

شیوع ملاسمما در بین زنان شهر اردبیل در سال ۱۳۸۱

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

۱- استادیار، گروه پوست، ۲- مریبی، گروه آمارزیستی، ۳- پژوهشک 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 ملاسمما در بین زنان شرکت کننده در مطالعه ۳۹/۵٪ بود. ۹/۰٪ از زنان حامله بودند. انتشار پیگماتاسیون عمدتاً بصورت centrofacial بود و در ۴۰/۸٪ موارد سابقه مثبت خانوادگی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: ملاسمما بیماری شایعی در اردبیل بوده و مطالعات تکمیلی برای یافتن علت و درمان آن مورد نیاز می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: ملاسمما، شیوع ملاسمما، الگوی بالینی ملاسمما

فصلنامه بیماریهای پوست، ترمستان ۱۳۸۲، ۲۶:۷۷-۷۲

مقدمه: ملاسمما به طرحی از پیگماتاسیون ناحیه صورت اطلاق می‌شود که لب فوقانی، گونه‌ها، پیشانی و چانه را در گیر می‌کند. بیماری عمدتاً در خانمهای ۳۰-۵۵ سال دیده می‌شود و ممکن است یک تغییر فیزیولوژیک دوره حاملگی باشد. ماهیت دقیق اتیولوژیک ملاسمما هنوز ناشناخته مانده است.

هدف: بررسی میزان شیوع ملاسمما در زنان شهر اردبیل.
روش اجرا: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعي می‌باشد که در سال ۱۳۸۱ انجام شده است. روش نمونه‌گیری بصورت خوشای بود که در آن تعداد ۸۵۰ نفر از زنان شهر اردبیل در محدوده سنی ۱۲-۸۵ سال از ۸۵۰ 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، جمع‌آوری

مقدمه

لب فوقانی، گونه‌ها، پیشانی و چانه دیده شده و به دنبال تماس با نور آفتاب واضح‌تر می‌شود. رنگ این نواحی قهوه‌ای بوده، دو طرفه و اغلب متقارن هستند. فرصلهای ضد حاملگی از علل مهم ایجاد ملاسمما 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 می‌کنند گزارش شده است (۱، ۶). شایعترین طرح بالینی ملاسمما انتشار مرکز صورتی (centrofacial) می‌باشد که در

ملasmma به طرحی از پیگماتاسیون ناحیه صورت اطلاق می‌گردد که عمدتاً در خانمهای دیده می‌شود و ممکن است یک تغییر فیزیولوژیک دوره حاملگی باشد. در ایجاد ملاسمامکانیسم‌های آندوکرین دخیل بوده ولی ماهیت دقیق آن هنوز ناشناخته مانده است. این طرح از پیگماتاسیون در

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

و سایر مشکلات به ۸۰۵ نفر کاهش یافت، پرسشنامه‌ای شامل مشخصات فردی، محل ضایعات و علل ایجاد کننده ملاسما (برای مثال در طی حاملگی، خود به خودی یا تماس بیش از حد با نور خورشید) و همچنین عوامل مرتبط از جمله همراهی آنکه، 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 انترنی بخش پوست را سه‌ری کرده بودند انتخاب شده و آموزش لازم جهت تشخیص بالینی ضایعات ملاسمای به این افراد داده شد.

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

الگوی ستترو فاشیال: انتشار در پیشانی، بینی، گونه‌ها و لب فوقانی و چانه،
مالار: انتشار در بینی و گونه‌ها،
مندیبولا: انتشار در راموس مندیبولا.

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 نظری X^2 و ANOVA استفاده گردید.

یافته‌ها

در این طرح، ۸۰۵ 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 ۳۲۸ نفر (٪۳۹/۵) ملاسما داشتند و ۵۱۷ نفر (٪۶۰/۵) مبتلا نبودند.

