عملکرد اختلالات غده تیروئید در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا مراجعه کننده به بیمارستان سینا همدان

دکتر اکرم انصار✦ دکتر محمود فرشچیان✦ دکتر ابوالفضل خیراندیش✦✦

یافته / سال پنجم / شماره ۱۸

چکیده

مقدمه : آلوپسی آرئاتا از جمله شایعترین بیماریهای پوستی است که حدود ۱٪ افراد جمعیت را درگیر می کند . علاوه بر این همراهی آلوپسی آرئاتا با بسیاری از بیماریهای خودایمنی دیگر گزارش شده است که لزوم معاینه و بررسی دقیق این بیماران را می رساند. از جمله شایعترین بیماریهای همراه آلوپسی آرئاتا بیماریهای خود ایمنی تیروئید است. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اختلالات عملکرد غده تیروئید در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا مراجعه کننده به بیمارستان سینا همدان طی سالهای ۸۰-۷۹ انجام شده است.

مواد و روشها : این پژوهش یک بررسی توصیفی آینده نگر است که جامعه آماری آن را کلیه بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا مراجعه کننده به درمانگاه و بخش پوست بیمارستان سینا همدان طی سالهای ۸۰-۷۹ (۲۰۰ نفر) تشکیل می دهد. بعد از تشخیص بالینی، برای کلیه بیماران آزمایشهای عملکرد غده تیروئید درخواست شد و سپس این نتایج به همراه یافته های بالینی بیماران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها : ۴۶/۸٪ بیماران مرد و ۵۳/۲٪ زن بودند و سن متوسط بیماران ۲۴ سال بود. ۸/۷۷٪ بیماران همزمان اختلال عملکرد غده تیروئید داشتند که در همه آنها از نوع هیپوتیروئیدی بود. در زنان مبتلا به آلوپسی آرئاتا شیوع هیپوتیروئیدی ۱۳/۶۷٪ و در مردان مبتلا به آلوپسی آرئاتا شیوع هیپوتیروئیدی ۳/۸۸٪ بود.

نتیجه گیری : شیوع هیپوتیروئیدی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا خصوصا" در زنان مبتلا قابل توجه است؛ لذا توصیه می شود در کلیه بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا تستهای عملکرد غده تیروئید انجام گیرد.

واژه های کلیدی: آلوپسی آرئاتا، هیپرتیروئیدی، هیپو تیروئیدی

✦ دانشیار گروه پوست دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان
✦✦ دستیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی همدان

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

آلوپسی آرئاتا از جمله شایعترین بیماریهای پوستی است که بصورت مناطق فاقد مو، هر سطح مودار بدن را ممکن است درگیر کند؛ اما شایعترین محل درگیری اسکالپ است. حدود ۱٪ افراد جامعه تا سن ۵۰ سالگی به آن دچار می شوند(۲،۱). ۶۰٪ مبتلایان اولین بار زیر ۲۰ سال به این بیماری دچار می شوند (۲) که خود این نکته اهمیت بیماری را بیشتر می کند؛ زیرا کودکان و نوجوانان حساس تر هستند و اثرات منفی روانی و شخصیتی در این گروه شدیدتر است. در اکثر مطالعات انجام شده شیوع این بیماری در هر دو جنس یکسان بوده است (۱،۳). تقسیم بندی های مختلفی برای این بیماری وجود دارد . در یک تقسیم بندی ساده بیماران را به دو دسته خفیف[1] (ریزش موی سر کمتر از ۲۵٪) و شدید[2] (ریزش موی سر بیش از ۲۵٪) تقسیم می کنند(۲). در تقسیم بندی های دیگر بیماران را به چهار دسته تقسیم می کنند. ۱- Patchy Alopecia Areata که بصورت پچ های منفرد یا متعدد می باشد. ۲- آلوپسی توتالیس که کل موهای سر ریخته است . ۳- آلوپسی یونیورسالیس که کل موهای بدن ریخته است ۴- فرم افیازیس که ریزش مو بصورت یک نوار مناطق Parieto-temporo-occipital را درگیر می کند (۱،۳).

علت دقیق این بیماری مشخص نیست؛ ولی همراهی آن با بیماریهای خود ایمنی دیگر از جمله بیماری های تیروئید ، ویتیلیگو ، دیابت ، آدیسون و . . . باعث شده است برای این بیماری نیز علت خود ایمنی درنظر گرفته شود (۳،۱).

