثریت در گروه ایدئوپاتیکی - نژادی قرار گرفتند.

واژه ایدئوپاتیکی زمانی به بیماران هیرسوت اطلاق می‌گردد که هیچ اختلال آندوکروینی قابل تشخیصی در بیمار یافت نشود. شاید اختلاف نتایج بررسی‌ها علاوه بر مسائل نژادی، به این علت باشد که اکثریت زنان با تشخیص هیرسوتیسم با منشأ نامعلوم یا ایدئوپاتیکی، در واقع دچار اشکال خفیف یا اولیه بیماری تخمدان پلی کیستیک می‌باشند. البته هیرسوتیسم در اکثر این بیماران با نشانه‌های اختلال فونکسیون تخمدان همراه نیست و اگر بیمار در میزان طبیعی تولید آندروژن باشد هیرسوتیسم وی عملاً یک اختلال زیبایی خواهد بود.

بنابراین تخمدان پلی کیستیک هنوز یک تشخیص مورد بحث و اختلاف نظر است. این اختلال طیف وسیعی از علائم بالینی را از هیرسوتیسم خفیف تا آمنوره کامل و علائم مردی نمایی شامل می‌شود.

of Hirsutism In 250 patient: Research unite of Reproductive Medicine and Endocrinology and Gynecology section- Hospital. Luis castelazo Ayala Instituto Mexicano del serguro social Mexico. DF Arch- Med Res 1994 Autumn; 25(3): 311-4

5. Venturoli S, Marescalchi o etal. A prospective Randomized Trial comparing low dose

flutamide, finasterdie, keto conozol and cyproterone Acotate estrogen Regimons In the treatment of hirsutism. J clin Endocrinol Metab 1999 Apr; 84(4): 1304-10.

6. Vellero etal. Androgen Receptor Mediated Hypersensitivity to Anderogens in woman with non- Hyperandrogenic hirsutism. J clin Enderinol Metab 1999 Mar; 84(3): 1091-5