

مقاله اصلی

بررسی سرولوژیک HIV-1 و سیفلیس در مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بالینی

* مسعود ملکی^۱ MD، زری جاویدی^۲ MD، وحید مشایخی^۳ MD، ناصر طیبی میبدی^۴ MD،
یلدا ناهیدی^۵ MD، حبیب... اسماعیلی^۶ PhD، لیلی حفیظی^۷ MD

^۱دانشیار گروه پوست، ^۲استاد گروه پوست، ^۳استادیار گروه پوست، ^۴استادیار پاتولوژی، ^۵دستیار گروه پوست، ^۶استادیار آمار حیاتی،
^۷استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد
تاریخ دریافت: ۸۶/۱۰/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۴

خلاصه

مقدمه: عفونت تناسلی با پاپیلوماویروس انسانی شایع ترین بیماری مقاربتی در آمریکا می باشد و این بیماران دارای زگیل تناسلی در خطر ابتلا به HIV و سیفیلیس هستند. عدم شناسایی این افراد که رفتارهای جنسی پرخطر دارند، می تواند منجر به انتشار بیماری در جامعه و عوارض جبران ناپذیر شود. به همین دلیل CDC توصیه می شود تا هر فردی که برای بررسی و درمان بیماری مقاربتی مراجعه می کند یا دارای عامل خطرزای جنسی است، از نظر سیفیلیس و عفونت HIV غربال شود، ولی این استراتژی اغلب در ایران انجام نمی شود. به همین منظور در این طرح پژوهشی مبتلایان به زگیل تناسلی از نظر آلودگی به HIV و سیفیلیس غربالگری شدند تا نتیجه بررسی این بیماران با توجه به صرف هزینه مشخص شود.

روش کار: در این مطالعه مورد - شاهدهی ۱۰۰ نفر از مبتلایان به زگیل تناسلی مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان امام رضا مشهد از شهریور ۸۴ تا شهریور ۸۶ به عنوان مورد و ۱۰۰ نفر سالم فاقد زگیل تناسلی همسان از نظر سن، جنس و تاهل به عنوان شاهد از نظر HIV و سیفیلیس بررسی شدند. داده های حاصله با کمک نرم افزار SPSS، آزمون کای دو و تی دانشجویی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: نسبت بیماران مذکور به مونث ۰/۸۷، بیشترین گروه سنی ۳۰-۳۹ سال بود. دو نفر از بیماران آلوده به HIV و یک نفر مبتلا به سیفیلیس بود که با گروه شاهد تفاوتی نداشت (p= ۰/۲۹، p= ۰/۵۰).

نتیجه گیری: با توجه به هزینه های غربالگری، انجام آن در مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بدون علامت لازم نمی باشد، ولی از آنجایی که هر دو بیمار HIV مثبت معنادار تزریقی بودند، این مطالعه بر ضرورت غربالگری افراد دارای رفتارهای پرخطر از نظر عفونت HIV و سیفیلیس تاکید دارد.

کلمات کلیدی: زگیل مقعدی تناسلی، کوندیلوما آکومیناتوم، عفونتهای مقاربتی، HIV، سیفیلیس، غربالگری

* مشهد - خ دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ساختمان قرشی، دفتر ریاست دانشگاه - نویسنده رابط

تلفن: ۰۷/۸۴۱۳۰، email: masoodmaleki@gmail.com, malekim@mums.ac.ir

مقدمه

بیماران دارای زگیل مقعدی تناسلی بالینی گروهی از مراجعه کنندگان به بخش های پوست، زنان و ارولوژی در بیمارستانهای تخصصی و همچنین کلینیکهای ادراری تناسلی و مقاربتی را تشکیل می دهند. عفونت های تناسلی با پاپیلوما ویروس انسانی (HPV)^۱ با شیوع سالیانه ۵/۵ میلیون نفر شایع ترین بیماری ویروسی اکتسابی انتقال یافته از راه جنسی را در ایالات متحده است (۱-۶). حداقل ۷۵٪ جمعیت در طول عمر خود به آن آلوده می شوند و شیوع کوندیلوما آکومیناتوم یا زگیل های مقعدی تناسلی در جمعیت عمومی حدود ۱٪ است (۷). بیماران دارای زگیل تناسلی در خطر ابتلا به عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)^۲ و سیفیلیس هستند، زیرا حداقل دارای یک بیماری انتقال یافته از راه جنسی (STI) می باشند. بیماران با بیماریهای مقاربتی غیر قابل انتقال از راه خون، خطر ۲-۵ برابر خطر آلودگی به HIV نسبت به افراد فاقد این نوع بیماری دارند (۸). عفونت های همراه در بیمارانی که برای اولین بار با زگیل تناسلی مراجعه نموده اند، از چند نظر حائز اهمیت است.

