

شیوع بیماری مولوسکوم واگیردار در دانش‌آموزان دبستانهای شهر کرمان

*دکتر فرزانه زندی، *دکتر سعدا... شمس‌الدینی، ***دکتر نونا کامبین

*استادیار بیماریهای پوست، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان، **دانشیار بیماریهای پوست، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان، ***پزشک عمومی شبکه بهداشتی درمانی،

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان

مقدمه

بیماری مولوسکوم واگیردار (molluscum contagiosum) منشأ ویروسی داشته و در تمام دنیا دیده می‌شود ولی شیوع آن در مناطق حاره بیشتر است (۹، ۶، ۱). بیماری دارای دوره کمون ۲-۱۲ هفته بوده ولی امکان دارد از یک هفته تا ۶ ماه متغیر باشد (۱). بیماری بدون درمان معمولاً به مدت ۶-۹ ماه باقی مانده، ولی امکان دارد ضایعات پوستی در بیمار تا ۵ سال باقی بمانند (۱۰، ۱). بیماری با ظاهر شدن یک یا چند پاپول مرواریدی شکل متمایل به خاکستری ناف‌دار در تنه و صورت و اندام شروع می‌گردد. برای اولین بار باتمن (Bateman) در سال ۱۸۱۴ این بیماری را عارضه‌ای واگیردار توصیف کرد و در سال ۱۹۰۷ لپشولتز (Lipschultz) اجسام ابتدائی و اولیه داخل ضایعات را شرح داد بطوری که گاهی اجسام مولوسکوم را گرانول‌های لپشولتز نیز می‌نامند (۱). تشخیص بیماری بیشتر بر پایه معاینه دقیق و دیدن ضایعات پوستی استوار است و آزمایش تشخیصی اختصاصی وجود ندارد (۳). ضایعات بیشتر بر روی تنه پیدا می‌شوند ولی نواحی تناسلی در انتقال جنسی بین افراد و کف دست در تماس ممتد دست با افراد آلوده می‌توانند درگیر شوند. معمولاً در این قبیل موارد ضایعات منفرد هستند (۵، ۶). شیوع سنی بیماری بیشتر در دوران کودکی و نوجوانی و گاهی در جوانی و بزرگسالی می‌باشد. بروز بیماری در سن کمتر از یک سالگی نادر است که علت آن می‌تواند ایمنی اکتسابی از مادر به جنین باشد (۱). تاکنون در کرمان مطالعه‌ای با نگرش بهداشتی و جامعه‌نگر بر روی میزان شیوع این بیماری صورت نگرفته است. ابتلای بیشتر بچه‌ها به مولوسکوم واگیردار از یک طرف و افزایش میزان ابتلا در افراد بزرگسال آلوده به آیدز از طرف دیگر (۷، ۲) ضرورت انجام این مطالعه را بر روی کودکان دبستانی شهر کرمان به

مولوسکوم واگیردار منشأ ویروسی داشته و به دیگران نیز سرایت می‌نماید. ابتلای بیشتر بچه‌ها به مولوسکوم واگیردار از یک طرف و افزایش میزان ابتلا در افراد بزرگسال با نقص ایمنی و آلوده به آیدز از طرف دیگر ضرورت انجام این مطالعه را بر روی کودکان دبستانی شهر کرمان به عنوان مستعدترین جمعیت در معرض ابتلا بیشتر نمود. گروه مورد مطالعه شامل ۱۱۸۱ دانش‌آموزان دختر و ۱۴۴۰ دانش‌آموزان پسر بودند که از بین آنها ۷۵ نفر مبتلا تشخیص داده شدند. از این ۷۵ نفر ۲۹ نفر دختر (۲/۴۵٪ کل دختران) و ۴۶ نفر پسر (۳/۱٪ کل پسران) بودند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

اثر عواملی چون سن و جنس و شیوع نسبی بیماری در مدارس دولتی در مقایسه با مدارس غیرانتفاعی و نیز اثر سطح سواد والدین و تعداد افراد یک خانوار و شغل والدین در میزان بروز بیماری در منطقه، مورد ارزیابی آماری قرار گرفت. در این مطالعه شیوع کلی مولوسکوم واگیردار برابر ۲/۹٪ بدست آمد، و بیشترین شیوع سنی مبتلایان در ۶ سالگی وجود داشت. شیوع بیماری در بچه‌هایی که به مدارس دولتی می‌رفتند (در مقایسه با مدارس غیرانتفاعی) و آنهایی که والدین بی‌سواد یا کم‌سواد داشتند و یا در خانوارهای پرجمعیت زندگی می‌کردند بیشتر بود، ولی اختلاف بین آنها از نظر آماری معنی‌دار نبود.

