

بررسی علل ریزش موی منتشر در بانوان در اهواز

دکتر زهرا بیگم موسوی

استادیار گروه پوست ، دانشگاه علوم پزشکی اهواز ، بیمارستان امام خمینی

یافته ها: در بررسی انجام شده روی ۱۸۰ بیمار ۶۸٪ بیماران در طیف سنی ۱۰ تا ۳۰ سالگی قرار داشتند. اختلالات غده تیروئید در ۱۸/۸٪ و کم خونی در ۲۳/۸٪ بیماران یافته شد. ۳/۲٪ بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا بوده و ۴۱/۴٪ از حیث بالینی یا بررسی آزمایشگاهی نکته مثبتی نداشتند. نتیجه گیری: خانم هایی که از ریزش موی منتشر شکایت دارند باید از نظر اختلالات غده تیروئید و کم خونی بررسی گردند.

واژه های کلیدی: ریزش مو، کم خونی ، اختلال تیروئید

مقدمه: یکی از علل شایع مراجعه خانم ها به متخصصین پوست ریزش موی منتشر می باشد.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی علل ریزش موی منتشر در بیماران خانم مراجعه کننده به یک مطب خصوصی بوده است. بیماران و روش ها: این بررسی روی بانوانی انجام شد که از نظر بالینی هیرسوت نبوده و نمای بالینی واضح ریزش موی اندروژنیک یا اسکاری را نداشته اند. این مطالعه به صورت گذشته نگر و با بررسی پرونده های بیماران خانم مراجعه کننده به یک مطب خصوصی پوست در اهواز که از ریزش منتشر موی شکایت داشتند طی ده ماه انجام شد.

مقدمه

زمانی تصور می شد ریزش مو فقط یک اختلال زیبایی است. مطالعات اخیر در مورد مکانیسم کنترل ریزش مو و رشد مو منجر به فهم بیشتری از نتایج طبی و روان شناختی ریزش مو شده است. در واقع ریزش مو ممکن است نشانه ای از یک بیماری سیستمیک بالقوه جدی باشد (۱). مرحله رشد فعال فولیکول مو یا آناتژن بین گونه های مختلف و در هر گونه بسته به محل رویش مو و سن متفاوت است. این مرحله در سرانسان تا سه سال و گاه بیشتر طول می کشد. به دنبال مرحله رشد فعال یک مرحله موقت نسبتاً کوتاه به نام کاتاتژن هست که در سر حدود دو هفته طول می کشد. پس از آن مرحله استراحت یا تلوزن قرارداد (۲). در سر انسان بالغ سالم حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد فولیکول ها در فاز آناتژن هستند، هر چند که از نظر سن و محل تفاوتی وجود دارد.

در بیان علل ریزش مو تقسیم بندی های مختلفی بر اساس نمای بالینی (مانند ریزش موی منتشر، منطقه ای، اسکاری یا

غیر اسکاری) صورت گرفته است (۳). علل شایع ریزش موی منتشر عبارتند از:

تلوزن افلوویوم: ریزش موی تلوزن بیش از حد معمول (۱۳٪ - ۱۰٪)، نوعی کم مویی منتشر ایجاد می کند که از نظر بالینی ممکن است واضح نباشد. برای بررسی نسبت موهای آناتژن به تلوزن دقیق ترین روش Hair Plucking است. اگر چه این آزمایش اغلب باعث تخریب مرفولوژی موی آناتژن شده و بیمار را می آزارد. Kligman شمارش تلوزنی بیش از ۲۵٪ را مشخصه تلوزن افلوویوم و بالای ۲۰٪ را احتمالاً غیرطبیعی ذکر می کند (۴).

تلوزن افلوویوم را می توان به عنوان پاسخ شایع فولیکول ها به انواع استرس های جسمی و روحی در نظر گرفت. تب، زایمان سخت و طولانی، عمل جراحی، خونریزی، کاهش ناگهانی و شدید مصرف مواد غذایی، رژیم سخت، استرس های روحی و پروازهای طولانی مدت می توانند این پاسخ را برانگیزانند (۲).

