مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۳، آبان ۱۳۹۳، ۷۰۴-۶۹۵

بررسی خصوصیات دموگرافیک و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز مراجعه‌کننده به یک درمانگاه تخصصی مرجع در تهران در سال ۱۳۹۰

محسن اسدی‌لاری[۱]، علیرضا صادقی‌پور[۲]، لیلی ماحوزی[۳]، مسعود سلیمانی‌دودران[۱]، علی فلاح[۴]

دریافت مقاله: ۹۳/۳/۲۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۵/۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۳/۵/۲۸ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۸

چکیده

زمینه و هدف: آدنوم هیپوفیز یکی از فراوان‌ترین تومورهای داخل جمجمه می‌باشد. در سال‌های اخیر، تحقیقات زیادی بر روی بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز انجام شده است. با توجه به عدم انجام مطالعه مشابه در ایران، این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات دموگرافیک و ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی با روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۲۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان آراد تهران در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. روش گردآوری اطلاعات به صورت خودگزارشی و با استفاده از پرسش‌نامه عمومی سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای، t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: طیف سنی ۲۵۰ نمونه مورد مطالعه بین ۱۵ تا ۸۲ سال و با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۴/۱۶±۴۴/۸۰ سال بود. بیشترین فراوانی آدنوم هیپوفیز به ترتیب شامل پرولاکتینوما (۴۸/۴٪)، فاقد عملکرد (۲۶/۸٪)، آکرومگالی (۱۹/۶٪) و مبتلایان به بیماری کوشینگ (۵/۲٪) بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد تفاوت معنی‌داری در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی از جمله سلامت عمومی، عملکردی و علایم و نشانه‌ها بین انواع آدنوم هیپوفیز وجود دارد. بیماران کوشینگ در مقایسه با سایر بیماران دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: مبتلایان به بیماری کوشینگ در مقایسه با سایر بیماران آدنوم هیپوفیز دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند. با توجه به ارتباط عوامل شخصی در انواع آدنوم هیپوفیز با کیفیت زندگی، رویکرد بین بخشی به مسایل و مشکلات سلامتی و انجام مداخلات لازم در عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران مهم به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: آدنوم هیپوفیز، دموگرافیک، کیفیت زندگی، سن، جنس

۱- دانشیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- دانشیار گروه آموزشی پاتولوژی، دپارتمان پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳- فوق تخصص غدد درون‌ریز، بیمارستان آراد تهران، تهران، ایران
۴- (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۳۴۲۶۴۰۰۳-۰۳۴، دورنگار: ۳۴۲۵۵۲۰۹-۰۳۴، پست الکترونیکی: afallah88@yahoo.com

مقدمه

آدنوم هیپوفیز دومین تومور شایع داخل جمجمه می‌باشد که حدود ۱۵٪ از کل نئوپلاسم‌های اولیه داخل جمجمه را تشکیل می‌دهد [۱] و بیشتر در جوانان و دامنه سنی ۳۴-۲۰ سال اتفاق می‌افتد [۲]. دو روش عمده برای تشخیص آدنوم هیپوفیز تصویربرداری (CT & MRI) و اتوپسی می‌باشد؛ در روش اول گزارش‌ها حاکی از شیوع ۴۰-۱٪ و در روش دوم شیوع از ۳۵-۱٪ برآورد شده است [۳]. آدنوم هیپوفیز معمولاً خوش‌خیم بوده اما به خاطر تغییرات هورمونی و یا فشار به بافت‌های اطراف علایم واضح بالینی ایجاد می‌کند. از هر هزار نفر از جمعیت کل، یک نفر دارای علایم واضح بالینی آدنوم هیپوفیز می‌باشد [۱]. پیشرفت آدنوم هیپوفیز، بافت‌های اطراف از قبیل عصب بینایی و اعصاب کرانیال ۳، ۴ و ۵ را تحت فشار قرار می‌دهد که منجر به نقص بینایی از قبیل نابینایی دوطرفه، کاهش میدان دید و ناهنجاری در حرکت چشم می‌شود [۴].

حداکثر بروز این تومور در دهه‌های چهارم تا ششم زندگی اتفاق می‌افتد [۵]. در یک مرور سیستماتیک، شیوع آدنوم‌های هیپوفیز ۱۶/۷٪ تخمین زده شد (۱۴/۴٪ در مطالعات اتوپسی و ۲۲/۵٪ در مطالعات رادیولوژیک). این مقادیر با دیدگاه عموم در مورد کمیاب بودن تومورهای هیپوفیز تناقض دارد؛ در حقیقت آدنوم‌های هیپوفیز در جمعیت کلی رایج هستند [۶].

بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز دارای اختلال در کیفیت زندگی هم در بعد فیزیکی و هم عاطفی در مقایسه با جمعیت عادی هستند [۷]. کیفیت زندگی عبارت است از ادراک ذهنی و رضایت فرد از حیطه‌های مهم زندگی خویش. یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، بیماری می‌باشد که با توجه به ارتباط متقابل مشکلات جسمی و روانی، بیماری‌های جسمی می‌توانند منجر به مشکلات روحی و روانی بسیاری گشته و کل زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند [۸]. در طول دو دهه اخیر علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است [۹]. از جمله بیماری‌های مزمن، آدنوم هیپوفیز می‌باشد که تشخیص آن برای افراد نگران‌کننده است. طبق مطالعات گوناگون، تظاهرات بیماری آدنوم هیپوفیز می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی بگذارد. در مطالعه Johnson و همکاران درجه‌های مختلفی از اختلال بسته به نوع آدنوم هیپوفیز مشاهده گردید. بیماران آکرومگال دارای نقص در عملکرد فیزیکی بودند در حالی که بیماران کوشینگ دچار نقص در تمام حیطه‌ها، در مقایسه با جمعیت عادی و بیماران با سایر انواع آدنوم هیپوفیز بودند [۱۰]. van der klaauw و همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز را نسبت به گروه کنترل در سطح پایین‌تری گزارش کردند [۱۱]. در مطالعه‌ای که توسط Kars و همکاران انجام شد، کیفیت زندگی در بیماران مؤنث تحت درمان برای میکروپرولاکتینوما به خصوص به علت افزایش اضطراب و افسردگی دچار اختلال شده بود [۷]. در مطالعه Dekkers و همکاران در چندین زیر مقیاس پرسش‌نامه SF-36 شامل عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش ناشی از مشکلات فیزیکی و خلقی و همچنین، درک سلامت عمومی کیفیت زندگی کاهش یافته بود. نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در این بیماران بعد از درمان موفق کاهش پیدا می‌کند [۸]. ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی در بیماری‌های

مزمن دچار تغییرات فراوان می‌شود. همچنین، در این بیماران کیفیت زندگی تحت تأثیر شدت، طول مدت بیماری و داروهای مصرفی بیمار قرار می‌گیرد [۱۲]. در بیماری‌های مزمن وقتی هدف درمان، ارتقای بهزیستی بیمار تا حدی باشد که میزان بقاء افزایش یابد، اندازه‌گیری عوامل سلامت مرتبط با کیفیت زندگی امری ضروری به نظر می‌رسد [۱۳]. بنابراین ارزیابی کیفیت زندگی در این بیماران اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا در این صورت می‌توان برخی از ناتوانایی‌های ایجاد شده را بهبود بخشید و از توانایی‌های باقی مانده نیز حداکثر استفاده را برد [۱۴].

با توجه به عدم انجام مطالعه مشابه در ایران و تفاوت مسایل فرهنگی و درمانی بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز در ایران، شناخت عوامل دموگرافیک، کیفیت زندگی و روند درمانی این بیماران، می‌تواند در برنامه‌ریزی و انتخاب درمان استاندارد کمک کند. لذا این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات دموگرافیک و بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد تهران انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی با روش نمونه‌گیری در دسترس در ۲۵۰ بیمار مبتلا به آدنوم هیپوفیز مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی هیپوفیز بیمارستان آراد تهران – که یکی از مراکز ارجاعی بیماران هیپوفیز در ایران است- در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. در این مطالعه کلیه بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز در طول ۱۰ ماه به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. تشخیص بیماری بر اساس معیارهای آزمایشگاهی (اندازه‌گیری هورمون‌های هیپوفیز) و علایم بالینی بود. رضایت کتبی آگاهانه از همه بیماران قبل از مصاحبه اخذ گردید. پرسش‌نامه دموگرافیک شامل اطلاعات فردی، تحصیلات، اشتغال، محل سکونت، نوع بیماری (بر اساس پاتولوژی)، مارکرهای تخصصی براساس پرونده بیمار، مدت بیماری، نحوه پیگیری بیمار، سابقه مصرف دخانیات و سابقه خانوادگی بیماری بود. شرط ورود افراد به مطالعه ابتلاء به هر یک از انواع آدنوم هیپوفیز و رضایت آنها برای مشارکت در مطالعه و معیارهای خروج، عدم تمایل بیمار یا خانواده ایشان برای پاسخ دادن به پرسش‌نامه بوده است.

