● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی ۱۳)، صفحه ۲۰ الی ۲٤، زمستان ۱۳۸۰

هیرسوتیسم در دانشجویان دختر، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۷۸

دکتر سودابه تیرگرطبری[1*]، دکتر محمود حاجی‌احمدی[2]، دکتر ناهید قلی‌نژاد[3]، دکتر زهرا طالب‌زاده نوری[3]،

۱- متخصص پوست، استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- پزشک‌عمومی

سابقه و هدف: هیرسوتیسم افزایش رشد موهای ترمینال و وابسته به آندروژن در زنان می‌باشد که در نواحی چانه، لب فوقانی، گونه‌ها، قسمت مرکزی قفسه سینه، اطراف نوک پستانها، قسمت تحتانی شکم و نواحی داخلی رانها مشاهده می‌گردد. هیرسوتیسم می‌تواند به دلایل ایدیوپاتیک، مشکلات تخمدانی، غدد فوق کلیه، غده هیپوفیز و مصرف داروها رخ دهد. اهداف این مطالعه بمنظور تعیین فراوانی هیرسوتیسم در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بابل در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ و تعیین ارتباط با اختلالات قاعدگی، آکنه، آلوپسی آندروژنیک، هیپرتریکوز و سابقه خانوادگی هیرسوتیسم در افراد به تفکیک سن صورت گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی به روش مقطعی با استفاده از پرسشنامه بصورت سر شماری در نیم سال اول تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss و آزمون آماری chi - square استفاده گردید.

یافته‌ها: از ٦۰۷ دانشجوی دختر ٤٦۲ دانشجو در این مطالعه شرکت کردند. در کل ۳۱/٦٪ دچار هیرسوتیسم بودند. در کل جمعیت ۳۰٦ نفر (٦۷٪) در محدوده سنی ۲۳-۲۰ سال قرار داشتند. ۳۸٪ از افراد هیرسوت دچار اختلال قاعدگی، ٤۹٪ مبتلا به آکنه، ۳٤٪ دچار آلوپسی آندروژنیک، ۲۸٪ دچار هیپرتریکوز و ۲۸٪ سابقه خانوداگی هیرسوتیسم داشتند که ارتباط معنی‌داری بین فراوانی هیرسوتیسم و موارد فوق بدست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معنی‌دار بین هیرسوتیسم با اختلال قاعدگی، آکنه، آلوپسی آندروژنیک، هیپرتریکوز و سابقه خانوادگی هیرسوتیسم، علاوه بر مسائل نژادی و ایدیوپاتیک باید به ابتلاء زمینه‌ای افراد به تخمدان پلی کیستیک توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: *هیرسوتیسم، دانشجویان، ، اختلالات قاعدگی، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، آکنه، هیپرتریکوز.*

مقدمه

هیرسوتیسم رشد غیرطبیعی موهای انتهائی (Terminal) با نمای مردانه در زنان است(۱). وقوع آن به صورت نژادی و ایدیوپاتیک شایع است. شدت و درجه قبول آن وابسته به عوامل نژادی، فرهنگی و اجتماعی می‌باشد(۳-۱). موهای صورت و شکم و ران در زنان خاورمیانه شایعتر مشاهده می‌گردد(۴). تقسیم‌بندی آن از جهات کمی و کیفی به طرق مختلف انجام می‌پذیرد(۵و۴و۲). اهمیت وقوع هیرسوتیسم اولاً بدلیل ایجاد مسائل روانی و اجتماعی و ثانیاً وجود بیماریهای مختلف حاصل از اختلالات هورمونها، اختلالات تخمدان و حتی وجود تومور می‌باشد(۶و۵و۳). سایر علائم همراه مثل اختلالات قاعدگی، آکنه و آلوپسی آندروژنیک می‌تواند دلیلی از ابتلاء افراد به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک باشد(۱۱-۷). نظر به کثرت مراجعین به درمانگاههای پوست و زنان، تعیین فراوانی آن در سطح

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.4.1.4.6]

جامعه می‌تواند منجر به عملکرد صحیح در برخورد با بیماران و بررسی علل زمینه‌ای گردد. این امر در نهایت وضعیت تشخیصی و درمانی بیماران را بهبود میدهد.

مواد و روشها

مطالعه بصورت توصیفی به روش مقطعی با استفاده از پرسشنامه در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بابل در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۹–۱۳۷۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری سرشماری بوده است که از میان ۶۰۷ دانشجو تعداد ۱۴۵ نفر همکاری نکرده و از مطالعه حذف شدند. نظر به اینکه در خصوص برخی متغییرها تمام این دانشجویان پاسخ نگفته بودند، لذا موارد پاسخ داده نشده نیز از مطالعه حذف گردیدند.

