

بررسی ارتباط ملاسمای سندروم SAHA با ملاسمای سندروم

زمینه و هدف: ملاسمای نوعی اختلال پیگماناتاسیون اکتسابی، مزمن و عودکننده می‌باشد که عموماً نواحی پوستی در معرض نور آفتاب را بیشتر در گیر می‌کند. سندروم SAHA نیز مخفف چهار کلمه سبوره، آکنه، هیرسوتیسم و آلوپسی آندروژنیک است. با توجه به همراهی ملاسمای برخی اجزای سندروم SAHA مثل آکنه و هیرسوتیسم، این مطالعه جهت تعیین ارتباط ملاسمای با سندروم SAHA انجام شد.

روش اجرا: این مطالعه مورد - شاهدی بر روی ۷۵ خانم دارای ملاسمای به عنوان گروه مورد و ۷۵ خانم بدون ملاسمای به عنوان گروه شاهد انجام شد. اطلاعات در قالب پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲۸ سؤال جمع‌آوری و تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: در گروه مورد ۳۲ درصد مبتلا به هیرسوتیسم و ۷۰/۷ درصد مبتلا به آکنه بودند. در گروه شاهد ۱۰/۷ درصد مبتلا به هیرسوتیسم و ۲۶/۷ درصد مبتلا به آکنه بودند. ارتباط معناداری بین عوامل (سابقه ملاسمای در بستگان درجه یک، سابقه هیرسوتیسم در بستگان درجه یک، آکنه، آلوپسی) و ابتلا به ملاسمای وجود داشت. از بین گروه مورد، ۵/۳٪ مبتلا به سندروم SAHA بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه اختلالات آندروژنیک در اتیولوژی سندروم SAHA و ملاسمای مطرح هستند به نظر می‌رسد ضایعات ملاسمایی در بیماران مبتلا به سندروم SAHA شایع‌تر است.

کلیدواژه‌ها: ملاسمای سندروم SAHA، آکنه، هیرسوتیسم

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۰۷ ۱۴۰۳/۱۰/۱۰ پذیرش مقاله:

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۴۰۳، دوره ۱۵ (۴): ۲۴۵-۲۵۲

حسن عدالت‌خواه^۱
شبین فهیم^{*}^۱
سهراب ایرانپور^۲
زهرا محبی^۳

۱. گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۳. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

نویسنده مسئول:
شبین فهیم

میدان بسیج، بیمارستان امام رضا، گروه پوست، اردبیل، ایران
پست الکترونیک:
shabnamfahim@gmail.com

تعارفی منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

که شامل مصرف OCP‌ها و برخی داروهای دیگر مثل داروهای ضدصرع، دیس‌فانکشن تخدمان، دیس‌فانکشن تیروبیید، نور آفتاب، برخی فاکتورهای ژنتیکی و مواد آرایشی می‌باشند.^۳ لکه‌های صورت یا ملاسمای یک اختلال پوستی مزمن است که منجر به تجمع رنگدانه‌ها در بافت پوست می‌شود. این اختلال به صورت لکه‌های متقارن، لکه مانند و قهوه‌ای روی پوست ظاهر می‌شود. این نوع تجمع رنگدانه‌ها در صورت را گاهی کلواسما می‌نامند؛ اما چون این کلمه به معنای پوست سبز است، اصطلاح ملاسمای به معنای

ملasmای یک هیپرپیگماناتاسیون قرینه اکتسابی قهوه‌ای رنگ بر روی صورت یا گردن می‌باشد که تأثیرات واضح احساسی و روانی بر بیماران مبتلا دارد. این بیماری غالباً خانم‌ها را دچار می‌کند.^۱ ملاسمای رنگدانه‌های اکتسابی، تدریجی و متقارن صورت است. ملاسمای با عوامل زیادی مانند بارداری، ژنتیکی، غدد درون‌ریز و قرارگرفتن در معرض نور خورشید مرتبط است؛ اما ارتباط دقیق آن با عوامل غدد درون‌ریز هنوز مشخص نیست.^۲

