

پرمویی یا هیرسوتیسم

پرمویی به معنی رشد غیر طبیعی مو به شکل مردانه در زنان است، و اگر چه علت آن میتواند نژادی یا فامیلی باشد، ولی در حدود ۵۰ درصد موارد پرمویی وابسته به آندروژن باهمان هورمون مردانه است. طبق بررسیهای انجام شده، پرمویی بعد از اختلالات تیروئید و دیابت شایعترین بیماری غدد در زنان ایرانی است.

پرمویی اغلب به علت افزایش تولید آندروژنها (به وسیله تخمدان یا غده فوق کلیه) و یا افزایش اثر آندروژنها ایجاد میشود. علل با شیوع کمتر بیماری شامل: اختلالات غده آدرنال (تومور آدرنال، هیپرپلازی مادرزادی آدرنال از نوع غیرکلاسیک، کوشینگ یا پرکاری غده فوق کلیه) و اختلالات تخمدان مانند تومورهای تخمدان (خوش خیم و بدخیم) میباشد

تشخیص

پرمویی و علت آن بر اساس تاریخچه، معاینه بالینی و استفاده از یافته های پاراکلینیکی میباشد.

سن شروع: سن شروع پرمویی بستگی به علت زمینه ای آن دارد. انواع خوشخیم پرمویی اغلب در حوالی بلوغ ظاهر میشوند که شامل: سندرم تخمدان پلی کیستیک، هیپرپلازی مادرزادی آدرنال، و پرمویی بدون علت است.

پرمویی که بطور اولیه در سنین میان سالی و یا در افراد مسن ظاهر میشود، اغلب علامتی از یک اختلال زمینهای جدی چون تومور تخمدان یا آدرنال میباشد.

- **شرح حال فامیلی:** شرح حال فامیلی مثبت پرمویی اغلب به نفع هیپرپلازی مادرزادی آدرنال است هر چند پرمویی بدون علت و سندرم تخمدان پلی کیستیک هم میتواند فامیلی باشد.
- **شدت پرمویی و سرعت پیشرفت بیماری:** شکل های خوشخیم پرمویی معمولاً در زمان بلوغ شروع و به طور آهسته ظرف چند سال پیشرفت میکند، ولی در پرمویی شدید که سریع پیشرفت کرده و یا علائم مردانگی (ریزش مو در ناحیه تمپورال، پوست چرب و آکنه، افزایش بافت عضلانی در ناحیه کمر بند شانه ای، کلیتورومگالی، آتروفی پستانها، قاعدگی نامنظم و رفتارهای تهاجمی و افزایش تمایل جنسی) وجود دارد احتمال تومورهای مولد آندروژن مطرح میشود.
- **سن شروع آدرنارک (رویش موهای جنسی) و بلوغ:** چون رویش مو در ناحیه عانه وابسته به آندروژنهای آدرنال است شرح حال آدرنارک زودرس در بیماری که مبتلا به هیرسوتیسم است ممکن است به نفع تشخیص هیپرپلازی مادرزادی آدرنال باشد.
- برعکس افزایش آندروژن با منشاء تخمدان همراه با آدرنارک (رویش موی جنسی) طبیعی، تاخیر بلوغ و یا قاعدگی نامنظم است.
- سیستمهای امتیازدهی مختلفی برای تقسیم بندی پرمویی وجود دارد، ولی متداولترین روشی که به کار میرود مقیاس فریمن - گالوی است. که میزان رشد مو را در نواحی حساس به آندروژن (بالای لب، چانه، قفسه سینه، قسمت فوقانی بازو، ساعد، قسمت فوقانی پشت، قسمت تحتانی پشت و قسمت های فوقانی و تحتانی شکم میباشد). زنانی که با این سیستم امتیاز ۸ یا بالاتر داشته باشند مبتلا به هیرسوتیسم محسوب میشوند. در زنانی که پرمویی متوسط تا شدید دارند امتیاز بالای ۱۵ بایستی به سایر علائم افزایش آندروژن نیز توجه نمود. معاینه بالینی باید شامل اندازه گیری قد و وزن و اندازه گیری نمایه توده

بدنی (BMI) باشد. نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ قویاً با پرمویی رابطه دارد. اندازه گیری فشارخون برای ارزیابی آدرنال به عنوان یک علت در بیماری کوشینگ کمک کننده است.