پرسشنامه شامل سئوالاتی در مورد سن، وجود هیرسوتیسم (رشد غیر طبیعی موهای انتهائی با نمای مردانه در زنان)، اختلال قاعدگی (بصورت سیکل کمتر از ۲۱ روز یا بیشتر از ۳۵ روز و مدت خونریزی کمتر از ۳ روز یا بیشتر از ۷ روز)، آکنه، هیپرتریکوز (پرموئی کلی بدن) و سابقه خانوادگی هیرسوتیسم تدوین شد. با توضیح مکتوب و شفاهی جهت دانشجویان، پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان تکمیل و جمع‌آوری گردید. چون معاینه کلیه افراد به دلیل عدم رضایت کلی آنها با مسائل اخلاقی مواجه بود، ثبت اطلاعات با پرسشنامه در مورد هیرسوتیسم و شکایت از آن با آموزش لازم به دانشجویان انجام پذیرفت. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار Spss و آزمون chi-square آنالیز گردید.

یافته‌ها

از میان ۴۶۲ دانشجو، تعداد ۱۴۶ نفر (۳۱/۶٪) از هیرسوتیسم شکایت داشتند. جمعیت مورد مطالعه به گروههای سنی با فواصل ۳ سال تقسیم شدند. کمترین گروه سنی ۱۹–۱۶ سال و بیشترین گروه سنی ۳۵-۳۲ سال بودند. بیشترین تعداد افراد مورد مطالعه ۳۰۶ نفر (۶۷٪) در گروه سنی ۲۳–۲۰ سال قرار داشتند که اکثریت افراد هیرسوت نیز با تعداد ۱۰۱ نفر (۷۰/۱٪) در این گروه سنی دیده شدند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین فراوانی هیرسوتیسم و سن در این مطالعه رابطه معنی‌داری وجود نداشت(جدول۱).

مطالعه اختلال قاعدگی نشان داد که فراوانی اختلال قاعدگی در افراد هیرسوت (۵۵ نفر) ۳۸٪ ولی در افراد غیرهیرسوت ۱۵٪ (۴۶ نفر) بوده است و رابطه معنی‌داری بین اختلال قاعدگی و هیرسوتیسم وجود داشته است (جدول۲) (۱ ۰/۰۰۰≥ p). فراوانی آکنه در افراد هیرسوت ۷۱ نفر (۴۹٪) و در افرادغیر هیرسوت ۱۱۴ نفر (۳۶٪) مشاهده گردید و ارتباط معنی‌داری بین هیرسوتیسم و آکنه وجود داشته است (جدول۲) (p≤ ۰/۰۳۲).

جدول۱. توزیع فراوانی و فروانی نسبی هیرسوتیسم برحسب سن در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بابل در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۹–۱۳۷۸

سن	هیرسوت	غیرهیرسوت	کل
فراوانی	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
۱۹–۱۶	(۱۶/۷)۲۴	(۲۵/۵)۷۱	(۲۰/۵)۹۵
۲۳–۲۰	(۷۰/۱)۱۰۱	(۶۵/۱)۲۰۵	(۶۷)۳۰۶
۲۷–۲۴	(۱۲/۵)۱۸	(۱۱/۱)۳۵	(۱۱/۵)۵۳
۳۱–۲۸	(۰)۰	(۱)۳	(۰/۶)۳
۳۵–۳۲	(۰/۷)۱	(۰/۳)۱	(۰/۴)۲
کل	(۱۰۰)۱۴۴	(۱۰۰)۳۱۵	(۱۰۰)۴۵۹

p=۰/۴

در بررسی آلوپسی آندروژنیک ۵۰ نفر (۳۴٪) از افراد هیرسوت آلوپسی آندروژنیک داشته‌اند ولی ۵۲ نفر (۱۷٪) از افراد غیر هیرسوت آلوپسی آندروژنیک داشته‌اند. در کل جمعیت ۱۰۲ نفر (۲۲٪) مبتلا به آلوپسی آندروژنیک بودند. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین هیرسوتیسم و آلوپسی آندروژنیک بدست آمد(جدول۲)(p≤۰/۰۰۰۱) .