ابزار سنجش کیفیت زندگی، پرسش‌نامه عمومی سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان (European Organization for Research and Treatment of Cancer) EORTC QLQ-C30 بود که یکی از معتبرترین پرسش‌نامه‌های مخصوص بیماران مبتلا به سرطان است و روایی و پایایی آن در بیماران ایرانی گزارش شده است. روایی همگرای این پرسش‌نامه در مطالعات قبلی ۰/۹۹ و روایی تمایز ۰/۳۵-۰/۰۷۸ و پایایی آن (آلفای کرونباخ) بزرگ‌تر از ۰/۷۰ گزارش شده است [۱۵]. این پرسش‌نامه شامل ۳۰ سؤال است که ۲۴ سؤال آن در ۹ حیطه سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد نقش، عملکرد عاطفی، عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، خستگی، درد و تهوع و استفراغ و ۶ سؤال آن به‌صورت جداگانه و در طیف ۴ پاسخی لیکرت (۱ معادل بهترین و ۴ معادل بدترین وضعیت مورد نظر) می‌باشد که مطابق استاندارد سازمان اروپایی از ۰ تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌شود. نمره بالاتر در زیر مقیاس‌های عملکردی و سلامت عمومی نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و در زیر مقیاس‌های علایم و نشانه‌های بیماری نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر می‌باشد.

اطلاعات هر بیمار با کد موجود در پرسش‌نامه وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ گردید و داده‌ها با استفاده از

آماره‌های توصیفی، آزمون‌های مجذور کای، t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه همراه با آزمون تعقیبی شفه (Scheffe) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ تعیین گردید.

نتایج

از ۲۵۰ بیمار مبتلا به آدنوم هیپوفیز، ۴۲/۸٪ (۱۰۷ نفر) مرد و ۵۷/۲٪ (۱۴۳ نفر) زن بودند. طیف سنی بیماران بین ۱۵ تا ۸۲ سال با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۴/۱۶±۴۴/۸۰ سال بود. بیشترین فراوانی در رده سنی ۶۴-۲۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مرد ۱۴/۳۱±۴۹/۶۶ سال و میانگین و انحراف معیار سنی بیماران زن ۱۲/۹۵±۴۱/۱۶ سال بود و زنان به طور معنی‌داری در سن پایین‌تری نسبت به مردان مبتلا شده بودند ($p<۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک در بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز بر حسب جنسیت در سال ۱۳۹۰

متغیر		مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	تعدادکل (درصد) تعداد	مقدار p
سن (سال)	≤۲۴	۴ (۲۸/۶)	۱۰ (۷۱/۴)	۱۴ (۱۰۰)	<۰/۰۰۱
	۲۵-۴۴	۳۴ (۳۰/۶)	۷۷ (۶۹/۴)	۱۱۱ (۱۰۰)	
	۴۵-۶۴	۵۶ (۵۳/۳)	۴۹ (۴۶/۷)	۱۰۵ (۱۰۰)	
	≥۶۵	۱۳ (۶۵/۰)	۷ (۳۵/۰)	۲۰ (۱۰۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴ (۳۱/۸)	۳۰ (۶۸/۲)	۴۴ (۱۰۰)	۰/۰۰۸
	متأهل	۹۲ (۴۷/۴)	۱۰۲ (۵۲/۶)	۱۹۴ (۱۰۰)	
	بیوه و جدا شده	۱ (۸/۳)	۱۱ (۹۱/۷)	۱۲ (۱۰۰)	
محل سکونت	استان تهران	۶۱ (۴۲/۱)	۸۴ (۵۷/۹)	۱۴۵ (۱۰۰)	۰/۷۸۴
	سایر استان‌ها	۴۶ (۴۳/۸)	۵۹ (۵۶/۲)	۱۰۵ (۱۰۰)	
سطح تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۱۵ (۴۶/۹)	۱۷ (۵۳/۱)	۳۸ (۱۰۰)	۰/۶۱۷
	دبیرستان	۳۶ (۳۹/۱)	۵۶ (۶۰/۹)	۹۲ (۱۰۰)	
	دانشگاهی	۵۵ (۴۵/۸)	۶۵ (۵۴/۲)	۱۲۰ (۱۰۰)	
وضعیت اشتغال	دانش‌آموز و دانشجو	۴ (۲۶/۷)	۱۱ (۷۳/۳)	۱۵ (۱۰۰)	<۰/۰۰۱
	شاغل	۶۹ (۶۷/۶)	۳۳ (۳۲/۴)	۱۰۲ (۱۰۰)	
	بازنشسته	۲۹ (۷۸/۴)	۸ (۲۱/۶)	۳۷ (۱۰۰)	
	بیکار و خانه‌دار	۵ (۵/۲)	۹۱ (۹۴/۸)	۹۶ (۱۰۰)	
مصرف دخانیات (سیگار)	غیرسیگاری	۷۴ (۳۶/۸)	۱۲۷ (۶۳/۲)	۲۰۱ (۱۰۰)	<۰/۰۰۱
	سیگاری	۳۳ (۶۷/۳)	۱۶ (۳۲/۷)	۴۹ (۱۰۰)	
پیگیری منظم	داشته	۹۲ (۴۴/۷)	۱۱۴ (۵۵/۳)	۲۰۶ (۱۰۰)	۰/۱۹۸
	نداشته	۱۵ (۳۴/۱)	۲۹ (۶۵/۹)	۴۴ (۱۰۰)	

