

بررسی تاثیر سیگار بر آکنه در مردان

دکتر فرزانه دلگشایی^۱، دکتر فرزانه مالکی^۲، معصومه طوسی سعد آباد^۳

۱- متخصص بیماری های پوست و مو، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران

۲- متخصص بیماری های پوست و مو، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران

۳- پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران

چکیده :

مقدمه:

آکنه یک بیماری با شیوع بالا و موثر بر عملکرد اجتماعی فرد است بنابراین مطالعه در مورد این بیماری و موضوعات پیرامون آن مفید و قابل توجه است. در چند دهه اخیر محققین در صدد بر آمده اند تا ارتباط میان سیگار و بیماری های مختلف از جمله آکنه را بررسی کنند ولی مطالعات در زمینه آکنه بسیار محدود بوده و نتایج متناقضی گزارش شده است بنابراین ما در صدد برآمدیم تا با این مطالعه و حذف بیشتر عوامل مخدوش کننده از مطالعه نسبت به مطالعات پیشین این ارتباط را بررسی کنیم. هدف این مطالعه تعیین ارتباط میان سیگار و آکنه در مردان طی یک مطالعه مورد - شاهدی است.

مواد و روش ها:

این مطالعه بر روی ۳۷۷ مرد در سنین ۱۵-۴۰ سال و به صورت مورد - شاهدی انجام شد که ۲۵۲ مرد غیر آکنه ای در گروه شاهد و ۱۲۵ مرد مبتلا به آکنه در گروه مورد قرار داشتند. اطلاعات به دست آمده از هر دو گروه از طریق پرسشنامه جمع آوری شد: در این پرسشنامه شدت آکنه، سن فرد، مدت زمان ابتلا به آکنه، سن شروع آکنه، سابقه خانوادگی، استعمال یا عدم استعمال سیگار و ... ثبت شد. سیگاری بودن استعمال بیش از ۳ نخ سیگار در روز در نظر گرفته شد. اطلاعات با نرم افزار SPSS تحلیل و بررسی شد.

نتایج :

بالاترین توزیع سنی آکنه در محدوده ۲۰-۲۵ سال بود (P-Value:0/001). شایعترین محل ابتلا به آکنه صورت (۹۴/۴٪) و در شدت آکنه شایعترین فرم، درگیری متوسط (۵۸/۴٪) و میانگین سن شروع آکنه ۱۵/۵ سال، گزارش شد. سابقه خانوادگی در ۵۶٪ از افراد مبتلا به آکنه مشاهده شد. در این مطالعه ۳۸ نفر از ۱۲۵ مرد آکنه ای (۳۰/۴٪) و ۶۵ نفر از ۲۵۲ مرد غیر آکنه ای (۲۵/۸٪) سیگاری بودند با وجود آنکه ارتباط معنی داری میان آکنه و سیگار مشاهده نشد (P-Value:0/345) اما شانس ابتلا به آکنه در افراد سیگاری ۲ برابر بیش از افراد غیر سیگاری به دست آمد. (Odds Ratio:2) ارتباط میان شدت آکنه و سیگار وجود نداشت (P-V: 0/65) و به علاوه میان محل آکنه و شدت آکنه نیز رابطه ای مشاهده نشد. (P-Value:0/95)

نتیجه گیری: در این مطالعه ارتباط معناداری میان آکنه و سیگار وجود نداشت.

کلمات کلیدی: Acne, Cigarette smoking, Severity of acne

مقدمه:

آکنه یک بیماری التهابی مزمن در قسمت پیلوسباسه است و مشخصه آن وجود سبوره آ، تشکیل کمدون، پاپول، پوستچول، گاهی ندول است. (۱) بیشترین شدت و فراوانی در مناطقی از بدن است که غدد سباسه از همه بیشتر و بزرگترند. (۲) علت آن میتواند افزایش فعالیت غدد سباسه، التهاب و کلونیزاسیون با پروپیونی باکتریوم آکنه و نیز انسداد مجاری پیلور سباسه باشد (۳) با وجود آنکه آکنه بیماری تهدیدکننده حیات نیست ولی در میان بیماریهای پوستی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. علت این اهمیت شیوع بالای بیماری و شیوع بالای انواع اختلالات روان شناختی در میان مبتلایان است، به طوریکه ۹۰٪ افراد در سنین نوجوانی به درجات مختلف آکنه راتجربه میکنند. (۲) و از طرفی اختلال در ارتباط اجتماعی (۵۷٪) و فقدان اعتماد به نفس (۶۷٪) در مبتلایان دیده میشود و اکثر این بیماران در معرض مسخره شدن و آزار همسالان خود هستند. (۴) پس آکنه میتواند بر عملکرد بیمار موثر باشد و از آنجا که عده زیادی رادر سنین حساس نوجوانی گرفتار میکند میتواند موضوع بسیاری از مطالعات قرار گیرد. برخی عوامل رادر تشدید آکنه موثر میدانند از جمله استرس، تعریق، تابش آفتاب، مشاغل ویژه که باروغن های صنعتی سروکار دارند، مواد آرایشی و پاک کننده ها و احتمالاً سیگار (۱). سیگار بدون شک یکی از بزرگترین دلایل مرگ و بیماری در دنیای امروز است. شاهد برایین مدعا ارتباط میان سیگار و تعداد زیادی از کانسرها و بیماریهای قلبی عروقی است. (۵) به علاوه تاثیر منفی سیگار در برخی بیماریهای پوستی نیز به اثبات رسیده مثل پیری زودرس پوست، پسوریازیس (۶ و ۷)، هیدرادنیت سوپراتیو (۸ و ۹). در کنار همه این اثرات مخرب به نظر میرسد که سیگار در برخی بیماریها اثر حفاظتی داشته باشد مثل پمفیگوس، پارکینسون، هرپس سیمپلکس، اکلامپسی، کولیت اولسرو (۵) با این همه تاثیر سیگار بر آکنه، آگزما و ملانوم هنوز مورد بحث و غیر قطعی است (۶). بررسی تاثیر سیگار بر بیماریها میتواند در شناخت مکانیسم بیماریها و شاید در آینده ای نزدیک به درمان سریع تر و راحت تر آنها کمک کند و این مسئله در مورد بیماریهای با شیوع بالا مثل آکنه اهمیت بیشتری می یابد. از آنجا که به طور کلی تعداد مطالعات انجام شده در بررسی سیگار بر آکنه به ویژه در کشور ما محدود است مطالعه بیشتر در این زمینه لازم به نظر میرسد. بر آن شدیم تا تاثیر سیگار بر آکنه را مورد مطالعه قرار دهیم.

روش کار:

این مطالعه بر روی ۳۷۷ مرد در سنین ۱۵-۴۰ سال و به صورت مورد - شاهدی انجام شد که ۲۵۲ نفر در گروه شاهد (غیر آکنه ای) و ۱۲۵ نفر در گروه کنترل (آکنه ای) قرار گرفتند. در هر گروه سیگاری یا غیر سیگاری بودن افراد مورد بررسی قرار گرفت.

افراد از میان محصلین دبیرستانی، دانشجویان مقاطع مختلف تحصیلی، کارمندان و تعدادی با مشاغل آزاد انتخاب شدند. مشاغلی که با روغنهای صنعتی سروکار داشتند و یا مستلزم ساعات طولانی کار در معرض آفتاب بودند از مطالعه حذف شدند. در گروه آکنه ای در صورتیکه بیمار از داروهای ضد آکنه در ۱ ماه اخیر و از آکوتان در ۴ ماه اخیر استفاده کرده بود و یا ضایعات فعال نداشت از مطالعه حذف می شد.

اطلاعات به دست آمده از افراد از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. در این پرسشنامه شدت آکنه، مدت ابتلا به آکنه، سن، استعمال یا عدم استعمال سیگار، مدت زمانی که سیگاری هستند، تعداد سیگاری که در روز استعمال می کنند و سایر نکات پرسیده شد. سیگاری بودن استعمال ۳ نخ سیگار در روز در نظر گرفته شد. در نهایت نتایج از پرسشنامه ها استخراج شده و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار

گرفت. افراد برای ورود به مطالعه باید حتما جنس مذکر در بازه سنی ۱۵ الی ۴۰ بوده و دارای ضایعات آکنه در صورت یا تنه و یا هر دو باشند. در صورت مصرف داروهای تشدید کننده آکنه مثل داروهای ضد سل (ایزونیازید ، ریفامپین) ، داروهای ضد تشنج (فنی توئین ، فنو باربیتال) ، هورمون ها و استروئید ها (گنادو تروپینها ، آندروژن ها ، استروئید های دهانی یا موضعی) ، کینین ، سولفور ، لیتیوم ، دی سولفیرام ، psoralene بیمار از مطالعه خارج میشود. همچنین اگر بیمار از درمان های آکنه (خوراکی یا موضعی در ۱ ماه اخیر و یا مصرف اکوتان در ۴ ماه اخیر) استفاده کند نیز از مطالعه خارج میشود.