واژه‌های کلیدی: مولوسکوم واگیردار، مولوسکوم بادی، بیماری ویروسی اطفال.

عنوان مستعدترین گروه در معرض ابتلا بیشتر نمود. در این مطالعه اثر عوامل سن و جنس و شیوع نسبی بیماری و اثر سطح سواد والدین و تعداد افراد یک خانوار و شغل والدین در میزان بروز بیماری در منطقه، مورد ارزیابی آماری قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

شهر کرمان در سال ۷۵-۷۴ دارای ۵۳۲۸۲ دانش‌آموز دبستانی بود که با در نظر گرفتن شیوع ۰.۲٪، دقت ۱٪ و با محاسبه خطای ۵٪ و میزان افت از پژوهش تعداد ۲۶۲۱ نفر بطور خوشه‌ای و اتفاقی (cluster random sampling) از مدارس مورد نظر از نواحی یک و دو و مدارس غیرانتفاعی آموزش و پرورش کرمان انتخاب شدند. افراد مورد مطالعه شامل ۱۱۸۱ دانش‌آموز دختر و ۱۴۴۰ دانش‌آموز پسر بودند که از نظر آماری نمونه مطلوب جامعه دانش‌آموزی مورد مطالعه بود. معاینه کودکان با هماهنگی و اخذ موافقت قبلی مراقبین بهداشت مدارس صورت گرفت. اطلاعات اولیه و ثابت دانش‌آموزان مانند سن، جنس، تعداد افراد خانوار، نوع مدرسه، شغل و سطح تحصیلات والدین در پرونده آنها ثبت گردید. نتیجه معاینه پوست دانش‌آموزان که همه قسمت‌های بدن را شامل گردید (به استثناء ناحیه تناسلی) در پرونده بیماران درج گردید. ملاک قطعی تشخیص دیدن پاپول مروارید شکل ناف‌دار بود که با فشار دادن آن جسم مولوسکوم (molluscum body) خارج می‌گردید. در مقابل هر کودک مبتلا دو نفر از کودکان هم‌جنس غیرمبتلا در همان کلاس به عنوان شاهد انتخاب شدند. متغیرهای تراکم خانواری و سطح تحصیلات والدین بین دو گروه مقایسه گردیدند.

یافته‌ها

شیوع بیماری در کل دانش‌آموزان مدارس شهر کرمان ۰.۲/۹٪ بدست آمد. شیوع بین دو جنس تفاوت اندکی داشت بطوری که در پسرها ۰.۳/۱٪ و در دانش‌آموزان دختر در حدود ۰.۲/۴۵٪ بود. با جدا کردن مدارس غیرانتفاعی از مدارس دولتی نسبت‌ها تغییر کرد و در مدارس پسرانه و دخترانه دولتی شیوع به ترتیب معادل ۰.۳/۵۶٪ و ۰.۲/۶۸٪ بود. درصد فراوانی بیماری در مدارس پسرانه و دخترانه غیرانتفاعی کمتر و به ترتیب معادل ۰.۱/۴۶٪ و ۰.۱/۴۳٪

به دست آمد. بیشترین میزان شیوع بیماری در گروه سنی ۶ سال و کمتر دیده شد و پائین‌ترین میزان ابتلا در سنین ۱۰ سالگی دیده شد.

در رابطه با فراوانی بیماری و تعداد افراد خانوار فرد مبتلا نتایج به شرح ذیل بدست آمد. شیوع در خانوارهای نسبتاً پرجمعیت یعنی ۸ نفره که دارای ۶ فرزند بودند معادل ۰.۹۳٪ کل خانوارهای همگن و مشابه را شامل گردید.

