

دکتر حسن عدالتخواه^۱، فیروز امانی^۲، دکتر گیتی رضایی^۳ فر

۱- استادیار، گروه پوست، ۲- مربی، گروه آمار زیستی، ۳- پزشک عمومی؛ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

و با استفاده از آمار توصیفی در قالب جداول فراوانی و فراوانی نسبی و آمار تحلیلی در قالب آزمونهای ANOVA، X^2 در نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شیوع ملاسما در بین زنان شرکت کننده در مطالعه ۳۹/۵٪ بود. ۹/۵٪ از زنان حامله بودند. انتشار پیگمانتاسیون عمدتاً بصورت centrofacial (۶۴/۷٪) بود و در ۴۰/۸٪ موارد سابقه مثبت خانوادگی وجود داشت.

نتیجه گیری: ملاسما بیماری شایعی در اردبیل بوده و مطالعات تکمیلی برای یافتن علت و درمان آن مورد نیاز می باشد.

واژه‌های کلیدی: ملاسما، شیوع ملاسما، الگوی بالینی ملاسما

فصلنامه بیماریهای پوست، زمستان ۱۳۸۲؛ ۲۶: ۷۷-۷۲

مقدمه: ملاسما به طرحی از پیگمانتاسیون ناحیه صورت اطلاق می شود که لب فوقانی، گونه‌ها، پیشانی و چانه را درگیر می کند. بیماری عمدتاً در خانمهای ۳۰-۵۵ سال دیده می شود و ممکن است یک تغییر فیزیولوژیک دوره حاملگی باشد. ماهیت دقیق اتیولوژیک ملاسما هنوز ناشناخته مانده است.

هدف: بررسی میزان شیوع ملاسما در زنان شهر اردبیل. **روش اجرا:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد که در سال ۱۳۸۱ انجام شده است. روش نمونه گیری بصورت خوشه‌ای بود که در آن تعداد ۸۵۵ نفر از زنان شهر اردبیل در محدوده سنی ۱۲-۸۵ سال از ۸۵۵ خانوار واقع در ۲۵ پایگاه بهداشتی در کل شهر اردبیل انتخاب شدند (از زنان بالای ۱۱ سال، هر خانوار یک نفر به طور تصادفی). سپس اطلاعات مورد نیاز بر اساس پرسشنامه طراحی شده از قبل، جمع آوری

مقدمه

ملاسما به طرحی از پیگمانتاسیون ناحیه صورت اطلاق می گردد که عمدتاً در خانمها دیده می شود و ممکن است یک تغییر فیزیولوژیک دوره حاملگی باشد. در ایجاد ملاسما مکانیسم‌های آندوکراین دخیل بوده ولی ماهیت دقیق آن هنوز ناشناخته مانده است. این طرح از پیگمانتاسیون در

لب فوقانی، گونه‌ها، پیشانی و چانه دیده شده و به دنبال تماس با نور آفتاب واضح تر می شود. رنگ این نواحی قهوه‌ای بوده، دو طرفه و اغلب متقارن هستند. قرص‌های ضد حاملگی از علل مهم ایجاد ملاسما است (۱، ۲). وجود این بیماری در ۵۰٪ تا ۷۰٪ خانمهای حامله (۳-۵) و ۸٪ تا ۲۹٪ خانمهایی که از قرصهای ضد حاملگی استفاده می کنند گزارش شده است (۱، ۶). شایعترین طرح بالینی ملاسما انتشار مرکز صورتی (centrofacial) می باشد که در

مؤلف مسئول: دکتر حسن عدالتخواه - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، گروه پوست

شامل مشخصات فردی، محل ضایعات و علل ایجادکننده ملاسما (برای مثال در طی حاملگی، خود به خودی یا تماس بیش از حد با نور خورشید) و همچنین عوامل مرتبط از جمله همراهی آکنه، هیرسوتیسم و ریزش موی آندروژنیک طراحی شده و تحقیقات طی ۴ ماه با مراجعه به منازل و تکمیل پرسشنامه بوسیله مصاحبه و معاینه پوست صورت برای یک نفر از زنان بالای ۱۱ سال هر خانوار به طور تصادفی، انجام شد. نمونه گیران از کاروزان پزشکی که دوره اترنی بخش پوست را سپری کرده بودند انتخاب شده و آموزش لازم جهت تشخیص بالینی ضایعات ملاسمایی به این افراد داده شد.