سیر بیماری به هیچ وجه قابل پیش بینی نیست و ممکن است سیر سریع یا آهسته داشته باشد و ممکن است با بهبودی کامل یا ریزش همه موهای بدن یا حالات بینابینی همراه باشد(۲،۱). در اشکال خفیف پیش آگهی خوب است و رشد مجدد مو حتی بدون درمان اکثرا" در کمتر از یکسال رخ می دهد؛ ولی در انواع شدید بیماری درمانهای رایج زیاد موثر نیستند. خصوصا در موارد همراه با آتوپی ، وجود بیماریهای خود ایمنی دیگر ، سابقه خانوادگی آلوپسی آرئاتا ، سن شروع پائین ، دیستروفی ناخن ، فرم افیازیس ، از دست دادن وسیع مو و گذشت بیش از ۵ سال از ریزش مو و در پیش آگهی بیماری خوب نیست (۴،۲،۱).

با توجه به فراوانی یک درصدی آلوپسی آرئاتا در جامعه و با توجه به اینکه به نظر می رسد همراهی بیماریهای تیروئید با آلوپسی آرئاتا نسبت به سایر بیماریهای خود ایمنی شایع تر است بر آن شدیم که مطالعه ای در این زمینه انجام دهیم .

مواد و روشها

بررسی حاضر یک مطالعه توصیفی آینده نگر است که بر روی ۲۲۰ بیمار مبتلا به آلوپسی آرئاتا مراجعه کننده به بیمارستان سینا همدان طی سالهای ۸۰-۷۹ انجام شده است . بدین صورت که بعد از تشخیص بالینی بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا برای تمامی آنها آزمایشات عملکرد تیروئید (شامل TsRu, TSH, T 4, T 3) درخواست شد و سپس بیماران با توجه به نتایج آزمایش به سه دسته هیپوتیروئید ، یوتیروئید و هیپرتیروئید تقسیم شدند.

همچنین جنس و سن بیماران، وسعت درگیری و محل شروع درگیری نیز ثبت شد. اطلاعات که با استفاده از آمارهای توصیفی، تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده کم سن ترین آنها ۵ سال و مسن ترین آنها ۶۵ ساله بودند و سن متوسط ۲۴ سال بود. شایعترین گروه سنی درگیر، گروه سنی ۱۹-۱۰ سال بود. ۴۶/۸٪ بیماران مرد و ۵۳/۲٪ زن بودند. همچنین ۹۰/۹٪ بیماران یوتیروئید و ۹/۱٪ بیماران هیپوتیروئید بودند و هیچ موردی از هیپرتیروئیدی مشاهده نشد. جداول شماره ۱ و ۲ فراوانی اختلالات تیروئید را بر حسب وسعت و اولین محل درگیری نشان می دهد (جداول ۱ و ۲).

1. Mild 2. Severe

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول شماره ۱ ـ فراوانی اختلالات تیروئیدی در بیماران مبتلا به آلوپشیا آرئاتا مراجعه کننده به درمانگاه و بخش پوست بیمارستان سینا بر حسب وسعت درگیری در سال ۸۰-۱۳۷۹

وسعت درگیری / وضعیت تیروئید	لکه منفرد تعداد (درصد)	لکه های متعدد تعداد (درصد)	حاشیه سر تعداد (درصد)	تمام سر تعداد (درصد)	تمام بدن تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
یوتیروئید	۳۹ (۱۹/۴)	۱۲۶ (۶۲/۷)	۹ (۴/۵)	۱۷ (۸/۵)	۱۰ (۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
هیپوتیروئید	۵ (۳۵)	۱۱ (۵۵)	۰ (۰)	۴ (۲۰)	۰ (۰)	۲۰ (۱۰۰)
جمع	۴۴ (۱۹/۹)	۱۳۷ (۶۲)	۹ (۴/۱)	۲۱ (۹/۵)	۱۰ (۴/۵)	۲۲۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۲ ـ فراوانی اختلالات تیروئیدی در بیماران مبتلا به آلوپشیا آرئاتا مراجعه کننده به درمانگاه و بخش پوست بیمارستان سینا بر حسب محل درگیری در سال ۸۰-۱۳۷۹

اولین محل درگیری / وضعیت تیروئید	سر تعداد (درصد)	ابرو تعداد (درصد)	مژه تعداد (درصد)	سبیل و ریش تعداد (درصد)	سایر نواحی تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
یوتیروئید	۱۶۰ (۷۴/۴)	۱۹ (۸/۸)	۳ (۱/۴)	۲۴ (۱۱/۲)	۹ (۴/۲)	۲۱۵ (۱۰۰)
هیپوتیروئید	۲۰ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۰ (۱۰۰)
جمع	۱۸۰ (۷۶/۶)	۱۹ (۸/۱)	۳ (۱/۳)	۲۴ (۱۰/۲)	۹ (۳/۸)	۲۳۵ (۱۰۰)

در این مطالعه در ۵۶٪ بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا اختلالات ناخنی (خصوصاً Pitting) مشاهده شد که در ۷٪ بیماران شدید و بصورت اونیکودیستروفی بود. در ۵۹٪ بیماران (بیش از یک چهارم موارد) سابقه خانوادگی مثبت وجود داشت. همچنین از ۳۱ بیمار مبتلا به فرمهای شدید (آلوپسی توتالیس و یونیورسالیس) ۱۷ بیمار Nuchal nevus flammeus داشتند.