در بررسی سابقه خانوادگی هیرسوتیسم ، ۴۱ نفر (۲۸٪) از افراد مبتلا به هیرسوتیسم سابقه خانوادگی مثبت و ۲۴ نفر (۸٪) از افراد غیر هیرسوت نیز سابقه خانوادگی مثبت از هیرسوتیسم را ذکر کردند ۶۵ نفر (۱۴٪) از کل جمعیت مورد مطالعه سابقه خانوادگی مثبت از هیرسوتیسم داشتند و در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین هیرسوتیسم و سابقه خانوادگی مثبت هیرسوتیسم وجود داشته است(جدول ۲) (p≤۰ / ۰۰۰۱).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.4.1.4.6]

جدول۲. توزیع فراوانی و فروانی نسبی اختلالات همراه با هیرسوتیسم در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بابل در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸

اختلال همراه	هیرسوتیسم		غیرهیرسوتیسم		کل		p.value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اختلال قاعدگی	۵۵	(۳۷/۶)	٤٦	(۱٤/٦)	۱۰۱	(۲۲)	p≤۰/۰۰۰۱
آکنه	۷۱	(٤۹)	۱۱۳	(۳٦)	۱۸٤	(٤۰)	p≤۰/۰۳۲
آلوپسی‌آندروژنیک	۵۰	(۳٤)	۵۱	(۱۷)	۱۰۱	(۲۲)	p≤۰/۰۰۰۱
هیپرتریکوز	٤۱	(۲۸)	۲٦	(۹)	٦۷	(۱۵)	P≤۰/۰۰۰۱
سابقه هیرسوتیسم	٤۱	(۲۸)	۲٤	(۸)	٦۵	(۱٤)	p≤۰/۰۰۰۱

در بررسی هیپرتریکوز ۴۱ نفر (۲۸٪) از افراد هیرسوت به هیپرتریکوز مبتلا بودند، در حالی که در افراد غیر هیرسوت ۲۶ نفر (۹٪) افراد به هیپرتریکوز ابتلاء داشتند و ارتباط معنی‌داری بین ابتلاء به هیرسوتیسم و هیپرتریکوز بدست آمد (جدول ۲، p≤۰/۰۰۰۱).

بحث

اولین مطالعه در ایران در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۵-۱۳۷۴ روی دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی همدان فراوانی هیرسوتیسم را ۳۱/۶٪ و مطالعه دیگری در تهران در سال ۷۸-۱۳۷۷ فراوانی آن را ۳۵/۱۷٪ گزارش کرده‌اند (۱۳و۱۲) Bissel در سال ۱۹۵۱ فراوانی هیرسوتیسم را ۳۰٪ و توسط Mcknight در سال ۱۹۶۴ در بررسی ۴۰۰ دانش‌آموز انگلیسی ۹٪ گزارش کرده است(۱۵و۱۴). مطالعات در اسپانیا فراوانی هیرسوتیسم را ۷/۱٪ و در آمریکا ۲ تا ۸٪ گزارش کرده‌اند (۱۴و۸). در مطالعه انجام شده در مرکز بابل فراوانی در ۱۴۶ نفر (۳۶/۶٪) بدست آمده است که با مطالعات انجام شده در ایران و مطالعه Bissel مطابقت دارد. اختلاف با مطالعات دیگر خارجی احتمالا بدلیل تفاوت نژادی و تفاوت رده‌های سنی مطالعه (دانش آموزان دبیرستانی زیر ۱۸ سال در مطالعات خارجی و دانشجویان در این مطالعه) می‌باشد.

مطالعات در دانشگاه علوم پزشکی همدان و دانشگاه علوم پزشکی ایران فراوانی قاعدگی نامنظم را ۲۳/۴٪ و ۲۵٪ ذکر کرده‌اند و ارتباط معنی‌داری بین فراوانی هیرسوتیسم و قاعدگی نامنظم (P ≤ ۰/۰۰۱) گزارش شده است. همین مطالعات نیز احتمال بیماری زمینه‌ای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک را با توجه به سایر علائم ذکر نموده‌اند (۱۶و۱۲). فراوانی آکنه در مطالعات دانشگاههای علوم پزشکی ایران و همدان به ترتیب ۶۴٪ و۵۰/۲٪ ذکر شده است که فراوانی ۴۹٪ در مطالعه این مرکز همخوانی دارد(۱۶و۱۲). ازدیاد حساسیت گیرنده‌های پوست به آندروژن در مناطق مبتلا به هیرسوتیسم که می‌تواند علل زمینه‌ای ایجاد هیرسوتیسم باشد ممکن است بروز آکنه را توجیه نماید (۶و۱). بیماری تخمدان پلی‌کیستیک که می‌تواند با یک‌یا چند علامت (اختلال قاعدگی، آکنه،هیرسوتیسم، آلوپسی آندروژنیک) تظاهر یابد، در افراد همچنان مطرح است(۶و۲).

مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی ایران، آلوپسی آندروژنیک در افراد هیرسوت را ۴۰٪ و مطالعه دیگری در مرکز بهداشتی درمانی فیروز آبادی ۵۲٪ ذکر کرده‌اند که با میزان ۵۰٪ در این مطالعه مشابه است (۱۶و۱۲). همسوئی مطالعات انجام شده می‌تواند علاوه بر مسائل نژادی، بدلیل مسائل زمینه‌ای واحتمال بیشتر سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با توجه به علائم بالینی این سندرم باشد. در مورد بررسی ارتباط هیپرتریکوز زمینه‌ای با هیرسوتیسم مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است که با توجه به ارتباط معنی‌دار بین هیرسوتیسم و هیپرتریکوز در این مطالعه نیاز به مطالعات دیگر را در سایر مناطق ایران نشان می‌دهد. در بررسی سابقه خانوادگی هیرسوتیسم، مطالعه‌ای در افراد هیرسوت در دانشگاه علوم پزشکی ایران، فراوانی سابقه خانوادگی مثبت را ۴۵/۵٪ ذکر کرده است(۱۶).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.4.1.4.6]

در مطالعه دیگری در دانشگاه علوم پزشکی همدان ۴۰/۷٪ از افراد هیرسوت سابقه خانوادگی مثبت را ذکر کرده اند ولی در مقابل فقط ۹/۶٪ از افراد بدون هیرسوتیسم، سابقه خانوادگی مثبت را داشته‌اند(۱۲).

این مطالعه هم ارتباط معنی‌داری را بین هیرسوتیسم و سابقه خانوادگی مثبت هیرسوتیسم نشان داده است($p<0/0001$).

همخوانی این مطالعات می‌تواند دلیل بر تأثیر مسائل نژادی و ارثی در بروز هیرسوتیسم باشد. با توجه به ارتباط معنی‌دار بین هیرسوتیسم و اختلال قاعدگی، آکنه، آلوپسی آندروژنیک، هیپرتریکوز و سابقه خانوادگی هیرسوتیسم علاوه بر مسائل ایدیو پاتیک و نژادی باید به ابتلاء زمینه‌ای افراد به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نیز توجه نمود که البته بررسیهای آزمایشگاهی و سونوگرافیک جهت اثبات نتیجه گیری ضروری می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات سرکار خانم دکتر نازیلا رضایی و خانم فرانک لکائی که در تهیه این مقاله همکاری فراوان نموده‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد.

****

References

1. Champion R , Burton J, Burns d, Breathnach S. Text book of dermatology, 6th ed, London , Blackwell Science LTD 1998; 4: 2895– 903.

2. Speroff l, Glass R, kase N. Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 6th ed, Lippincott Williams & Wilkins. Wolters Kluwer Co 1999; pp: 523 – 56.

3. Carmina E . prevalence of Idiopathic hirsutism . Eur J Endocrinol 1998; 139(4): 421– 3.

4. Demis D. Clinical dermatology. 18th ed. Philladelphia J.B. Lippincott Co 1991;1 (2): 27–9.

5. Fitz patrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen K. Dermatology in general medicine , 4th ed, New york , MCGrow Hill , Inc 1993; 1: 690– 4.

6. Wilson J, Foster D. Williams text book of endocrinology, 8 th ed , W.B Saunders Co 1992; pp:776– 80.

7. Odem R .Andrews' disease of the skin, clinical dermatology, 9th ed, Philadelphia , W.B Saunders Co 2000; pp: 964–7.

8. Asucion M, Culvo PM, San Millan JL, Sancho J, Avla S, Esceber Morreale Hf . A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected caucasian women from Spain . J Clin Endocrinol Metab 2000; 85(7): 2434- 8.

9. Gyzick D. Polycyctic ovary syndrome : symptomatology , pathophysiology and epidemiology. An J Obstet Gynecol 1998; 179 (6) : 589–3.

10. Farah l, lazenby AJ, Boots LR, Assiz R. Prevalence of polycyctic ovary syndrome in women seeking treatment fromy community electrologist. Alaboma professional electrology association study group, J. Reprodmal 1999; 44 (10): 8704.

11. Gupta S. polycystic ovarian syndrom : is commnunityence appropriate ? Int J Clin prot 1999; 53 (5): 359 – 62.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.4.1.4.6]

۱۳. رزاقی ز. بررسی ارتباط BMI با هیرسوتیسم و الگوی قاعدگی در مراکز بهداشتی درمانی فیروزآبادی در سال ۷۸ –۷۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران سال تحصیلی ۷۹ –۷۸ پایان نامه شماره ۱۳۱۲۳ ص:۹-٤۱.

14. Knochenhauer ES, Key IJ, Kahsar miller M, Wayyoner W, Boots LR , Azziz R. Prevalence of the polysystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern united states: a prospective study. J Clin Endocrinal Metab 1998; 83 (9): 3078 – 82.

15. Mcknight E. The prevalence of hirsutism in young women . lancet 1964 ; 410–12.

۱٦. بقائی ش . پر موئی . دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران – سال تحصیلی ۷۳ – ۱۳۷۲ پایان نامه ٦۰۰۳ – ص: ٥۷ – ٤٤.

*** آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، بخش داخلی، تلفن: ۲۲۲۳٥۹٤-۰۱۱۱.**

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.4.1.4.6]