گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره بیستم، شمارهٔ ۵، اردیبهشت ۱۳۹۷، صفحه ۶۰-۵۴

ارتباط درماتیت آتوپیک و سندرم پیش از قاعدگی در زنان مراجعه کننده به کلینیک پوست شهرستان همدان

سیده زهرا معصومی (PhD)[۱]، فریده کاظمی (PhD)[۲]، محمد رضا سبحان (MD)[۳]، سیده ریحانه اولیایی (DDS)[۴]، نرمین حسینی (BSc)[۵*]، قدرت الله روشنایی (PhD)[۶]

۱-مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲-گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳-گروه پوست و مو، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴-دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵-گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۶-مرکز تحقیقات مدلسازی بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

دریافت: ۹۶/۷/۲۹، اصلاح: ۹۶/۱۱/۲۸، پذیرش: ۹۷/۱/۶

خلاصه

سابقه و هدف: یکی از عوامل موثر بر درماتوز، عوامل هورمونی است بطوریکه درماتیت آتوپیک در زنان بزرگسال شیوع بیشتری دارد. از آنجائیکه یکی از مسائل روان‌تنی در رابطه با عملکرد تولیدمثل زنان، سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد، لذا در این مطالعه ارتباط سندرم پیش از قاعدگی و درماتیت آتوپیک در زنان سن باروری مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مورد-شاهدی بر روی ۸۲ زن در محدوده سنی ۴۹-۱۵ سال در دو گروه مبتلا به درماتیت آتوپیک مراجعه کننده به کلینیک درمانی پوست بیمارستان سینا شهرستان تهران و گروه شاهد شامل زنان سالم از نظر درماتیت آتوپیک انجام شد. پرسشنامه دموگرافیک و Premenstrual Symptoms Screening test (PSST) (با نمره ۴۲-۰) توسط هر دو گروه تکمیل شده و مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین سنی افراد در گروه مورد ۷/۴۵±۳۰/۱۷ و در گروه شاهد ۸/۰۳±۲۷/۲۹ سال بود. با کنترل عوامل مداخله گر احتمالی سن، شغل، تاهل احتمال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید در افراد مبتلا به درماتیک آتوپیک ۱۳/۲۶ برابر افراد سالم بود (۵۳/۰۷-۳/۳۱ :CI-95%، OR=۱۳/۲۶).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که ارتباط قوی بین سندرم پیش از قاعدگی متوسط تا شدید و درماتیت آتوپیک در زنان وجود دارد.

واژه های کلیدی: درماتیت آتوپیک، سندرم پیش از قاعدگی، مطالعه مورد-شاهدی، زنان.

مقدمه

یکی از مسائل روان‌تنی در رابطه با عملکرد تولیدمثل زنان که با اختلالات خلقی و عاطفی نظیر عصبانیت، اضطراب و تحریک‌پذیری همراه است سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد (۱). شایع‌ترین سن ابتلای زنان به این سندرم را ۳۵-۲۰ سالگی می باشد (۲و۳). سندرم پیش از قاعدگی در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحولی، به‌عنوان جزئی از اختلالات پزشکی زنان و نه اختلالات روانی طبقه‌بندی‌شده است که بیانگر حالت موقتی اختلال در زمان‌های خاص (قبل از قاعدگی) است (۴و۵). بیماری‌های روان‌تنی امروزه جایگاه ویژه‌ای در روان‌پزشکی پیدا نموده‌اند و هر روز که می‌گذرد رابطهٔ بیماری‌های جسمی با روان انسان بیش از پیش آشکار می‌شود و همین امر تأکید بیشتری بر توجه به مسائل روانی جهت درمان مناسب‌تر این بیماری‌ها را ایجاب می‌کند. از میان رشته‌های مختلف پزشکی، رشتهٔ پوست دارای بیشترین بیماران روان‌تنی است که به دلیل ناآشنایی با خدمات روان‌پزشکی و یا بی‌میلی نسبت به مراجعه به روان‌پزشک و یا روان‌شناس به پزشکان متخصص پوست مراجعه می‌کنند (۶). از میان این بیماران فقط درصد کمی توسط متخصص پوست جهت درمان‌های روان‌شناختی معرفی می‌گردند و بقیهٔ آنها تنها از جنبه شکایات پوستی مورد بررسی و درمان قرار می‌گیرند و به‌طور معمول از درمان‌های رایج چندان سودی نمی‌برند (۴و۲) و همین امر باعث می‌گردد مشکلات آن‌ها به‌صورت کامل رفع نگردیده و جهت درمان کامل به پزشکان و مراکز مختلف درمانی مراجعه نمایند که این امر هزینه سنگینی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند(۶). یافته‌ها نشان داده‌اند عوامل هورمونی بر درماتوز مؤثر است و درماتیت آتوپیک در زنان بزرگسال شیوع بیشتری دارد (۸و۷). درماتیت آتوپیک یک بیماری التهابی مزمن با شیوع حدود ۱۷-۸٪ در بزرگسالان زیر ۶۰ سال است (۹) که به‌صورت مزمن با دوره‌های شدت و بهبودی