۱) بسیاری از عفونت ها همراه بیماریهای مقاربتی هستند و بنابراین ردیابی افراد تماس یافته لازم خواهد بود، در حالی که بسیاری از افرادی که به کلینیک های مختلف مراجعه می کنند نه از نظر سایر بیماریهای مقاربتی غربال می شوند و نه از نظر جستجوی شریک جنسی آنها اقدامی صورت می گیرد.

۲) عفونت تناسلی بدون علامت همزمان می تواند منجر به بیماری جدی شود و از این نظر کلامیدیا اهمیت عمده ای دارد زیرا سالپتیژیت درمان نشده علت شایع ناباروری است. انواع جدی تر بیماری های مقاربتی مانند عفونت HIV و سیفیلیس در صورت عدم شناسایی در فرد دارای زگیل تناسلی که رفتار های جنسی پرخطر دارد می تواند به انتشار این بیماری ها در جامعه کمک کند و از طرفی عدم درمان بیماری خطرناکی مانند سیفیلیس می تواند عوارض فراوان جبران ناپذیری در افراد مبتلا ایجاد کند، در حالی که در صورت شناسایی با درمانی ارزان و موثر می توان آن را ریشه کن نمود.

۳) عفونت تناسلی همزمان در زنان از این نظر که محیط مرطوبی تولید می کند که ممکن است نقش در تکثیر زگیل مقعدی تناسلی داشته باشد، مهم است.

۴) حضور بیماریهای مقاربتی در فرد خطر اکتساب و انتقال عفونت HIV را افزایش می دهد و یکی از مهمترین اصول برنامه های بهداشتی برای کنترل اپیدمی عفونت HIV شناسایی و درمان سایر انواع بیماریهای مقاربتی می باشد (۹-۱۳).

۵) سابقه بیماریهای مقاربتی در فرد دارای زگیل تناسلی و عفونت HPV عامل خطر برای ایجاد سرطان داخل اپیتلیالی گردن رحم می باشد (۱۴).

۶) حضور سایر بیماریهای مقاربتی به خصوص تریکومونا واژینالیس و کلامیدیا تراکوماتیس می توانند باعث طولانی شدن سیر عفونت HPV در فرد مبتلا شوند (۱۵).

با توجه به موارد فوق سرویس بهداشت عمومی در آمریکا و مراکز کنترل بیماری ها (CDC) توصیه نموده اند که هر فردی که برای بررسی و درمان یک بیماری مقاربتی مراجعه می کند یا عامل خطر ساز از نظر جنسی دارد، از نظر سیفیلیس و عفونت HIV غربال شود (۸). تشخیص یک بیماری مقاربتی مانند زگیل تناسلی یک فرصت طلایی برای مشاوره با بیمار در مورد رفتارهای پرخطر مرتبط با عفونت HIV و سیفیلیس و غربالگری برای عفونت های بدون علامت HIV و سیفیلیس فراهم می کند ولی در اکثر موارد مراجعه کننده به مراکز مراقبت های اولیه پزشکان از بیماران درباره تاریخچه تماس جنسی سؤال نمی کنند و غربالگری بیماری مقاربتی را انجام نمی دهند.

در کشور ما نیز به طور آشکار این استراتژی انجام نمی شود و تاکنون مطالعات اندکی در زمینه بیماری مقاربتی در کشور ما و سایر کشورهای همسایه انجام شده است (۱۶-۲۶). از طرفی به علت بالابودن هزینه های آزمون های غربالگری بیماری مقاربتی، این امر در کشورهای جهان سوم امکان پذیر نمی باشد. به همین منظور در این مطالعه مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی از نظر آلودگی به عفونت HIV و سیفیلیس تحت غربالگری قرار گرفته اند تا ضرورت صرف هزینه برای بررسی انواع بیماریهای مقاربتی مشخص شود.

در این زمینه چندین مطالعه در سایر کشورها انجام شده است که با توجه به تفاوت های فرهنگی و مذهبی کشور ما با سایر

¹ Human Papiloma Virus

² Sexually Transmitted infection

آماری قرار گرفتند. در همه آزمون ها سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ مد نظر قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مورد عبارتند از:

- داشتن زگیل مقعدی تناسلی بالینی که توسط پزشک متخصص تشخیص داده شده است (موارد مشکوک از مطالعه حذف شدند).