کمترین میزان ابتلا در خانوارهای دارای ۱ و ۲ فرزند دیده شد. اگرچه خانوارهای پرجمعیت‌تر میزان شیوع بیشتری را نشان می‌دهند. ولی این افزایش معنی‌دار نبود. تمایل برای استقرار ضایعات در نواحی مختلف پوست به ترتیب در تنه، صورت و اندام فوقانی و کمتر از همه در اندام تحتانی دیده شد. از نظر میزان تحصیلات والدین، در گروه بیمار معادل ۰.۶۰٪ کمتر از ابتدائی سواد داشته و یا بی‌سواد بوده، در حالی که در گروه شاهد ۰.۴۷٪ آنها واجد شرایط فوق بودند. (جداول شماره ۴-۱)

بحث

از مجموع ۲۶۲۱ کودک دبستانی معاینه شده تعداد ۷۵ نفر مبتلا به بیماری مولوسکوم و اگیردار تشخیص داده شدند که ۲۹ نفر آنها دختر و ۴۶ نفر پسر بودند. با توجه به اینکه بیماری مولوسکوم در تمام دنیا وجود داشته و به علت ویروسی بودن و اگیردار هم می‌باشد لذا عوامل متعددی می‌تواند در شیوع آن دخالت داشته باشد. اهم آنها شامل وضعیت بهداشتی و میزان تماس بین افراد یک خانواده یا مجتمع‌های انسانی اعم از مدارس، مهدهای کودک، پرورشگاه‌ها و مراکز نگهداری معلولین می‌باشند (۹، ۳، ۱). در تعداد زیادی از بیماران مبتلا به ایدز در طی پیشرفت بیماریشان به سبب کاستی‌هایی که در ایمنی پیدا می‌کنند، مولوسکوم فعال می‌شود و گاهی ابتلای به این عارضه نشانه‌ای از پیشرفت بیماری قلمداد شده است (۷، ۲). شیوع این بیماری در مناطق مختلف و با آب و هوای متفاوت بین ۱ الی ۱۰٪ گزارش شده است (۳، ۱). در این مطالعه میانگین شیوع بیماری مولوسکوم و اگیردار برابر ۰.۲/۹٪ بدست آمد و چون جامعه مورد بررسی را کودکان ۶-۱۰ سال تشکیل می‌دادند لذا احتمال می‌رود که این میزان کمتر از اوج حداکثر شیوع آن باشد که در سنین کمتر دیده می‌شود. بیشترین شیوع سنی در ۶

در مقایسه با دختران که ۲/۴۵٪ بود از نظر آماری ارزشمند تلقی نمی‌گردد.

با توجه به اینکه شهریه مدارس غیرانتفاعی در مقایسه با مدارس دولتی بیشتر می‌باشد لذا احتمال زیادی می‌رود که والدین دانش‌آموزان غیرانتفاعی از نظر اقتصادی مرفه‌تر باشند. شیوع ابتلا به مولوسکوم واگیردار در مدارس پسرانه و دخترانه دولتی به ترتیب معادل ۳/۵۶٪ و ۲/۶۸٪ بود و در مدارس غیرانتفاعی خیلی کمتر و معادل ۱/۴۶٪ و ۱/۴۳٪ بود که نشان‌دهنده کاهش نسبی شیوع بیماری در این گروه است. اگرچه این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی علت آن می‌تواند وضع مطلوب بهداشتی و یا تراکم خانواری کمتر آنها و یا سطح تحصیلات بالای والدین باشد. برای حذف اثر مخدوش‌کنندگی فاکتور تراکم خانواری و سطح تحصیلات، مقایسه‌ای بر روی چهار گروه افراد با تعداد افراد خانوار کم و تعداد خانوار زیاد و نیز والدین با سطح تحصیلات بالا در مقایسه با گروهی که والدین آنها بی‌سواد و یا کم‌سواد بودند صورت گرفت. اگرچه شیوع بیماری در خانواده‌های با والدین دارای سطح تحصیل بالا کمتر از افرادی بود که والدین بی‌سواد و یا کم‌سواد داشتند ولی این اختلاف ارزش آماری معنی‌داری نداشت. تراکم خانواری والدین عاملی بود که بطور آشکارا در بروز بیماری دخیل بود ولی ارتباط معنی‌داری بین آنها یافت نشد. در صورتی که بنظر می‌رسد تراکم خانواری می‌تواند به ویروس فرصت دهد تا عامل بیماری از شخص آلوده به اطرافیان سالم بیشتر انتقال یابد.

