

تخمندانها ، غدد فوق کلیوی ، عوامل هیپوفیزی و یا مصرف داروها بوجود می‌آید . ضمن اینکه می‌تواند با مشکلات جدیتری همچون نازائی و یا بدخیمی های غدد فوق نیز همراه باشد . لذا در برخورد با اینگونه بیماران به دو نکته اساسی فوق یعنی بیماری یابی و نیز رفع حالت ناخوشایند آن از نظر زیبایی که می‌تواند در سرنوشت خانمهای جوان موثر باشد توجه نمود . در برخورد با این بیماران توجه به وجود حالت مشابه در بستگان درجه ۱ ، وضعیت جثه (Body mass index) ، شدت و انتشار پر موئی و وجود آلوپسی و یا نازائی و سابقه مصرف دارو و همراهی آن با امراض غددی دیگر اهمیت پیدا میکند و در کاوشهای پاراکلینیک اندازه گیری تستوسترون سرم، پرولاکتین، کورتیزول ، $DHEA-SO_4$ و نیز سونوگرافی جهت وجود کیستهای تخمدان اهمیت پیدا میکند .

البته در اغلب موارد علت خاصی برای آن پیدا نشده و مساله فوق می‌تواند مشکل ارثی و نژادی باشد که جهت درمان موارد اخیر اپیلاسیون موها توصیه میشود .

تعریف : رشد موهای زیر با حالت مردانه را در خانمها به طور کلی یا نسبی هیرسوتیسم می‌نامند . این تغییرات وابسته به آندروژن بوده که نه فقط وابسته به تخمدان است بلکه تحت تاثیر عوامل سن ، دیانسفال ، غده هیپوفیز و غده فوق کلیه نیز قرار دارد (۱) .

روش مطالعه :

در ۱۰۷ خانم که با هیرسوتیسم مراجعه نموده بودند

بررسی هیرسوتیسم در ۱۰۷ بیمار

دکتر میرهادی عزیز جلالی *

خلاصه مقاله :

هیرسوتیسم در بسیاری از موارد يك مشکل زیبایی در خانمها بوده ولی در مواردی نیز بدنبال اختلالات هورمونی ناشی از یکسری مسائل هورمونی همانند بدکاری

کلرویدازپوکساید ، دیازپام ، اکسازپام ، آمی‌تریپتیلین ، تری‌فلوپرازین ، دیلانتین و فنوباربیتال و داروهای لاغرکننده بوده است . فقط ۱۰٪ بیماران مبتلا به هیرسوتیسم سیگاری بوده‌اند . در ۱۴٪ موارد بیماریهای دیگری نیز با هیرسوتیسم همراه بوده اندکه این بیماریها شامل گواتر ، سنگ کلیه ، عفونتهای مجاری ادراری ، اولسرپیتیک بودند . ضمناً " به جز ۱۴٪ فوق در ۴ مورد نیز نازائی وجود داشت و در ۵ مورد کیست یا ضخامت جدار تخمدان وجود داشت .

با مراجعه به جدول شماره ۱۱ در ۲۱٪ موارد افزایش تستوسترون سرم و در ۲۲٪ موارد افزایش پرولاکتین سرم و در ۹٪ موارد افزایش کورتیزول سرم و در ۹٪ موارد افزایش دی‌هیدرواپی آندوسترون دیون (D.H.E.A.) مشاهده گشت .

بحث :

تغییرات قابل توجه در میزان موهای طبیعی بدن تابع خصوصیات نژادی ، فامیلی یا ارثی غیر آندوکرینی است . هیرسوتیسم یکی از علل شایع مراجعه زنان به پزشک می‌باشد و در موارد نادری ممکن است علامت یک بیماری نئوپلاستیک شدید باشد . و به ندرت ممکن است حتی بعد از برداشتن تومور کاملاً " از بین برود . هرگاه هیرسوتیسم در مواقعی غیر از بلوغ آبستنی و یا مونوپوز بروز کند و با صفات مردانه چون تغییر صدا ، ریزش موهای سر و یا با بزرگی کلیتوریس همراه باشد و یا به طور ناگهانی عارض گردد ، واجد اهمیت بیشتری خواهد بود .