علل گوناگونی در ایجاد آن دخیل دانسته شده‌اند

ارتباط ملاسما با کیست‌های تخمدانی و هورمون‌های جنسی نتیجه‌گیری شد که احتمالاً هورمون‌های آنдрوزنیک در ایجاد ملاسما نقش دارند.^{۱۰} در مطالعه‌ای که در سال ۹۲ انجام شد، بالا بودن شیوع آنکه یافته‌های مطالعات قبلی را تأیید کرد و مطرح کننده عامل ایجاد‌کننده مشترک است که این عامل می‌تواند به یک هورمون آندروزنیک یا حساسیت بیشتر پوست این افراد به یک گیرنده خاص مربوط باشد^{۱۱}؛ لذا تصور می‌شد که میان ملاسما وجود سندروم SAHA ممکن است ارتباط معناداری برقرار باشد و ضروری به‌نظر می‌رسید که بررسی‌هایی جهت یافتن ارتباط این دو انجام و نحوه پیشگیری و درمان آن روشن‌تر گردد. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین ملاسما با سندروم SAHA در زنان بود.

روش اجرا

این مطالعه مورد - شاهدی بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد. تعداد ۷۵ نفر از زنان دارای ملاسما به عنوان گروه مورد و ۷۵ نفر از زنان بدون داشتن ملاسما به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. برای گردآوری اطلاعات از چکلیستی شامل اطلاعات سن، شغل، محل زندگی، سطح تحصیلات و اطلاعات به دست آمده از معاینه بالینی که مشتمل بر ۲۸ سؤال بود، استفاده شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G POWER و با توجه به مطالعه قبلی با درنظر گرفتن توان ۹۰ درصد و ضریب اطمینان ۹۵٪ (آلfa برابر با ۰/۰۵) و شیوع هیرسوتیسم در افراد با ملاسما (۲۵ درصد) و بدون ملاسما (۶ درصد)، تعداد ۷۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون مربع کای و برای مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کمی از آزمون تی تست (با توجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌ها) استفاده شد. در نهایت برای بررسی ارتباط ملاسما و سندروم

پوست قهوه‌ای ترجیح داده می‌شود^{۱۲}.

ملاسما در زنان بیشتر از مردان است. بسته به جمعیت مورد مطالعه، تنها ۱ نفر از ۴ یا حتی ۱ نفر از هر ۲۰ نفر مبتلا به ملاسما مرد هستند. به‌طور کلی، این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی شروع می‌شود؛ اما ممکن است در دوران کودکی یا قبل از رسیدن به میانسالی نیز شروع شود^{۱۳}.

ملاسما در افرادی که پوستشان برنزه است یا پوستشان قهوه‌ای طبیعی است (نوع پوست ۳ و ۴) شایع‌تر است. افرادی که پوست روشن دارند (نوع پوست ۱ و ۲) یا افراد سیاه پوست (نوع پوست ۵ یا ۶) کمتر در معرض ملاسما قرار دارند^{۱۴}.

وجود سبوره (Seborrhoea)، آنکه (Acne)، هیرسوتیسم (Hirsutism) (پرموی در صورت، تن و اندام‌ها) و آلوپسی (Alopecia) (ریزش موهای کف سرفم مردانه) (FAGA) در زنان به‌طور خلاصه سندروم ساهای نامیده می‌شود (The SAHA Syndrome). سندروم ساهای ممکن است با سندروم تخمدان پلی کیستیک (PCOs) یا با بیماری‌هایی با افزایش آندروزن‌ها همراه باشد. اتیولوژی شامل ایدیوباتیک (فamilیی - نژادی) تخمدانی - آدرنال (غدد فوق کلیوی) و ساهای با هیپرپرولاکتینیمی می‌باشد. سندروم ساهای در زنان جوان تا میانسال دیده می‌شود. افزایش مقدار آندروزن‌های خون یا پاسخ رسپتورهای آندروزن در بافت‌های محیطی هدف (واحد پیلوسباسه) به افزایش اثر مقدار طبیعی آندروزن‌های در گردش خون باعث سندروم ساهای می‌شوند. در ۲۰ درصد بیماران همه علائم سندروم ساهای مشاهده می‌گردد.

ملاسما عمدها در سنین ۳۰-۵۵ سالگی شایع است اما طبق مطالعه انجام شده بر روی جمعیت نمونه‌ای از زنان اردبیل چنین نتیجه‌گیری شد که سن ملاسما در جامعه زنان اردبیل تا حدی پایین‌تر می‌باشد و همچنین شیوع ملاسما در جامعه زنان اردبیل ۳۹/۵٪ بوده است^{۱۵}. همچنین در مطالعه دیگری در مورد

جدول ۱: متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه.