نتایج :

در این مطالعه 377 نفر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد 125 نفر مبتلا به آکنه و ۲۵۲ نفر غیر مبتلا بودند. این گروه همگی مذکر هستند. 103 نفر سیگاری و مابقی غیر سیگاری می باشند. از نظر آماری ارتباط معنا داری بین آکنه و سن وجود دارد. (P-Value: 0/001) در محدوده سنی (۲۵ و ۲۰) سال بالا ترین در صد ابتلا به آکنه (41/7٪) مشاهده می شود. میانگین سنی افراد مورد بررسی 23/۱۵ سال با انحراف معیار 5/6 سال و کمترین سن ۱۵ سال و بالاترین سن ۴۰ سال گزارش شده است. در این مطالعه گروه دانشجویان بالا ترین در صد ابتلا به آکنه (58,7٪) رابه خود اختصاص داده اند. از نظر آماری ارتباط معنا داری بین آکنه و شغل وجود دارد (P-Value: 0/0001).

میانگین سنی افراد مبتلا به آکنه در این مطالعه ۱۵/۵ سال بود. انحراف معیار ۱/۸ سال بود. کمترین سن شروع آکنه ۱۲ سال و بالاترین سن ۲۱ سال گزارش شده بود. برای سن شروع آکنه، گروه سنی ۱۵ تا ۱۸/۹ سال بالاترین در صد را (71/2٪) به خود اختصاص داده اند.

میانگین طول مدت ابتلا به آکنه ۴۴/۹۶ ماه با انحراف معیار ۳۰/۳ ماه بود. کمترین طول مدت ابتلا به آکنه ۲ ماه و بالاترین طول مدت ابتلا به آکنه ۲۲۸ ماه گزارش شده است. طبق اطلاعات این مطالعه بالا ترین در صد طول مدت ابتلا به آکنه (38/4٪) ، ۴۸-۹۵ ماه میباشد.

بالا ترین درصد امکان ابتلا به آکنه ۹۴/۴ درصد بوده و بالاترین میانگین درصد شدت ابتلا به آکنه ۵۸/۴ درصد بوده است. ۵۶٪ از افراد آکنه ای سابقه ابتلا به آکنه را در افراد درجه اول خانواده گزارش کرده اند .

در این مطالعه ارتباط بین سیگار و ابتلا به آکنه از نظر آماری معنی دار نمی باشد (P-Value: 0/345). اما Odds Ratio برای سیگار برابر ۱/۲۵ به دست آمده این معنا که شانس افراد سیگاری برای ابتلا به آکنه ۱/۲۵ برابر بیشتر از افراد غیر سیگاری است. در این مطالعه ارتباط بین سیگار و شدت ابتلا به آکنه از نظر آماری معنی دار نمی باشد (P-Value: 0/653). ارتباط بین سیگار و محل ابتلا به آکنه از نظر آماری معنی دار نمی باشد (P-Value: 0/950).

بحث و نتیجه گیری:

ما مطالعه خود را بر اساس اضافه شدن تیترا Smoking به عنوان یک عامل تشدید کننده آکنه در کتاب Rook 2004 نسبت به چاپ قبلی و استناد این کتاب به مطالعه Schafer و همکارانش (۱۳) آغاز کردیم. البته در نتیجه گیری مطالعات مختلف و البته محدودی که در این زمینه انجام شده است ، تناقض های بسیاری

دیده می شود که می تواند مربوط به تفاوت در نوع جامعه مورد مطالعه و معیارهای حذف و شمول و حتی تفاوت‌های ژنتیکی و جغرافیایی باشد.

ما در یک مطالعه مورد - شاهدهی ۳۷۷ مرد ۴۰-۱۵ ساله را در دو گروه شاهد (غیر آکنه ای) و کنترل (آکنه ای) مورد مطالعه قرار دادیم. اطلاعات از هر دو گروه از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. در پرسش نامه مربوط به گروه آکنه ای علاوه بر نکات مربوط به سیگار شامل استعمال یا عدم استعمال سیگار، مدت زمان سیگاری بودن و تعداد نخ در روز، سوالاتی نیز راجع به سن شروع آکنه، طول مدت ابتلا به آکنه، سابقه خانوادگی، شدت آکنه، محل ابتلا به آکنه و... نیز گنجانده شد.