- تکمیل رضایت نامه

و برای گروه شاهد عبارتند از:

- افراد سالم که از سلامت عمومی برخوردار باشند.

- در معاینه بالینی و در تست acetowhitening زگیل مقعدی تناسلی نداشته باشد و طبیعی بودن آزمون پاپانیکلوئه در خانمهای متاهل.

- از نظر سنی، جنسی و وضعیت تاهل با گروه بیماران همسان باشد.

- تکمیل رضایت نامه

معیارهای خروج از مطالعه در هر دو گروه:

عدم رضایت فرد و نداشتن معیارهای ورود به مطالعه در هر گروه.

نتایج

در این مطالعه مورد - شاهدی گروه های مورد و شاهد هر کدام ۱۰۰ نفر بودند و مجموعاً ۲۰۰ نفر در این پژوهش شرکت نمودند. دو گروه از نظر سن، جنس و وضعیت تاهل همسان شده بودند. در گروه بیماران، ۴۷ نفر (۴۷ درصد) مذکر و بقیه مؤنث بودند نسبت جنسی مذکر به مؤنث ۰/۸۷ بود.

حداقل و حداکثر سن بیماران به ترتیب ۱۶ و ۵۸ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن بیماران $29/74 \pm 8/62$ بود. ۵۰ درصد بیماران زیر ۲۹ سال و ۷۵٪ بیماران زیر ۴۹ سال سن داشتند. در مقایسه گروههای سنی مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بین سن ابتلاء در دو جنس اختلاف معنی داری وجود داشت ($p=0/013$ و $X^2=12/6$). و بیشترین گروه سنی در مبتلایان گروه سنی ۳۰-۳۹ سال، در زنان گروه سنی ۲۰-۲۴ سال و در مردان گروه سنی ۳۰-۳۹ سال بود (جدول ۱).

کشورها نمی توان نتایج آنها را به جامعه خود تعمیم داد و در بررسی متون موجود تاکنون در ایران مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است (۶،۷، ۱۶-۲۲). به همین دلیل این مطالعه با هدف اصلی بررسی سرواید میولوژیک عفونت های HIV و سیفیلیس در مبتلایان به زگیل های مقعدی تناسلی بالینی و مقایسه آن با افراد سالم انجام شده است.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد - شاهدی با روش نمونه برداری آسان است. از آنجا که با جستجوهای مکرر، مطالعه مشابهی در زمینه این تحقیق در ایران یافت نشد، این مطالعه به عنوان یک مطالعه مقدماتی در نظر گرفته شد و ۱۰۰ نفر از بیماران دارای زگیل مقعدی تناسلی بالینی مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان امام رضا (ع) از شهریور ۸۴ تا شهریور ۸۶ به عنوان مورد و به همان تعداد افراد سالم فاقد زگیل مقعدی تناسلی بالینی که از نظر سن، جنس و تاهل با گروه مورد تطابق داشتند، به عنوان شاهد انتخاب شدند.

پس از تکمیل رضایت نامه توسط بیماران و گروه کنترل، از هر کدام ۵ سی سی خون گرفته شد و به آزمایشگاه کلینیک ویژه امام رضا (ع) فرستاده شد. پس از یک ساعت از گرفتن نمونه، سرم جدا شده تحت بررسی سرولوژیک از نظر ابتلاء به HIV و سیفیلیس قرار می گرفت.

به طوری که سرم های مورد نظر با روش ELISA از نظر آنتی بادی ضد HIV بررسی و در صورت مثبت بودن نتیجه آزمون ELISA، با تست وسترن بلات^۱ تایید می شود. همچنین نمونه ها برای سیفیلیس تحت بررسی غربالگری VDRL قرار گرفتند و در مواردی که DRL مثبت بود، تست تایید کننده FTA-ABS انجام می شد. داده ها با استفاده از فرمی که در آن ویژگی های افراد درج می گردید جمع آوری گردید و سپس با کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵، جداول فراوانی، نمودار و شاخص های میانگین و انحراف معیار توصیف و با استفاده از آزمون کای دو و تی دانشجویی مورد تجزیه و تحلیل

¹ western blot

جدول ۱ - توزیع فراوانی مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بالینی و گروه شاهد مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان امام رضا (ع) از شهریور ۸۴ تا شهریور ۸۶ بر حسب وجود

عفونت HIV

عفونت HIV	گروه	مورد	شاهد	کل
دارد	تعداد	۲	۰	۲
	درصد	۲/۰	۰/۰	۱/۰
ندارد	تعداد	۹۸	۱۰۰	۱۹۸
	درصد	۹۸/۰	۱۰۰/۰	۹۹/۰
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰
	درصد	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