P	گروه	متغیر	مورد	شاهد	کل
.۰۰۱	سابقه ملاسما	دارد	۵۵	۹	(٪۶۴) ۶۴
		ندارد	۲۰	۶۶	(٪۲۶) ۸۶
.۰۰۱	سابقه هیرسوتیسم	دارد	۲۴	۸	(٪۳۲) ۳۲
		ندارد	۵۱	۶۷	(٪۶۸) ۱۱۸
.۰۰۱	آکنه	دارد	۵۳	۲۰	(٪۷۰) ۷۳
		ندارد	۲۲	۵۵	(٪۲۶) ۷۷
.۰۰۱	لکهای محل آکنه یا التهاب	دارد	۴۰	۶	(٪۵۳) ۴۶
		ندارد	۳۵	۶۹	(٪۴۶) ۱۰۴
.۰۰۱	سابقه هیرسوتیسم در بستگان درجه یک	دارد	۳۳	۸	(٪۴۴) ۴۱
		ندارد	۴۲	۶۷	(٪۵۶) ۱۰۹
.۰۰۱۷	ساها	دارد	۴	۰	(٪۵۲) ۴
		ندارد	۷۱	۱۴۶	(٪۹۴) ۱۴۶

ملاسما تعداد ۴ نفر (۵/۳ درصد) مبتلا به سندرم ساها بودند. ارتباط معناداری بین سابقه ملاسما، سابقه هیرسوتیسم، آکنه، لکهای محل آکنه و التهاب و ساها با ابتلا به ملاسما در بین زنان وجود داشت (جدول ۱). آلوپسی در گروه مورد ۶۶٪ و در گروه شاهد ۲۱٪؛ درماتیت سبوره در گروه مورد ۳۷٪ و در گروه شاهد ۱۲٪؛ اختلال قاعده‌گی در افراد گروه مورد ۴۴٪ و در افراد گروه شاهد ۲۱٪؛ کیست‌های تخدمانی در گروه مورد ۲۸٪ و در گروه شاهد ۸٪؛ نازایی در گروه مورد ۱۴٪ و در گروه شاهد ۰٪ و لنتیگو در گروه مورد ۴۰٪ و در گروه شاهد ۱۶٪ بود. ارتباط معناداری بین، آلوپسی، درماتیت سبوره، اختلال قاعده‌گی، کیست‌های تخدمانی و لنتیگو با ابتلا به ملاسما در بین زنان وجود داشت (جدول ۲).

فرکل در گروه مورد ۲۶٪ و در گروه شاهد ۱۲٪؛ پوست خشک در گروه مورد ۲۹٪ و در گروه شاهد ۳۰٪ و بیماری غددی در گروه مورد ۱۶٪ و در گروه شاهد ۲٪ بود.

سابقه مصرف دارو در گروه مورد ۴۴٪ و در گروه شاهد ۲۶٪؛ منافذ باز پوست در گروه مورد (٪۲۸) و در گروه شاهد (٪۸) و انواع خال‌ها در گروه مورد

SAHA با کنترل متغیرهای مخدوشگر، از رگرسیون لجستیک استفاده شد. زنان دارای سابقه هیرسوتیسم، آکنه، آلوپسی اندرودئنیک، درماتیت سبوره، PIH، PCO و منافذ گشادشده پوست وارد مطالعه شدند و زنان باردار و زنانی که تحت هیسترکتومی قرار گرفته بودند و همچنین زنان شیرده، زنان با شرح حال اندوکرینوباتی، زنان معتاد به دارو یا الکل، زنان دارای بیماری‌های کبدی و زنان دارای اگزما، پسوریازیس و ... از مطالعه خارج شدند. این مطالعه در کمیته اخلاق زیستی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به شماره IR.ARUMS.MEDICINE.REC.1401.103 ثبت شد.