همان طور که در کتاب Rook شایعترین محل ابتلا به آکنه صورت و مقدار آن ۹۹٪ گزارش شده است (۱) در مطالعه ما نیز درگیری صورت بالاترین مقدار یعنی ۹۴/۴ درصد را به خود اختصاص داد.

مطابق با آنچه در مطالعه Goulden و همکارانش به دست آمده و حداکثر شیوع آکنه در میانگین سنی ۲۴ سال گزارش شده است (۱۰)، در مطالعه ما نیز شایعترین توزیع سنی آکنه در محدوده ۲۵-۲۰ سال قرار داشت.

در ارتباط با سابقه فامیلی و نقش آن در بروز آکنه، در این مطالعه ۵۶٪ از افراد گروه مورد سابقه ابتلا به آکنه را در افراد درجه اول خانواده ذکر کردند همانگونه که در مطالعه Gloor سابقه فامیلی ۴۵٪ گزارش شده بود. (۱۴) البته این تفاوت در اعداد میتواند مربوط به نوع بررسی فامیلیال باشد زیرا در مطالعه Gloor سابقه ابتلا به آکنه فقط در مورد پدر و مادر سوال شده بود ولی در پرسشنامه ما سابقه ابتلا در افراد درجه اول خانواده مورد سوال قرار گرفته بود.

در مورد ارتباط سیگار و آکنه، Schafer و همکارانش ۸۹۶ فرد ۸۷-۱۲ ساله را بررسی کرده و شیوع آکنه در سیگاریهای فعال را به طور معنی داری بالاتر از غیر سیگاریها گزارش کرده اند (۱۳) اما در مطالعه Schafer توجهی به فاکتورهای جنسی و شغلی موثر بر آکنه نشده و در ضمن میانگین سنی بالاتری، نسبت به سایر مطالعات انتخاب شده است به طوریکه همه افراد سنین ۱۲-۸۷ سال اعم از زن و مرد و بدون محدودیت شغلی وارد مطالعه شده اند ولی ما در مطالعه خود با توجه به فاکتورهای موثر بر آکنه گروه کنترل و شاهد را انتخاب نمودیم تا بتوانیم تاثیر سیگار را به صورت مستقل بررسی کنیم. برای رسیدن به این منظور زنان از مطالعه ما حذف شدند زیرا نقش هورمون ها در ایجاد آکنه در زنان اثبات شده است و تشدید آکنه قبل از قاعدگی (۱) و بهبود آن تحت تاثیر مصرف OCP (۱۱) مویید این مطلب است. از آنجا که آکنه در سن ۴۰ سالگی در کمتر از ۱٪ از مردان دیده می شود (۲۲)، ما گروه های سنی بالاتر از ۴۰ سال را نیز از مطالعه خود حذف نمودیم و آخرین نکته مهم حذف مشاغل ویژه از مطالعه ما است مثل مشاغلی که با روغن های صنعتی سروکار دارند، مشاغلی که با تعریق زیاد (آشپزی و نانواپی) همراهند و مشاغلی که مستلزم حضور بیش از ۱۲ ساعت در معرض تابش آفتاب هستند (کارگران Outdoor).

در مطالعه Klaz و همکارانش در طی سالهای ۲۰۰۳-۱۹۸۳ اثر سیگار بر آکنه شدید مورد توجه قرار گرفت و در نتیجه گیری مطالعه سیگار به عنوان عامل پیش گیری کننده از آکنه شدید مطرح شد. (۱۵) Klaz با وجود حجم نمونه بسیار بالا (۲۷۰۸۳ نفر) و نوع مطالعه که کوهورت بوده است ولی جامعه مورد مطالعه خود را از میان افرادی که به تازگی خدمت سربازی را تمام کرده بودند انتخاب نموده بنابراین حداقل سنی، در این مطالعه بالاتر از سایر مطالعات است که می تواند علت کاهش آکنه در مطالعه آنها باشد و در ضمن فقط آکنه شدید را مورد

مطالعه قرار داده که شیوع آن به طور کلی پائین تر است (۱) و بنا بر این اثر حفاظتی سیگار را فقط برای فرم شدید آکنه قائل شده است.