Fisher's exact test : P-value (1-sided)=۰/۲۹

جدول ۲ - توزیع فراوانی مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بالینی و گروه شاهد مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان امام رضا (ع) از شهریور ۸۴ تا شهریور ۸۶ بر حسب

ابتلا به سیفلیس

ابتلا به سیفلیس	گروه	مورد	شاهد	کل
دارد	تعداد	۱	۰	۱
	درصد	۱/۰	۰/۰	۰/۵
ندارد	تعداد	۹۹	۱۰۰	۱۹۹
	درصد	۹۹/۰	۱۰۰/۰	۹۹/۵
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰
	درصد	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

Fisher's exact test : P-value (1-sided)=۰/۵۰

بحث

بیماران دارای زگیل تناسلی در خطر ابتلا به عفونت HIV و سیفلیس هستند، زیرا آنها حداقل دارای یک بیماری مقاربتی انتقال یافته از راه جنسی هستند. بیماران با انواع بیماریهای مقاربتی غیر قابل انتقال از راه خون، ۲-۵ برابر خطر آلودگی به HIV نسبت به افراد فاقد بیماری مقاربتی دارند. به همین دلیل سرویس بهداشت عمومی در آمریکا و مراکز کنترل بیماریها (CDC) توصیه نموده اند که هر فردی که برای بررسی و درمان یک بیماری مقاربتی مراجعه می کند یک عامل خطر ساز از نظر جنسی دارد و باید از نظر سیفلیس و عفونت HIV غربال شود (۸). تشخیص یک بیماری مقاربتی مانند زگیل تناسلی یک فرصت طلایی برای مشاوره با بیمار در مورد رفتارهای پرخطر مرتبط با عفونت HIV و سیفلیس و غربالگری برای عفونت های بدون علامت HIV و سیفلیس فراهم می کند. در این مطالعه که با هدف اصلی بررسی سرواپیدمیولوژیک عفونت های HIV و سیفلیس در مبتلایان به زگیل های مقعدی تناسلی بالینی و مقایسه آن با افراد سالم انجام شد، از میان ۱۰۰ بیمار با زگیل مقعدی تناسلی ۲ نفر دارای عفونت HIV و یک نفر دارای سیفلیس نهفته بودند، ولی در گروه کنترل هیچ موردی از عفونت HIV یا سیفلیس شناسایی نشد. آزمون دقیق فیشر در سطح اطمینان ۵٪ نشان داد که نمی توان گفت شیوع عفونت HIV در افراد مبتلا به زگیل مقعدی تناسلی بیشتر از افراد سالم غیر مبتلاست (p=۰/۲۹). فاصله زمانی بین بروز بالینی زگیل مقعدی تناسلی تا زمان مراجعه از ۱ هفته تا صد و پنج ماه بود (میانگین و

میانگین و انحراف معیار سن مبتلایان مذکر $۳۲/۴ \pm ۹/۳$ و مبتلایان مونث $۲۷/۳ \pm ۷/۲$ و کل مبتلایان $۲۹/۷ \pm ۸/۶$ بود که مقایسه آنها تفاوت معنی داری بین سن ابتلا در زنان و مردان مبتلا نشان می دهد $T=۳/۱$ و $p=۰/۰۰۲$.

در میان بیماران ۷۶ نفر متاهل، ۲۱ نفر مجرد، ۲ نفر جدا شده از همسر و ۱ نفر بیوه بودند. اکثر بیماران ساکن استان خراسان و به خصوص شهر مشهد (۸۳٪) بودند.

در مقایسه وضعیت اعتیاد در مبتلایان ۱۵ نفر (۱۵ درصد) و در گروه کنترل ۶ نفر (۶ درصد) اعتیاد داشتند که این تفاوت بین ۲ گروه از نظر آماری معنی دار بود ($p=۰/۰۳۱$ و $X^2=۴/۳۱$). از میان ۱۵ بیمار معتاد، ۳ نفر اعتیاد تزریقی و بقیه اعتیاد خوراکی و استنشاقی داشتند.

۲ درصد افرادی که دچار زگیل مقعدی تناسلی بالینی هستند، مبتلا به عفونت HIV نیز بوده اند ولی در گروه کنترل هیچ موردی از عفونت HIV یافت نشد.

آزمون دقیق فیشر نشان داد که در سطح اطمینان ۵ درصد نمی توان گفت که شیوع عفونت HIV در افراد مبتلا به زگیل مقعدی تناسلی بالینی بیش از افراد سالم است (p=۰/۲۹). (جدول ۱).