یافته‌ها

در هر دو گروه مورد و شاهد بیشتر افراد خانه‌دار بودند. افرادی که محل شغل آن‌ها در فضای باز بود در گروه با ملاسما ۱۷٪ نسبت به گروه بدون ملاسما ۹٪ بیشتر بود. ارتباط معنی‌داری بین محل شغل و ابتلا به ملاسما وجود نداشت. ۷۰٪ زنان در گروه مورد و ۶۸٪ زنان در گروه شاهد متأهل بودند و ارتباط معناداری بین ملاسما و وضعیت تأهل زنان وجود نداشت. ۶۳٪ زنان گروه مورد و ۶۹٪ زنان گروه شاهد در شهر سکونت داشتند و ارتباط معناداری بین محل سکونت و ابتلا به ملاسما وجود نداشت. سابقه ملاسما در گروه مورد ۷۳٪ و در گروه شاهد ۱۲٪ بود و ارتباط معناداری بین سابقه ملاسما در بستگان درجه یک و ابتلا به ملاسما در افراد وجود داشت. سابقه هیرسوتیم در گروه مورد ۳۲٪ و در گروه شاهد ۱۰٪، افراد با سابقه هیرسوتیسم در بستگان درجه یک در گروه مورد ۴۴٪ و در گروه شاهد ۱۰٪؛ آکنه در گروه مورد ۲۶٪ و در گروه شاهد ۲٪ و لکهای محل آکنه یا التهاب در گروه مورد ۵۳٪ و در گروه شاهد ۸٪ بود. در گروه شاهد (بدون ملاسما) هیچ موردی از سندرم ساها مشاهده نشد؛ ولی در گروه

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه.

P	گروه			متغیر
	کل	شاهد	مورد	
.۰/۰۲۳	(٪۱۹/۳) ۲۹	(٪۱۲) ۹	(٪۰۲۶/۷) ۲۰	دارد
	(٪۰/۸۰/۷) ۱۲۱	(٪۰/۸۸) ۶۶	(٪۰/۷۳/۷) ۵۵	فرکل
	(٪۰/۳۰) ۴۵	(٪۰/۳۰/۷) ۲۳	(٪۰/۲۹/۳) ۲۲	خشک
.۰/۰۱۵	(٪۰/۴۱/۳) ۶۲	(٪۰/۵۰/۷) ۳۸	(٪۰/۲۲) ۲۴	میزان چربی نرمال
	(٪۰/۲۸/۷) ۴۳	(٪۰/۱۸/۷) ۱۴	(٪۰/۳۸/۷) ۲۹	پوست چرب
	(٪۰/۹/۳) ۱۴	(٪۰/۲/۷) ۲	(٪۰/۱۶) ۱۲	سابقه
.۰/۰۰۵	(٪۰/۹۰/۷) ۱۳۶	(٪۰/۹۷/۳) ۷۳	(٪۰/۸۴) ۶۳	بیماری ندارد
	(٪۰/۳۵/۳) ۵۳	(٪۰/۲۶/۷) ۲۰	(٪۰/۴۴) ۳۳	سابقه مصرف دارو
.۰/۰۲۶	(٪۰/۶۴/۷) ۹۷	(٪۰/۷۳/۳) ۵۵	(٪۰/۵۶) ۴۲	ندارد
<۰/۰۰۱	(٪۰/۱۸) ۲۷	(٪۰/۸) ۶	(٪۰/۲۸) ۲۱	پورهای دارد
	(٪۰/۸۲) ۱۲۳	(٪۰/۹۲) ۶۹	(٪۰/۷۲) ۵۴	گشاد پوست ندارد
.۰/۰۲۸	(٪۰/۹۲/۷) ۱۳۹	(٪۰/۸۸) ۶۶	(٪۰/۹۷/۳) ۲۳	دارد
	(٪۰/۷/۳) ۱۱	(٪۰/۲/۷) ۲	(٪۰/۱۲) ۹	خال ندارد

بستگان درجه یک ارتباط معنی‌داری برقرار است، به طوری که شناس ابتلا به ملسمما در گروهی که سابقه ابتلا به هیرسوتیسم در بستگان درجه یک داشتند، حدود ۴ برابر بیشتر از گروه بدون سابقه ابتلا بستگان درجه یک به هیرسوتیسم بود. شناس ابتلا به ملسمما در افرادی که آکنه دارند حدود ۹ برابر گروهی است که آکنه ندارند؛ شناس ابتلا به ملسمما در افرادی که لک‌های محل آکنه و التهاب دارند حدود ۱۵ برابر گروهی است که لک ندارند و شناس ابتلا به ملسمما در گروهی که آلوبسی دارند حدود ۶ برابر بیشتر از گروهی است که به آلوبسی مبتلا نیستند. این مطالعه نشان داد که سن با ابتلا به ملسمما ارتباط معنادار داشته و به ازای هر ۱ سال افزایش سن، ۱/۱۲ برابر شناس ابتلا به ملسمما افزایش پیدا می‌کند (جدول ۵).

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه.