تلوزن افلوویوم به دنبال زایمان احتمالاً به دلیل قطع عواملی است که ورود طبیعی فولیکول مو به کاتاژن را طی ماههای آخر حاملگی جلوگیری کرده‌اند. حالت مشابه به دنبال قطع مصرف OCP نیز پیش می‌آید (۴). تشخیص تلوزن افلوویوم حادسه یا چهار ماه پس از یک واقعه مشخص مانند زایمان یا استرس شدید معمولاً آسان است اما مشخص نیست که آیا استرس روحی طولانی مدت می‌تواند افزایش ریزش مو را با ورود زودرس فولیکول به مرحله تلوزن ایجاد کند یا خیر؟ بالا بودن عدد شمارش تلوزنی به تنهایی ثابت کننده این تشخیص نیست، زیرا اعداد بالا ممکن است در هیپو تیروئیدسم، کمبود پروتئین و سایر بیماری‌ها مانند آلپوشی اندروژنتیک اتفاق افتد (۲).
آلپوشی اندروژنتیک: بررسی‌های آزمایشگاهی بالاخص تعیین سطح پلاسمایی تستوسترون آزاد و کلی نشان داده که آلپوشی اندروژنتیکی در زنان شایع است. در این نوع ریزش مو هنگامی که نمای ریزش مو به صورت منتشر و یا در منطقه فرونتووریتیکال باشد (همچنانکه معمولاً این گونه است) تشخیص مشکل می‌شود. نمای تمپورال دو طرفه و ورتیکال (که بیشتر در آقایان دیده می‌شود) تنها در شرایطی در زنان دیده می‌شود که اندروژن‌ها به سطح مردان برسد.

سایر بیماریهای غدد درون ریز: کم‌کاری تیروئید عامل نسبتاً شایعی در برخی مطالعات بوده است اما میزان بروز آن در مناطق مختلف، متفاوت است. پرکاری تیروئید، کم‌کاری هیپوفیز و شاید دیابت گاه به عنوان علت ریزش مو مطرح شده‌اند. به دنبال برداشتن دو طرفه تخمدان‌ها نیز ریزش موی منتشر مشاهده می‌گردد. شواهدی در دست نیست که ریزش مو به دنبال یائسگی طبیعی اتفاق افتد.

عوامل شیمیایی: مواد شیمیایی بسیاری قادر به ایجاد ریزش مو می‌باشند. اما در مجموع مواد شیمیایی مسئول بخش کوچکی از موارد ریزش موی منتشر هستند. در بسیاری از موارد نحوه عمل آنها مشخص نیست. از جمله این مواداز تالیوم می‌توان نام برد که توسط موی آنژن سریعاً جذب شده و باعث اختلال در کراتینیزاسیون می‌شود. همچنین داروهای بسیاری را مسئول ریزش موی منتشر دانسته‌اند از جمله داروهای آنتاگونیست تیروئید، ضد انعقادها، داروهای سیتوتوکسیک، دانازول، ایتراکانازول، ترفنادین، جنتامایسین، Octetide و

Masalazine (۲، ۵، ۶). اختلالات تغذیه‌ای و متابولیتی مانند بیماری‌های ناشی از کمبود ویتامین‌ها، پروتئین و اسیدهای آمینه و کاهش عناصر ضروری مانند روی می‌توانند منجر به ریزش موی منتشر گردند (۲).

ریزش موی تلوزن مزمن (chronic telogen effluvium): ریزش موی مستمر و کم و بیش همگون سر و پا گاهی متناوب از نظر شدت را گویند. در هر دو جنس شایع است (۲) CTE ممکن است به علت عوامل مختلف به تنهایی یا در کنار هم به وجود آید. در بسیاری از موارد علت کاملاً قانع‌کننده‌ای را نمی‌توان مطرح کرد ولی اکثر این موارد از انواع آلپوشی اندروژنتیک می‌باشند. عاملی که معمولاً فراموش می‌شود ولی در بسیاری موارد احتمالاً دخالت مهم هر چند کمی دارد، کاهش تراکم فولیکول‌های مواز دهه سوم به بعد است (۲). زنانی که دچار اندروژنتیک آلپوشی می‌شوند ممکن است با ریزش موی منتشر شدید تر از آنچه که پس از یائسگی اتفاق می‌افتد مراجعه نمایند (۷).

CTE ناشایع نیست. معمولاً زنان ۳۰ تا ۶۰ سال را مبتلا می‌کند. شروع ریزش مو ناگهانی و با یا بدون عامل شروع‌کننده شناخته شده می‌باشد. شدت ریزش مو در مراحل اولیه معمولاً شدید است. CTE نمای بالینی و بافت شناسی مشخصی دارد که معمولاً تشخیصی هستند. برخلاف تلوزن افلوویوم حاد کلاسیک، CTE تداوم داشته و طی سالها شدت متغیری می‌یابد. به نظر می‌رسد CTE در طولانی مدت خود به خود بهبود یابد (۴).