یک درصد افرادی که دچار زگیل مقعدی تناسلی بالینی هستند، دچار سیفلیس بودند، ولی در گروه کنترل هیچ کدام مبتلا به سیفلیس نداشتند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که در سطح اطمینان ۵ درصد نمی توان گفت شیوع سیفلیس در افراد مبتلا به زگیل مقعدی تناسلی بیشتر از افراد سالم است (p=۰/۵۰). (جدول ۲).

انحراف معیار $17/33 \pm 10/35$ ماه). در نتیجه ممکن است تعدادی از مبتلایان به HIV قبل از اینکه تستهای سرولوژی آنها برای HIV مثبت شود به ما مراجعه نموده باشند. آزمون دقیق فیشر در سطح اطمینان ۵٪ نشان داد که شیوع عفونت سیفیلیس نیز در افراد مبتلا به زگیل مقعدی تناسلی بیشتر از افراد سالم غیر مبتلا نمی باشد ($p = 0/50$)، هیچکدام از موارد مثبت کاذب در بیمار مبتلا به سیفیلیس این مطالعه اثبات نگردید و در نتیجه وی به عنوان یک بیمار سیفیلیسی پیگیری و درمان شد.

لازم به ذکر است که پدیده پروزون نیز می تواند در منفی شدن نتیجه تست سرولوژی این بیماران از نظر سیفیلیس نقش داشته باشد. علی رغم گزارش مرکز مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۸۶/۴/۱ مبنی بر وجود ۱۵۵۸۷ مورد آلوده به عفونت HIV (شامل ۱۴۷۰۲ مرد و ۸۸۵ زن) و ۱۰۶۹ مورد ایدز (۹۸۱ مرد و ۸۸ زن) در کشور ایران، آمار دقیقی از ابتلا به عفونت HIV، سیفیلیس و زگیل تناسلی بالینی در ایران و سایر کشورهای اسلامی منطقه وجود ندارد و مسلماً تفاوت‌های مذهبی، اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بین کشور ما و سایر کشورهای دنیا باعث الگوهای مختلفی از بیماریهای قابل انتقال از راه جنسی در مناطق گوناگون می شود، در نتیجه مقایسه نتایج این مطالعه با سایر مطالعات از کشورهای دیگر منطقی به نظر نمی رسد. در بررسی متون مختلف فقط سه مطالعه با هدف بررسی سایر بیماریهای مقاربتی در مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی و مقایسه آن با گروه شاهد یافت شد که در ذیل به آن‌ها اشاره می گردد.

در مطالعه ای توسط گریفیت^۱ در میان ۵۲۹ مورد فرد مبتلا به زگیل تناسلی مراجعه کننده به کلینیک ادراری تناسلی در ایرلند شمالی شیوع کلی بیماری مقاربتی، ۱۴٪ گزارش شد که نتایج حاصله با گروه شاهد همسان شده از نظر سنی تفاوتی نداشت و این یافته‌های با نتایج این مطالعه نیز همخوانی دارد (۷).

در توجیه یافته‌های این مطالعه و نیز مطالعه خودمان می توان به موارد زیر اشاره نمود:

در میان بیماریهای مقاربتی تفاوتی وجود دارد به طوری که بعضی از این بیماریها مانند سیفیلیس، گنوره و عفونت HIV

تقریباً همیشه بیماری آمیزشی پرخطر محسوب می شوند ولی عفونت HPV و کلامیدیا بیماری آمیزشی کم خطر می باشند (۲۳). بنابراین چون در کشور ما به خاطر عقاید مذهبی، بیشتر روابط جنسی کم خطر و سالم و در قالب تشکیل خانواده است، می توان انتظار داشت که زگیل تناسلی بدون ابتلا به عفونت‌های مقاربتی کسب شده از راههای پرخطر محسوب می شوند مانند عفونت HIV و سیفیلیس وجود داشته باشد. از طرفی همه زگیلهای تناسلی منتقله از راه جنسی نمی باشند و به ندرت از سایر راهها مانند لباس زیر مشترک، حمام مشترک و انگشتان دست منتقل می شوند، به طوری که در یک مطالعه بر ۲۱۴ ضایعه زگیل تناسلی در زنان، ۶ مورد (۳ درصد) HPV ۲ به دست آمد که غیر جنسی می باشد (۲۴). بورت^۲ و همکارانش شیوع عفونت‌های تناسلی را در ۱۲۰ خانم دارای کوندیلوما با ۱۲۰ خانم سالم مقایسه نمودند و دریافتند که شیوع عفونت‌های تناسلی در سابقه هر دو گروه یکسان است ولی بعضی از عفونت‌های خاص ادراری تناسلی در بیماران شایعتر بود به طوری که کلامیدیا در ۲۱/۴٪ بیماران در مقایسه با ۵/۵ درصد گروه شاهد یافت شد (۲۰).