P	گروه			متغیر
	کل	شاهد	مورد	
<۰/۰۰۱	(٪۰/۴۴) ۶۶	(٪۰/۲۱/۳) ۱۶	(٪۰/۶۶/۷) ۵۰	ریزش موی
	(٪۰/۵۶) ۸۴	(٪۰/۷۸/۷) ۵۹	(٪۰/۳۳/۳) ۲۵	آندروژنیک
<۰/۰۰۱	(٪۰/۲۴/۷) ۳۷	(٪۰/۱۲) ۹	(٪۰/۳۷/۳) ۲۸	درماتیت سبوره
	(٪۰/۷۵/۳) ۱۱۳	(٪۰/۶۲/۷) ۴۷	(٪۰/۸۸) ۶۶	ندارد
.۰/۰۰۲	(٪۰/۳۲/۷) ۴۹	(٪۰/۲۱/۳) ۱۶	(٪۰/۴۴) ۳۳	اختلال قاعده‌گی
	(٪۰/۵۷/۳) ۱۰۱	(٪۰/۷۸/۷) ۵۹	(٪۰/۵۶) ۴۲	ندارد
<۰/۰۰۱	(٪۰/۱۸) ۲۷	(٪۰/۸) ۶	(٪۰/۲۸) ۲۱	کیست تخدمان
	(٪۰/۸۲) ۱۲۳	(٪۰/۹۲) ۵۴	(٪۰/۷۲) ۶۹	ندارد
<۰/۰۰۱	(٪۰/۱۴/۷) ۱۱	(٪۰/۱۴/۷) ۱۱	(٪۰/۸۵/۳) ۶۴	نازایی
	(٪۰/۹۲/۷) ۱۳۹	(٪۰/۱۰۰) ۷۵	(٪۰/۸۵/۳) ۶۴	ندارد
<۰/۰۰۱	(٪۰/۲۸) ۴۲	(٪۰/۱۶) ۱۲	(٪۰/۴۰) ۳۰	لتیگو
	(٪۰/۷۲) ۱۰۸	(٪۰/۸۴) ۶۳	(٪۰/۶۰) ۴۵	ندارد

در ۹۷/۳٪ و در گروه شاهد ۸۸٪ بود. ارتباط معناداری بین فرکل، پوست خشک، بیماری غددی، سابقه مصرف دارو و پورهای گشاد پوست با ابتلا به ملسمما در زنان وجود داشت (جدول ۳).

میانگین سن و نیز طول مدت زمان تماس با آفتاب در بین زنان دو گروه با ملسمما و بدون ملسمما تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

میزان پراکندگی ملسمما در ناحیه پیشانی، گونه، بینی و لب فوقانی بیشتر از سایر نواحی بود.

آزمون نسبت شناس در مطالعه ما نشان داد که ارتباط معناداری بین سابقه ملسمما در بستگان درجه یک و ابتلا به ملسمما وجود دارد به طوری که افرادی که در بستگان درجه یک سابقه ابتلا به ملسمما داشتند، حدود ۴۰ برابر بیشتر نسبت به گروهی که سابقه فامیلی نداشتند، مبتلا به ملسمما بودند. همچنین بین ابتلا به ملسمما و سابقه هیرسوتیسم در

جدول ۴: مقایسه میانگین سن و ساعت تماس با آفتاب بین دو گروه مورد بررسی.

P	گروه			متغیر	
	شاهد				
	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر		
.۰/۹۶۸	۳۲/۰/۱±۸/۲۹	۴۵	۱۶	سن (سال)	
				مدت زمان تماس با آفتاب (ساعت)	
.۰/۵۰۵	۱/۹۹±۰/۶۹	۵	۱		

حساسیت بیشتر پوست این افراد به یک گیرنده خاص مربوط باشد. هم‌چنین این مطالعه نشان داد که حدود ۱۵ برابر افراد در گروه مورد، لک محل التهاب یا آکنه بیشتری دارند که خود، نشان‌دهنده ارتباط بالای شناس ابتلا به ملاسما و لک‌های پوستی می‌باشد.

در چندین مطالعه به نقش قرص‌های ضدبارداری و سابقه بارداری در ایجاد ملاسما اشاره شده است؛ اما در مطالعه ما در گروه مورد ۴۴٪ سابقه مصرف دارو وجود داشت که از نظر آماری ارتباط معناداری بین ملاسما و سابقه مصرف دارو وجود نداشت^{۱۱۰۱۲}. در مطالعه عدالت‌خواه و همکاران شیوع ملاسما در افراد متأهل بیش از افراد مجرد بود. در مطالعه ما نیز ۷۰٪ افراد مبتلا به ملاسما متأهل بودند که این یافته احتمالاً به این علت است که افراد متأهل سابقه بارداری و سابقه مصرف قرص‌های ضدبارداری داشتند.