▣ این مقاله حاصل این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشجویی با شماره ۹۴۱۲۲۵۱۲۷۴۴۳ دانشگاه علوم پزشکی همدان می باشد.
* مسئول مقاله: نرمین حسینی
آدرس: همدان، چهارراه پژوهش، بلوار شهید فهمیده، روبروی پارک مردم، دانشگاه علوم پزشکی همدان. تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۵۰
E-mail: narmin.hosseini@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]

همراه است و توسط ضایعات اگزمایی خارش‌دار پوستی تشخیص داده می‌شود (۱۰) و می‌تواند دارای زمینه ژنتیکی باشد (۱۲و۱۱). در بیماران مبتلا به اگزما شعله‌ور شدن ضایعات (پاپول و پلاک) به‌صورت دوره‌ای است. ضایعات ممکن است توسط سوزش پوست، عفونت، استرس و عوامل دیگر شدت بگیرند (۱۳). تفاوت درماتیت آتوپیک سرشتی از سایر درماتیتها در میزان ایمنوگلوبین E است که این میزان در درماتیت آتوپیک در محدوده نرمال می‌باشد و همچنین IgE مثبت اختصاصی در این افراد بالا نرفته و علائم واکنش فوری ایجاد نمی‌شود (۱۶-۱۴). بر اساس مطالعات قبلی، حدود ۲۵٪ از زنان بهبود درماتیت آتوپیک را در طول دوره بارداری و بیشتر از ۵۰٪ از زنان مبتلابه درماتیت آتوپیک وخامت را در طول این دوره تجربه کردند (۱۸و۱۷).

علاوه بر این، زنان مبتلا به درماتیت آتوپیک اغلب بدتر شدن علائم پوستی را در طول دوره قاعدگی نشان داده‌اند (۱۹). Timonen و همکارانش نشان دادند که ارتباط بین اختلالات آتوپیک و افسردگی تنها محدود به زنان است و این ارتباط در بین مردان یافت نشده است. آنها همچنین بیان کردند هورمون‌های زنانه ممکن است عامل کمک‌کننده به ارتباط بین افسردگی و اختلالات آتوپیک مانند اگزما باشد (۲۱و۲۰).