سالگی نشان و تأییدی بر این گفته می‌باشد. البته خشکی و گرمی هوای کرمان نیز می‌تواند از دیگر دلایل کاهش شیوع بیماری در این ناحیه باشد. یک بار ابتلا می‌تواند مصونیت مدیدی در افرادی که سیستم ایمنی مطلوبی دارند ایجاد نماید. لذا طبیعی است که در اغلب موارد شیوع بیماری را در اوائل دوران کودکی ببینیم. در بعضی از دیگر کشورها چون اسکاتلند، بیشترین شیوع سنی را ۱۲-۱۰ سال و در ژاپن ۸ سالگی ذکر کرده‌اند (۳، ۴، ۹). اگر چه انواع ژنرالیزه و عودکننده فراگیر (fulminant) را در بچه‌های آفریقایی مبتلا به ایدز گزارش کرده‌اند ولی معمولاً بیماری خود محدود شونده بوده و ضایعات خودبخود و یا با درمان بهبودی می‌یابند (۴). البته مواردی از عود بیماری در افرادی که به هر دلیلی مدت طولانی از داروهای مهارکننده سیستم ایمنی استفاده می‌کنند دیده می‌شود. گیرندگان کلیه و دیگر اعضای پیوندی نیز مستثنی نبوده و ابتلای ژنرالیزه را به فراوانی در آنها می‌توان دید (۷، ۱۰، ۲). در کشورهایی که بیماری در سنین پائین بیشترین شیوع را داشته موارد متعددی از ابتلا در سنین نوجوانی و بزرگسالی هم دیده می‌شود بطوری که ابتلای به این بیماری از کودک ۳ ماهه تا بالغ ۵۷ ساله هم گزارش شده است (۹، ۱). ابتلای افراد زیر یک سال به سبب ایمنی اکتسابی منتقله از مادر مصون نادر می‌باشد (۸، ۲، ۱). در مطالعاتی که در اسکاتلند و ژاپن انجام شده شیوع بیماری در پسران بیشتر از دختران گزارش شده، ولی مطالعه دیگری که در اسرائیل انجام شده عکس آنرا نشان داده است (۹، ۳). مطالعه حاضر شیوع بیماری را در پسران بیش از دختران نشان داده ولی افزایش تعداد مبتلایان در پسران به میزان ۳/۱٪

منابع

- 1 - Arnold HL, Odom R, James W. Molluscum contagiosum. In: Andrews' Diseases of the skin. Philadelphia : Saunders, 1990: 461-463.
- 2 - Cotton DWK, Cooper C, Barrett DF, et al. Severe atypical molluscum contagiosum infection in an immunocompromised host. Br J Dermatol 1987; 116:871-16.
- 3 - Frieden I J, Penneys N. Viral infection. In:

Lawrence A, Schachner. Pediatric Dermatology. Churchill Livingstone; 1988: 1396-1397.

- 4 - Hight A S, Kurtz J, Viral infection. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Rook Text Book of Dermatology. Oxford: Black well Scientific Publication. 1992: 876-879.
- 5 - Oren W. Molluscum cotagiosum. Infection

- 1991: 159-161.
- 6 - Qottlied SL, Myskowski P. Molluscum contagiosum. Int J Dermntol 1994; 33: 453-461.
- 7 - Rosenberg EW, Yusk JW. Molluscum contagiosum: eruption following treatment with prednisone and methotrexate. Arch Dermatol 1970; 101: 439-41.
- 8 - Sharon S. Viral infection. In: Demis DJ. Clinical Dermatology. Philadelphia: JB Lippincott company. 1993: Vol -3, unit 14-13.
- 9 - Shaub N, et al. Epidemiology of skin disease in HIV - infected patients. Schweiz - Rundsch - Med - Prax, 1996; 85(38): 1162-1166.
- 10 - Solomon LM, Telner P. Eruptive molluscum contagiosum in atopic dermatitis. Canad Med Assoc J 1966; 95:978-9.