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

گونه‌ها، پیشانی، لب فوقانی، بینی و چانه دیده می‌شود. طرح پروانه‌ای (malar) ملاسما در ۲۱٪ موارد دیده می‌شود که محدود به گونه‌ها و بینی است. طرح ماندیبولا (mandibular) در ۱۶٪ موارد و گرفتاری در راموس مندیبولا 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 هیرمالاتوزیس‌های ناحیه صورت شامل ملاتوزیس، Civatte، Riehls، پوثی کلودرمای Civatte، درماتیت برلوک، هیریگماتیسیون بعد از التهاب و دارویی، لیکن پلان آکتینیک، اکرونوزیس اگزوژن و درماتیت تماسی پیگماته در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد(۹-۱۲). علی‌رغم اهمیت بیماری ملاسما و مشکلات عدیده‌ای که از نظر زیبایی و هزینه درمان برای خانمهای 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 کثیر 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 - مقطعي طراحی و جمعیت مورد مطالعه ۹۰۰ نفر از زنان بالای ۱۱ سال خانوارهای شهر اردبیل برآورد گردید. نمونه گیری 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 خوش‌های نیز به صورت تصادفی ساده تعداد و مشخصات آدرس منازل متناسب با تعداد نمونه تعیین و جمع آوری گردید. عملاً تعداد نمونه به دلیل تغییر آدرس، عدم توانایی یافتن آدرسها

نفر (٪/۲۰) مابقی از نوع مندیبولا را بود.
۲۲۱ نفر از کل خانمهای مورد مطالعه ساقه ملاسمما را در سایر اعضای خانواده ذکر می کردند و از این تعداد ۱۳۸ نفر آنان (٪/۶۲/۴) افرادی بودند که خودشان مبتلا به ملاسمما بودند.

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

مبتلایان در گروه سنی ۲۲-۳۱ با تعداد ۱۲۶ نفر (٪/۴۶/۷) بودند (جدول شماره ۱). تعداد ۷۷۶ نفر (٪/۹۰/۸) از خانمهای مورد مطالعه متأهل و از این تعداد ۳۳۰ نفر (٪/۴۲/۵) ملاسمما داشتند. ۷۹ نفر دیگر (٪/۹/۲) مجرد بودند که ۸ نفر از آنان (٪/۱۰/۱) ملاسمما داشتند. تعداد ۶۵ نفر (٪/۷/۶) از خانمهای مورد مطالعه حامله و از این تعداد ۳۲ نفر (٪/۴۹/۲) مبتلا به ملاسمما بودند.

از بین ۳۲ نفر خانم حامله مبتلا به ملاسمما (٪/۶۸/۵) در سه ماهه سوم حاملگی بودند. از بین ۳۳ نفر خانم حامله غیرملاسمایی ۴۰/۵٪ 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 ملاسمایی		ملاسمایی		تعداد	تعداد	گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۲۰۵	۷۵/۷	۱۰۰	۲۴/۳	۵۰	۱۲-۲۱		
۲۷۰	۵۳/۳	۱۴۴	۴۶/۷	۱۲۶	۲۲-۳۱		
۲۱۰	۴۴/۳	۹۳	۵۰/۷	۱۱۷	۳۲-۴۱		
۹۹	۶۶/۷	۶۶	۳۳/۳	۳۳	۴۲-۵۱		
۳۹	۷۷	۳۰	۲۳	۹	۵۲-۶۱		
۲۳	۹۰/۷	۲۲	۴/۱	۱	۶۲ به بالا		
۹	۹۷/۸	۷	۲/۲	۲	نامشخص		
۸۰۰	۶۰/۰	۰۱۷	۳۹/۰	۳۳۸	جمع		

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی علل ایجاد کننده ملاسمما در بیماران ملاسمایی مورد مطالعه

اتیولوژی ملاسما	فرارانی	درصد (%)
حاملگی	۲۰۳	۶۰/۱
OCP	۶۱	۱۸
آفتاب سوختگی	۴۲	۱۲/۴
خودبخودی	۲۴	۷/۱
صرف اسپر و نولاکتون	--	--
صرف فنی توئین	--	--
موارد دیگر	۸	۲/۴
جمع	۳۳۸	۱۰۰

مطالعه حاضر نشان می دهد که ملاسمما در سطح جامعه

بیماری بسیار شایعی است. بر اساس معاینات بالینی روی زنان اردبیل میزان شیوع ملاسمما $39/5\%$ بودست آمد. برای مقایسه این میزان شیوع در جامعه زنان شهر اردبیل با سایر جوامع، غیراز مطالعات ذکر شده، مطالعه دیگری یافت شد.