براساس این گزارش‌ها ارتباط بین تعداد بارداری‌ها و سن حاملگی و اختلالات آتوپیک و ارتباط بین آتوپی‌های متعدد و افسردگی است (۲۳و۲۲). روابط بین سندرم پیش از قاعدگی و بیماری‌های مختلف از جمله آلرژی، آسم، اگزما، رنیت آلرژیک، آکنه، صرع و میگرن مورد مطالعه قرارگرفته‌اند (۲۴). با توجه به اهمیت بیماری‌های روان‌تنی و سندرم پیش از قاعدگی و علائم روانی آن از قبیل افسردگی، اضطراب و تنش‌های عاطفی که در ۹۰٪ زنان شایع است و بااینکه ارتباط تک‌تک این علائم و خود سندرم پیش از قاعدگی با درماتیت آتوپیک مورد بررسی قرار گرفتند اما مطالعه‌ای مشابه با این مطالعات در ایران صورت نگرفته است؛ و ازآنجاییکه بدلیل ارتباط تغییرات هورمونی و تاثیر آن بر تشدید بیماری های پوستی هزینه های درمانی زیادی صرف درمان موقت بیماری می‌شود، لذا در این مطالعه ارتباط سندرم پیش از قاعدگی و درماتیت آتوپیک در زنان سنین باروری مورد بررسی قرار گرفت تا از صرف هزینه‌های درمانی بیماری در حد امکان کاسته شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مورد-شاهدی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد IR.UMSHA.REC. ۱۳۹۴.۵۵۸ بر روی زنان سنین باروری مراجعه کننده به کلینیک درمانی پوست بیمارستان سینای شهرستان همدان در سال ۱۳۹۵ و در یک دوره زمانی ۶ ماهه انجام شد. با در نظر گرفتن توان آماری ۰/۹۵، سطح خطای ۰/۰۵، نسبت حجم نمونه در گروه مورد به شاهد (r) برابر با یک و تفاوت بیشینه میان دو نسبت که این دو بیشینه حجم نمونه را ارائه می‌کنند با توجه به مطالعات پیشین در این زمینه برای هر گروه مورد و شاهد برابر با ۴۱ فرد و در کل برابر با ۸۲ فرد به‌دست آمد. زنان ۴۹-۱۵ ساله در صورت عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، توانایی درک و پاسخ مناسب به پرسشنامه‌ها، عدم مصرف سیگار و الکل وارد مطالعه شدند و در صورت بارداری، سیکل قاعدگی نامنظم، مصرف قرص‌های هورمونی پیشگیری از بارداری و داروهای اعصاب و روان و ابتلا به درماتیت عفونی نظیر بیماری‌های قارچی از مطالعه خارج شدند. از بین زنان مراجعه کننده به کلینیک پوست، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایتنامه کتبی گرفته شد و سپس جهت تائید یا رد درماتیت آتوپیک به متخصص پوست ارجاع شدند. روش تشخیص درماتیت آتوپیک بر اساس معیارهای Hanifin و Rajka بود که با توجه به این معیارها اگر در این بیماران حداقل سه کرایتریا مینور و سه ماژور وجود داشت به‌عنوان بیمار درماتیت آتوپیک شناخته شدند. کرایتریاهای ماژور شامل خارش، درماتیت نواحی فلکسور، درماتیت مزمن و عودکننده، سابقه خانوادگی کلی آتوپی، آسم، رینیت آلرژیک و درماتیت آتوپیک و کرایتریاهای مینور شامل خشکی پوست، اکتیوز ولگاریس، کراتوزپیلاریس، پیتیریازیس آلبا، چین‌های قدامی گردن، چین دنی مورگان، تیرگی اطراف چشم، کونژنیکتویت راجعه، افزایش خطوط کف دست، درماتیت دست، درماتیت پا، اریتم صورت، رنگ پریدگی صورت، استعداد به عفونت‌های پوستی، درماتوگرافیسم سفید، درماتیت لب‌ها، عدم تحمل لباس پشمی و پلاستیکی، عدم تحمل حلال‌ها و شوینده‌ها، افزایش خارش با تعریق، تشدید بیماری با محرک‌های محیطی، غذاها و استرس بود (۲۵). گروه شاهد زنان سالم از نظر درماتیت آتوپیک بودند که پس از انتخاب افراد مورد و شاهد با استفاده از معیارهای Hanifin و Rajka، پرسشنامه دموگرافیک و Premenstrual Symptoms Screening test (PSST) نیز توسط هر دو گروه تکمیل شد. پرسشنامه دموگرافیک شامل سوالاتی از قبیل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، تعداد بارداری و سوالاتی در مورد وضعیت قاعدگی افراد بود. پرسشنامه PSST شامل ۱۴ سوال و دارای دو بخش بود: بخش اول شامل ۹ علامت خلقی و رفتاری است و بخش دوم تأثیر این علائم بر زندگی افراد است و شامل ۵ سوال می باشد. نحوه نمره دهی سوالات براساس لیکرت ۴ گزینه ای (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) می‌باشد که از صفر تا ۳ نمره بندی شدند. جهت تشخیص PMS (Premenstrual Syndrome) متوسط یا شدید باید سه شرط باهم وجود داشته باشد: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۹ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و در ۵ سوال آخر، یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴۲ امتیاز است. روایی و پایایی پرسشنامه نیز مورد تایید بوده است (۲۶). در نهایت داده ها جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ و آزمونهای آماری کولموگروف اسمیرنوف، تی-مستقل، من-ویتنی و کای دو تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار درنظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن مشارکت کنندگان در گروه درماتیت ۷/۴۵±۳۰/۱۷ در گروه افراد بدون درماتیت ۸/۰۳±۲۷/۲۹ سال بود (p=۰/۰۴). اکثریت افراد در گروه مورد، خانه دار (۵۳/۷٪) و اکثریت افراد گروه شاهد دانشجو یا محصل (۴۳/۹ ٪) بودند (p=۰/۰۰۴)(جدول ۱). نتایج آنالیز تک متغیره در بررسی ارتباط بین درماتیک آتوپیک و شدت سندرم پیش از قاعدگی نشان داد که احتمال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید در افراد مبتلا به درماتیک آتوپیک ۷/۴۹ برابر افراد سالم است (۲۱/۵۸ – ۲/۵۷ :CI-95%، OR=۷/۴۹). بعلت تفاوت معنی دار از نظر برخی از متغیرها در گروههای مورد مطالعه و جهت کنترل عوامل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]