اندکسهای زیر مورد بررسی قرار گرفتند . سن ، وضعیت تاهل ، وضعیت قاعدگی ، تعداد حاملگی ، تناسب وزن به قد ، وجود ضایعات مشابه در فامیل درجه یک ، شدت پرموئی (صورت ، چانه ، بدن) ، وجود آلوپسی (کم‌موئی) در سر ، سابقه مصرف داروهای هورمونی ، سابقه مصرف داروهای عصبی ، مصرف سیگار ، وجود بیماریهای دیگر ، می‌یزان تستوسترون سرم ، میزان پرولاکتین سرم ، سطح کورتیزول سرم ، میزان دی‌هیدرواپی آندوسترون دیون (DHEA-SO₄) همچنین در موارد مشکوک سونوگرافی تخمدانها نیز به عمل آمد .

نتایج حاصله :

با بررسی یافته‌های بدست آمده معلوم شد که شایعترین سن مراجعه زنان مبتلا به هیرسوتیسم در ۹۳٪ موارد بین ۱۵-۳۵ سالگی بوده است . در ۳۳٪ موارد قاعدگی نامنظم بوده است . ۶۷٪ بیماران فوق مجرد بودند و از ۳۳٪ افراد متاهل ۷٪ دارای فرزند بودند . ۱۹٪ از بیماران چاق بودند . در ۵۷٪ موارد حالت مشابه (هیرسوتیسم) در فامیل درجه یک بیمار وجود داشت . از نظر محل پرموئی در ۴۶٪ موارد ، در چانه ، در ۱۳٪ موارد در چانه و بدن ، ۲۱٪ موارد در صورت ، در ۲۰٪ موارد در صورت و بدن دیده شد . در ۱۰٪ موارد نی‌ز آلوپسی همراه با هیرسوتیسم وجود داشت . ضمناً " در ۱۳٪ موارد سابقه مصرف داروهای هورمونی و در ۲۸٪ موارد سابقه مصرف داروهای اعصاب وجود داشته است . داروهای هورمونی شامل مدروکسی پروژسترون ، کلومیید و عصاره تیروئید بوده است . داروهای اعصاب شامل :

علل تخمدانی هیرسوتیسم عبارتند از تخمدان پلی کیستیک
تومور سلولهای ناف تخمدان آدنوبلاستوم و لوتئینی شدن
سلولهای تکال (۳) .

حداقل تحقیق درباره این بیماران تعیین میزان
کتواستروئید ادرار و تعیین میزان تستوسترون پلازما
می باشد . بیماران دچار اختلال غده فوق کلیه ، میزان ۱۷
کتواستروئید ادرارشان زیاد است در حالیکه تومورهای مولد
تستوسترون با ۱۷ کتاواستروئید طبیعی همراهند و تنها
میزان تستوسترون پلازما زیاد شده است (۴) .

وجود چاقی ، آمنوره و هیرسوتیسم همراه با افزایش
تستوسترون پلازما و افزایش میزان L . H یافته های
مفیدی در تائید وجود سندرم تخمدان پلی کیستیک به شمار
می روند . البته در مقابل همه این یافته ها ابتدا باید
مطمئن گردید که بیمار داروی آندروژنی مصرف نکرده باشد .
بعضی از داروها نظیر فنی توثین یا دیازوکساید و
مینوکسیدیل مانند بعضی از تومورهای بدخیم می توانند
موجب افزایش عمومی موی بدن گردند (۱) .

علل هیرسوتیسم (۱)

۱- ایدیوپاتیک

۲- اختلالات غدد فوق کلیه شامل :

الف - هیپرپلازی مادرزادی غدد فوق کلیه

ب - تومور فوق کلیه با حالت مرد زایی

ج - سندرم کوشینگ

د - بدکاری فوق کلیه

۳- اختلالات تخمدانی شامل :

الف - تومورهای تخمدانی مردزا

ب - سندرم تخمدان پلی کیستیک

ج - دیس ژنزی خالص تخمدانی

۴- اختلالات هیپوفیزی مثل آکرومگالی

۵- سندرم آکاردتایرز

۶- سندرم ترنر

۷- سندرم هرمافرودیسم کاذب مردانه

۸- هیرسوتیسمهای ناشی از داروها .