آزمون مجذور کای، $p<۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

از نمونه‌های مورد مطالعه ۲۶/۸٪ (۶۷ نفر) مبتلا به آدنوم هیپوفیز فاقد عملکرد، ۱۹/۶٪ (۴۹ نفر) آکرومگالی، ۴۸/۴٪ (۱۲۱ نفر) پرولاکتینوما و ۵/۲٪ (۱۳ نفر) مبتلا به بیماری کوشینگ بودند. بررسی انواع آدنوم‌ها در این بیماران نشان داد که پرولاکتینوما، آدنوم فاقد عملکرد، سوماتوتروف آدنوما و کورتیکوتروف آدنوما به ترتیب فراوان‌ترین آدنوم‌ها بودند.

جدول ۲- فراوانی انواع آدنوم هیپوفیز به تفکیک جنسیت

نوع آدنوم / جنسیت	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	تعدادکل (درصد) تعداد	مقدار p
فاقد عملکرد	۴۶ (۶۸/۷)	۲۱ (۳۱/۳)	۶۷ (۱۰۰)	<۰/۰۰۱
پرولاکتینوما	۴۱ (۳۳/۹)	۸۰ (۷۶/۱)	۱۲۱ (۱۰۰)	
سوماتوتروف آدنوما (آکرومگالی)	۱۶ (۳۲/۷)	۳۳ (۶۷/۳)	۴۹ (۱۰۰)	
کورتیکوتروف آدنوما (کوشینک)	۴ (۳۰/۸)	۹ (۶۹/۲)	۱۳ (۱۰۰)	

آزمون مجذور کای، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران کوشینگ ۸/۳۱±۳۳/۲۳، پرولاکتینوما ۱۴/۴۹±۴۲/۶۸، آکرومگالی ۱۲/۲۳±۴۶/۸۲ و فاقد عملکرد ۱۳/۹۶±۴۹/۴۰ سال بود. آنالیز واریانس یک‌طرفه همراه با مقایسه زوج گروه‌ها (آزمون Scheffe) نشان داد بیماران کوشینگ در سن پایین‌تری نسبت به سایر انواع آدنوم به بیماری مبتلا شده بودند و اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). همچنین ۸۲/۸٪ (۲۰۷ نفر) از بیماران از سردرد و مشکلات بینایی رنج می‌بردند.

بیماران کمتر از ۴۰ سال در بعد عملکرد عاطفی کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد بالاتر از ۴۰ سال داشتند (p=۰/۰۰۴) و در سایر حیطه‌ها اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید (p>۰/۰۵).

آنالیز واریانس یکطرفه همراه با مقایسه زوج گروه‌ها (آزمون Scheffe) نشان داد نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کوشینگ در زیر مقیاس‌های سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد نقش، عملکرد شناختی و عملکرد اجتماعی در مقایسه با سایر بیماران پایین‌تر و اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). در بعد عملکرد عاطفی نمره کیفیت زندگی در بیماران کوشینگ در مقایسه با بیماران فاقد عملکرد، پایین‌تر و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۴۲) و با سایر بیماران اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نگردید (p>۰/۰۵) (جدول ۳).

نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کوشینگ در زیر مقیاس‌های خستگی و درد در مقایسه با سایر بیماران بالاتر و اختلاف معنی‌دار بود (p<۰/۰۵) و در زیر مقیاس تهوع و استفراغ با فاقد عملکرد و پرولاکتینوما اختلاف معنی‌دار بود (p<۰/۰۵) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف پرسش‌نامه EORTC QLQ-C30 به تفکیک نوع آدنوم هیپوفیز در سال ۱۳۹۰

حیطه	نوع بیماری	فاقد عملکرد انحراف معیار±میانگین	پرولاکتینوما انحراف معیار±میانگین	آکرومگالی انحراف معیار±میانگین	کوشینگ انحراف معیار±میانگین	مقدار p
سلامت عمومی	سلامت عمومی	۶۷/۸۰±۲۴/۲۴	۶۰/۵۵±۲۴/۳۷	۵۹/۷۵±۲۲/۴۱	۳۷/۸۲±۲۳/۹۶	۰/۰۰۱
حیطه‌های عملکردی	عملکرد فیزیکی	۸۰/۸۱±۱۹/۰۲	۷۹/۹۴±۱۹/۱۴	۷۶/۰۳±۲۰/۳۲	۴۸/۲۱±۲۳/۷۵	<۰/۰۰۱
	عملکرد نقش	۸۶/۸۷±۱۹/۰۶	۸۵/۸۲±۲۲/۸۵	۸۶/۱۷±۲۰/۳۶	۶۲/۸۲±۳۹/۱۸	۰/۰۰۵
	عملکرد عاطفی	۶۵/۲۸±۲۲/۳۴	۵۶/۴۳±۲۹/۳۱	۵۵/۱۴±۲۶/۸۴	۴۱/۶۷±۲۸/۰۵	۰/۰۱۷
	عملکرد شناختی	۷۵/۷۶±۲۱/۱۲	۷۲/۸۱±۲۵/۶۹	۷۱/۶۳±۲۷/۵۶	۴۷/۴۴±۳۴/۵۹	۰/۰۰۴
	عملکرد اجتماعی	۷۸/۵۳±۲۱/۶۳	۷۳/۶۸±۳۰/۶۳	۷۸/۳۷±۱۹/۳۲	۴۲/۳۱±۳۳/۰۶	<۰/۰۰۱
علایم و نشانه‌ها	خستگی	۳۳/۵۰±۲۲/۰۹	۳۷/۹۱±۲۶/۳۵	۳۹/۷۲±۲۹/۱۹	۷۱/۷۹±۳۰/۳۰	<۰/۰۰۱
	درد	۱۷/۱۷±۲۰/۲۵	۲۶/۳۲±۲۵/۲۷	۲۷/۳۰±۲۲/۳۷	۶۱/۵۴±۳۷/۵۱	<۰/۰۰۱
	تهوع و استفراغ	۶/۸۲±۱۴/۶۱	۱۰/۹۶±۱۶/۵۷	۶/۰۳±۱۱/۷۵	۶/۴۱±۱۰/۸۴	۰/۰۰۲

آنالیز واریانس یک‌طرفه، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

طبق بررسی‌های محققین، این مطالعه که با هدف بررسی وضعیت دموگرافیک و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز انجام شد، اولین مطالعه در ایران می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد فراوانی آدنوم هیپوفیز در میانسالی بالاتر است. همچنین، فراوانی بیماری در زنان جوان‌تر و در مردان مسن‌تر بالاتر بود که با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی دارد [۱۷-۱۶]. میانگین سنی بیماران در این مطالعه ۴۴/۸ سال بود. مطالعه‌ای در ایتالیا بر روی ۱۲۴۰ بیمار با هدف گزارش عوارض جراحی از راه ترانس اسفنوئید در بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز انجام گردید که میانگین سنی آن‌ها ۴۳/۷۰ سال گزارش شده است [۱۸]. در مطالعه دیگری در ژاپن بر روی ۴۶۷ بیمار مبتلا به آدنوم هیپوفیز با هدف پیدا کردن ارتباط بین آنوریسم داخل جمجمه‌ای مرتبط با آدنوم هیپوفیز میانگین سنی ۴۱ سال گزارش شده است [۱۹]. در هر دو مطالعه ذکر شده میانگین سنی بیماران با مطالعه ما هم‌خوانی دارد که به نظر می‌رسد این بیماری در میان‌سالی شایع‌تر است.