مداخله گر احتمالی، متغیرهایی که سطح معنی داری کمتر از ۰/۱ داشتند مجددا وارد رگرسیون لجستیک شدند. با کنترل این عوامل، احتمال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید در افراد مبتلا به درماتیک آتوپیک ۱۳/۲۶ برابر افراد سالم بدست آمد (OR=۱۳/۲۶ ، CI-95%: ۳/۳۱–۵۳/۰۷) (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک و مامایی به تفکیک در دو گروه مبتلا به درماتیت آتوپیک و غیرمبتلا به درماتیت آتوپیک(N=۴۱)

متغیرها	مورد Mean±SD	شاهد Mean±SD	P-value
سن (سال)،	۳۰/۱۷±۷/۴۵	۲۷/۲۹±۸/۰۳	**۰/۰۴
سن اولین قاعدگی (سال)،	۱۳/۷۴±۱/۶۲	۱۴±۱/۹۷	*۰/۵۲
طول مدت خونریزی (روز)،	۶/۵۹±۳/۰۳	۵/۶۳±۱/۸۱	**۰/۱۳
سیکل پریود (روز)،	۲۶/۶۴(۴/۴۵)	۲۷/۴۶(۳/۲۸)	**۰/۳۴
شغل	**تعداد(درصد)**	**تعداد(درصد)**	
شاغل	۱۴(۳۴/۱)	۶(۱۴/۶)	۰/۰۰۴
خانه دار	۲۲(۵۳/۷)	۱۷(۴۱/۵)	
دانشجو یا محصل	۵(۱۲/۲)	۱۸(۴۳/۹)	
تحصیلات			
کمتر از دیپلم	۱۳(۳۱/۷)	۱۱(۲۶/۸)	۰/۶۷
دیپلم	۶(۱۴/۶)	۹(۲۲)	
دانشگاهی	۲۲(۵۳/۷)	۲۱(۵۱/۲)	
وضعیت تأهل			
متأهل	۲۹(۷۰/۷)	۲۱(۵۱/۲)	۰/۰۷
مجرد	۱۲(۲۹/۳)	۲۰(۴۸/۸)	
تعداد بارداری			
۰	۱۶(۳۹)	۲۲(۵۳/۷)	۰/۳۵
۱	۱۱(۲۶/۸)	۱۰(۲۴/۴)	
≥۲	۱۴(۳۴/۱)	۹(۲۲)	

*آزمون تی مستقل، **آزمون من ویتنی، بقیه: کای دو

جدول ۲. مقایسه شدت سندرم پیش از قاعدگی در گروه مورد و شاهد

متغیرها	شدت سندرم پیش از قاعدگی: متوسط تا شدید(N=۲۹) تعداد(درصد)	شدت سندرم پیش از قاعدگی: ندارد یا خفیف(N=۵۳) تعداد(درصد)	Unadjusted OR (CI-95%)	Unadjusted P-value	Adjusted* OR (C-95%)	Adjusted* P-value
درماتیت آتوپیک						
دارد	۲۳(۵۶/۱)	۱۸(۴۳/۹)	۷/۴۹ (۲/۵۷ -۲۱/۵۸)	<۰/۰۰۰۱	۱۳/۲۶ (۳/۳۱ -۵۳/۰۷)	<۰/۰۰۰۱
ندارد	۶(۱۴/۶)	۳۵(۸۵/۴)	۱		۱	