الگوی انتشار ضایعات در نواحی مختلف صورت، طبق تعاریف زیر در نظر گرفته شد:

الگوی سترو فاشیال: انتشار در پیشانی، بینی، گونه‌ها و لب فوقانی و چانه،

مالار: انتشار در بینی و گونه‌ها،

مندیبولار: انتشار در راموس مندیبول.

برای بررسی شیوع ملاسما به تفکیک سن، سابقه مصرف دارو و سایر متغیرها از آمار توصیفی به صورت جداول فراوانی و فراوانی نسبی و جهت بررسی ارتباط بین تک تک متغیرها با شیوع ملاسما به تفکیک نوع متغیر از آزمونهای آماری نظیر X^2 و ANOVA استفاده گردید.

یافته‌ها

در این طرح، ۸۵۵ نفر از زنان بالای ۱۱ سال خانوارهای شهر اردبیل (از هر خانوار به طور تصادفی یک نفر) از نظر وجود یا عدم وجود ملاسما معاینه شدند. از این تعداد ۳۳۸ نفر (۳۹/۵٪) ملاسما داشتند و ۵۱۷ نفر (۶۰/۵٪) مبتلا نبودند.

محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۱۲-۸۵ سال بود. بیشتر

طرح پروانه‌ای (malar) ملاسما در ۲۱٪ موارد دیده می‌شود که محدود به گونه‌ها و بینی است. طرح ماندیبولار (mandibular) در ۱۶٪ موارد و گرفتاری در راموس مندیبول می‌باشد (۷٪). ملاسما عمدتاً در سنین ۳۰-۵۵ سالگی شایع است (۸٪).

در اکثر موارد تشخیص ملاسما بصورت مشاهده ضایعات صورت می‌گیرد. این بیماری از هیرملانوزیس‌های ناحیه صورت شامل ملانوزیس Riehl's، پوئی کیلودرمای Civatte، درماتیت برلوک، هیرپیگمانتاسیون بعد از التهاب و دارویی، لیکن پلان آکتینیک، اکرونوزیس اگروژن و درماتیت تماسی پیگمانته در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد (۹-۱۲). علی‌رغم اهمیت بیماری ملاسما و مشکلات عدیده‌ای که از نظر زیبایی و هزینه درمان برای خانمها ایجاد می‌کند، تاکنون در مورد شیوع واقعی بیماری در جامعه مطالعه زیادی انجام نشده و تنها شیوع آن در حاملگی و مصرف کنندگان قرص‌های حاملگی بررسی شده است. لذا به دلیل کثرت مراجعین این بیماری به درمانگاهها و مطب‌های خصوصی پوست، این مطالعه در شهر اردبیل طراحی و انجام گردید.

روش اجرا

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی طراحی و جمعیت مورد مطالعه ۹۰۰ نفر از زنان بالای ۱۱ سال خانوارهای شهر اردبیل برآورد گردید. نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای و از ۹۰۰ خانوار در ۲۵ پایگاه بهداشتی شهر اردبیل (از زنان بالای ۱۱ سال هر خانوار یک نفر به طور تصادفی انتخاب شد) انجام گرفت و در داخل هر خوشه نیز به صورت تصادفی ساده تعداد و مشخصات آدرس منازل متناسب با تعداد نمونه تعیین و جمع‌آوری گردید. عملاً تعداد نمونه به دلیل تغییر آدرس، عدم توانایی یافتن آدرسها

جهت تهیه فایل ورد این مقاله به سایت DaneshResan.com مراجعه نمایید و عنوان مقاله را جستجو کنید
بیش از ۲ میلیون مقاله فارسی در این سایت موجود میباشد

۲۲۱ نفر از کل خانمهای مورد مطالعه سابقه ماسما را در سایر اعضای خانواده ذکر می کردند و از این تعداد ۱۳۸ نفر آنان (۶۲/۴٪) افرادی بودند که خودشان مبتلا به ماسما بودند.

