

دکتر مهناز بنی هاشمی^۱، دکتر شاهرخ ایزدی^۲

۱- استادیار، گروه پوست، ۲- استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت؛ دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۵۲٪ زن و ۴۸٪ مرد بودند. در گروه مورد ۱۶٪ اختلال عملکرد تیروئید دیده شد که ۱۴٪ هیپرتیروئیدیسم و ۲٪ هیپوتیروئیدیسم داشتند. در گروه شاهد ۴٪ اختلال عملکرد تیروئید داشتند که ۲٪ هیپرتیروئیدیسم و ۲٪ هیپوتیروئیدیسم داشتند. در گروه مورد تنها یک نفر علائم بالینی هیپرتیروئیدی را داشت و در گروه شاهد هیچکدام از افراد علائم بالینی هیپو یا هیپرتیروئیدی را نداشتند. در آزمون آماری انجام شده $OR=7$ ($P<0/05$) بود که نشان داد بین بیماری ویتیلیگو و اختلال عملکرد تیروئید ارتباط معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری: آزمونهای تیروئیدی بایستی در بیماران ویتیلیگو انجام شود تا این بیماران هر چه سریعتر شناسایی و درمان شوند و از عوارض اختلالات تیروئیدی پیشگیری بعمل آید.

واژه‌های کلیدی: ویتیلیگو، هیپرتیروئیدیسم، هیپوتیروئیدیسم

فصلنامه بیماریهای پوست، زمستان ۱۳۸۲؛ ۲۶: ۸۷-۸۴

مقدمه: تاکنون نتایج متفاوتی در مورد ارتباط بین ویتیلیگو و اختلالات عملکرد تیروئید گزارش شده است.

هدف: بررسی رابطه ویتیلیگو با اختلالات عملکرد تیروئید.

روش اجرا: تحقیق به روش مورد-شاهدی در بیماران ویتیلیگویی که حداقل ۶ ماه از شروع بیماری آنها گذشته بود به عنوان گروه مورد و افراد فاقد ویتیلیگو به عنوان گروه شاهد (از نظر جنسی و سنی با گروه مورد همسان شده بودند) در سال ۱۳۸۰ در زاهدان انجام شد. $T3$ ، $T4$ ، TSH و $T3RU$ در هر دو گروه اندازه گیری شد و میزان FTI محاسبه گردید. هیپوتیروئیدیسم و هیپرتیروئیدیسم بر اساس FTI و $T3$ (برای $T3$ هیپرتیروئیدیسم) سنجیده شد و یافته‌ها با استفاده از روش conditional logistic regression مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: افراد مورد مطالعه در هر گروه ۵۰ نفر و شامل

مقدمه

خودتخریبی ملانوسیتها از مواردی است که در پاتوژنز بیماری مطرح است (۱ و ۲). در فرضیه خودایمنی معتقدند اختلال سیستم ایمنی و تولید آنتی بادی علیه ملانوسیتهای طبیعی در بیماری دخالت دارد و ممکن است این اختلال منجر به سایر بیماریهای اتوایمون از جمله اختلالات عملکرد غده تیروئید شود (۳). علاوه بر این بیماران آنتی بادی ملانوسیتهای نرمال انسانی با روشهای مخصوص جدا

ویتیلیگو یا برص یکی از قدیمی‌ترین بیماریهای انسان است که حدود ۱-۲٪ جمعیت را مبتلا می‌سازد. علت بیماری به طور دقیق مشخص نیست (۱) اما عوامل متعددی از جمله وراثت، تئوری خود ایمنی، تئوری عصبی و تئوری

