

بررسی اختلالات تیروئید در ویتیلیگو

دکتر سرورالزمان فامیلی

استادیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: ویتیلیگو یک بیماری پوستی با اختلال در پیگمانتاسیون پوستی می باشد که می تواند همراه با اختلالات عملکرد غده تیروئید باشد.

هدف: هدف از انجام این مطالعه بررسی اختلالات غده تیروئید در بیماران ویتیلیگو بوده است.

بیماران و روش ها: در این مطالعه مورد- شاهد، هفتاد بیمار ویتیلیگویی از هر دو جنس و سنین مختلف با گروه شاهد سالم متجانس از نظر آزمایش های عملکرد غده تیروئید مقایسه شد.

یافته ها: 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. ($P < 0/05$)

نتیجه گیری: اختلالات عملکرد غده تیروئید در بیماران مبتلا به ویتیلیگو از افراد سالم شایع تر است.

واژه های کلیدی: ویتیلیگو، بیماریهای تیروئید، هیپرتیروئیدی، هیپوتیروئیدی

مقدمه

ویتیلیگو یک بیماری پوستی شناخته شده از هزاران سال قبل می باشد که تظاهر اصلی آن اختلال در پیگمانتاسیون پوست است. این بیماری با لکه های سفید رنگ مشخص می شود که اغلب بوسیله یک حاشیه هیپرپیگمانته احاطه شده است و موهای آن نواحی نیز معمولاً سفید می شوند (۱). این بیماری گاهی سبب مشکلات روانی و اجتماعی برای بیمار می شود. با اینکه علت آن مشخص نمی باشد ولی عوامل مساعد کننده 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 گردیده اند که شامل فرضیه های عصبی، خودتخریبی و اتوایمون می باشد (۳ و ۴). اساس

مطرح شدن تئوری اتوایمون بودن بیماری ویتیلیگو، همراهی این بیماری با سایر بیماریهای اتوایمون می باشد (۵ و ۶) زیرا میزان بروز بیماری ویتیلیگو در بیماری های اتوایمون حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد در مقایسه با یک درصد در جمعیت سالم می باشد (۷ و ۸). یکی از بیماریهای اتوایمون همراه با ویتیلیگو اختلالات غده تیروئید می باشد که در ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران ویتیلیگویی گزارش شده است (۶ و ۷).

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

بیماران و روش ها

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

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

بالینی اختلال تیروئید مورد بررسی آزمایشگاهی قرار گرفتند. ابتدا فرمهایی 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, T₃, T₄, T₃RU و FTI بود. در ضمن یک گروه شاهد سالم هم انتخاب شدند که سابقه هیچ نوع بیماری پوستی و یا بیماریهای 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 فرمهای 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 شایعترین سن ابتلاء ۳۰-۲۱ سالگی بوده است. تعداد موارد زنان ۳۹ مورد (۷/۵۵٪) و تعداد موارد مردان ۳۱ مورد (۳/۴۴٪) و نسبت ابتلای زنان به مردان $\frac{1/21}{1}$ بود. شایعترین 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. ۳/۳۴٪ 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 (۹/۱۲٪) که ۷ مورد هیپرتیروئید و ۲ مورد

هیپوتیروئید بوده است ولی در هفتاد نفر گروه شاهد فقط 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 هیپوتیروئید 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 ۳۰-۲۱ سالگی بوده است. شایعترین محل های درگیری 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 (۹ و ۳ و ۲). 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، خودنخریبی و اتوایمون می باشد (۶ و ۲). اساس تئوری اتوایمون همراه بودن ویتیلیگو با بیماریهای اتوایمون دیگر از قبیل هیپرتیروئیدیسم، هیپوتیروئیدیسم، آئمی پرنسیپوز، آدیسون، دیابت شیرین، میاستنی گراو، آلوسی آراتا، هالونوس 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 های بر علیه تیروزیناز هم یافت

شده است (۲۶ و ۲۷). آنتی‌بادیهایی بر علیه سلولهای تیروئید سلولهای پاریتال معده و سلولهای غده فوق کلیه هم گزارش شده است.

از میان بیماریهای اتوایمون متعددی که همراه با ویتیلیگو دیده شده‌اند، اختلالات غده تیروئید از همه شایع‌تر بوده است که در ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران ویتیلیگوسی بصورت هیپرتیروئیدسم، هیپوتیروئیدسم، 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 (۵ و ۱۵).

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

هیپوتیروئیدس نشان دادند. در حالیکه در گروه شاهد در ۷۰ نفر فقط یک مورد هیپرتیروئیدی مشاهده گردید که این اختلاف با آزمون دقیق فیشر معنی‌دار 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 و 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 ۱۲/۸۵٪ 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

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 Saaunders, 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.