در مطالعه معین آ و همکاران، به نقش نور آفتاب به عنوان یکی از اتیولوژی‌های اصلی ملاسما اشاره شده است. درصد روستاییان مبتلا به ملاسما بیشتر بود که این حقیقت را می‌توان به مواجهه بیشتر روستاییان با نور آفتاب نسبت داد^۱. در مطالعه ما افراد شهرنشین مبتلا به ملاسما ۶۹/۳٪ و افراد روزانشین مبتلا به ملاسما ۳۰/۷٪ بودند. از کل افراد مورد مطالعه که شامل ۱۵۰ نفر بودند، تعداد ۹۹ نفر شهرنشین و ۵۱ نفر روزانشین بودند. به طور کلی مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین روستایی یا شهری بودن و شناس ابتلا به ملاسما نشان نداد. در مطالعه عدالت‌خواه و همکاران در مورد مقایسه میزان سرمی PSA در مبتلایان به هیرسوتیسم - ملاسما (گروه مورد) و مبتلایان به ملاسما (گروه شاهد) آمده است که سابقه خانوادگی ملاسما در بیماران ملasmایی بیشتر است^۱.

در مطالعه دیگر عدالت‌خواه و همکاران نیز ۶۱٪ افراد ملasmایی، سابقه خانوادگی مثبت داشتند. در مطالعه ما در بستگان گروه مورد حدود ۷۳٪ از بستگان افراد نیز به ملاسما مبتلا بودند که از بین آن‌ها

جدول ۵: نتایج تحلیل نسبت شانس در بین زنان دو گروه به تفکیک متغیرهای مورد مطالعه.

متغیر	سطح	نسبت	فاصله	امینان شناس
	۱		نadar	سابقه ملاسما در بستگان
سابقه هیرسوتیسم در بستگان	دارد	۴۰/۶۴	نadar	۹/۲۸-۱۷۷/۹۴
آکنه	دارد	۴/۵۹	نadar	۱/۲۲-۱۷/۳۰
لک صورت	دارد	۹/۸۸	نadar	۲/۵-۳۹/۰۴
ریزش موی آندروژنیک	دارد	۱۵/۷۴	نadar	۳/۵۹-۶۸/۹۴
سن	نadar	۶/۰۳	دارد	۱/۸۱-۲۰/۰۵
	۱/۱۲			۱/۲۲۱-۱/۰۲۸

بحث

در مطالعه ما اختلال قاعده‌گی در ۴۴٪، وجود کیست‌های تخمدانی در ۲۸٪ و نازایی در ۱۴٪ افراد مبتلا به ملاسما (گروه مورد) وجود داشت که ارتباط معناداری بین اختلالات قاعده‌گی، کیست‌های تخمدانی و نازایی و ابتلا به ملاسما وجود نداشت. در مطالعه عدالت‌خواه و میرزانمی، در مورد ارتباط ملاسما با کیست‌های تخمدانی و هورمون‌های جنسی آمده است که شیوع آکنه در مبتلایان به ملاسما ۶۴/۳٪ و در غیر مبتلایان به ملاسما ۹/۹٪ می‌باشد^۲.

همچنین در مطالعه عدالت‌خواه و همکاران، شیوع آکنه در مبتلایان به ملاسما ۷۵/۸۸٪ و در گروه شاهد اول (غیرمبتلا به ملاسما و مبتلا به هیرسوتیسم) ۷۰/۲٪ و در گروه شاهد دوم (غیرمبتلا به ملاسما و غیرمبتلا به هیرسوتیسم) ۶۴/۵۳٪ بود. در مطالعه حاضر شیوع آکنه در مبتلایان به ملاسما نشان داد که شناس ابتلا به ملاسما در افرادی که آکنه دارند تقریباً ۹ برابر گروهی است که آکنه ندارند که بالا بودن شیوع آکنه در گروه مورد یافته‌های مطالعات قبلی را تأیید کرده و مطرح‌کننده عامل ایجاد کننده مشترک است که این عامل می‌تواند به یک هورمون آندروژنیک یا

همچنین طبق نتیجه آزمون نسبت شانس، سندروم SAHA با ملاسما ارتباط معناداری نداشت؛ اما در بررسی متغیرهای سندروم SAHA به تنهایی ارتباط معناداری بین ملاسما و سبوره، آکنه، هیرسوتیسم و آلوپسی مشاهده شد و احتمالاً معنادارنبودن در رگرسیون لجستیک، بهدلیل تعداد کم مبتلایان به سندروم SAHA (۴ نفر) باشد.