مواد و روش‌ها

مطالعه گذشته نگر حاضر با استفاده از پرونده‌های بیمارانی که طی ده ماه به یک مطب تخصصی پوست در اهواز مراجعه کرده بودند انجام شده است. محل مطالعه در مرکز شهر قرار دارد. پرونده‌های ۵۵۸۱ بیمار که با شکایت پوستی مراجعه نموده بودند از تاریخ ۷۶/۱۰/۱ تا ۷۷/۸/۱ بررسی شدند.

بررسی حاضر محدود به بیمارانی است که با شکایت ریزش موی منتشر مراجعه کرده و از نظر بالینی هیرسوت نبوده و آلپوشی اندروژنتیک واضح نداشته‌اند. اطلاعات مربوط به سن، جنس بیمار، وضعیت تاهل، سوابق شخصی و فامیلی، نکات

مثبت معاینه بالینی و اقدامات انجام شده در یک جدول مادر جمع آوری شد. سپس اطلاعات جمع آوری شده مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها

در مجموع تعداد ۱۸۰ پرونده بررسی شد. حدود ۶۸٪ موارد در طیف سنی بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی قرار داشتند. کمترین درصد مراجعین مربوط به سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی و زیر ۹ سالگی بود. بیشترین مراجعین (۳/۴۲٪) بین ۲۹-۲۰ سال سن داشتند (جدول ۱). ۵۸٪ مراجعین متأهل و ۴۲٪ مجرد بودند. در معاینه بالینی تراکم مو در ۳۲/۸٪ کم و در ۶٪ ظاهراً طبیعی و در ۶۵٪ موارد تراکم متوسط گزارش شده بود. Pull Test در ده نفر مثبت و در ۹۶/۲٪ موارد منفی و یا مشکوک (۲/۷٪) ثبت شده بود. شرح حال گذشته شخصی در ۲۳٪ بیماران مواردی از قبیل بیماری، مصرف دارو و یا OCP رادر طی یک سال گذشته مطرح می نمود.

تشخیص قطعی Acute Telogen Effluvium در ۵٪ مواد ذکر شده بود. بررسی های آزمایشگاهی آنمی را در ۲۳/۸٪ (۴۳ نفر) و اختلالات غده تیروئید را در ۱۸/۸٪ (۳۴ مورد) مطرح می نمود. ۶ بیمار (۳/۲٪) مبتلا به تریکوتیلومانیا بودند. در ۴۱/۴٪ بیماران از حیث بالینی و یا بررسی های آزمایشگاهی نکته مثبتی به دست نیامد. ۲/۲۲٪ از این گروه در طیف سنی ۲۰ تا ۳۹ سالگی قرار داشتند (جدول شماره ۲).

بحث

این مطالعه روی ۱۸۰ بیمار مراجعه کننده به یک مرکز که از ریزش موی منتشر شکایت داشته اند انجام شده و موارد هیرسوتیسم یا نمای آلوپیشی اندروژنتیک واضح حذف شده اند. در این بررسی در ۴۱/۴٪ موارد یافته مثبت بالینی و یا آزمایشگاهی بدست نیامد. آیا می توان نتیجه گرفت که ۴۱٪ بانوان مراجعه کننده فقط نگران طاسی بوده و تغییرات طبیعی تعداد موی ریخته شده آنها را به سوی پزشک کشانده است و یا بررسی ها کاملاً دقیق نبوده اند؟ هر چند مانتصور می کنیم که گروهی از بیماران افرادی هستند که بیشتر نگران طاسی می باشند تا این که ریزش موی واقعی داشته باشند، اما باید احتمال CTE یا شروع طاسی اندروژنتیک را در نظر گرفت.

۶۸٪ بیماران مابین ده تا ۳۰ سال سن داشتند. ۵ نفر (۲/۷٪) از بیماران دچار ریزش موی ناشی از Telogen Effluvium به دنبال زایمان بودند. ۴ مورد سابقه رژیم غذایی سخت برای لاغری و ۴ مورد سابقه عمل جراحی یا بیماری تب دار طولانی را می دادند.

۶ بیماری که مبتلا به تریکوتیلومانیا بودند بین سنین ۱۵ تا ۲۸ سالگی قرار داشته و محل درگیری در همه آنها نواحی ورتکس و پاریتال بود.

