● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی ٢٠)، صفحه ٤٢ الی٤٥، پاییز ١٣٨٢
دریافت:٨١/١٠/٢٩ پذیرش: ٨٢/٢/٣٠

بیماری زگیل در ناحیه سر و صورت و اندامها در مدارس راهنمایی دخترانه (بابل، ٧٩-١٣٧٨)

دکتر سودابه تیرگر طبری[1*]، دکتر کریم اله حاجیان [2]، دکتر سیدزهرا سیف اله پورلداری[3]

١- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل ٢- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ٣- پزشک عمومی

سابقه و هدف: بیماری زگیل از بیماریهای شایع پوستی است که در اثر ویروس پاپیلومای انسانی رخ می دهد حداکثر بروز آنها در سنین ١٦-١٢ سالگی می باشد و در پشت دست و پاها شایع می باشد. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی زگیل سر و صورت و دست و پا در سطح مدارس راهنمائی دخترانه شهر بابل در طول سال تحصیلی ٧٩-١٣٧٨ انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه به روش مقطعی با نمونه گیری تصادفی و انجام معاینه بالینی و ثبت اطلاعات در پرسشنامه از مدارس راهنمایی دخترانه شهر بابل در سال تحصیلی ٧٩-١٣٧٨ انجام پذیرفت.

یافته‌ها: از ٣٠٠ مورد بررسی شده ٤٥ نفر (١٥٪) مبتلا به زگیل و ٧٦ نفر (٢٥٪) سابقه بیماری زگیل را داشتند. شایعترین نوع زگیل، زگیل معمولی و بیشترین منطقه درگیر ناحیه دست و حداکثر تعداد آن نیز ١ عدد بوده است. حداکثر موارد ابتلاء به بیماری در ١٤ سالگی مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: تعیین فراوانی بیماری در سطح جامعه می تواند در بهبود روشهای پیشگیری و درمان بیماری مؤثرباشد.

واژه‌های کلیدی: *زگیل، ویروس پاپیلومای انسان، مدرسه ها.*

مقدمه

بیماری زگیل توسط ویروس پاپیلومای انسانی ایجاد می گردد که باعث تکثیر سلولهای پوششی سنگفرشی می شود (٢و١). بیماری در هر سنی رخ می دهد ولی در شیر خوارگی و اوائل کودکی نادر است(٣و٢). شیوع آن در سنین مدرسه و حداکثر در ١٦-١٢ سالگی (بویژه در نوع کف پائی) دیده می شود(١). زگیل ها که تومورهای حاصل از ویروس هستند به اشکال متفاوت و در محلهای مختلفی بویژه اندامها و کف پاها، ناحیه تناسلی و مخاط دهان و حنجره مشاهده می شوند(۴). انتقال آن به صورت مستقیم و غیر مستقیم امکان پذیر است. در اوائل بیماری، عفونت زائی آن بیشتر است. دوره کمون بیماری از چند هفته تا بیشتر از یکسال می باشد(۵و١). فراوانی آن در مناطق جغرافیائی مختلف متفاوت و تا ١٠٪ گزارش شده است(١). بیماری در افرادی که اختلال سیستم ایمنی بویژه نقص ایمنی سلولی دارند بیشتر مشاهده می شود(۵-١). نوع ژنوتیپ HPV (Human Papilloma Virus) در خاصیت بدخیمی آن تأثیر دارد که بویژه در مورد زگیلهای ناحیه تناسلی مطرح است(١١-۶). تشخیص بیماری بر مبنای معاینه بالینی و در موارد مشکوک با مشخص کردن اجزاء ویروس توسط میکروسکوپ الکترونی، هیبریدیزاسیون DNA و PCR (Polymerase Chain Reaction) امکان پذیر می باشد(٧-١). تظاهرات بالینی بیماری بصورت زگیل معمولی، زگیل کف دست و پا، زگیل مسطح، زگیل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.8.7]

رشته ای، زگیل دستگاه تناسلی و زگیل حلق و حنجره می باشد (۴-۱). طول مدت بیماری متفاوت و بهبودی خودبخود آن شایع است. به نحوی که در۲/۳(۶۵٪) اطفال تا حدود ۸ ماه رخ داده است (۱). ولی در افراد دچار نقص ایمنی مزمن بخصوص از نوع سلولی شیوع و تعداد آن افزایش می یابد بعلاوه خطر سرطانهای جلدی نیز بیشتر می شود(۱۱-۱).