*adjusted برای سن، شغل، تاهل

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که رابطه معنی داری بین شدت سندرم پیش از قاعدگی و درماتیت آتوپیک وجود دارد بطوری که در افراد مبتلا به درماتیت آتوپیک احتمال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید ۱۳/۲۶ برابر افراد سالم است. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که بین تأثیرات هورمونی و تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک رابطه وجود دارد. نتایج دیگر مطالعات انجام شده نیز با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. در برخی مطالعات بیان شده است که عوامل هورمونی بر درماتوز افراد مبتلا به درماتیت مؤثر بوده است و درماتیت آتوپیک در زنان بزرگسال شیوع بیشتری داشته است (۷و۸). بعضی از مطالعات نشان داده‌اند بیماران اگزمایی نسبت به گروه کنترل نرمال بیشتر مستعد به بیان علائم روان‌تنی هستند (۱۰و۲۷). در برخی مطالعات بدتر شدن علایم پوستی در زمان قاعدگی نشان داده شده است. شیوع سیکلهای قاعدگی که با بدتر شدن علایم درماتیت آتوپیک همراه است در این مطالعات از ۹٪ تا ۱۰۰٪ متغیر بوده است (۲۸).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]

Kemmett و همکاران در مطالعه خود بیان کرده اند که ممکن است ارتباط ضعیفی بین بدتر شدن علایم درماتیت آتوپیک در پیش از قاعدگی و وجود نشانه ها و علایم PMS وجود داشته باشد (۱۷). در مطالعه انجام شده توسط Kiriyama و همکاران علایم جسمی و روانی PMS در تمام بیمارانی که درماتیت آنها در این دوره بدتر شده بود، وجود داشت در حالیکه این علایم در افرادی که ضایعه پوستی آنها در این دوران بدتر نشده بود وجود نداشت (۱۹). در دو مطالعه نشان داده شده است که واکنش پذیری پوست به مواد ضد حساسیت و مواد آنتی ژنیک در طول مرحله پیش از قاعدگی افزایش می یابد (۲۹و۳۰) و بیماری‌های روان‌تنی که یکی از آنها سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد، بیش از نیمی از موارد ارتباط بین اضطراب و افسردگی و اگزما را به خود اختصاص می‌دهند (۱). با توجه به اینکه متغیرهای سن، شغل و تاهل در مطالعه حاضر در دو گروه مورد مطالعه دارای سطح معنی دار ۰/۱ یا کمتر بودند می توانستند به عنوان عوامل مداخله گر احتمالی مطرح باشند. قبل از کنترل این عوامل، PMS متوسط تا شدید در افراد مبتلا به درماتیت آتوپیک در حدود ۷/۵ برابر افزایش داشت که بعد از کنترل از نظر متغیرهای نامبرده این میزان به ۱۳/۲۶ برابر افزایش یافت که مقدار قابل توجهی است. به نظر می رسد انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری است تا بتوان به نتایج قطعی تر دست یافت. از محدودیت های این مطالعه می‌توان به شیوع پایین بیماری درماتیت آتوپیک و دسترسی دشوار و زمان-بر به بیماران اشاره کرد که نیازمند زمان طولانی برای جمع آوری داده ها بود و همکاری خوب مشارکت کنندگان در پژوهش از نقاط قوت روش اجرای این مطالعه بود. نتایج نشان داد که احتمال ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی متوسط تا شدید در بیماران درماتیت آتوپیک بیش از ۱۳ برابر افراد سالم است. نتایج این مطالعه رابطهٔ بین درماتیت آتوپیک و سندرم پیش از قاعدگی را بیش از پیش روشن می‌سازد. با توجه به ارتباط قوی بین این دو متغیر پیشنهاد می شود در صورت وجود سندرم پیش از قاعدگی احتمال درماتیت آتوپیک مد نظر قرار گیرد و در صورت لزوم درمان لازم صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت تامین مالی طرح و همچنین مسئولین و پرسنل کلینیک درمانی پوست بیمارستان سینا و تمامی مشارکت کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]

