

بررسی میزان آلودگی HCV, HIV, HBV و سیفلیس در بیماران دچار زگیل تناسلی - مقعدی کلینیک پوست بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۹۱

عباس درجانی^۱، حسینعلی برزگر^۲، شهریار صدر اشکوری^۳، نرگس علیزاده^۴، حجت افتخاری^۵، طیبه رضازاده زاهدی^۶
زهرا محتشم امیری^{*}

^۱ دانشیار، متخصص پوست، گروه پوست دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
^۲ متخصص پوست، گروه پوست دانشکده پزشکی، دانشکده علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
^۳ دانشیار، متخصص پوست، گروه پوست دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
^۴ دانشیار، متخصص پوست، گروه پوست دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
^۵ استادیار، متخصص پوست، گروه پوست دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
^۶ استاد، متخصص پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری، گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

* نشانی نویسنده مسؤول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، زهرا محتشم امیری

E-mail: mohtashamaz@yahoo.com

وصول: ۹۳/۶/۲۹، اصلاح: ۹۳/۱۱/۲۵، پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: زگیل‌های تناسلی - مقعدی یکی از شکایت‌های شایع در مراجعان به کلینیک‌های پوست، اورولوژی و زنان بوده و شایعترین عفونت در گروه بیماری‌های منتقله‌ی جنسی محسوب می‌شوند. نکته‌ی بسیار مهم این است که بیماران دچار زگیل تناسلی ناشی از پاپیلوما در ۲۰٪ موارد به بیماری‌های قابل انتقال جنسی دیگر مبتلا می‌باشند. این مطالعه با هدف بررسی میزان آلودگی HCV, HIV, HBV و سیفلیس در بیماران دچار زگیل تناسلی - مقعدی کلینیک پوست بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

مواد و روشها: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی در سال ۹۱ بوده که از میان مراجعان به کلینیک پوست بیمارستان رازی و کلینیک‌های زنان و اورولوژی و همچنین کلینیک بیماری‌های مقاربتی دانای علی شهر رشت که دارای تشخیص زگیل تناسلی-مقعدی، تعداد ۶۲ نفر به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. کلیه‌ی افراد ابتدا از نظر اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ی مورد پرسش واقع شده و سپس جهت آزمایش سرولوژیک از نظر HIV -Ab, HBs-Ag, HBC- Ab, HCV-Ab, VDRL ارجاع شدند. برای آنالیز و بررسی داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری χ^2 استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۶۲ بیمار با میانگین وانحراف معیار سنی $34/3 \pm 10/4$ سال و میانگین طول مدت ابتلا به بیماری ۱۱ ماه، مورد مطالعه واقع شدند که ۸۲/۳٪ آنان مرد و اکثریت دردهی چهار زندگی، ۶۹/۴٪ متاهل و در بیش از ۷۰٪ موارد دارای مدرک دیپلم یا بالاتر بودند. از نظر عوامل خطر مورد بررسی، ۱۹ نفر (۳۰/۶٪) دارای سابقه‌ی بیماری‌های مقاربتی، ۱۱/۳٪ آلوده به مصرف هرگونه مواد مخدر، ۳۵/۵٪ آلوده به مصرف الکل، ۹/۷٪ دارای سابقه دریافت خون، ۳۲/۳٪ موارد دارای سابقه بستری در بیمارستان، ۱۵ نفر از بیماران (۲۴/۲٪) خالکوبی و ۱ نفر (۱/۶٪) نیز دارای سابقه زندانی شدن بوده‌اند. از کل بیماران مورد بررسی هیچ‌یک از موارد، دارای نتایج مثبت در آزمایش‌های صورت گرفته برای HCV, HIV, HBV و سیفلیس نبودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن شیوع بیماری‌های هپاتیت‌های B, C و همچنین سیفلیس و HIV در منطقه‌ی تحت بررسی و هزینه بالای آزمایش‌ها، مطالعات بیشتر در سایر نقاط جغرافیایی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: زگیل تناسلی، بیماری‌های منتقله‌ی جنسی، هپاتیت C، هپاتیت B، سیفلیس، ایدز، پاپیلوما و ویروس.

