

## دکتر سرورالزمان فامیلی

استادیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**یافته‌ها:** در گروه بیمار ۹ مورد اختلال عملکرد تیروئید (۱۲/۹٪) و در گروه شاهد یک مورد (۱/۴٪) این اختلال مشاهده گردید که این اختلاف با آزمون Fisher's exact معنی دار بود. ( $P < 0/05$ )  
**نتیجه‌گیری:** اختلالات عملکرد غده تیروئید در بیماران مبتلا به وییلیگو از افراد سالم شایع‌تر است.  
**واژه‌های کلیدی:** وییلیگو، بیماریهای تیروئید، هیپرتیروئیدی، هیپوتیروئیدی

**مقدمه:** وییلیگو یک بیماری پوستی با اختلال در پیگمانتاسیون پوستی می‌باشد که می‌تواند همراه با اختلالات عملکرد غده تیروئید باشد.  
**هدف:** هدف از انجام این مطالعه بررسی اختلالات غده تیروئید در بیماران وییلیگو بوده است.  
**بیماران و روش‌ها:** در این مطالعه مورد-شاهد، هفتاد بیمار وییلیگویی از هر دو جنس و سنین مختلف با گروه شاهد سالم متجانس از نظر آزمایش‌های عملکرد غده تیروئید مقایسه شد.

### مقدمه

مطرح شدن تئوری اتوایمون بودن بیماری وییلیگو، همراهی این بیماری با سایر بیماریهای اتوایمون می‌باشد (۶ و ۵) زیرا میزان بروز بیماری وییلیگو در بیماری‌های اتوایمون حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد در مقایسه با یک درصد در جمعیت سالم می‌باشد (۷ و ۵). یکی از بیماریهای اتوایمون همراه با وییلیگو اختلالات غده تیروئید می‌باشد که در ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران وییلیگویی گزارش شده است (۶ و ۲).

با توجه به شیوع بیماری وییلیگو و همراهی آن با اختلالات غده تیروئید، در این مطالعه به بررسی این اختلال در هفتاد بیمار وییلیگویی پرداختیم.

### بیماران و روش‌ها

در این مطالعه مورد-شاهد که در طول یکسال صورت گرفت، هفتاد بیمار وییلیگویی در سنین مختلف و از هر دو جنس بدون توجه به وجود یا عدم وجود علائم

وییلیگو یک بیماری پوستی شناخته شده از هزاران سال قبل می‌باشد که تظاهر اصلی آن اختلال در پیگمانتاسیون پوست است. این بیماری با لکه‌های سفید رنگ مشخص می‌شود که اغلب بوسیله یک حاشیه هیپریگمانته احاطه شده است و موهای آن نواحی نیز معمولاً سفید می‌شوند (۱). این بیماری گاهی سبب مشکلات روانی و اجتماعی برای بیمار می‌شود. با اینکه علت آن مشخص نمی‌باشد ولی عوامل مساعدکننده از جمله عواملی وراثتی وجود دارند (۲) تقریباً در ۳۰ درصد بیماران سابقه خانوادگی مثبت است. بجز عوامل وراثتی سه فرضیه دیگر هم در این بیماری مطرح گردیده‌اند که شامل فرضیه‌های عصبی، خودتخریبی و اتوایمون می‌باشد (۳ و ۴). اساس

مؤلف مسئول: دکتر سرورالزمان فامیلی - مشهد، بیمارستان قائم، بخش پوست

یک مورد اختلال بصورت هیپرتیروئیدی مشاهده گردیده است (۱/۴٪). ۵ نفر از ۷ مورد هیپرتیروئید زن و دو نفر مرد بودند. از این پنج نفر بیمار زن چهار نفر در لمس دارای تیروئیدی بزرگ تا دو برابر اندازه طبیعی بودند و در یکی از آنها اوفتالموپاتی هم مشاهده شد. دو مورد هیپرتیروئید زن بودند. با آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی داری در مقایسه گروه بیمار با گروه شاهد مشاهده شد ( $P < 0.05$ ).

### بحث

بیماری ویتیلیگو بیماری نسبتاً شایعی می باشد و تقریباً در یک تا دو درصد افراد جامعه دیده می شود (۸ و ۹). در پنجاه درصد موارد بیماری در زیرسن بیست سالگی شروع می شود (۱۰). در این بررسی هم شایع ترین سن شروع ۲۱-۳۰ سالگی بوده است. شایع ترین محل های درگیر صورت و اندامها می باشند (۱ و ۹) که در این بررسی هم تأیید شده است.