The Relationship between Atopic Dermatitis and Premenstrual Syndrome in Women Referred to the Skin Clinic of Hamadan

S.Z. Masoumi (PhD)[1], F. Kazemi (PhD)[2], M.R. Sobhan (MD)[3], S.R. Oliaei (DDS)[4], N. Hoseini (BSc)[5•], Gh. Roshanaie (PhD)[6]

1.Research Center of Mother & Child Care, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran.
2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran.
3. Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran.
4. Faculty of Dentistry, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran.
5. Department of Public Health, Faculty of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran.
6.Research Center of Non-Communicable Disease Modeling, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 20(5); May 2018; PP: 54-60
Received: Oct 21st 2017, Revised: Feb 17th 2018, Accepted: Mar 26th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: One of the factors affecting dermatophyte is hormonal factors, in which atopic dermatitis is more common in adult women. Since one of the psychotic problems regarding reproductive performance of women is premenstrual syndrome, in this study, the association between premenstrual syndrome and atopic dermatitis in reproductive age women was investigated.

METHODS: This case-control study was performed on 82 women aged between 15 and 49 years old in two groups of atopic dermatitis referring to Skin Clinic of Sina Hospital in Tehran and control group including healthy women for atopic dermatitis. Demographic questionnaire and (PSST) Premenstrual Symptoms Screening Test (with score 42-0) were completed and evaluated by both groups.

FINDINGS: The mean age of subjects in the case group was 17.17 ± 4.45 and in the control group was 27.29 ± 8.03 years. The results showed by controlling the possible confounding factors as age, occupation and marital status the probability of having moderate or severe premenstrual syndrome in patients with atopic dermatitis is 13.26 (OR= 13.26, 95% CI: 3.31, 53.07), as compared with healthy subjects.

CONCLUSION: The results showed that there is a strong relationship between moderate to severe menstrual syndrome and atopic dermatitis in women.

KEY WORDS: *Atopic Dermatitis, Premenstrual Syndrome, Case-Control Study, Women.*

Please cite this article as follows:

Masoumi SZ, Kazemi F, Sobhan MR, Oliaei SR, Hoseini N, Roshanaie Gh. The Relationship between Atopic Dermatitis and Premenstrual Syndrome in Women Referred to the Skin Clinic of Hamadan. J Babol Univ Med Sci. 2018;20(5):54-60.

•Corresponding Author: N. Hoseini (BSc)
Address: Pazhouhesh crossroad, Shahid Fahmideh Blvd, Facing the Mardom Park, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, I.R.Iran.
Tel: +98 81 38380150
Email: narmin.hosseini@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]

References

1.Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. Nurs Res. 2002;51(4):229-36.

2.Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. Am J Clin Dermatol. 2003;4(12):833-42.

3.Masoumi Z, Shayan A, Ahobeiri f, Roshanaei G, Khanialamooti M. The effect of training premenstrual coping skills in undergraduate students in the school of nursing and midwifery, hamadan-iran. Prevent Care Nurs Midwife J. 2017;7(1):44-51. [In Persian].

4.Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient. Dermatolog Clin. 2005;23(4):591-9.

5.Masoumi SZ, Alamoti MK, Shobeiri F, Roshanaei G ,Mohaghahi H. Evaluating the prevalence of premenstrual syndrome among female undergraduate students of School of Nursing and Midwifery, Hamadan university of medical sciences in Iran. 2016. 831-7.

6.Radmanesh MsS. Psychosomatic skin diseases. Iran J Dermatol. 1997;1(3-4):7-34.

7.Chen W, Mempel M, Schober W, Behrendt H, Ring J. Gender difference, sex hormones, and immediate type hypersensitivity reactions. Allergy. 2008;63(11):1418-27.

8.Kornizky Y, Topilsky M, Fireman E, Kivity S, Kivity S. Specific IgE antibodies to aeroallergens and food among Israelis. Ann Allergy Asthma Immunolog. 1999;83(2):149-52.