مقدمه

زگیل تناسلی که به آن «کوندیلوما آکومیناتا» نیز می‌گویند توسط ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (HPV) ایجاد می‌شود. این ویروس از طریق تماس مستقیم پوست به پوست منتشر می‌شود. بیش از ۱۰۰ نوع ویروس HPV وجود دارد که ۳۰ نوع آن می‌تواند ناحیه‌ی تناسلی را آلوده کند. زگیل‌های تناسلی مقعدی یکی از شکایت‌های شایع در مراجعان به کلینیک‌های پوست، اورولوژی و زنان می‌باشند (۱).

بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک زگیل تناسلی شایع‌ترین عفونت قابل انتقال جنسی در آمریکاست که ۱٪ جمعیت فعال از نظر جنسی در آمریکا مبتلا به زگیل بوده و از طرفی در دنیا بیش از ۳۰ میلیون نفر مبتلا به آن هستند. شانس ابتلا به آن در گروه فعال جنسی در طول عمر بیش از ۵۰٪ می‌باشد و شیوع آن در دو دهه‌ی گذشته ۴ برابر شده است (۲).

میزان شیوع بیماری در سه دهه‌ی گذشته روند صعودی داشته و در مناطق مختلف دنیا بر روی زنان بدون علامت از ۲٪ تا ۴۴٪ متفاوت گزارش شده است که عامل اصلی آن تفاوت‌های نژادی، سن، اختلافات جغرافیایی، فرهنگی و سبک زندگی مختلف ذکر شده است (۱۰-۳). با وجودی که زگیل‌های تناسلی معمولاً خوش خیم هستند، اما اهمیت این ضایعات در ایجاد بدخیمی ثانویه به این عفونت می‌باشد. اولین بار ارتباط این ویروس با سرطان گردن رحم؛ یعنی دومین سرطان شایع زنان در جهان (۱۱) در سال ۱۹۷۰ توضیح داده شد (۱۲).

نکته‌ی بسیار مهم این است که بیماران دچار زگیل تناسلی ناشی از پاپیلوما در ۲۰٪ موارد به بیماری‌های قابل انتقال جنسی دیگر مبتلا می‌باشند (۲، ۳، ۱). افراد دارای بیماری‌های (STD) (sexual transmitted diseases) غیر قابل انتقال خونی نسبت به افراد بدون این بیماری دارای ریسک ابتلا به HIV به میزان ۵-۲ برابر می‌باشند. بنابراین تشخیص هریک از عفونت‌های STD دلیل قانع

کننده‌ای برای انجام آزمایش خون برای HIV و سایر بیماری‌های مشابه همانند HBV می‌باشد. در سال ۱۹۹۹ CDC آمریکا، آزمایش HIV و سایر بیماری‌های STD را در هر فردی که با تشخیص یکی از این گروه بیماری‌ها مراجعه شود و درخواست درمان نماید، انجام داده است. همچنین CDC آمریکا این کار را یک گام اساسی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های مقاربتی ذکر کرده است. مطالعات انجام شده نشان داده که تنها در یک سوم موارد، بیماران با تشخیص هریک از بیماری‌های مقاربتی برای آزمایش سایر بیماری‌های همراه ارجاع داده می‌شوند. در واقع شناسایی هریک از بیماری‌های مقاربتی فرصت طلایی برای آموزش افراد جهت ترک رفتارهای پرخطر و زمینه‌ساز بیماری‌های بسیار خطرناک همانند ایدز و همچنین غربال‌گری سایر بیماری‌های فاقد علائم بالینی منتقل شده‌ی جنسی می‌باشد. از طرفی دیده می‌شود که اکثر پزشکان در مورد گرفتن تاریخچه‌ی بیماری‌های مقاربتی از افراد یا غربال‌گری برای این بیماری‌ها تعلل می‌کنند و خود این امر، موجب افزایش شیوع این بیماریها در جامعه خواهد شد (۱۳). از طرفی خطر ابتلا به HCV در بیماران، دچار شدن به بیماری‌های مقاربتی را افزایش می‌دهد (۱۴). مطالعات انجام شده در دنیا شانس ابتلا به سایر بیماری‌های مقاربتی به خصوص HIV در افراد دچار زگیل تناسلی را بسیار بالا برده و در یک مطالعه، حتی تا ۷/۷ برابر نشان داده‌اند (۲۱-۱۵). در کشور ما بیماری‌های منتقل شده‌ی جنسی از دسته‌ی بیماری‌های قابل گزارش می‌باشد، اما به دلیل مراجعه کمتر بیماران به مراکز دولتی و مشارکت پایین بخش خصوصی در گزارش‌دهی و نیز مراجعه‌ی پایین بیماران به دلیل منع مذهبی و قانونی اطمینان چندانی به آمارهای ثبت شده در مورد این دسته از بیماری‌ها نمی‌باشد. از طرفی در صورت یافتن هریک از بیماری‌های از این دسته، بیماریابی برای سایر بیماری‌های این گروه انجام نمی‌شود. تنها مطالعه‌ی یافت شده در رابطه با موضوع فوق در ایران در فاصله‌ی زمانی سال‌های