- معاینه پوست از نظر وجود آکانتوزیس نیگریکانس. در زنان چاق مبتلا به هیپرسوتیسم که نشانه مقاومت به انسولین است ضروریست. چاقی تنه ای، صورت شبیه به ماه، برآمدگی پشت، استریا ارغوانی یا ضعف عضلات پروکسیمال سندرم کوشینگ را مطرح میکنند.
- معاینه شکم و لگن ضروری است چون بیش از ۵۰ درصد تومورهای تخمدان و آدرنال قابل لمس هستند. نکته مهم در معاینه فیزیکی افتراق پرمویی از هیپرتریکوئیز (افزایش رشد موهای کرکی) است چون این اختلال وابسته به آندروژن نبوده و به علت اختلالات متابولیک (پورفیری، پرکاری تیروئیدی، بی اشتهایی عصبی) مصرف برخی از داروها (فنی توئین، دیازوکسید، مینوکسیدیل، گلوکوکورتیکوئیدها، پنسیلامین، اینترفرون) و یا مادرزادی میباشد.

الگوریتم تشخیصی

اگر پرمویی خفیف است (امتیاز بین ۸ تا ۱۵) و با قاعدگی منظم همراه بوده و هیچگونه علامتی که مطرح کننده علل ثانویه باشد نیز وجود ندارد دبررسی آزمایشگاهی لازم نیست، زیرا اغلب این افراد پرمویی بدون علت دارند. در پرمویی متوسط تا شدید (امتیاز بالای ۱۵) یا همراه با علائم جانبی که مطرح کننده علل ثانویه است اندازه گیری آندروژن ها ضروری است.

• تستوسترون

مهمترین بررسی آزمایشگاهی اندازه گیری تستوسترون سرم است، که اگر میزان آن طبیعی باشد تستوسترون آزاد را باید اندازه گیری کرد. میزانهای خیلی بالای تستوسترون (بیش از ۲۰۰ نانوگرم بر دسی لیتر) احتمال تومور را مطرح میکند، که در این صورت بایستی سونوگرافی، سیتی اسکن یا ام.آر.آیاز تخمدان یا آدرنال انجام گیرد.

- **DHEA-S** چون در زنان تستوسترون هم منشا تخمدان و هم آدرنال دارد افزایش تستوسترون به تنهایی منشا آندروژن اضافی را مشخص نمیکند. اگر میزان تستوسترون و **DHEA-S** هر دو بالا باشد منشا آدرنال مطرح ولی اگر فقط تستوسترون بالا باشد منشا تخمدان مطرح میشود. در صورتی که میزان **DHEA-S** بیش از ۷۰۰ میکروگرم بر دسی لیتر باشد تومور آدرنال بایستی در نظر گرفته شود.

- سایر آزمایشات: آزمایشاتی چون تست تحریک **ACTH** برای تشخیص نوع غیرکلاسیک هیپرپلازی مادرزادی آدرنال، تست سرکوب دگزامتازون برای تشخیص پرمویی وابسته به **ACTH**، اندازه گیری **FSH** و **LH** (در زنان دچار سندرم تخمدان پلی کیستیک نسبت **LH** به **FSH** افزایش یافته است)، اندازه گیری پرولاکتین در زنانی که پرمویی و قطع قاعدگی با علت نامشخص دارند و غربالگری دیابت در زنانی که سندرم تخمدان پلی کیستیک، چاقی یا آکانتوزیس نیگریکانس دارند، ممکن است لازم باشد.

درمان:

درمان پرمویی بستگی به علت زمینه ای دارد. بایستی به بیمار اطمینان داد که حالت زنانگی خود را از دست نداده است. روشهای درمانی توام زیبایی و هورمونی باعث کنترل پرمویی در اغلب بیماران میشود.

درمان زیبایی:

تراشیدن یا برداشتن مو به شیوه شیمیایی بی رنگ کردن، تراشیدن مو و استفاده از مواد موبر در بسیاری از بیماران مؤثر است. ولی اغلب تحریک پوستی ایجاد کرده و برای پرمویی شدید مناسب نیستند.