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی بیماری در سن ۶۴-۲۵ سال بود. در یک مطالعه سیستماتیک در کانادا بیشترین شیوع سنی در دهه‌های چهارم تا ششم زندگی گزارش شده است [۲]. در مطالعه ما پرولاکتینوما شایع‌ترین آدنوم هیپوفیز بود و آدنوم فاقد عملکرد، آکرومگالی و بیماری کوشینگ به ترتیب در رده‌های بعدی بودند. در یک مطالعه مقطعی با هدف تعیین شیوع بالینی آدنوم هیپوفیز در یک جمعیت ۷۱،۹۷۲ نفری ۶۸ بیمار

تشخیص داده شدند. در آن مطالعه ۶۶٪ مبتلا به پرولاکتینوما، ۱۴/۷٪ فاقد عملکرد، ۵/۹٪ بیماری کوشینگ و ۲۰/۶٪ مبتلا به کم کاری غده هیپوفیز بودند [۶]. در مطالعه van der klaauw و همکاران در هلند، پرولاکتینوما دارای بالاترین شیوع در بین انواع آدنوم هیپوفیز گزارش شده است [۱۱].

نتایج این مطالعه نشان داد که پرولاکتینوما، آکرومگالی و کوشینگ بیشتر در زنان و آدنوم فاقد عملکرد بیشتر در مردان اتفاق می‌افتد. همچنین، بیماران پرولاکتینوما و کوشینگ در سن پایین‌تری نسبت به آدنوم فاقد عملکرد به بیماری مبتلا شده بودند. در یک مطالعه مروری در آمریکا مشابه چنین نتایجی گزارش شده است [۵]. در آن مطالعه بیماری آکرومگالی بیشتر در مردان گزارش شده است که با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد. به نظر می‌رسد این تفاوت به دلیل روش نمونه‌گیری (نمونه‌گیری آسان از یک مرکز) و همچنین، مراجعه بیشر زنان به درمانگاه تخصصی بیمارستان آراد تهران (به دلیل حضور پزشک معالج زن) در مطالعه ما باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز دارای درجات متفاوتی از اختلال در کیفیت زندگی در بین انواع آدنوم می‌باشند. بیماران مبتلا به کوشینگ در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد نقش، عملکرد شناختی و عملکرد اجتماعی نسبت به سایر بیماران پایین‌ترین کیفیت زندگی را داشتند. همچنین، این بیماران در بعد عملکرد عاطفی نسبت به بیماران فاقد عملکرد دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند. در ارزیابی کلی نمره کیفیت زندگی بین انواع آدنوم هیپوفیز، بیماران کوشینگ دارای پایین‌ترین کیفیت زندگی بودند. در مطالعه‌ای در آمریکا بر روی ۱۶۸ بیمار، جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز با استفاده از پرسش‌نامه SF-36، بیماران کوشینگ در تمام ابعاد این پرسش‌نامه، در مقایسه با جمعیت عادی و بیماران با سایر انواع آدنوم هیپوفیز، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند [۱۰]. در مطالعه‌ای در برزیل بر روی ۲۵ بیمار آدنوم هیپوفیز از طریق پرسش‌نامه SF-36، بیماران کوشینگ بدترین کیفیت زندگی را داشتند. همچنین، در این سری از بیماران در ارزیابی کلی و از ابعاد فیزیکی و روانی، بیماران کوشینگ بدترین کیفیت زندگی را نشان دادند [۲۰]. به نظر می‌رسد اختلال در عملکرد فیزیکی و روانی در بیماران کوشینگ ممکن است به دلیل افزایش کورتیزول که باعث تغییرات آناتومیکی از قبیل ضایعات ماهیچه‌ای که منجر به ضعف و خستگی، افزایش وزن و آتروفی مغزی می‌شود، باشد. Dorn و همکاران دریافتند که ۶۷٪ بیماران کوشینگ دارای معیارهای تشخیص روانی بودند که اختلال افسردگی شایع‌ترین (۵۲٪) آنها بود [۲۱]. همچنین، در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۲ بیمار مبتلا به کوشینگ، شیوع اختلال افسردگی ۵۴٪ بود [۲۲].