زگیل تناسلی مقعدی در مراکز تحت مطالعه تشخیص داده شدند که ۸۲/۳٪ آنان مرد (دردهی ۴ زندگی)، ۶۹/۴٪ متاهل و در بیش از ۷۰٪ موارد دارای مدرک دیپلم یا بالاتر بودند. مشخصات دموگرافیک و عوامل خطر مورد بررسی در جدول شماره ۱ آورده شده است. (جدول ۱) هیچ‌یک از موارد، وجود شرکای جنسی متعدد یا غیرقانونی را ذکر نکردند. از نظر سنی میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مورد مطالعه ۱۰/۴ ± ۳۴/۳ سال با حداقل ۱۸ سال و حداکثر سنی بیماران ۷۷ سال بود. ۸۰٪ افراد مبتلا زیر ۴۰ سال بودند. میانگین طول مدت ابتلا به بیماری ۱۱ ماه و به‌طور میانگین ۱۳/۹ سال از زمان ازدواج آنها می‌گذشت (جدول ۲). از نظر اختلاف جنسی،

۸۴ تا سال ۸۶ بر روی ۱۰۰ بیمار دارای زگیل تناسلی بود که نشان‌داد دو بیمار (۲٪) از نظر HIV مثبت و یک نفر از نظر بیماری سیفلیس مثبت بودند که اختلاف آماری معناداری بین گروه بیماران با افراد سالم دیده‌نشده (۲۲).
باتوجه به مطالب ذکرشده، این مطالعه با هدف بررسی میزان آلودگی HCV, HIV, HBV و سیفلیس در بیماران دچار زگیل تناسلی در شهر رشت انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه‌ی مقطعی یک‌ساله در سال ۱۳۹۱، کلیه‌ی مراجعان به کلینیک ارجاعی پوست بیمارستان رازی که در طول زمان مطالعه براساس تشخیص متخصص پوست دارای تشخیص زگیل تناسلی بودند، به تعداد ۶۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا چک‌لیستی شامل اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای و سابقه‌ی بیماری به صورت مصاحبه با بیماران، تکمیل و اهمیت چک آزمایش‌های درخواستی برای ایشان توضیح داده‌شد و افراد با رضایت شخصی جهت آزمایش سرولوژیک از نظر HBs-Ab, HCV Ab, Ag, HIV -Ab و VDRL ارجاع-داده شدند. سپس در ویزیت‌های بعدی جواب آزمایش‌های افراد در چک‌لیست ثبت گردید. مورد مثبت یا Seropositive براساس توصیه‌ی سازمان بهداشت جهانی (۲۳) به بیماری اطلاق شد که نتیجه‌ی تست اولیه‌ی الیزا در وی مثبت و به‌وسیله‌ی تست‌های تکمیلی همچون Riba Westernblot مورد تایید قرار بگیرد. کلیه‌ی اطلاعات پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS Ver 16 شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت داده‌های کمی از آمار توصیفی و تحلیل داده‌های کیفی از تست‌های ناپارامتری همانند آزمون‌های χ^2 و Fisher exact test استفاده شد.