طبق این مطالعه میزان پراکندگی ملاسما در نواحی پیشانی، گونه، بینی، لب فوکانی به صورت مشترک ۲۴٪ بود که نسبت به بقیه نواحی بیشتر بود. با توجه به اطلاعات به دست آمده از این مطالعه حدود ۴۷٪ افراد مبتلا به ملاسما هر یک حداقل یکی از اجزای سندروم SAHA را داشتند. بالابودن شیوع آکنه و لکهای محل التهاب یا آکنه در گروه مورد، یافته‌های مطالعات قبلی را تأیید کرده و مطرح کننده عامل ایجادکننده مشترک است که این عامل می‌تواند به یک هورمون آندروژنیک یا حساسیت بیشتر پوست این افراد به یک گیرنده خاص مربوط باشد. همچنین درصد بالای افراد در گروه مورد مبتلا به آلوپسی آندروژنیک نیز نشان‌دهنده ارتباط معنادار با ملاسما بود. وجود درصد بالای افراد با سابقه خانوادگی ملاسما و همچنین افراد با سابقه خانوادگی هیرسوتیسم در گروه مورد نیز نشان داد ارتباط معناداری بین این دو متغیر و ابتلا به ملاسما وجود دارد. این مطالعه نیز نشان داد که سن با ابتلا به ملاسما ارتباط معنادار دارد. در گروه شاهد (بدون ملاسما) هیچ موردی از سندروم سها مشاهده نشد؛ ولی در گروه ملاسما تعداد ۴ نفر (۵/۳٪) مبتلا به سندروم سها بودند. پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات وسیع‌تری جهت روشن‌ترشدن وجود ارتباط میان ملاسما با هورمون‌های آندروژنیک (با روش‌هایی نظیر کشت سلولی، سنجش سطح سرمی و غیره) انجام گیرد.

خواهان مبتلایان به ملاسما با ۳۳٪ بیشترین سهم را داشتند که با نتایج مطالعات قبلی ارتباط معناداری داشت.^{۱۰}

در مطالعه عدالت‌خواه و همکاران در مورد مقایسه میزان سرمی PSA در مبتلایان به هیرسوتیسم - ملاسما (گروه مورد) و مبتلایان به ملاسما (گروه شاهد) آمده است که سابقه خانوادگی هیرسوتیسم در مبتلایان به هیرسوتیسم بالاست. در مطالعه مانیز هیرسوتیسم در گروه مورد ۴۴٪ بود که ۳۲٪ مبتلایان به ملاسما سابقه هیرسوتیسم در بستگان را ذکر کردند که طبق این مطالعه نیز ارتباط معناداری بین ملاسما و ابتلا به هیرسوتیسم وجود دارد.

در مطالعات مختلف اشاره به تأثیر بیماری‌های غددی و احتمال ارتباط آن با ابتلا به ملاسما مطرح شده است که با توجه به مطالعه انجام گرفته، ۱۶٪ از گروه مورد سابقه بیماری غددی داشتند که ارتباط معناداری با ابتلا به ملاسما نداشت. با توجه به وجود نداشتن مطالعه در زمینه ارتباط ملاسما با درماتیت سبوره و آلوپسی آندروژنیک، اطلاعات مهمی در این مورد به دست آمد که احتمال بالای وجود ارتباط ملاسما و آلوپسی آندروژنیک را مطرح کرد؛ اما ارتباط معناداری با درماتیت سبوره نشان نداد.^{۱۱}

در ۶۶٪ افراد گروه مورد ریزش موی آندروژنیک وجود داشت؛ ولی در گروه شاهد این مقدار ۲۱٪ بود. بالابودن درصد افراد ملاسما‌ای با ریزش موی آندروژنیک بیانگر وجود ارتباط معنادار بین عوامل ایجادکننده ملاسما و ریزش مو می‌باشد. در مطالعه ارتباط معناداری بین شانس ابتلا به ملاسما و وجود پورهای گشاد پوست نشان داده نشد. در مطالعه عدالت‌خواه و همکاران، فریکل و لنتیگو ارتباط معناداری با ملاسما وجود داشت؛ اما برخلاف مطالعه قبلی، مطالعه ما این را اثبات کرد که ارتباط معناداری بین ملاسما، فریکل و لنتیگو وجود ندارد.^{۱۰}