در مطالعه Rombouts و همکارانش در سال ۲۰۰۷، اثرات پیش گیری کننده سیگار در ابتلا به آکنه در دختران نوجوان مطرح شد ولی ارتباط معنی داری در پسران نوجوان به دست نیامد. (۱۶) برخلاف مطالعه Klaz، Rombouts محدوده سنی مورد مطالعه اش را بسیار کوچکتر از سایر مطالعات انتخاب کرده و فقط نوجوانان سنین مدرسه را شامل شده و در ضمن تنها افراد با تعداد بیش از ۲۰ ضایعه را وارد مطالعه خود کرده که این تعداد آکنه طبق تعریف ما شامل دو فرم متوسط و شدید می شود بنابراین آکنه خفیف را که شیوع بیشتری نسبت به دو فرم دیگر دارد را از دست داده است.

مادر این مطالعه برای رفع این نقایص شدت آکنه را بر اساس تعداد ضایعات و در هر ۳ فرم خفیف، متوسط و شدید دسته بندی و وارد مطالعه نمودیم و نیز محدوده سنی ۱۵-۴۰ سال را در نظر گرفتیم تا به این ترتیب درصد کمتری از افراد آکنه ای از جامعه ما حذف شود.

در مطالعه فیروزع و همکارانش در تهران در سال ۲۰۰۵، ۲۹۳ بیمار آکنه ای با ۳۰۱ فرد غیر آکنه ای مقایسه شدند که ارتباطی میان سیگار و آکنه مشاهده نشد. (۱۹) در مقایسه مطالعه ما و مطالعه فیروزع هر چند تفاوت های ژنتیکی و جغرافیایی در مقایسه با سایر مطالعات حداقل است و محدوده سنی در هر دو مطالعه ۱۵-۴۰ سال است ولی باز هم شاهد تفاوت هایی هستیم. در مطالعه فیروزع تنها ۱/۴٪ از افراد آکنه ای و ۹٪ از افراد غیر آکنه ای سیگاری بودند در حالیکه این اعداد در مطالعه ما افزایش نشان داده به طوریکه ۴/۳۰٪ از افراد آکنه ای و ۸/۲۵٪ از افراد غیر آکنه ای سیگاری بودند. شاید این تفاوت مربوط به حذف زنان از مطالعه ما و تعداد بیشتر افراد در گروه سنی ۲۰-۲۵ سال و تمایل بیشتر آنها به استعمال سیگار باشد.

به این ترتیب مادر مطالعه خود با توجه به نقایص مطالعات قبلی سعی در رفع آنها به بررسی تاثیر سیگار بر آکنه پرداختیم و با توجه به تمام نکات ذکر شده در بالا، در مطالعه ما ارتباط معناداری بین سیگار و آکنه به دست نیامد. (P-Value=0/345) هم چنین بین شدت آکنه با سیگار (P-Value=0/653) و محل بروز آکنه با سیگار (P-Value=0/95) نیز ارتباطی مشاهده نشد. این نتایج با نتایج مطالعه فیروزع و همکارانش مطابق است اما با نتایج سایر مطالعات تفاوت هایی دارد.

در پایان برای رسیدن به پاسخی قطعی و احتمالاتیید کننده مطالعه ما، مطالعه ای با حجم نمونه بسیار وسیع و با کمک چند مرکز مطالعاتی مختلف در سطح شهر پیشنهاد می شود تا مقایسه سطوح مختلف اجتماعی را هم شامل شود.

References:

1) Simpson N.B, Cunliffe W.j. Disorders of the sebaceous Glands. In: Baurns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 7th edition. England: Black well science publishing; 2004. Vol3. P:43.15-43.33

2) Elston D.M, James W.D, Berger T.G. Acne. Andrew's Diseases of the skin, clinical Dermatology. 10th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company publishing; 2006. P:295-298