یافته‌ها

در طی سال ۱۳۹۱ در مجموع ۶۲ بیمار دارای

جدول ۱: توزیع متغیرهای دموگرافیک و عوامل همراه در بیماران تحت مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
جنس	مرد	۵۱
	زن	۱۱
سن	<۳۰	۱۹
	۳۰-۴۰	۳۰
	>۴۰	۲۱
سطح سواد	کم سواد	۱۷
	دیپلم	۲۷
	عالی	۱۸
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹
	متاهل	۴۳
سابقه بیماری	بلی	۱۹
	مقاربتی	۴۳
مصرف هر گونه مواد مخدر	بلی	۷
	خیر	۵۵
مصرف الکل	بلی	۲۲
	خیر	۴۰
سابقه دریافت خون	بلی	۶
	خیر	۵۶
وجود خالکوبی	بلی	۱۵
	خیر	۴۷
سابقه بستری در بیمارستان	بلی	۲۰
	خیر	۴۲
سابقه زندانی شدن	بلی	۱
	خیر	۶۱

جدول ۲: توزیع زمانی پاره ای از متغیرهای کمی مورد مطالعه در بیماران

متغیر	میانگین انحراف معیار	حداقل تا حداکثر	میان
سن (سال)	۳۴/۳ ۱۰/۴	۱۸-۷۷	۳۳
طول مدت بیماری از شروع علائم (ماه)	۱۱/۱ ۹/۶	۱-۶۰	۸
طول دوره ی تا هل (سال)	۱۳/۹ ۱۲/۲	۱-۵۹	۱۱

شناسایی بیماران دارای زگیل تناسلی این شانس را ایجاد می کند که در مورد سایر بیماری های منتقل شده ی جنسی، مشاوره و آزمایش های لازم صورت گیرد. ولی مشکل اساسی در کشورهای توسعه یافته، هزینه ی بالای این آزمایش ها و همچنین عدم دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی در این مناطق می باشد. از طرفی دیگر با توجه به تفاوت های فرهنگی، دینی و قانونی در کشورهای مخلف، معمولاً در اکثر موارد، اشخاص آلوده از مراجعه به مراکز درمانی پرهیز نموده و موارد مذکور در آمارهای مربوط معمولاً با تخمین پایین است. البته با عنایت به این که اکثر موارد آلوده بدون علامت بوده و آلودگی های منطقه ی تناسلی - مقعدی در معرض دید نیز نمی باشند، خود این امر به کاهش موارد بیماریابی کمک می کند. در کشور ما با وجود این که بیماری های منتقل شده ی جنسی از دسته ی بیماری های قابل گزارش می باشند، اما به دلیل مراجعه ی کمتر بیماران به مراکز دولتی آن هم به دلیل منع مذهبی و قانونی و مشارکت پایین بخش خصوصی در گزارش دهی، اطمینان چندانی به آمارهای ثبت شده در مورد این دسته از بیماری ها نمی باشد. در بررسی متون نیز تحقیقات انجام شده در مورد این بیماری ها در ایران اندک است. در مطالعه ی صورت گرفته بر اساس جامعه ی زنان تهرانی در سال ۱۳۸۸، میزان شیوع عفونت HPV، ۷/۸٪ (۲۵) و در مطالعه ی انجام شده در اصفهان بر روی نمونه های پاپ اسمیر طبیعی میزان عفونت با این ویروس ۵۵/۲٪ ذکر شد (۲۶). در مطالعه ی فوق در مدت یک سال، ۶۲ مورد بیمار شناسایی شد که با مطالعات انجام شده در بقیه ی مناطق ایران همخوانی دارد (۲۶، ۲۲).

در مطالعه ی فعلی میزان آلودگی، اختلاف فاحشی بین زن و مرد داشته است. به طوری که بیش از ۸۰٪

عوامل خطر همراه با زگیل تناسلی در این مطالعه با استفاده از آزمون های χ^2 و Fisher exact test به جز در مورد وجود خالکوبی ($p=0/02$) که در زنان وجود نداشته و سطح سواد که زنان مبتلا در سطح سواد بالاتری بودند ($p=0/02$)، سایر عوامل خطر، اختلاف معناداری نداشته است.