مؤلف مسئول: دکتر مهناز بنی هاشمی - زاهدان، بیمارستان خاتم الانبیا، بخش پوست

شده که اثرات سیتولیتیک نیز داشته است (۴). همچنین در این بیماران سلولهای T غیرطبیعی و نیز کاهش در سلولهای T کمک کننده (helper) وجود دارد (۵). بروز ویتیلیگو در بیماران مبتلا به بیماریهای خود ایمنی ۱۰-۱۵٪ است، در حالیکه در جمعیت سالم ۱٪ می باشد (۱،۲). شایعترین بیماری همراه با ویتیلیگو اختلالات غده تیروئید است که در ۳۰ تا ۴۰٪ بیماران ویتیلیگو دیده می شود. همچنین uptake غیرطبیعی ید رادیواکتیو نیز در ۴۰٪ بیماران گزارش شده است (۶). در بیماران تیروئیدی نیز ویتیلیگو بین ۰/۶۲٪ تا ۱۲/۵٪ گزارش شده است (۷). هر چند که در برخی از مطالعات ارتباط ویتیلیگو با بیماریهای تیروئیدی دیده نشده (۸)، اما مطالعات دیگر حاکی از آن است که اختلال عملکرد تیروئید در بیماران ویتیلیگو شایعتر است (۹). البته در بعضی مطالعات نیز تنها ارتباط ویتیلیگو با هیپرتیروئیدی بررسی شده است (۱،۲،۷). در حال حاضر به طور معمول بیماران ویتیلیگو از جهت وجود بیماریهای تیروئیدی غربالگری نمی شوند، لذا با توجه به اختلاف نظرهای مذکور و اهمیت موضوع، این تحقیق جهت بررسی ارتباط بیماری ویتیلیگو و اختلالات عملکرد تیروئید در بیماران مبتلا به ویتیلیگوی مراجعه کننده به درمانگاههای پوست زاهدان در سال ۱۳۸۰ انجام شد.

روش اجرا

این مطالعه به روش مورد شاهدهی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به عنوان گروه مورد و افراد سالم بدون ویتیلیگو که با افراد مورد از نظر سنی و جنسی همسان شده بودند به عنوان گروه شاهد در بیمارستان خاتم الانبیا زاهدان در سال ۱۳۸۰ انجام شد. بیماران به صورت تصادفی انتخاب شده و شرایط ورود به طرح موارد زیر را شامل می شد: حداقل شش ماه از شروع بیماری گذشته باشد، بیمار حامله نبوده و از هیچگونه دارویی استفاده نکرده باشد،

عقوننت فعال، سیروز صفراوی، هپاتیت مزمن فعال و بیماریهای عمومی شدید نداشته باشد، سیگاری نباشد. گروه شاهد نیز پس از همسان سازی از نظر سنی و جنسی بایستی: بیماری خودایمنی نداشته باشد، سابقه اختلال تیروئید در ۶ ماه گذشته نداشته باشد، حامله نبوده و از هیچگونه دارویی استفاده نکرده باشد، بیماری حاد یا مزمن نداشته باشد، سیگاری نباشد. در صورت مهیا نبودن شرایط، افراد از مطالعه حذف می شدند. در هر دو گروه، خون در شرایط غیرناشتا گرفته شده و میزان T3, T4 و TSH و T3RU به روش الیزا اندازه گیری شد و همچنین میزان FTI محاسبه گردید. FTI کمتر از ۱/۱ به عنوان هیپوتیروئیدی و FTI بیش از ۴/۶ به عنوان هیپرتیروئیدی در نظر گرفته شد. در صورتی که T3 بیمار بیش از ۳ نانوگرم در میلی لیتر بود، به عنوان هیپرتیروئیدی از نوع T3 در نظر گرفته شد.

یافته ها

افراد مورد مطالعه در هر گروه ۵۰ نفر و شامل ۲۴ مرد (۴۸٪) و ۲۶ زن (۵۲٪) بودند. میانگین سنی بیماران ۲۲/۱ سال و محدوده سنی آنان بین ۳ تا ۶۰ سال بود. شایعترین سن ابتلا در دهه دوم زندگی و کمترین شیوع در دهه ششم زندگی بود.

در گروه مورد ۸ بیمار (۱۶٪) اختلال عملکرد تیروئید داشتند که ۷ نفر (۱۴٪) هیپرتیروئید و ۱ نفر (۲٪) هیپوتیروئید بودند. در گروه شاهد تنها ۲ مورد (۴٪) اختلال عملکرد تیروئید دیده شد که شامل یک مورد هیپوتیروئیدی و یک مورد هیپرتیروئیدی بود.

در گروه مورد تنها ۱ نفر از بیماران علائم بالینی مرتبط با هیپرتیروئیدی داشت و در گروه شاهد هیچکدام از افراد علائم بالینی هیپر یا هیپوتیروئیدی نداشتند.

تجزیه و تحلیل داده ها که با روش conditional

logistic regression و با استفاده از آزمون likelihood ratio test انجام شد، نسبت شانس (OR) معادل ۷ محاسبه شد ($P < 0.05$) که نشان داد بین ویتیلیگو و اختلالات تیروئیدی ارتباط معنی داری موجود می باشد.