علت بیماری شناخته شده نیست ولی یکی از عوامل مطرح شده ارثی بودن آن است (۲ و ۳ و ۹). در ۲۵ تا ۴۰ درصد موارد سابقه خانوادگی مثبت وجود دارد (۳). در بررسی صورت گرفته هم میزان سابقه خانوادگی مثبت ۳۴/۳ درصد بوده است.

عوامل دیگری که در پاتوژنز این بیماری به آن توجه شده است فرضیه های عصبی، خودتخریبی و اتوایمون می باشد (۶ و ۴ و ۲). اساس تئوری اتوایمون همراه بودن ویتیلیگو با بیماری های اتوایمون دیگر از قبیل هیپرتیروئیدیسم، هیپوتیروئیدیسم، آنمی پرنیسیوز، آدیسون، دیابت شیرین، میاستنی گراو، آلکوپسی آراتا، هالونووس و ملانوم بدخیم می باشد (۱۲ و ۱۱ و ۲).

از طرف دیگر دیده شده است که در هشتاد درصد بیماران مبتلا به ویتیلیگو آنتی بادی هایی بر علیه آنتی ژن های شایع بافتی و آنتی ژن های اختصاصی سلول های ملانوسیت وجود دارد و حتی آنتی بادی هایی بر علیه تیروزیناز هم یافت

گرفتند. ابتدا فرم هایی که حاوی مشخصاتی از قبیل جنس، سن، زمان شروع بیماری، سابقه فامیلی، محل ضایعه در شروع، وضعیت غده تیروئید در لمس، آزمایشات خونی بوده تنظیم می گردید. سپس آزمایش خون جهت آزمون های عملکرد غده تیروئید درخواست گردیده و نتیجه آن در فرم مورد نظر ثبت می گردید. آزمایشات خونی درخواست شده شامل TSH, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>3</sub>RU و FTI بود. در ضمن یک گروه شاهد سالم هم انتخاب شدند که سابقه هیچ نوع بیماری پوستی و یا بیماری های سیستمیک را نداشتند. این گروه از نظر تعداد، سن و جنس با نمونه های گروه بیمار تجانس داشت. سپس آزمایشات خونی از نظر بررسی اختلال تیروئید در این گروه هم انجام و نتیجه آن در فرم های جداگانه دیگری ثبت گردید. اطلاعات بدست آمده در اختیار نرم افزار رایانه قرار داده شده و تجزیه و تحلیل آنها توسط آزمون دقیق فیشر Fisher's Exact Test صورت گرفت.

### یافته ها

۷۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو در طول یکسال مورد بررسی قرار گرفتند. سن بیماران از دهه اول تا هفتم متفاوت بوده است ولی شایع ترین سن ابتلاء ۲۱-۳۰ سالگی بوده است. تعداد موارد زنان ۳۹ مورد (۵۵/۷٪) و تعداد موارد مردان ۳۱ مورد (۴۴/۳٪) و نسبت ابتلای زنان به مردان  $\frac{1/21}{1}$  بود. شایع ترین محل های ابتلا صورت و اندام بوده است زیرا ۳۲ درصد بیماران درگیری سر و گردن و ۲۴ درصد بیماران درگیری اندامها را داشته اند. بقیه مناطق درگیر به ترتیب تنه، ناحیه تناسلی و زیربغل بوده است. ۳۴/۳٪ بیماران سابقه فامیلی مثبت داشته اند که از این میان ۵۰٪ سابقه مربوط به فامیل های درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر) و ۵۰٪ مربوط به فامیل های درجه دو و بیشتر بوده است.

در این مطالعه ۹ مورد اختلال تیروئید در هفتاد نفر گروه بیمار مشاهده شد (۱۲/۹٪) که ۷ مورد هیپرتیروئید و ۲ مورد