9.Montnemery P, Nihlén U, Löfdahl CG, Nyberg P, Svensson Ãk. Prevalence of self-reported eczema in relation to living environment, socio-economic status and respiratory symptoms assessed in a questionnaire study. BMC dermatol. 2003;3(1):4.

10.Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. Am family physic. 2001;64(11).

11.Richard BO, William DJ, Timothy GB. Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology. Clin dermatol. 2000;10:641-43.

12.MacKie RM, Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. Textbook of dermatology. Textbook of dermatology. 1998.

13.Jordaan HF. The diagnosis and management of eczema in pregnancy: review article. Curr Aller Clin Immunol. 2009;22(1):18-22.

14.Fölster-Holst R, Pape M, Buss YL, Christophers E, Weichenthal M. Low prevalence of the intrinsic form of atopic dermatitis among adult patients. Allergy. 2006;61(5):629-32.

15.Ingordo V, Dâ€™andria G, Dâ€™Andria C, Tortora A. Results of atopy patch tests with house dust mites in adults with â€˜intrinsicâ€™and â€˜extrinsicâ€™atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002;16(5):450-4.

16.WÃ¼thrich B, Schmid-Grendelmeier P. The atopic eczema/dermatitis syndrome. Epidemiology, natural course, and immunology of the IgE-associated (" extrinsic") and the nonallergic (" intrinsic") AEDS. J Investigat Allergol Clin Immunol. 2002;13(1):1-5.

17.Kemmett D, Tidman MJ. The influence of the menstrual cycle and pregnancy on atopic dermatitis. Brit J Dermatol. 1991;125(1):59-61.

18.Weatherhead S, Robson SC, Reynolds NJ. Eczema in pregnancy. Brit Med J. 2007;335(7611):152.

19.Kiriyama K, Sugiura H, Uehara M. Premenstrual deterioration of skin symptoms in female patients with atopic dermatitis. Dermatol. 2003;206(2):110-2.

20.Timonen M, Jokelainen J, Hakko H, Silvennoinen-Kassinen S, Meyer-Rochow VB, Herva A, et al. Atopy and depression: results from the Northern Finland 1966 birth cohort study. Mol Psychiatry. 2003;8(8):738-44.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]

21.Timonen M, Jokelainen J, Silvennoinen-Kassinen S, Herva A, Zitting P, Xu B, et al. Association between skin test diagnosed atopy and professionally diagnosed depression: a Northern Finland 1966 Birth Cohort study. Biological psychiatry. 2002;52(4):349-55.
22.KemppainenT, Mäkikyrö J, Jokelainen P. Nieminen M, Järvelin M. Is grand multiparity associated with offsprings' hospital-treated mental disorders? A 28-year follow-up of the North Finland 1966 birth cohort. Soc Psychiat Psychiat Epidemiol. 2000;35(3):104-8.
23.Pekkanen J, Xu B, JÃ¤rvelin MR. Gestational age and occurrence of atopy at age 31â€”a prospective birth cohort study in Finland. Clin Experimen Allerg. 2001;31(1):95-102.
24.Kljakovic M, Pullon S. Allergy and the premenstrual syndrome (PMS). Allergy. 1997;52(6):681-3.
25.Joji T. Diagnostic standard for atopic dermatitis. JMA Policies. 2002;45(11):460-5.
26.Armand A, Talaee A. Investigating the Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress-Management Training on Decreasing the Psychological Problems and Symptoms of Premenstrual Syndrome of Afflicted Women. Iran J Obste, Gynecol Infertilit. 2012;15(21):24-7.
27.Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. J Dermatol Sci. 1997;14(1):63-7.
28.Cho S, Kim HJ, Oh SH, Park CO, Jung JY, Lee KH. The Influence of Pregnancy and Menstruation on the Deterioration of Atopic Dermatitis Symptoms. Ann Dermatol. Ann Dermatol. 2010;22(2):180-5.
29.Agner T, Damm P, Skouby SO. Menstrual cycle and skin reactivity. J Am Acad Dermatol. 1991;24(4):566-70.
30.Alexander S. Patch testing and menstruation. Lancet (London, England). 1988;2(8613):751.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.7.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.54]