نظر به ذکر حداکثر فراوانی آن در سنین مدرسه و ۱۶-۱۲ سالگی در کشورهای دیگر، این مطالعه انجام شد تا فراوانی آن در سنین مشابه در یکی از مناطق ایران به دست آید و در جهت مطالعات اپیدمیولوژیک در کشور اقدامی انجام گیرد تا در جهت بهبود روشهای پیشگیری و درمانی بیماری مؤثر باشد.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی ۳۰۰ نفر از دانش آموزان دختر مدارس راهنمائی شهر بابل در سال تحصیلی ۷۹-۷۸ انجام شده است. حجم نمونه با ۱۰٪ =P و با اطمینان ۹۵٪ با حداکثر حد اشتباه ۰/۰۳۴= d ۳۰۰ نفر تعیین گردید و مطالعه بر مبنای نمونه گیری تصادفی و خوشه گیری در ۱۵ مدرسه در مناطق مختلف شهر بابل انجام گرفت. دانش آموزان بصورت تصادفی در هر کلاس انتخاب شدند و معاینه فیزیکی از محلهای مطالعه انجام پذیرفت. پرسشنامه ای مشتمل بر تعیین سن ابتلاء به زگیل و طول مدت بیماری، سابقه قبلی بیماری زگیل، سابقه خانوادگی زگیل، نسبت خانوادگی افراد مبتلا به زگیل، محل زگیل، تعداد زگیل، نوع زگیل و بهبود خودبخودی بیماری تکمیل شد.

یافته‌ها

از میان ۳۰۰ دانش آموز دختر معاینه شده ۴۵ نفر (۱۵٪) به زگیل مبتلا بودند. حداقل سن دختران بررسی شده ۱۱ سال و حداکثر سن ۱۵ سال بوده است. حداکثر مبتلایان در دوره سنی ۱۴ سالگی و ۱۷/۳۳٪ مبتلایان را تشکیل میدادند(جدول ۱). ۱۵ نفر ۳۳/۳٪ از مبتلایان کمتر از ۶ ماه ، ۱۰ نفر ۲۲/۲٪ بین ۶ تا ۱۸ماه، و ۲۰ نفر ۴۴/۴٪ بیشتر از ۱۸ ماه به بیماری مبتلا بودند. سابقه قبلی ابتلاء به زگیل در ۷۶ نفر (۲۵/۳) وجود داشت که از این تعداد در حال حاضر ۶۳ نفر (۲۴/۳٪) سالم و ۱۳ نفر (۲۸/۹٪) نفر مبتلا بودند. ۴۳ نفر (۶۷/۵٪) از ۶۳ نفر سابقه بهبودی خودبخود بیماری را ذکر می کردند. در حالیکه در ۷ نفر (۵۳/۸٪) از ۱۳ نفر فرد مبتلا، سابقه بهبود خودبخودی ضایعات قبلی ذکر می شد. سابقه خانوادگی بیماری زگیل در افراد مبتلا ۲۵ نفر (۵۵/۶٪) و در افراد غیر مبتلا ۵۲ نفر (۱۹/۷٪) ذکر شد. در افراد مبتلا به زگیل، ۲۱ نفر (۸۴٪) در بستگان درجه یک خود سابقه بیماری را داشتند و ۴ نفر (۱۶٪) در بستگان غیر از خانواده خود بیماری را ذکر می کردند.

زگیل معمولی در ۳۱ نفر (۶۸/۹٪)، زگیل کف دست و پا در ۵ نفر (۱۱/۱٪) زگیل رشته ای در یک نفر (۲/۲٪)، زگیل مسطح در ۲ نفر (۴/۵٪) و وقوع همزمان زگیل معمولی و مسطح در ۲ نفر (۴/۵٪)، معمولی و رشته ای در ۲ نفر (۴/۵٪) و معمولی و کف دست وپا در ۲ نفر (۴/۵٪) مشاهده گردید.