۲۰۳ نفر (۶۰/۱٪) از مبتلایان به ماسما شروع بیماری خود را از زمان حاملگی ذکر کردند و ۶۱ نفر آنان (۱۸٪) به دنبال مصرف OCP دچار ماسما شده بودند. ۱۲/۴٪ شروع بیماری را بدنبال مواجهه شدید با نور آفتاب ذکر کردند (جدول شماره ۲). در بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با شیوع ماسما با استفاده از آزمونهای آماری X^2 و ANOVA مشخص شد که بین سن و سابقه مثبت خانوادگی با شیوع ماسما ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

بودند (جدول شماره ۱). تعداد ۷۷۶ نفر (۹۰/۸٪) از خانمهای مورد مطالعه متأهل و از این تعداد ۳۳۰ نفر (۴۲/۵٪) ماسما داشتند. ۷۹ نفر دیگر (۹/۲٪) مجرد بودند که ۸ نفر از آنان (۱۰/۱٪) ماسما داشتند. تعداد ۶۵ نفر (۷/۶٪) از خانمهای مورد مطالعه حامله و از این تعداد ۳۲ نفر (۴۹/۲٪) مبتلا به ماسما بودند.

از این ۳۲ نفر خانم حامله مبتلا به ماسما ۶۸/۵٪ در سه ماهه سوم حاملگی بودند. از بین ۳۳ نفر خانم حامله غیر ماسمایی ۴۵/۵٪ در سه ماهه اول، ۲۱/۲٪ در سه ماهه دوم و ۳۳/۳٪ در سه ماهه سوم حاملگی قرار داشتند. انتشار ضایعات در ۳۵۴ نفر (۶۴/۷٪) از نوع الگوی centrofacial و ۱۷۴ نفر (۳۱/۸٪) بصورت malar و ۱۹

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ترکیب سنی افراد به تفکیک نوع گروه مورد مطالعه

جمع	غیر ماسمایی		ماسمایی		گروه ترکیب سنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۰۵	۷۵/۷	۱۵۵	۲۴/۳	۵۰	۱۲-۲۱
۲۷۰	۵۳/۳	۱۴۴	۴۶/۷	۱۲۶	۲۲-۳۱
۲۱۰	۴۴/۳	۹۳	۵۵/۷	۱۱۷	۳۲-۴۱
۹۹	۶۶/۷	۶۶	۳۳/۳	۳۳	۴۲-۵۱
۳۹	۷۷	۳۰	۲۳	۹	۵۲-۶۱
۲۳	۹۵/۷	۲۲	۴/۱	۱	۶۲ به بالا
۹	۹۷/۸	۷	۲/۲	۲	نامشخص
۸۵۵	۶۰/۵	۵۱۲	۳۹/۵	۳۳۸	جمع

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی علل ایجادکننده ملامسا در بیماران ملامسایی مورد مطالعه

اِتیولوژی ملامسا	فراوانی	درصد (%)
حاملگی	۲۰۳	۶۰/۱
مصرف OCP	۶۱	۱۸
آفتاب سوختگی	۴۲	۱۲/۴
خودبخودی	۲۴	۷/۱
مصرف اسپرونولاکتون	---	---
مصرف فنی توتین	---	---
موارد دیگر	۸	۲/۴
جمع	۳۳۸	۱۰۰

بحث

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ملامسا در سطح جامعه بیماری بسیار شایعی است. بر اساس معاینات بالینی روی زنان اردبیل میزان شیوع ملامسا ۳۹/۵٪ بدست آمد. برای مقایسه این میزان شیوع در جامعه زنان شهر اردبیل با سایر جوامع، غیر از مطالعات ذکر شده، مطالعه دیگری یافت نشد.