- 3)Habif T.P.Acne,Rosacea and Related Disorders. clinical Dermatology,a color guide of Diagnosis and therapy.4th edition.Edinburgh:M osby Publishing:2004.P:162_209
- 4)Bach M,Bach D.Psychiatric and psychometric issues in acne excoiee.Psychother psychosom.1993;60:207-210
- 5)Wolf R,Orion E,Matz H,Maitra S.Smoking can be good for you.J of cosmetic dermatology. 2004 Apr;3(2):107-111
- 6)Freiman A,Bird G,Metelitsa A,Barankin B.Cutaneous effect of smoking.J of cutaneous medicine.2005 Jul;8(6):415-423
- 7) Mills M,Srivastava E,Harvey I,Swift G,Newcombe R,Holt P,et all.Smoking habits in psoriasis.BJD.2006 Jul;127(1):18-21
- 8)Lehmann C,Konig A,Rompel R.Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa.Dermatology.1999 Jul;198(3):261-264
- 9)Burton J,Cunliffe W,Stafford I,et all.The prevalence of acne vulgaris in adolescence.BJD.2006 Jul;85(2):119-126
- 10)Goulden V,Clark S,Cunliffe W.Post adolescence acne.BJD.1997;136:66-70
- 11)Jemec G,Linneberg A,Nielsen N,et all.Have oc reduced the prevalence of acne.Dermatology.2002;204(3):179-184
- 12)Gfesser M,Worret W.Seasonal variation in the severity of acne vulgaris.International J of dermatology.2007 may;35(2):116-117
- 13)Scafar T,Nienhaus A,Vieluf D,Berger J.Epidemiology of acne in general population the risk of smoking.Br J dermatology 2001 Jul;145(1):100-4
- 14)Gloor M,Hubscher M,Friederich H.Untersuchungen zur externen behandlung der acne .Hautarzt.1974;25:391-394
- 15)Klaz I,K ochloa I,Shohat T,Zarka S,Brenner S.Sever acne vulgaris and tobacco smoking in young men.Investigative dermatology J2006Apr;126:1749-1752
- 16)Rombouts S,Nijsten T,Lambert J.Cigarette smoking and acne in adolescents.European academy of dermatology J2007 march;21(3):326-333
- 17)Chuh AA,Zawar V,Wong WC,Lee A.The association of smoking and acne in men in Hong Kong and in India.Clin Exp Dermatology.2004 Nov ;29(6):597-9

18)Mills C,Peter T,Finlay A,Does smoking influence acne?.Clin Exp Dermatology.1993;18:100-101

19)Firooz A,Sarhangnejad R,David S.Acne and smoking :is there a relationship?.BMC Dermatology.2005 March;5:2

20)Mills M,Srivastava E,Harvey I,Swift G,Newcombe R,Holt P,et al.Cigarette smoking is not a risk factor in atopic dermatitis.International J of dermatology.2007 May;33(1):33-34

21)Tuzun B,Wolf R,Serdaroglu S,Tuzun Y.Recurrent aphthous stomatitis and smoking.International J of dermatology.2001 Dec;39(5):358-360

22)Cunliffe W,Gould D.Prevalence of facial acne vulgaris in late adolescence and in adults.BMJ 1979;1:1109-10

Abstract:

Background: Acne is a high prevalent disease and is also effective on social function of persons; therefore research about this disease and subjects around would be helpful for sure. In recent decades, researchers intended to investigate the relation between cigarette and different diseases. However, the investigations are limited and contradictory. In consequence, we are intended to research about this relation in case control study, in order to eliminate more extraneous variable than what have been done in previous researches.

Objective: The purpose of this study is to determine the relation between acne and cigarette smoking in a case control study.

Method: In a case control study, 377 men, aged 15-40 years, were studied. 125 men with acne and 252 men without acne are completed a questionnaire which asked from duration of acne , age of onset of acne , familial history of acne , smoking habits , duration of smoking , daily cigarette consumption and etc. smoking was defined as smoking more than 3 cigarettes daily .

Results: The highest range of age for acne distribution was 20-25 years. (P-Value: 0/001)Face was the most sight of acne (58/4%) and moderate grade acne in 58/4% of cases was reported. The mean reported age at onset was 15/5years. Familial history was present in 56% of acne patients. 38 male from 125 acne patients (30/4%) and 65 male from 252 non acne cases (25/8%) are smokers but there was not a relation between acne and cigarette smoking (Odds Ratio:2, P-Value: 0/345) There was not a relation between severity of acne and cigarette smoking (P-Value: 0/65). In additional, there was not reported any relation between sight of acne and severity of acne. (P-Value: 0/95)

Conclusion: An association between acne and cigarette smoking was not found in this study.

Key words: acne, cigarette smoking, severity of acne