هابل^۳ ۱۴۹ بیمار مبتلا به زگیل تناسلی را از نظر سایر بیماریهای مقاربتی بررسی نمود و نشان داد آنها در مقایسه با گروه کنترل دو برابر بیشتر خطر ابتلا به بیماریهای مقاربتی دارند ولی گرچه شیوع بعضی از این بیماریها (تبخال تناسلی، گنوره، سیفیلیس و تریکومونا) تا حدودی بالا بود، ولی از نظر آماری معنی دار نبود (۲۱).

مطالعات دیگری که در این زمینه وجود دارند فقط شیوع انواع مختلف این بیماریها را در مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بررسی نموده اند و مقایسه ای با گروه کنترل انجام نداده اند، که به این مطالعات اشاره می شود. در بررسی انجام شده در یونان در میان ۲۹۸۸ مورد مبتلا به زگیل تناسلی ۸۴ مورد (۲/۸٪) همراهی با سایر بیماریهای مقاربتیها داشتند که از اینها ۳۸ نفر تبخال تناسلی، ۱۳ نفر پروکتیت (در مردان)، ۹ نفر یورتريت غیر گنوکوکی، ۹ نفر گنوره، ۵ نفر تریکومونازیس، ۴ نفر سرویسیت، ۲ نفر کلامیدیا، ۲ نفر پدیکولوز و ۲ نفر سیفیلیس داشتند (۶). در

² Beuret

³ Habel

¹ Griffiths

مراجعه کننده با یک بیماری مقاربتی، ۶۹ مورد زگیل تناسلی داشتند که ۳۲ نفر از این ۶۹ مورد (۴۶/۴٪)، بیماری مقاربتی همزمان دیگری داشتند و شایعترین این بیماریها یورتریت غیرگنوکوکی بود (۲۷٪). با توجه به تفاوت‌های مکانی و زمانی مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر و نداشتن گروه کنترل در این مطالعات و تفاوت در شیوع بیماریهای مقاربتی در جوامع مختلف، به نظر نمی‌رسد مقایسه نتایج این مطالعه با این نتایج سودی داشته باشد.

نتیجه گیری

در این مطالعه آزمون دقیقی فیشر در سطح اطمینان ۵٪ نشان داد که میزان ابتلا به عفونت HIV و سیفلیس در مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بیشتر از افراد سالم نمی‌باشد. بنابراین با توجه به هزینه‌های انجام آزمایشات غربالگری به نظر نمی‌رسد که انجام این آزمونها در تمام مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی بدون هیچ علامت دیگری دال بر وجود یک بیماری مقاربتی ضروری باشد، ولی به دلیل این که هر دو بیمار دارای عفونت HIV در این مطالعه معتاد تزریقی بودند، این مطالعه نیز بر ضرورت بدهی غربالگری افراد دارای رفتارهای پرخطر از نظر عفونت HIV و سیفلیس تاکید می‌کند.

پیشنهادات

از آنجا که آمار دقیقی از بیماری مقاربتی و زگیل مقعدی تناسلی در ایران و منطقه خاورمیانه در دسترس نبود، این مطالعه برای اولین بار در ایران به صورت مقدماتی بر صد نفر مبتلا به زگیل مقعدی تناسلی بالینی انجام شد، پیشنهاد می‌شود:

(۱) برای دقیق‌تر شدن نتایج، مطالعاتی در حجم نمونه بیشتر انجام شود.

(۲) مراکزی در کشور برای بیماران مبتلا به بیماریهای مقاربتی ایجاد شود تا بتوان از آنها آمار دقیق مبتلایان به این نوع بیماریها را به دست آورد، با بیماران و شرکای آنها مشاوره شد، درمان رایگان در اختیار آنها گذاشته شود و پیگیری و تحت غربالگری از نظر سایر بیماریهای مقاربتی قرار گیرند.