استفاده از کرمهایی مانند وانیکا و روشهایی نظیر لیزر و الکترولیز در حال حاضر در دست بررسی میباشد.

درمان هورمونی:

روشهای درمانی هورمونی با مکانیسم کاهش تولید یا اثر آندروژن در کنترل پرمویی مؤثر هستند ولی به علت طولانی بودن دوره رشد مو، - ماکزیم اثرات این دارو ۶ تا ۱۲ ماه بعد از درمان ظاهر میشود.

• داروهای ضد حاملگی خوراکی

این ترکیبات باعث کاهش تستوسترون پلازما خصوصاً تستوسترون آزاد از طریق مهار ترشح LH و افزایش سطح SHBG می شوند این دسته داروها در زنان جوان مبتلا به پرمویی که خواهان بارداری شدن نیستند انتخاب اول است و نیز به منظم شدن سیکل قاعدگی در زنانی که قاعدگی نامنظم یا قطع قاعدگی دارند کمک میکنند از این ترکیبات در زنانی که سابقه میگرن، بیماریهای ترومبوآمبولیک، سرطان رحم یا پستان دارند نباید استفاده کرد. مصرف داروهای ضد حاملگی خوراکی باعث کنترل پرمویی با علل مختلف در بیش از ۵۰ درصد بیماران میشود ولی معمولاً استفاده از روشهای زیبایی هم لازم است.

• ضد آندروژنها

این دسته از داروها باعث کاهش تولید آندروژن یا مهار اثر آندروژن در فولیکولهای مو میشوند و در درمان افزایش آندروژن خون با علل متفاوت و نیز در درمان پرمویی بدون علت مؤثر هستند. در زنانی که از نظر جنسی فعال هستند و از ضد آندروژنها استفاده میکنند، مصرف هم زمان داروهای ضد بارداری حاوی استروژن و پروژسترون در حال حاضر در کشور ما متداولترین درمان استفاده از داروهای ضد حاملگی خوراکی یا سیپروترون کامپاند، همراه با اسپرونولاکتون در اغلب بیماران میباشد.

سایر درمانها

• گلوکوکورتیکوئیدها (کورتون ها)

دگزامتازون یا پردنیزون در موقع خواب باعث بهبود پرمویی در بیماران دچار نوع غیر کلاسیک هیپرپلازی مادرزادی آدرنال میشود، ولی اثرات آن در سایر علل پرمویی روشن نیست و میتواند با مختصر افزایش دوز باعث ایجاد عوارض جانبی جدی شود.

آگونیستهای هورمونهای آزاد کننده گونادوتروپین

این داروها باعث کاهش تولید آندروژنها از تخمدان میشوند و مکانیسم اثر آن مهار ترشح LH و FSH است و در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک که تولید آندروژن زیادی دارند مؤثر است و از این ترکیبات میتوان به جای داروهای ضد بارداری خوراکی استفاده

کردن لازم است برای جلوگیری از کمبود استروژن و پوکی استخوان همراه با ترکیبات استروژن و پروژسترون مصرف شوند و مهمترین مسئله در مصرف این ترکیبات گران بودن آن است.

• حساس کننده به انسولین

مصرف متفورمین و رزیگلیتازون در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلیکیستیک باعث کاهش مقاومت به انسولین و کاهش میزان آندروژن شده و ممکن است در کاهش شدت پرمویی مؤثر باشند

• سیپوترامین: کاهش وزن با مصرف داروهای ضد اشتها ممکن است باعث کاهش شدت پرمویی و سطح آندروژن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شود.

ترجمه و تلخیص دکتر دهقان منشادی فوق تخصص غدد درون ریز

برگرفته از کتاب مرجع طب غدد ویلیامز

گرد آوری: دکتر سید حسین دهقان منشادی

آدرس مطب: تهران خ شریعتی، متروی شریعتی، جنب حسینیه ارشاد، کوچه ارشاد، پلاک ۱، طبقه ۳، واحد ۲۱

تلفن:

۰۹۱۰۶۸۲۵۰۹۹

۰۲۱-۲۲۸۹۴۱۰۸