در ۷۰ نفر فقط یک مورد هیپرتیروئیدی مشاهده گردید که این اختلاف با آزمون دقیق فیشر معنی دار بود ( $P < 0.05$ ). البته برای اثبات نظریه اتوایمون بودن بیماری ویتیلیگو بایستی آنتی‌بادیهای مختلفی از قبیل آنتی‌بادیهای ضد میکروزومال سلولهای تیروئید و آنتی‌بادیهای ضد تیروگلوبولین را بررسی کرد. ولی متأسفانه بررسی این آنتی‌بادیها مقدور نبود و لذا تنها اختلال در آزمون‌های عملکرد غده تیروئید مورد بررسی قرار گرفت. ولی با توجه به اینکه در ۴ بیمار از ۷ بیمار مبتلا به هیپرتیروئیدی بزرگی تیروئید در یک مورد حتی اوفتالموپاتی هم مشاهده شد (که بیشتر به نفع بیماری گریوز است که یک بیماری اتوایمون تیروئید می‌باشد)، این یافته‌ها در کل می‌تواند تأییدی بر نظریه اتوایمون بودن ویتیلیگو باشد. البته میزان  $7/12/85$  اختلال تیروئید در گروه بیمار کمتر از میزان ذکر شده در سایر مطالعات می‌باشد که به احتمال قوی علت آن عدم بررسی آنتی‌بادیها می‌باشد. امید است که در آینده این بررسی هم صورت گیرد.

## منابع

1. Bleehen SS. Disorders of skin colour. In: Champion Rh, Burton JL, Burns DA, et al(eds). Textbook of dermatology. London: Blackwell Science, 1998:1802-1805.
2. Kovacs SO. Vitiligo. J Am Acad Dermatol 1998; 38:647-66.
3. Cumming M, Nordlund JJ. Vitiligo. In: Demis DJ(ed). Clinical dermatology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; unit 11-33:1-16.
4. Mozzanica, Frigerio U, Finzi AF, et al. T cell subpopulations in vitiligo: a

سلولهای پارینال معده و سلولهای غده فوق کلیه هم گزارش شده است.

از میان بیماریهای اتوایمون متعددی که همراه با ویتیلیگو دیده شده‌اند، اختلالات غده تیروئیداز همه شایع‌تر بوده است که در ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران ویتیلیگویی بصورت هیپرتیروئیدیسم، هیپوتیروئیدیسم، بیماری گریوز، گواترتوکسیک و تیروئیدیت دیده می‌شود (۵). از سوی دیگر میزان شیوع بیماری ویتیلیگو را در افراد با اختلالات تیروئید ۶۲-۱۲/۵٪ ذکر کرده‌اند (۱۴ و ۱۳ و ۵). در هفت درصد بیماران مبتلا به بیماری گریوز ویتیلیگو گزارش شده است (۱۵ و ۵).

در مطالعه حاضر بر روی هفتاد بیمار ویتیلیگو، ۹ مورد اختلال تیروئید مشاهده گردید که ۷ مورد آنها اختلال بصورت هیپرتیروئیدی بود. پنج نفر از این بیماران زن و دو نفر مرد بودند. از پنج بیمار زن با هیپرتیروئیدی چهار نفر بزرگی غده تیروئید (یک مورد همراه با اوفتالموپاتی) داشت و هر چهار نفر در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. در نفر از گروه بیمار اختلال تیروئید را بصورت

chronobiologic study. J Am Acad Dermatol 1990; 22: 223-30.

5. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, et al. Hypomelanoses and hypermelanoses. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al(eds). Dermatology in general medicine.
7. Cunliffe WJ. Vitiligo, thyroid disease and autoimmunity. Br J Dermatol 1968; 80:135-39.
8. Grimes PE. Diseases of hypopigmentation. In: Sams MW, Lynch PJ (eds). Principles and practice of

- dermatology. New York: Churchill Livingstone, 1990:821-26. New York: McGraw-Hill, 1999:949-60.
9. Arnold HL, Odom RB, James WD (eds). Andrews' diseases of the skin. Philadelphia: WB Saunders, 1990:1000-1003.
10. Boissy Re, Nordlund JJ. Vitiligo. In: Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1996:1210-12.
11. Habif TP (eds). Clinical dermatology. St Louis, Mosby, 1995:619-20.
12. Korkij W. Tissue specific autoantibodies and autoimmune disorders in vitiligo and alopecia areata. J Cutan Pathol 1984; 11: 522-30.
13. Muto M, Furumoto H. Successful treatment of vitiligo with a sex steroid-thyroid hormone mixture. J Dermatol 1995; 22: 770-72.
14. Becker KI. Principles and practice of endocrinology and metabolism. Philadelphia: Lippincott, 1995:1309, 1532-1533, 1832-1840.
15. Foster W, Williams K. Textbook of endocrinology. Philadelphia: Saunders, 1998: 389-517.
16. Barona MI, Arrunategai A. An epidemiologic case control study in a population with vitiligo. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 621-25.