در مطالعات قبلی بیشترین شیوع سنی ملامسا را ۳۰-۵۵ سالگی ذکر کرده‌اند. در مطالعه حاضر حدود ۸۰٪ خانمهای مبتلا به ملامسا در سن ۲۲-۵۰ سالگی، حدود ۱۵٪ آنان بین ۱۲-۲۳ و فقط ۳/۵٪ خانمهای مبتلا به ملامسا بالای ۵۰ سال قرارداداشتند. بنابراین سن ملامسا در جامعه زنان شهر اردبیل احتمالاً تا حدودی پائین‌تر است (۸). در مطالعات بعمل آمده قبلی میزان شیوع ملامسا در زنان حامله ۷۰٪-۵۰٪ و در مطالعه دیگری بر روی ۱۴۰ خانم باردار میزان شیوع ملامسا ۴۶/۴٪ گزارش شده است (۳-۵، ۱۵). در مطالعه حاضر ۴۹/۲٪ از خانمهای حامله در مطالعه دچار ملامسا بودند. البته از ۵۰/۸٪ خانمهایی که حامله بوده ولی مبتلا به ملامسا نبودند، ۴۵/۵٪ آنان در سه ماه اول حاملگی بودند و محتمل است که درصدی از آن خانمها نیز در طول ماههای

طبق نتایج مطالعات انجام شده ملامسا بیماری شایعی بویژه در خانمهای سنین باروری می‌باشد. در یک مطالعه بر روی ۲۰ خانم قفقازی حامله، ۹ نفر از آنان دچار هیپرملانوزیس پوستی بودند. علت هیپرملانوزیس در این گروه را عمدتاً به حاملگی، مصرف قرص‌های ضدبارداری، تماس با نور خورشید و تغییرات هورمونهای جنسی نسبت دادند (۱۳).

طبق مطالعه دیگری ۷۰٪-۵۰٪ زنان حامله و ۲۹٪-۸٪ از خانمهای غیرحامله که قرص‌های ضدبارداری مصرف کرده بودند دچار ملامسا شدند (۶-۱، ۱۴).

Halder در سال ۱۹۸۳ بر روی ۲۰۰۰ سیاه پوست آمریکایی که بعلت بیماریهای مختلف پوستی به بیمارستانهای واشنگتن مراجعه کرده بودند مطالعاتی انجام داد. طبق این مطالعه، ملامسا سومین اختلال پیگمانتاسیون پوستی در بین مراجعین به درمانگاههای پوستی است (۱۴).

طبق مطالعه Estrada-Castanon در مکزیک و Failmezger در پرو در سال ۱۹۹۲ بر روی مراجعین به درمانگاههای پوست، ۱۰٪-۴٪ بیماران ملامسا داشتند (۱۴).

بعد حاملگی خود دچار ملاسما شوند، چرا که در سه ماهه سوم حاملگی شیوع ملاسما به بالاترین حد خود می‌رسد. الگوی انتشار ضایعات در مطالعات قبلی ۶۳٪ ستروفاشیال، ۲۱٪ مالار و ۱۶٪ مندیولار گزارش شده است (۷). در مطالعه حاضر نیز بیشترین الگوی انتشار ستروفاشیال (۶۴/۷٪)، سپس مالار (۳۱/۸٪) و نوع مندیولار (۳/۵٪) بود و تفاوتی در نوع مندیولار با مطالعات قبلی وجود داشت.

در مورد دخیل بودن استعداد ژنتیکی در بروز ملاسما نظرات متفاوتی ارائه شده و وجود استعداد ژنتیکی با به وجود آمدن ملاسما در دو خواهر دوقلو نشان داده شده است. ولی با این حال نباید ملاسما را بعنوان اختلال ارثی در نظر گرفت (۱۶-۱۸). در مطالعه دکستر عدالتخواه و دکتر میرزاندی سابقه مثبت خانوادگی ملاسما در ۳۳٪ افراد مورد مطالعه وجود داشت (۱۸). در مطالعه حاضر از ۳۳۸ خانم مبتلا به ملاسما تعداد ۱۳۸ نفر (۴۰/۸٪) و از ۵۱۷ نفر خانمهای غیرملاسمائی فقط ۸۴ نفر (۱۶/۲٪) سابقه مثبت خانوادگی در فامیل درجه یک را ذکر کردند و این رابطه آماری معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0.05$).