بحث

در این مطالعه شایعترین گروه سنی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا (هر دو گروه هیپوتیروئید و یوتیروئید) دهه دوم زندگی بود که با اکثر آماری موجود (۱،۲،۵) منطبق است. همچنین درگروه یوتیروئید اختلاف مشخص جنسی وجود نداشت؛ که با آمارهای موجود منطبق است (۱،۵،۷)؛ ولی در گروه هیپوتیروئید نسبت ابتلا در زنان به مردان حدود ۴ برابر بود. بطوریکه ۸۰٪ بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا و هیپوتیروئیدی زن و فقط ۲۰٪ مرد بودند. در این مطالعه نیز مثل اکثر مطالعات قبلی (۶،۲،۱) اکثر بیماران در هر دو گروه یوتیروئید و هیپوتیروئید شروع بیماری خود را از اسکالپ ذکر می کردند؛ ولی برعکس مطالعات قبلی که اکثر بیماران دچار لکه منفرد بودند (۳،۷) در این مطالعه اکثر بیماران دچار لکه های متعدد بودند. در این مطالعه مشکل تیروئیدی غالب در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا هیپوتیروئیدی بود و هیچ موردی از هیپرتیروئیدی مشاهده نشد. میزان هیپوتیروئیدی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا ۹/۱٪ بود که با مطالعات قبلی که حدود ۸ تا ۲۴٪ گزارش شده، منطبق است (۶،۵،۳،۱). همچنین در مطالعات مختلفی که در دنیا صورت گرفته شیوع اختلالات تیروئید در جامعه حدود ۲٪ (۱٪ هیپوتیروئید و ۱٪ هیپرتیروئید) است (۸). همچنین در مطالعه ای که توسط دکتر فریدون عزیزی و همکارانش در سطح دانش آموزان استان همدان انجام شده است از ۱۰۸ کودک که مورد آزمایش تست عملکرد غده تیروئید قرار گرفته اند جملگی آزمایشات در حد طبیعی داشتند (۹) بنابراین شیوع ۹/۱٪ اختلالات عملکرد غده تیروئید در بیماران آلوپسی آرئاتا مسئله قابل تعمقی بنظر می رسد.

با توجه به همراهی قابل توجه ۹/۱ درصدی اختلالات عملکرد غده تیروئید در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا (۱۳/۶۷٪ زنان و ۳/۸۸٪ مردان) توصیه می گردد تمام بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا خصوصاً زنان و کودکان (زنان به خاطر شیوع بیشتر هیپوتیروئیدی و کودکان بخاطر اهمیت عملکرد صحیح تیروئید در رشد و بلوغ) از نظر آزمایشات عملکرد غده تیروئید مورد بررسی قرار بگیرند و در صورت مشاهده هر گونه اختلال عملکرد غده تیروئید تلاش در جهت درمان آن صورت بگیرد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-02]

References

1. Madani S , Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol, 2000; 42: 549-66
2. Fiedler VC. Alopecia areata and other non scaring alopecia. In : Ardnt KA , Leboit PE , Robinson JK , et al (eds). Cutaneous medicine and surgery . Philadelphia : W.B. Saunders, 1996; pp:1269-1279
3. Daeber RPR, Berker DD, and Wojnarowska F. Disorders of hair. In: Champion RH , Burton JL, Burns DA , et al (eds). Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell science, 1998; pp: 2919-2927
4. James WD. Disease of skin appendages. In: Odom RB , James WD , Berger TG. Andrews disease of the skin. Philadelphia : W.B. Saunders, 2000; pp: 943-945
5. Sharma VK , Sialy R, Kumar B, et al. Evaluation of thyroid function in north Indian with alopecia areata. Northern India Int J Dermatol, 1999; 26(6): 339-48
6. Nanda A. Alopecia areata in children . JEADU, 2001 Nov; Supll: 186-187
7. Olsen EA. Hair disorders. In: Freedberg IM , Elson AZ , Wolft K , et al (eds). Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. New York : Mc graw-Hill, 1999; pp: 734-39
8. Jameson JL , Weetman AP. Disorders of thyroid gland. In: Brounwald E , Fauei , Hauser SL , et al (eds). Harrison's principles of internal medicine. New York: Mc graw-Hill, 2001; pp: 2060-2064
۹- عزیزی، ف؛ شیخ الاسلام، ر؛ هدایتی و همکاران. پایش شیوع گواتر و ید ادراری در دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله استان همدان در سال ۱۳۷۵. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان،شماره ۳، ۱۳۸۰ صص: ۵۸-۵۳

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-02]