درمان :

از نظر درمانی در مواردی که ضایعات تومورال و کیستیک
در کار باشد مشاوره با جراح مربوطه لازم است . در مواردی که
ترشح بیش از حد هورمونهای مولد هیرسوتیسم وجود دارد
تجویز داروهای مهارکننده مناسب به کار گرفته می شود مثلاً
در موارد افزایش آندروژن ، از سایپروترون و استروژن
استفاده شده و در مواردی که افزایش کورتیزول سرم وجود
دارد ، از اسپیرونولاکتون (۶) و در موارد افزایش پرولاکتین ،
از بروموکریپتین استفاده میشود . در مواردی که اختلالات فوق
دیده نمیشود از اپی لایون موهای زائد جهت رفع حالت
ناخوشایند هیرسوتیسم استفاده میشود .

درصد	تعداد مبتلایان	گروه های سنی (سال)
۱	۱	< ۱۴
۵۵/۵	۶۰	۱۵ - ۲۵
۳۷/۵	۴۰	۲۶ - ۳۵
۴	۴	۳۶ - ۴۵
۲	۲	> ۴۶
۱۰۰	۱۰۷	جمع کل

جدول شماره ۱: ارتباط سن و هیپرسوتیسم

درصد بیمار	تعداد بیمار	وضعیت قاعدگی
۶۱	۷۱	منظم
۳۳	۳۶	غیر منظم
۱۰۰	۱۰۷	تعداد کل

جدول شماره ۲: وضعیت قاعدگی در بیماران مبتلا به هیپرسوتیسم

*در محل مطالعه، خانمهای بدون هیپرسوتیسم در فاصله سنی مشابه آن بی‌نظمی قاعدگی ۷٪ بوده است.

وضعیت تاهل	تعداد بیماران	درصد
مجرد	۷۱	۶۷
متاهل	۳۶	۳۳
جمع	۱۰۷	۱۰۰

جدول شماره ۳: وضعیت تاهل در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم

* از ۳۶ زن متاهل ۲۶ نفر دارای فرزند بودند *

تناسب وزن به قد	تعداد بیماران	درصد بیماران
متناسب	۸۶	۸۱
عدم تناسب	۲۱	۱۹
جمع	۱۰۷	۱۰۰

جدول شماره ۴: بررسی وزن در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم *

* میزان تناسب وزن به قد در خانمها از کتاب طب داخلی هاریسون اقتباس شده (Body mass index)

که تا ۱۰٪ فزونی نیز اغماض شده است *

درصد	تعداد بیماران	سابقه قدامی
۴۳	۴۶	وجود ندارد
۵۷	۶۱	وجود دارد
۱۰۰	۱۰۷	جمع کل

جدول شماره ۵: بررسی هیرسوتیسم در وابستگان درجه یک بیماران مورد مطالعه.

درصد	تعداد بیماران	محل ضایعه
۴۶	۴۹	چانه
۱۳	۱۳	چانه و بدن
۲۱	۲۳	مورت
۲۰	۲۲	صورت و بدن
۱۰۰	۱۰۷	جمع

جدول شماره ۶: بررسی محل ضایعه در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم.

وضعیت موهای سر	تعداد بیماران	درصد
آلوپسی تیپ مردانه	۱۰	۱۰
بدون ریزش مو	۹۷	۹۰
جمع	۱۰۷	۱۰۰

جدول شماره ۷: بررسی وضعیت موهای سر در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم

سابقه مصرف دارو	تعداد بیماران	درصد
داروهای اعصاب	۳۰	۲۸
داروهای هورمونی	۱۴	۱۳

جدول شماره ۸: بررسی سابقه مصرف دارو در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم

وضعیت مصرف سیگار	تعداد بیماران	درصد
افرادی که سیگار استعمال میکردند	۱۰	۹/۵
افراد بدون استعمال سیگار	۹۷	۹۰/۵
تعداد کل	۱۰۷	۱۰۰

جدول شماره ۹: بررسی مصرف سیگار در بیماران مبتلا به هیرسوتیسم

* در محل مطالعه و در فاصله سنی فوق ۵٪ بانوان غیر هیرسوت مراجعه نموده عادت به استعمال سیگار داشتند.

درصد	تعداد بیماران	بیماریهای همراه
۱۴	۱۵	وجود بیماریهای داخلی
۸۶	۹۲	عدم وجود بیماریهای داخلی
۱۰۰	۱۰۷	جمع

جدول شماره ۱۰: بررسی بیماریهای همراه با هیرسوتیسم

بیماریهای داخلی شامل: گواتر، سنگ کلیوی، عفونتهای کلیوی، اولسر پپتیک می باشند.