بحث

ویتیلیگو بیماری شایعی با احتمال بروز ۱-۲٪ در افراد جامعه است، هر چند که در برخی مطالعات میزان بروز از ۰/۱۴٪ تا ۸/۸٪ نیز گزارش شده است. شیوع بیماری در هر دو جنس برابر بوده که در مطالعه ما نیز چنین نتایجی بدست آمده است. بنظر می رسد که استعداد ژنتیکی و برخی عوامل مساعدکننده در ایجاد ویتیلیگو نقش دارد. در نیمی از موارد بیماری زیر بیست سالگی و در ۲۵٪ بیماران بیماری قبل از ۸ سالگی شروع می شود. شایعترین محل درگیری صورت و اندامهاست. ۳۰٪ بیماران سابقه خانوادگی مثبت دارند (۱۰). همراهی ویتیلیگو با سایر بیماریهای خودایمنی، وجود تغییرات التهابی در پوست و وجود آنتی بادیهای اختصاصی علیه تیروئید و سلولهای پاریتال معده و بافت

فوق کلیه که در سرم این بیماران شایعتر از جمعیت عادی است موید فرضیه خودایمنی می باشد (۱).

ویتیلیگو در بیماران مبتلا به گریوز و هیپرتیروئیدی در ۷٪ موارد دیده شده است. البته در سایر اختلالات عملکرد تیروئید نیز ویتیلیگو دیده می شود (۱۱-۱۳)، اما با کارسنیوم تیروئید ارتباطی ندارد (۱).

در پژوهش انجام شده مشخص شد که ویتیلیگو با اختلالات تیروئید ارتباط دارد و یافته های ما مؤید مطالعات قبلی است (۹، ۱۴). هر چند که طبق نتایج برخی از مطالعات بین ویتیلیگو و اختلال تیروئید ارتباط وجود ندارد (۱۵). در مطالعه ما از ۵۰ نفر فقط یک نفر دارای علائم بالینی آشکار هایپرتیروئیدی بود که این نشان می دهد بیماران از نظر بالینی سالم هستند، اما با توجه به اینکه در ۸ نفر از آنان اختلال عملکرد تیروئید وجود داشت لذا نیاز به بررسی عملکرد تیروئید در بیماران ویتیلیگو احساس می شود. جهت قطعی شدن و مشخص شدن سایر ابعاد این بیماری، انجام مطالعه ای گسترده تر و با حجم نمونه بالاتر ضروری بنظر می رسد.

منابع

- 1-David B, Thomas B, Fitzpatrick TB, et al. Hypomelanosis and hyper melanosis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K (eds). *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill, 1999: 954-60.
- 2-Bleehen SS. Disorders of skin color. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA (et al). *Text book of dermatology*. Oxford: Black Well Science, 1998: 1802-05.
- 3-Kemp EH, Waterman EA, Weetman AP. Autoimmune aspects of vitiligo. *Autoimmunity* 2001; 34: 65-77.
- 4-Naughton GK, Eisinger M, Bystryng C. Correlation between vitiligo antibodies and extent of depigmentation in vitiligo. *JAM Acad Dermatol* 1986; 14: 196-201.
- 5-Grimes PE, Ghoneam MS, Tocktont, et al. T cell profiles in vitiligo. *JAM Acad Dermatol* 1987; 17-60.
- 6-Kamar V. Radio active lodin uptake in vitiligo. *J Dermatol Tokyo* 1990; 17-41.
- 7-Miklaszewska M. Clinical and

- immunological aspects of the relation of vitiligo to thyroid diseases. Arch Immunol Ther Exp 1972; 20: 855.
- 8-Majumder PP, Nordlund JJ, Nath SK. Pattern of familial aggregation of vitiligo. Arch Dermatol 1993; 129: 994-98.
- 9-Song YK, Kim JA. Vitiligo in auto immune thyroid diseases. Thyroidology 1991; 3: 91-93.
- 10-Odom RB, James WD, Berger TG. Andrw's diseases of the skin. Philadelphia: Sunders Company, 1999: 1065-68.
- 11-Ohi Y, Great LJ. Vitiligo in grave's disease. Ann Int Med 1969; 71: 935.
- 12-Becker KL. Principles and practice of endocrinology and metabolism. Philadelphia: Lippincott, 2001:1998.
- 13-Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al. Dermatology in general medicine. New York: McGraw Hill, 1999: 1977.
- 14-Hegedus L, Heiden heim M, Hjalgrim H, et al. High frequency of thyroid dysfunction in patient with vitiligo. Acta Derm Veneral 1994; 77: 120-23.
- 15-Sehallreuter Ku, Lemke R, Brandt O, et al. Vitiligo and other diseases, Co existance of true association. Hamburg study on 321 patients. Dermatology 1994; 188: 269-75.