References

1. Safizade H, Shamsi-Meymandi S, Bani-Hashemi Y. Quality of life in women with melasma. *J Dermatol Cosmet* 2010; 1:179-86. (Persian)
2. Edalatkah H, Mirzamadi M. Relationship between Melasma, ovarian cysts and androgenic hormones: A case-control study. *Int J Dermatol* 2003; 6:14-19. (Persian)
3. Nazari-Fathabad M, Raesi R, Hushmandi K, et al. Clinical and epidemiological features of melasma in women of Iran: A cross-sectional Study. *Open Public Health J* 2024;6:1-9.
4. Sarkar R, Arora P, Garg VK, et al. Melasma update. *Indian Dermatol Online J* 2014;5:426-35.
5. Sheth VM, Pandya AG. Melasma: A comprehensive update: Part I. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:689-97.
6. Vázquez M, Maldonado H, Benmamán C, et al. Melasma in men. A clinical and histologic study. *Int J Dermatol* 1988;27:25-7.
7. Rendon M, Berneburg M, Arellano I, et al. Treatment of melasma. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:S272-81.
8. Moin A, Jabery Z, Fallah N. Prevalence and awareness of melasma during pregnancy. *Int J Dermatol* 2006;45:285-88.
9. Victor FC, Gelber J, Rao B. Melasma: A review. *J Cutan Med Surg* 2004;8:97-102.
10. Adalatkah H, Amani F, Rezaeifar G. Study the prevalence of melasma among Ardabil women in year 2002. *J Dermatol Cosmet* 2003;2:72-4. (Persian)
11. Achar A, Rathi SK. Melasma: A clinico-epidemiological study of 312 cases. *Indian J Dermatol* 2011;56:380-82.
12. Reingold SB, Rosenfield RL. The relationship of mild hirsutism or acne in women to androgens. *Arch Dermatol* 1987;123:209-12.
13. Plensdorf S, Martinez J. Common pigmentation disorders. *Am Fam Physician* 2009;79:109-16.
14. Agarwal P, Gajjar K, Mistry A. A clinico-epidemiological study of facial melanosis at a tertiary care center in Gujarat. *Pigment Int* 2019;6:96-101.

Investigating the relationship between melasma and SAHA

Hasan Adalatkhah, MD¹

Shabnam Fahim, MD^{1*}

Sohrab Iranpour, PhD²

Zahra Mohebbi, MD³

1. Department of Dermatology, School of Medicine, Ardabil university of Medical Sciences, Ardabil, Iran
2. Department of Community Medicine, School of Medicine, Ardabil university of Medical Sciences, Ardabil, Iran
3. School of Medicine, Ardabil university of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Received: Nov 27, 2024

Accepted: Dec 30, 2024

Pages: 245-252

Background and Aim: Melasma is an acquired, chronic, and recurrent pigmentation disorder that usually affects sun-exposed skin areas. SAHA syndrome is also an acronym for four words: seborrhea, acne, hirsutism, and androgenic alopecia. Given the association of melasma with some components of SAHA syndrome, such as acne and hirsutism, this study was conducted to determine the relationship between melasma and SAHA syndrome.

Methods: This case-control study was conducted on 75 women with melasma as the case group and 75 women without melasma as the control group. Data were collected in the form of a questionnaire consisting of 28 questions and analyzed.

Results: In the case group, 32% had hirsutism and 70.7% had acne. In the control group, 10.7% had hirsutism and 26.7% had acne. There was a significant association between factors (history of melasma in first-degree relatives, history of hirsutism in first-degree relatives, acne, alopecia) and melasma. Among the case group, 5.3% had SAHA syndrome.

Conclusion: Considering that androgenic disorders are implicated in the etiology of SAHA syndrome and melasma, it seems that melasma lesions are more common in patients with SAHA syndrome.

Keywords: melasma, saha syndrome, acne, hirsutism

Corresponding Author:

Shabnam Fahim, MD

Basij Sq., Department of Dermatology,
Imam Reza Hospital, Ardabil, Iran

Email: shabnamfahim@gmail.com

Conflict of interest: None to declare ◆