DHEA - SO ₄	کورتیزول	پرولاکتین	تستوسترون	نوع هورمون
۹	۹	۲۴	۲۲	تعداد غیر طبیعی
۸/۵	۸/۵	۲۲	۲۱	درصد غیر طبیعی

جدول شماره ۱۱: بررسی هورمون ها در سرم بیماران مبتلا به هیرسوتیسم

میزان تستوسترون طبیعی سرم ۰/۳ تا ۰/۹ نانوگرم در میلی لیتر (حداقل و حداکثر در بیماران ۱ و ۳ متوسط ۱/۵)
 میزان پرولاکتین طبیعی سرم ۱/۳ - ۲۳/۸ نانوگرم در میلی لیتر (حداقل و حداکثر در بیماران ۲۴/۷ و ۱۰۲ متوسط ۳۵/۴)
 میزان DHEA طبیعی ۸۲۰ - ۳۳۸۰ نانوگرم در میلی لیتر (حداقل و حداکثر در بیماران ۳۵۰۰ و ۶۷۳۵ متوسط ۴۳۷۶)
 میزان کورتیزول طبیعی ۸ - ۲۸ میکروگرم در ۱۰۰^{CC} (حداقل و حداکثر در بیماران ۲۸/۱ و ۳۳ متوسط ۳۱)

SUMMARY

Investigation of Hirsutism in 107 Patients

Dr. Mir Hadi Aziz Jalali. Department of Dermatology, Razi Hospital Gilan University of Medical Sciences.

Today hirsutism is one of the problems of patients referring to dermatologic & Endocrinologic clinics.

In 107 hirsute women the following indexes were investigated: age, marital status, menstruation rate of fertility, weight, similar problems in first grade relatives, distribution of hirsutism (face, chin, chest), alopecia, history of using drugs such as hormones psychotropics habit of smoking, coincident diseases, measurement of serum testosterone, prolactin, cortisol and dehydroepiandrosteronedione levels and in suspicious cases sonography of ovaries is performed. From statistical analysis, Age distribution in 93% were between 15 - 35, menstruation irregularity 33% and unmarried cases 67% and from 33% married hirsutes, 70% had children, 19% were obese and in 57% similar problem could be seen in first grade relatives of patients. Distribution of hirsutism was 46% in chin 13% in mandible and chin 21% in facial region. and 20% in chest and facial area. Alopecia in 10% could be considered coincidentally, in 13% of cases history of using drugs such as hormones (medroxyprogesteron, Clomiphene, thyroid extract), and psychotropics (chlordiazepoxide, diazepam, Amitriptyline, Trifluoperazine, phenytoin and phenobarbital) were positive.

Only 10% of patients were smoker, in 14% of cases history of other diseases such as goiter, renal calculus, urinary tract infection peptic ulcer, could be found.

Also 4 cases of these hirsutes were suffering of infertility and in 5 cases ovarian cysts or thickening of its surfaces detected from Laboratory tests. Increasing of testosterone (21%), prolactin (22%) cortisol (9%), and D.H.E.A. (9%) were considered.

No hormonal abnormality were detected in 43 of 107 cases in our study.

REFERENCES

- 1/ Arthur rook DS , textbook of dermatology , 4th Ed , Wilkinson, 1988 : 1964 - 1971 .
- 2/ Kutten F , Couillin P , et al ., Late onset adrenal hyperplasia in hirsutism . N Eng J Med . 313 : 224 , 1985 .
- 3/ Speroff L , et al ., Hirsutism in clinical and Gynecologic endocrinology and infertility , Baltimore , williams & wilkins , 1983 : P . 201.
- 4/ Kverdar Jc . et al ., Hirsutism , evaluation and treatment , J . AM . Acad , 1985 , 12- 215.
- 5/ Harrison , Principle of internal medicine , 1991 , 12th Ed , 301 - 304 .
- 6/ Souhami RL , Moxham J , Textbook of medicine , 1990 : P . 25 .
- 7/ Cumming DC , et al ., Treatment of Hirsutism with spironolacton J A MA, 1987: 247 -1295.