جدول ۱. توزیع فراوانی زگیل و درصد آن برحسب سن در دانش آموزان مقطع راهنمایی دخترانه شهر بابل، سال ۷۹-۱۳۷۸

سن (سال)	تعداد کل دانش آموزان معاینه شده	موارد مبتلا به بیماری زگیل فراوانی(٪)
۱۱	۲۱	۳(۱۴/۳)
۱۲	۹۴	۱۲(۱۲/۸)
۱۳	۹۰	۱۴(۱۵/۶)
۱۴	۷۵	۱۳(۱۷/۳)
۱۵	۲۰	۳(۱۵)
جمع	۳۰۰	۴۵(۱۵)

در بررسی محل ابتلاء در ناحیه سر، زگیلی مشاهده نشد. در صورت ۳ نفر (۶/۷٪)، در دست ۲۵ نفر (۵۵/۶٪) و در پا ۳ نفر (۶/۷٪) مبتلا بودند. وقوع همزمان نواحی دست و صورت در ۲ نفر (۴/۴۵٪) دست و پا در ۹ نفر (۲۰٪) صورت و پا در ۱ نفر (۲/۲٪) و صورت و دست و پا در ۲ نفر (۴/۵٪) مشاهده گردید.

در بررسی تعداد زگیل در افراد مبتلا ۲۱ نفر (۴۶/۷٪) تنها یک زگیل داشتند. در۱۱ نفر (۲۴/۵٪) تعداد ۵ زگیل یا بیشتر مشاهده شد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.8.7]

در ۵ نفر (۱۱/۱٪) ۲ و۴ زگیل و در ۳ نفر (۶/۷٪) مبتلایان ۳ زگیل مشاهده شد.

بحث

در این مطالعه با نمونه گیری تصادفی از ۳۰۰ دانش آموز مدارس راهنمائی دخترانه شهر بابل، فراوانی بیماری زگیل ۱۵٪ (۴۵ نفر) بدست آمده است. زگیل یکی از ۵ بیماری شایعی است که جزء علل مراجعه به متخصصین پوست آمریکا شناخته شده است(۱۳و۱۲). آمارهای جهانی فراوانی آنرا در کل جامعه ۱۰-۷٪ ذکر کرده اند و بیشترین فراوانی آنرا در سنین ۱۶-۱۲ سالگی بیان می نمایند(۲و۱). یزدی در کرمان فراوانی زگیل را ۴/۲٪ ذکر کرده است (۱۲). این مطالعه بیشترین فراوانی در سن ۱۴ سالگی در ۱۷/۳٪ افراد یافت شده است. در بررسیهای انجام شده در ۱۰۰۰ کودک مبتلا به زگیل زیر ۱۶ سال در انگلستان، ۷۰٪ زگیل معمولی، ۲۴٪ زگیل کف پا ۳/۵٪ زگیل مسطح و ۲٪ زگیل رشته ای و ۰/۵٪ زگیل دستگاه تناسلی داشته اند(۱). در این مطالعه در ۶۸/۹٪ افراد (۳۱نفر) زگیل معمولی، ۱۱/۱٪ (۵ نفر) زگیل کف دست و پا، ۴/۵٪ (۲نفر) زگیل مسطح مشاهده گردید. وقوع همزمان انواع زگیلهای معمولی و مسطح، معمولی و رشته ای، معمولی و کف دست و پا در ۴/۵٪ (۲ نفر در هر مورد) وجود داشت که تقریباً با آمارهای ذکر شده منطبق می باشد. البته نظر به محدودیت مطالعه در مقطع و مکان خاص در مورد فراوانی آن در کل جامعه می توان اظهار نظر کرد. بیشترین مناطق درگیر در این مطالعه دستها با وقوع زگیل معمولی ۵۵٪ موارد بوده است که در مطالعات دیگر نیز وقوع این نوع زگیلها شایعاً در پشت دستها ذکر شده است(۵-۱).