در مطالعات قبلی بیشترین شیوع سنی ملاسمما را $30-55$ سالگی ذکر کرده اند. در مطالعه حاضر حدود 80% خانمهای مبتلا به ملاسمما در سن $22-50$ سالگی، حدود 15% آنان بین $12-22$ و فقط $3/5\%$ خانمهای مبتلا به ملاسمما بالای 50 سال فرارداشتند. بنابراین سن ملاسمما در جامعه زنان شهر اردبیل احتمالاً تا حدودی پائین تر است (۸). در مطالعات بعمل آمده قبلی میزان شیوع ملاسمما در زنان حامله $70-50\%$ و در مطالعه دیگری بر روی 140 خانم باردار میزان شیوع ملاسمما $46/4\%$ گزارش شده است (۳-۵، ۱۵). در مطالعه حاضر $49/2\%$ از خانمهای حامله در مطالعه دچار ملاسمما بودند. البته از $50/8\%$ خانمهایی که حامله بوده ولی مبتلا به ملاسمما نبودند، $45/5\%$ آنان در سه ماه اول حاملگی بودند و محتمل است که درصدی از آن خانمهای نیز در طول ماههای

طبق نتایج مطالعات انجام شده ملاسمما بیماری شایعی بویژه در خانمهای سینین باروری می باشد. در یک مطالعه بر روی 20 خانم فرقه از حامله، 9 نفر از آنان دچار هیپرملانوتزیس پوستی بودند. علت هیپرملانوتزیس در این گروه را عمدتاً به حاملگی، صرف قرص های ضدبارداری، تماس با نور خورشید و تغییرات هورمونهای جنسی نسبت دادند (۱۳).

طبق مطالعه دیگری $70-50\%$ زنان حامله و $29-28\%$ از خانمهای غیر حامله که قرص های ضدبارداری صرف کرده بودند دچار ملاسمما شدند (۱، ۴-۶).

Halder در سال 1983 بر روی 2000 سیاه پوست آمریکایی که بعلت بیماریهای مختلف پوستی به بیمارستانهای واشنگتن مراجعه کرده بودند مطالعاتی انجام داد. طبق این مطالعه، ملاسمما سومین اختلال پیغمانتاسیون پوستی در بین مراجعین به درمانگاههای پوستی است (۱۴). طبق مطالعه Estrada-Castanon در مکزیک و Failmezger در پرو در سال 1992 بر روی مراجعین به درمانگاههای پوست، $10-4\%$ بیماران ملاسمما داشتند (۱۴).

۷-۵۰٪ خانمهای گروه سنی ۳۲-۴۱ سال مبتلا به ملasma بودند و میزان ابتلا به ملasma در گروه سنی ۲۲-۳۱ سال و ۴۲-۵۱ به ترتیب ۴۶٪ و ۳۳٪ بود. لذا بین سن وجود ملasma 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 می دهد که ملasma بیماری بسیار شایعی در جامعه زنان بوده و مشکلات فراوانی از نظر زیبایی برای آنان بوجود می آورد. لذا ضرورت انجام تحقیقات بعدی به منظور پیدا کردن عوامل ایجاد کننده، نحوه درمان و پیشگیری وجود دارد.

تشکر و قدردانی

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

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

در مورد دخیل بودن استعداد ژنتیکی در بروز ملasma نظرات متفاوتی ارائه شده و وجود استعداد ژنتیکی با به وجود آمدن ملasma در دو خواهر دوقلو نشان داده شده است. ولی با این حال نباید ملasma را بعنوان اختلال ارثی در نظر گرفت (۱۶-۱۸). در مطالعه دکتر عالتخواه و دکتر میرزامدی سابقه مثبت خانوادگی ملasma در ۳۳٪ افراد مورد مطالعه وجود داشت (۱۸). در مطالعه حاضر از ۳۲۸ خانم مبتلا به ملasma تعداد ۱۳۸ نفر (۴۰٪) و از ۵۱۷ نفر خانمهای غیرملasmائی فقط ۸۴ نفر (۱۶٪) سابقه مثبت خانوادگی در فامیل درجه یک را ذکر کردند و این رابطه آماری معنی داری را نشان می دهد ($P<0.05$).

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, Robera 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 occuring 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- عدالخواه ح، میرزا نمی م. بررسی ارتباط ملاسمای کیست های تخدماتی و هورمونهای جنسی. فصلنامه بیماریهای پوست. ۱۴-۱۹: ۲۶۳۸۱.