یک محدودیت قابل ملاحظه در استفاده از پرسش‌نامه EORTC QLQ-C30 برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز، عدم وجود پرسش‌های اختصاصی مرتبط با غدد جنسی و عملکرد جنسی است زیرا آدنوم هیپوفیز اغلب منجر به هیپوگنادیسم ثانویه و اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. بنابراین استفاده از یک پرسش‌نامه اختصاصی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. البته باید به این نکته توجه داشت که مطالعاتی که بر پایه خودگزارش‌دهی بیماران است، معایب و مشکلات خاص خود را دارد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کوشینگ پایین‌تر از سایر انواع آدنوم هیپوفیز بود. با توجه به ارتباط عوامل شخصی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آدنوم هیپوفیز، رویکرد بین بخشی به مسایل و مشکلات سلامتی و انجام مداخلات لازم در عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران مهم به نظر می‌رسد. همچنین، نتایج این مطالعه می‌تواند راهنمایی برای ارایه خدمات صحیح‌تر به این گونه بیماران و کاستن از هزینه‌های مادی بیماری، برنامه‌ریزی و آگاه کردن برنامه‌ریزان سلامت درباره بار بیماری باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پرسنل درمانگاه تخصصی بیمارستان آراد تهران جهت همکاری در جمع‌آوری داده‌ها و همچنین از اعضای محترم گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

[1] Vandeva S, Jaffrain-Rea ML, Daly AF, Tichomirowa M, Zacharieva S, Beckers A. The genetics of pituitary adenomas. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2010; 24(3): 461-76.

[2] Ezzat S, Asa SL, Couldwell WT, Barr CE, Dodge WE, Vance ML, et al. The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. *Cancer* 2004; 101(3): 613-9.

[3] Burrow GN, Wortzman G, Rewcastle NB, Holgate RC, Kovacs K. Microadenomas of the pituitary and abnormal sellar tomograms in an unselected autopsy series. *N Engl J Med* 1981; 304(3): 156-8.

[4] Okamoto Y, Okamoto F, Hiraoka T, Yamada S, Oshika T. Vision-Related Quality of Life in Patients with Pituitary Adenoma. *Am J Ophthalmol* 2008; 146(2): 318-22.

[5] Mindermann T, Wilson CB. Age-related and gender-related occurrence of pituitary adenomas. *Clin Endocrinol* 1994; 41(3): 359-64.

[6] Daly AF, Rixhon M, Adam C, Dempegioti A, Tichomirowa MA, Beckers A. High prevalence of pituitary adenomas: a cross-sectional study in the province of Liege, Belgium. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(12): 4769-75.

[7] Kars M, van der Klaauw AA, Onstein CS, Pereira AM, Romijn JA. Quality of life is decreased in female patients treated for microprolactinoma. *Eur J Endocrinol* 2007; 157(2): 133-9.

[8] Dekkers OM, van der Klaauw AA, Pereira AM, Biermasz NR, Honkoop PJ, Roelfsema F, et al. Quality of life is decreased after treatment for nonfunctioning pituitary macroadenoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(9): 3364-9.

[9] Kan P, Cusimano M. Validation of a quality-of-life questionnaire for patients with pituitary adenoma. *Can J Neurol Sci* 2006; 33(1): 80-5.

[10] Johnson MD, Woodburn CJ, Vance ML. Quality of life in patients with a pituitary adenoma. *Pituitary* 2003; 6(2): 81-7.

[11] van der Klaauw AA, Kars M, Biermasz NR, Roelfsema F, Dekkers OM, Corssmit EP, et al. Disease-specific impairments in quality of life during long-term follow-up of patients with different pituitary adenomas. *Clin Endocrinol* 2008; 69(5): 775-84.

[12] Benedict RH, Wahlig E, Bakshi R, Fishman I, Munschauer F, Zivadinov R, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurol Sci* 2005; 231(1-2): 29-34.

[13] Solari A, Filippini G, Mendozzi L, Ghezzi A, Cifani S, Barbieri E, et al. Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67(2): 158-62.

[14] Taraghi Z, Ilali ES, Abedini M, Zarvani A, Khoshnema E, Mohammad Pour RA, et al. Quality of Life among Multiple Sclerosis Patients. *IJN* 2007; 20(50): 51-9.

[15] Safaee A, Dehkordi Moghimi B, Tabatabaie SHR. Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cacer patients. *ARMAGHAN DANESH* 2007; 2(46): 79-88.