در مطالعات توسط Massing ، Epstein و Berman بهبودی خودبخود در حدود ۶۵٪ زگیل ها در عرض ۴ سال رخ داده است که در مطالعه بابل میزان سابقه ابتلاء به زگیل در ۷۶ نفر وجود داشت که در حال حاضر ۶۳ نفر سالم و ۱۳ نفر بیمار بودند(۱). ۴۳ نفر (۶۷/۵٪) از ۶۳ نفر سابقه بهبودی خودبخودی بیماری را ذکر می کردند در حالیکه در ۷ نفر (۵۳/۸۴٪) از ۱۳ نفر فرد مبتلای حاضر سابقه بهبودی خودبخود ضایعات قبلی ذکر می شد. ولی افراد فاصله زمانی دقیق را بین ابتلاء و بهبودی ذکر نکردند. در مورد ابتلاء بستگان و یا افراد با تماس نزدیک ابتلاء به زگیل بویژه زگیل دستگاه تناسلی قویاً ذکر شده است به گونه ای که حتی هر نوع تماس جنسی با افراد مبتلا به زگیل دستگاه تناسلی آلودگی تلقی می گردد(۴). درصد وقوع سایر انواع زگیل در ارتباطات نزدیک چندان ذکر نشده است که نیاز به مطالعات بیشتر را مطرح می سازد.

بررسی تعداد زگیل احتمالاً می تواند با زمان آلودگی به ویروس مرتبط باشد به گونه ای که ازدیاد تعداد آن دلیل بر زمان ابتلاء طولانی تری به بیماری باشد و برای سیر پیشرفت و پاسخ به درمان بیماری تأثیر گذارد. نظر به محدودیت زمانی و مکانی انجام این مطالعه، بررسی فراوانی بیماری در سایر گروههای سنی و مناطق مختلف ایران می تواند بعنوان یک بررسی اپیدمیولوژیک، جهت بهبود روشهای پیشگیری و درمانی بیماری مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از اداره آموزش و پرورش و معلمین و دانش آموزان دختر مدارس راهنمائی شهرستان بابل که در انجام این تحقیق نهایت همکاری را مبذول داشته اند تقدیر و تشکر می گردد.

****

References

1. Sterling J.C, Kurtz JB. Viral infection in champion RH, Burton JI, Burns DA, et al. Text book of dermatology. London, Black Well Science 1998; pp: 1029–50.

2. Lowy DR, Andorphy EJ, Warts in Fitz Patrick TB, Eisen AZ, Wolf K, et al. Dermatology in general medicine, New York Mcgrow Hill 1993; pp: 2611–20.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.8.7]

3. Andorphy EJ, Beutner K, Olbricht S, Human papilloma virus infection in Apndt KA, leboit PE, Robinson JK, et al. Cutaneus medicine and surgery, Philadelphia Saunders 1996; pp: 1100–06.

4. Edwards A, Sherrard J, Zenilman J. Viral infections in fast facts – sexually transmitted infections, UK Oxford 2001; pp: 46-62.

5. Strand A, Rylander E. Human papilloma virus, sub clinical and a typical manifestation, Dermatol Clin 1998; 16(4): 817–22.

6. Geizjersstan AF, Ekland C, Wang Z, et al. A survey of seroprevalence of human papilloma virus type 16 , 18 , 33. Int J Cancer 1999; 80(4):489–93.

7. Rense G. Use of molecular tests of human papilloma virus (HPV) as screening test for cervix cancer; A Review Epidemiology Peru 1999; 23(4) 372-7.

8. Saurez PA, Alder Storthz K, Luna MA, et al. Papillary squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract; a clinic opathologic and molecular study. Head Neak 2000; 22(4): 360–8.

9. Magnasson PK, Gyllensten UB.Cervical cancer risk, Is there agenetic component. Mol Med Today 2000; 6(4):145-8.

10. Drean D, Gulbersem C, Wyatt S, et al. Human Papilloma virus in Melanoma bio by specimens and it's relation to melanoma progression. AM Surg 2000; 231(5): 664-71.

11. Zumback K, Kisseljoy F, Sacharova Q, et al. Antibodies against oncoprotein E6 and E7 of human papilloma virus type 16 and 18 in cervical carcinoma patients from Russia. Int J Cancer 2000; 85 (3): 313–8.

۱۲. سـریزدی س. بررسـی انـواع بـیماریهای پوستی بر حسب شیوع در ۱۰۰۷ مراجعه کننده به متخصصین پوست شهر کرمان در سال ۱۳۷۵ مجله طب و ترکیه ۱۳۷۷؛ ۳۰ : ٦-۳۳

13. Mendenhall RC, et al. A study of The practice of dermatology in the united states, Arch Dermtol 1978;114:1456–8.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، گروه پوست، تلفن: ۷-۲۲۲۳۵۹٤-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.8.7]