فقط سه نفر از زنان متاهل دارای فرزند بودند. اکثریت بیماران (۳۲/۳٪) دارای شغل آزاد و سپس دانشجوی با ۱۶/۱٪ بودند. شکایت اصلی بیماران زگیل در ناحیه ی ژنیتال در ۵۴ مورد (۸۷/۱٪) و زگیل همزمان ناحیه ی تناسلی - مقعدی در ۸ مورد (۱۲/۹٪) بود.

بیشترین ناحیه ی درگیر در مردان ناحیه ی پنیس با سوپرپاپویک و در زنان لایبیا ماژور بود. شایع ترین فرم بالینی زگیل در بیماران فوق به صورت پاپول های نامنظم و گل کلمی متعدد بود. از کل بیماران مورد بررسی، هیچ یک از موارد نتایج مثبتی در آزمایش های داده شده برای HCV, HIV, HBV و سیفلیس نداشتند.

بحث

HPV شایع ترین عفونت بیماری های منتقل شده ی جنسی می باشد. بیماران دچار زگیل تناسلی در معرض خطر سایر بیماری های این گروه به خصوص سیفلیس و HIV هستند و به همین دلیل کمیته ی پیشگیری از بیماری ایدز و بیماری های منتقل شده ی جنسی در آمریکا اذعان نموده است که یکی از راه های موثر در کنترل بیماری ایدز، شناسایی زودرس بیماری های منتقل شده ی جنسی و درمان به موقع آنها می باشد. هرچند که این راه، به عنوان راه اصلی کنترل این بیماری محسوب نمی شود و باید شیوع بیماری ایدز در مناطق مختلف را مدنظر قرار داد (۲۴).

عفونت‌ها کمک‌کند. از طرفی بیماری‌های آمیزشی به دو دسته‌ی پرخطر شامل ایدز، سوزاک و سیفلیس و دسته‌ی کم خطر پاپیلوما ویروس و کلامیدیا تقسیم می‌شوند (۲۲). روش‌های انتقال زگیل تناسلی فقط روش جنسی پرخطر نیست. بنابراین ممکن است که تفاوت راه انتقال باعث این امر باشد. همچنین باتوجه به پایین بودن میزان عفونت‌های هپاتیتی و HIV در ایران که از ۰/۲٪ در مورد HIV (۲۸)، ۰/۳٪ در مورد هپاتیت C (۳۰) و ۲٪ در مورد هپاتیت B (۳۱) ذکر شده، شاید تعداد حجم نمونه بالاتری نیاز باشد.

با عنایت به پایین بودن شیوع بیماری‌های هپاتیت‌های B, C همچنین سیفلیس و HIV در این منطقه‌ی جغرافیایی و قرارگرفتن ایران به‌عنوان یکی از کشورهای کم‌خطر از نظر این بیماری‌ها و هزینه‌ی بالای آزمایش‌ها، برای نتیجه‌گیری در مورد انجام غربال‌گری این بیماری‌ها در افرادی که دچار بیماری‌های کم‌خطر جنسی در ایران هستند و نیز بومی‌سازی راهنمای بالینی، در حال حاضر نیاز به مطالعات بیشتری در سایر نقاط جغرافیایی ایران می‌باشد. البته، در صورت وجود رفتارهای پرخطر و یا علایم مشکوک، موارد فوق باید مدنظر قرارگیرد.

باتوجه به تعداد کم حجم نمونه در مطالعه‌ی فوق و تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی و سطح دسترسی به خدمات در شیوع این بیماری‌ها، شایسته‌است مطالعه‌ی فوق در سایر نقاط کشور نیز صورت‌پذیرد.

تشکر و تقدیر

از واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان پورسینا به جهت تدوین مقاله و از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی فوق تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. William D. James, Timothy Berger, Dirk MD Elston. Andrews' Diseases of the Skin. 2011. 11th ed, Saunders, USA.
2. Chuang TY. Genital Warts. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1133201-overview>,

مبتلایان، مردان بودند. در مطالعات قبلی نیز چنین اختلافات جنسی با برتری جنسی مردان به زنان در مورد بیماران دیده‌شده‌است. (۲۶-۲۸). علت این امر، شاید اختلافات فرهنگی در مورد مسأله‌ی فوق و یا شدت علایم بالینی و یا شاید سیر بیماری در زنان باشد که باعث مراجعه‌ی کمتر ایشان می‌گردد.