(۳) حدود ۵۰٪ بیماران مراجعه کننده در این اطلاعی در مورد نحوه انتقال زگیل تناسلی در خود نداشتند و این نشان می‌دهد که دانسته‌های مردم در کشور ما در مورد این موضوع اندک است و

مطالعات انجام شده توسط گریفیت^۱ و جایاویرا^۲ شیوع عفونت بیماریهای مقاربتی همراه با زگیل تناسلی بالینی ۲۹-۲ درصد گزارش شده است (۱۷، ۱۸). کینگهورن^۳ در سال ۱۹۷۶ عفونت بیماریهای مقاربتی همزمان را در ۲۹٪ مردان و ۲۸٪ زنان دارای زگیل تناسلی نشان داد. در این مطالعه ۲۷۸ مرد و ۲۰۰ زن با زگیل تناسلی از نظر سایر بیماریهای مقاربتی غربال شدند. در زنان کاندیدا (۲۵٪)، کلامیدیا (۲۱/۵٪)، گنوره (۱۲٪)، تریکومونا (۱۲٪) و در مردان عفونتهای تناسلی غیر اختصاصی و گنوره شایع بود (۱۹).

در مطالعه الموتاری^۴ در کویت ۱۵۰ نفر از مبتلایان به زگیل مقعدی تناسلی از نظر سایر بیماریهای مقاربتی مورد بررسی قرار گرفتند و به بیماران پیشنهاد انجام داوطلبانه آزمون عفونت HIV داده شد ولی فقط ۵۰٪ بیماران حاضر به انجام این آزمایش شدند. در این مطالعه هیچ موردی از سیفلیس و عفونت HIV گزارش نشد که البته به علت اینکه فقط ۵۰٪ مبتلایان آزمایش HIV را انجام داده بودند، نتایج حاصله قابل تفسیر نمی‌باشد (۳۲).

لودی^۵ در مطالعه خود در سال ۱۹۸۶، ۴۲ بیمار مبتلا به زگیل مقعدی تناسلی را از نظر هپاتیت B، ویروس هرپس سیمپلکس، سیفلیس، کاندیدا، سایر پاتوژنهای باکتریال مجرا، تریکومونا و گنوره بررسی نمود که شیوع بالایی از عفونتهای بدون علامت مجرای و واژینال و مثبت بودن برای هپاتیت B و مواردی از آزمون مثبت برای سیفلیس به دست آورد (۲۵). کارنه^۶ در سال ۱۹۸۸، ۱۷۹ مرد و ۱۶۸ زن با زگیل تناسلی را از نظر گنوره، کلامیدیا، کاندیدا، تریکومونا و سیفلیس تحت غربالگری قرار داد. ۷۰ مورد عفونت همزمان در ۶۰ نفر (۳۴٪) از ۱۷۹ مرد و ۱۲۲ مورد عفونت همزمان در ۹۱ نفر (۵۴٪) از ۱۶۸ زن یافت شد. ۵۶ مورد (۸۰٪) از عفونت‌های همزمان در مردان در مقایسه با ۴۶ مورد (۵۱٪) از عفونتهای همزمان در زنان، بیماری مقاربتی بودند. میزان بروز بیماریهای مقاربتی همزمان در زنان معادل مردان بود (۲۶). در مطالعه دیگری در آفریقا، از میان ۸۶۱ مورد

¹ Griffith

² Jayaweera

³ Al-Mutairi

⁴ Kinghorn

⁵ Lodi

⁶ Carne

مبتلایان به زگیل تناسلی دیده شد، پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی این بیماریها در بیماران مبتلا به زگیل تناسلی بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تامین هزینه این طرح تقدیر و تشکر می گردد.

به نظر می رسد لازم باشد آموزش همگانی از طریق رسانه های گروهی و مراکز بهداشت به صورت پوستر و سخنرانی در باره بیماریهای مقاربتی، نحوه انتقال آنها از جمله زگیل تناسلی، راه پیشگیری از آنها و استفاده از کاندوم داده شود.

۴) از آنجا که در مطالعات انجام شده دیگر شیوع بالایی از سایر بیماریهای مقاربتی از جمله گنوره و کلامیدیا در میان

References:

- 1- Bonnez W, Reichman RC. Papillomaviruses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005; 1841-1856.
- 2- Bartholomew DA. Human papillomavirus infection in adolescents: a rational approach. *Adolesc Med Clin* 2004; 15(3): 569-95.
- 3- Wiley D, Masongsong E. Human papillomavirus: the burden of infection. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61(6): 3-14.
- 4- Beutner KR, Becker TM, Stone KM. Epidemiology of human papillomavirus infections. *Dermatol Clin* 1991; 9 (2):211-8.
- 5- Koshiol JE, Laurent SA, Pimenta JM. Rate and predictors of new genital warts claims and genital warts-related healthcare utilization among privately insured patients in the United States. *Sex Transm Dis* 2004; 31(12):748-52.
- 6- Kyriakis KP, Hadjivassiliou M, Paparizos VA, Riga P, Katsambas A. Determinants of genital wart case detection rates among STD clinic attendees in Athens, Greece. *Int J Dermatol* 2005; 44 (8):650-3.
- 7- Griffiths V, Cheung WH, Carlin EM, Ahmed-Jushuf I. Incidence of concurrent sexually transmitted infections in patients with genital warts. *Int J STD AIDS* 2006; 17(6): 413-4.
- 8- Rust G, Minor P, Jordan N, Mayberry R, Satcher D. Do clinicians screen Medicaid patients for syphilis or HIV when they diagnose other sexually transmitted diseases? *Sex Transm Dis* 2003; 30(9): 723-7.
- 9- Garland SM, Tabrizi SN. Diagnosis of sexually transmitted infections (STI) using self-collected non-invasive specimens. *Sex Health* 2004; 1(2): 121-6.
- 10- Dev D, Lo Y, Ho GY, Burk RD, Klein RS. Incidence of and risk factors for genital human papillomavirus infection in women drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41 (4): 527-9.
- 11- Ross F, Wardle D, Currie A, Baguley S. HIV testing in Scotland. Are we meeting the standard? BASHH Scotland national audit 2004. *Int J STD AIDS* 2006; 17(9): 627-8.
- 12- Cleghorn FR, Jack N, Murphy JR, Edwards J, Mahabir B, Paul R, et al. HIV-1 prevalence and risk factors among sexually transmitted disease clinic attenders in Trinidad. *AIDS* 1995; 9(4):389-94.
- 13- Klausner JD, Kent CK. HIV and sexually transmitted diseases. Latest views on synergy, treatment, and screening. *Postgrad Med* 2004; 115(4): 79-84.
- 14- Kanjanavirojkul N, Pairojkul C, Yuenyao P, Patarapadungkit N. Risk factors and histological outcome of abnormal cervix with human papilloma infection in northeastern Thai-women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7(4):567-70.
- 15- Shew ML, Fortenberry JD, Tu W, Juliar BE, Batteiger BE, Qadadri B, et al. Association of condom use, sexual behaviors, and sexually transmitted infections with the duration of genital human papillomavirus infection among adolescent women. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(2):151-6.
- 16- Anand Kumar BH, Vijaya D, Ravi R, Reddy RR. Study of genital lesions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2003; 69(2):126-8.
- 17- Griffiths M. Genital warts and the need for screening. *Genitourin Med* 1989; 65(6):399
- 18- Jayaweera DT, Ahmed IH, Bignell CJ, Rogstad KE. Genital warts and the need for screening. *Genitourin Med* 1990; 66(4):305.
- 19- Kinghorn GR. Genital warts: incidence of associated genital infections. *Br J Dermatol* 1978; 99(4):405-9.

- 20- Beuret T, Sadoul G, Fari A, Ionesco M, de Brux J. [Comparative epidemiologic study of 120 patients with condylomatous lesions and 120 control patients] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1987; 16(5):555-64.
- 21- Habel LA, Van Den Eeden SK, Sherman KJ, McKnight B, Stergachis A, Daling JR. Risk factors for incident and recurrent condylomata acuminata among women. A population-based study. *Sex Transm Dis* 1998; 25(6):285-92.
- 22- Al-Mutairi N, Joshi A, Nour-Eldin O, Sharma AK, El-Adawy I, Rijhwani M. Clinical patterns of sexually transmitted diseases, associated sociodemographic characteristics, and sexual practices in the Farwaniya region of Kuwait. *Int J Dermatol* 2007; 46(6):594-9.
- 23- Zielinski GD, Knuistingh Neven A, van der Linden JC, Rozendaal L. [Condylomata acuminata: a rare symptom of ubiquitous human papilloma virus and not a sign of risky sex behavior] *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143(38):1908-13.
- 24- Aguilera-Barrantes I, Magro C, Nuovo GJ. Verruca vulgaris of the vulva in children and adults: a nonvenereal type of vulvar wart. *Am J Surg Pathol* 2007;31(4):529-35.
- 25- Lodi A, Betti R, Radaelli U, Mauri A, Masnada MC, Marazzini F, Cattaneo M. [Sexually transmitted infections in patients with condylomata acuminata] *Minerva Med* 1986; 77(9-10): 283-7.
- 26- Carne CA, Dockerty G. Genital warts: need to screen for coinfection. *BMJ* 1990; 300(6722):459.
- 27- Okesola AO, Fawole OI. Prevalence of human papilloma virus genital infections in sexually transmitted diseases clinic attendees in Ibadan. *West Afr J Med* 2000; 19(3):195-9.