از ۳۴ موردی که مبتلا به بیماری های تیروئید بودند ۴ نفر (۲ مورد هیپو و ۲ مورد هایپر تیروئیدیسم) اطلاع قبلی از بیماری خود نداشتند اما سایرین قبلاً تشخیص داده شده و تحت درمان بودند. اکثراً ریزش مو را قبل از شروع درمان ذکر می کردند. اما به علت اطلاعات ناکافی، ما نتوانستیم به طور دقیق رابطه بین ریزش مو با بیماری و یا دارو های تجویز شده و همچنین تعداد افراد مبتلا به هیپو و هایپر تیروئیدیسم را ارزیابی کنیم. بعضی از بیماران چند یافته بالینی و آزمایشگاهی همراه داشتند مثلاً سابقه زایمان اخیر و آنمی، یا سابقه عمل جراحی و آنمی مزمن را ذکر می کردند. اما در ۲۳/۸٪ موارد (۴۳ نفر) آنمی تنها یافته مثبت آزمایشگاهی بود.

در ۱۵/۵ درصد از بیماران که معاینه بالینی ریزش مو را تأیید می کرد، هیچگونه یافته غیر طبیعی چه از نظر شرح حال و یا بررسی های آزمایشگاهی به دست نیامد. این گروه ممکن است مبتلا به CTE بوده و یا از موارد شروع ریزش موی اندروژنتیک بوده باشند. در بررسی متون، آمارهای بسیار متفاوتی ذکر شده بود. ما آماری که موضوع مشابه مطالعه ما را داشته باشد به دست نیاوردیم. اما دقت به این نکته که بررسی ما روی بیماران مراجعه کننده بوده ضروری است زیرا که اطلاعات به دست آمده قابل انطباق به جمعیت کلی جامعه نمی باشد. از طرف دیگر آزمایشات کمک کننده دیگر مانند تریکوگرام و یا بیوپسی در هیچ موردی انجام نشد. چنانچه این اقدامات صورت می گرفت احتمالاً نتایج متفاوتی در بعضی موارد به دست می آمد. با توجه به شیوع بالای کم خونی و اختلالات کار تیروئید در این مطالعه، توصیه می شود کلیه بانوانی که از ریزش موی منتشر شکایت دارند از این نظر مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

- 1- Bergfeld WF. Retinoids and hair growth. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:586-90.
- 2- Dawber RPR, de Barker D, Wojnarowska F. Disorders of hair. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science. 1998: 2912-2917.
- 3- In: Moschella S, Hurley HJ (eds) *Dermatology*. Philadelphia: Saunders, 1992:1543-52.
- 4- Fielder VC. Alopecia areata and other nonscarring alopecia. In : Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, et al (eds). *Cutaneous medicine and surgery*. Philadelphia: Saunders, 1998:1269-79.
- 5- Netzer P. Diffuse alopecia as side effects of musalazine therapy in crohn's disease. *Schweiz Med Wochenschr.*1995;125:2438-42.
- 6- Nakauchi Y, Kumon Y, Yamasaki H. Scalp hair loss caused by Octreotide in a patient with acromegaly. *Endocr J.* 1995;42:385-9.
- 7- Rubin MB. Anrogenetic alopecia . Battling a losing proposition. *Postgrad Med*. 1997;102 :129-31,136.

جدول شماره ۱: توزیع سنی بیماران شاکی از ریزش موی منتشر مراجعه کننده به یک مطب تخصصی پوست در اهواز

سن	تعداد	درصد
۰-۹	۱۰	۵/۵٪
۱۰-۱۹	۴۶	۲۵/۵٪
۲۰-۲۹	۷۶	۴۲/۳٪
۳۰-۳۹	۳۸	۲۱/۲٪
۴۰-۴۹	۹	۵٪
۵۰-۵۹	۱	۰/۵٪
مجموع	۱۸۰	۱۰۰٪

جدول شماره ۲: توزیع تعداد بیماران بدون یافته مثبت بالینی و آزمایشگاهی برحسب سن

سن	تعداد	درصد از کل بیماران
۰-۹	۵	۲/۷
۱۰-۱۹	۲۴	۱۳/۳
۲۰-۲۹	۲۴	۱۳/۳
۳۰-۳۹	۱۷	۹/۴
۴۰-۴۹	۴	۲/۲
۵۰-۵۹	۱	۰/۵
مجموع	۷۵	۴۱/۴