۵۵/۷٪ خانمهای گروه سنی ۴۱-۳۲ سال مبتلا به ملاسما بودند و میزان ابتلا به ملاسما در گروه سنی ۲۲-۳۱ سال و ۴۲-۵۱ به ترتیب ۴۶/۷٪ و ۳۳/۳٪ بود. لذا بین سن و وجود ملاسما در گروههای سنی مختلف ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$) و به احتمال قوی این ارتباط بستگی به شیوع مشکلات هورمونی و دریافت OCP و افزایش سن حاملگی دارد.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ملاسما بیماری بسیار شایعی در جامعه زنان بوده و مشکلات فراوانی از نظر زیبایی برای آنان بوجود می‌آورد. لذا ضرورت انجام تحقیقات بعدی به منظور پیدا کردن عوامل ایجادکننده، نحوه درمان و پیشگیری وجود دارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از دانشجویان عزیز حمیده خو، معینی منش، آقاخانی و جناب آقای دکتر سپهرام و دکتر همایون صادقی از همکاران بهداشت شهرستان اردبیل و نیز مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اعلام می‌داریم.

منابع

- 1-Sanchez NP, Pathak MA, Sato, et al: Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural and immunofluorescence study. J Am Acad Dermatol 1995; 131: 1453-57.
- 2-Grimes PE. Melasma: etiologic and therapeutic considerations. Arch Dermatol 1995; 131: 1453-57.
- 3-Wrong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 493-94.
- 4-Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 1982; 6: 977-98.
- 5-Black MM, Wilkinson JD. Skin disease in pregnancy. Keminetzky HA (ed). Principles and practice of obstetrics and perinatology. Philadelphia: John Wiley, 1987: 1361-79.
- 6-Resnick S. Melasma induced by oral contraceptive drugs. JAMA 1967; 199:

- 95-99.
- 7-Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, et al. Cutaneous medicine and surgery Philadelphia : Saunders , 1996: 180-84.
- 8-Piamphongsant T. Treatment of melasma. Int J Dermatol 1998; 37: 897-903.
- 9-Rorsman H. Riel Melamosis. Int J Dermatol 1982; 21: 75-78.
- 10-Serrano G, Pujoll J, et al. Riel melanosis: Pigmented contact dermatitis caused by fragrances. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 1057-60.
- 11-Benmaman O, Sanchez JL. Treatment and camouflaging of pigmentary disorders. Clin Dermatol 1988; 6: 50-61.
- 12-Harber LC, Harris H, Leider M, et al. Breloque dermatitis. Arch Dermatol 1964; 90: 572-76.
- 13-Rongioletti F, Rohera A. A common pigmentary disorder of the arm in middle aged women. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 680-84.
- 14-Salim A, Rongifom, Cuer Volg, et al. Intervention for melasma. Cochran Skin Group, Dermatology Dept, Queens Medical Center, university Hospital, Nottingham NG 7 2 UH, UK.
- 15-Musaffar F, Hussain J, Haroon Ts. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. Int J Dermatol 1998; 37: 429-31.
- 16-Hughes BR. Melasma occurring in twin sisters. J Am Dermatol 1987; 17: 841.
- 17-Fitzpatrick TB ,Eisen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine. New York: MCGraw-Hill,1997: 996-97.
- ۱۸- عدالتخواه ح، میرزانندی م. بررسی ارتباط ملاسما با کیست‌های تخمدانی و هورمون‌های جنسی. فصلنامه بیماریهای پوست. ۱۳۸۱؛ ۲: ۱۹-۱۴.