جدول شماره ۱ - مقایسه شاخص‌های مختلف در اشاعه بیماری مولوسکوم واگیردار در دانش‌آموزان دبستانی

شهر کرمان در سال ۱۳۷۵

$$\text{Odd ratio} = ۰/۴۵ (۰/۱۸ < \text{OR} < ۱/۱۰)$$

نتیجه تحلیل، نوع آزمون و روش آماری	جمع	غیر مبتلایان	مبتلایان	متغیرهای مورد مطالعه
$\chi^2 = ۳/۵۵$ $PV = ۰/۵۹$ Mantel Hanszel Test	۲۲۰۶	۲۱۳۷	۶۹	نوع مدرسه
	۴۱۵	۴۰۹	۶	
	۲۶۲۱	۲۵۴۶	۷۵	
$\chi^2 = ۰/۶۴$ $PV = ۰/۴۲$ Mantel Hanszel Test	۷۴	۵۲	۲۲	تعداد افراد خانوار
	۱۵۱	۹۸	۵۳	
	۲۲۵	۱۵۰	۷۵	
$\chi^2 = ۳/۵۴$ $PV = ۰/۰۵۹$ Mantel Hanszel Test	۱۱۵	۷۰	۴۵	سطح سواد والدین
	۱۱۰	۸۰	۳۰	
	۲۲۵	۱۵۰	۷۵	

جدول شماره ۲: مقایسه مبتلایان به مولوسکوم واگیردار در دانش‌آموزان با خانوار کم‌جمعیت و پرجمعیت دو گروه آزمون و شاهد (اختلاف معنی‌داری بین آنها دیده نمی‌شود).

$$\text{Odd ratio} = 1/28 \text{ (} 0/67 < \text{OR} < 2/44 \text{)}$$

$$\text{Mantel Haenszel } X^2 = 0/64, \text{ PV} = 0/42$$

جمع	غیرمبتلا	مبتلا	افراد مورد مطالعه تعداد افراد خانوار
۷۴	۵۲	۲۲	۵ نفر و کمتر
۱۵۱	۹۸	۵۳	۷ نفر و بیشتر
۲۲۵	۱۵۰	۷۵	جمع

جدول شماره ۳: مقایسه تعداد مبتلایان به مولوسکوم واگیردار در دانش‌آموزان دو گروه آزمون و شاهد در ارتباط با سطح تحصیلی والدین:

$$\text{Odd ratio} = 1/71 \text{ (} 0/94 < \text{OR} < 3/13 \text{)}$$

$$\text{Mantel Haenszel } X^2 = 3/54, \text{ PV} = 0/59$$

جمع	غیرمبتلا	مبتلا	افراد مورد مطالعه سطح سواد والدین
۱۱۵	۷۰	۴۵	بی‌سواد و کمتر از سطح ابتدائی
۱۱۰	۸۰	۳۰	سواد بالاتر از سیکل و عالی
۲۲۵	۱۵۰	۷۵	جمع

جدول شماره ۴: توزیع ضایعات مولوسکوم در نواحی مختلف بدن

$$\text{Odd ratio} = 0.86 \quad (2/26 < \text{OR} < 2/85)$$

$$\text{Mantel Haenszel } X^2 = 0.07, \text{ PV} = 0.78$$

• افزایش تعداد موارد ذکر شده از مجموع بیماران ناشی از متعدد بودن ضایعات مولوسکوم واگیردار در قسمت‌های مختلف پوست بعضی از بیماران می‌باشد.

موضع درگیر	جنس بیماران	دختر	پسر	جمع
صورت و گردن		۸	۱۷	۲۵
اندام‌ها		۵	۸	۱۳
تنه		۲۰	۳۲	۵۲
جمع		۳۳	۵۷	۹۰*