[16] Hemminki K, Forsti A, Ji J. Incidence and familial risks in pituitary adenoma and associated tumors. *Endocr Relat Cancer* 2007; 14(1): 103-9.

[17] McDowell BD, Wallace RB, Carnahan RM, Chrischilles EA, Lynch CF, Schlechte JA. Demographic differences in incidence for pituitary adenoma. *Pituitary* 2011; 14(1): 23-30.

[18] Barzaghi LR, Losa M, Giovanelli M, Mortini P. Complications of transsphenoidal surgery in patients with pituitary adenoma: experience at a single centre. *Acta Neurochir (Wien)* 2007; 149(9): 877-85.

[19] Pant B, Arita K, Kurisu K, Tominaga A, Eguchi K, Uozumi T. Incidence of intracranial aneurysm associated with pituitary adenoma. *Neurosurg Rev* 1997; 20(1): 13-7.

[20] Pereira-Neto A, Borba AM, Mello PA, Naves LA, Araujo Jr AS, Casulari LA. Mean intrasellar pressure, visual field, headache intensity and quality of life of patients with pituitary adenoma. *Arq Neuropsiquiatr* 2010; 68(3): 350-4.

[21] Dorn LDl, Burgess ES, Dubbert B, Simpson SE, Friedman T, Kling M, et al. Psychopathology in patients with endogenous Cushing's syndrome: atypical or melancholic features. *Clin Endocrinol* 1995; 43(4): 433-42.

[22] Sonino N1, Fava GA, Raffi AR, Boscaro M, Fallo F. Clinical correlates of major depression in Cushing's disease. *Psychopathology* 1998; 31(6): 302-6.

Assessment of the Demographic Characteristics and the Quality of Life in Patients with Pituitary Adenoma in a Referral Pituitary Center in Tehran in 2011

M. Asadi-Lari[1], A.R. Sadeghipour[2], L. Mahouzi[3], M. Solaimani Dodaran[1], A. Fallah[4]

Received: 16/06/2014 Sent for Revision: 23/07/2014 Received Revised Manuscript: 19/08/2014 Accepted: 30/08/2014

Background and Objective: Pituitary adenoma (PA) is one of the most common intracranial tumors. In recent years, some research has been done on patients with PA. Given the lack of similar research in Iran, this study was conducted to assess the demographic characteristics and the quality of life among Iranian patients with PA.

Materials and Methods: This study was a cross- sectional- descriptive survey. In 2011, two hundred and fifty patients accepted to participate in this study, using convenience sampling method. Data were collected using EORTC QoL-C30(European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life). Independent two-sample *t*-test, one-way ANOVA and chi-square tests were used for data analysis.

Results: Two hundred and fifty Respondents were from those in the 15 to 82 age group and mean age of 44.80±14.16 years. The study results revealed that the most common tumors among the patients were prolactinoma (48.4%), followed by nonfunctioning pituitary adenoma (26.8%), growth-hormone-releasing adenoma (acromegaly)(19.6%), and Cushing's disease (5.2%). The consequences of this study disclosed a significant difference between the patients in different domains of the quality of life, including Global health status, Functional scales and in Symptom scales; in this respect, patients with Cushing's disease had the worst condition.

Conclusion: Overall, the comparison showed that the quality of life in patients with Cushing's disease was significantly lower than that among patients with other types of pituitary adenoma. Regarding the association between personal factors in PA and the quality of life, inter-sectoral approach to health problems and interventions that affect the quality of life are important.

Key words: Pituitary adenoma, Demographic, Quality of life, Age, Tehran

Funding: This research was funded by Iran University of Medical Sciences.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical approval:

How to cite this article: Asadi-Lari M, Sadeghipour AR, Mahouzi L, Solaimani Dodaran M, Fallah A. Assessment of the Demographic Characteristics and the Quality of Life in Patients with Pituitary Adenoma in a Referral Pituitary Center in Tehran in 2011. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2014; 13(8): 695-704. [Farsi]

1- ***Associate Prof., Dept. of Epidemiology School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran***
2- Associate Prof., Dept. of Pathology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Endocrinologist, Tehran Arad Hospital, Tehran, Iran
4- ***MSc in Epidemiology, Social Determinants of Health Research, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran (Corresponding Author) Tel: (034) 34264003-5, Fax: (034) 34255209, E-mail: afallah88@yahoo.com***