دراکثر مطالعات سن مبتلایان دهه‌ی سوم و چهارم زندگی که سن حداکثر فعالیت جنسی است، ذکر شده که در مطالعه‌ی ما نیز به همین صورت بوده است (۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۲۸). در مطالعه‌ی صورت گرفته، حدود یک سوم موارد مجرد بودند که در مطالعه‌ی ملکی (۲۲) نیز همینطور بوده، اما در مطالعه‌ی رمضان‌پور اکثر افراد مجرد بودند (۲۶). در این بررسی رفتارهای جنسی همانند تعداد شرکای جنسی بررسی نشده که شاید تفاوت موجود ناشی از این امر باشد.

نکته‌ی قابل توجه در مطالعه‌ی فوق، بالا بودن رفتارهای پرخطر در افراد مبتلامی‌باشد که در مواجهه با این افراد باید این مسأله را مد نظر داشت و آموزش‌ها و توصیه‌های لازم را در مورد حذف این فاکتورهای خطر به افراد داد. از طرفی تفاوت جنسی در این رفتارها دیده نشده‌است. بنابراین به‌نظر می‌رسد که تفاوت جنسی، عامل ایجاد بیماری نبوده بل که رفتارهای پرخطر زمینه‌ای باعث این آلودگی می‌گردد.

در مطالعه‌ی فوق هیچ مورد آلودگی به هپاتیت های B, C همچنین سیفلیس و HIV دیده‌نشده که برخلاف سایر مطالعات انجام شده‌می‌باشد (۱۵-۲۲). توجیه منطقی در این مورد شاید موارد ذیل باشد:

اکثر مطالعات مذکور در مناطق با شیوع بالای HIV انجام شده‌است. تعداد زیادی از مطالعات گروه کنترل نداشتند و بالا بودن همزمان سایر روش‌های پرخطر که راه‌های انتقال ایدز نیز می‌باشند، می‌تواند به همزمانی این

- 05/21/2012
3. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papilloma virus infection. *Vaccine*. 2006; 24(Suppl 1): S4-15.
 4. Gjooen K, Olsen AO, Magnus P, Grinde B, Sauer T, Orstavik I. Prevalence of human papillomavirus in cervical scrapes, as analyzed by PCR, in a population-based sample of women with and without cervical dysplasia. *APMIS*. 1996; 104(1):68-74.
 5. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol*. 2005; 32(Suppl 1):S16-24.
 6. Richardson H, Kelsall G, Tellier P, Voyer H, Abrahamowicz M, Ferenczy A, et al. The natural history of type-specific human papillomavirus infections in female university students. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003; 12(6):485-90.
 7. Herrero R, Castle PE, Schiffman M, Bratti MC, Hildesheim A, Morales J, et al. Epidemiologic profile of type-specific human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. *J Infect Dis*. 2005; 191(11):1796-807.
 8. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med*. 1997; 102(5A):3-8.
 9. Hoy T, Singhal PK, Willey VJ, Insinga RP. Assessing incidence and economic burden of genital warts with data from a US commercially insured population. *Curr Med Res Opin*. 2009; 25(10):2343-51.
 10. Kliwer EV, Demers AA, Elliott L, Lotocki R, Butler JR, Brisson M. Twenty-year trends in the incidence and prevalence of diagnosed anogenital warts in Canada. *Sex Transm Dis*. 2009; 36(6):380-6.
 11. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC Cancer Base No. 5, Version 2.0, IARC Press, Lyon, 2001.
 12. Zur Hausen H. Condylomata acuminata and human genital cancer. *Cancer Res*. 1976; 36(2, Pt 2):794.
 13. 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.
 14. Thomas DL, Zenilman JM, Alter HJ, Shih JW, Galai N, Carella AV, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among patients attending sexually transmitted diseases clinics in Baltimore—an analysis of 309 sex partnerships. *J Infect Dis*. 1995; 171(4):768-75.
 15. Auvert B, Marais D, Lissouba P, Zarca K, Ramjee G, Williamson AL. High-Risk Human Papillomavirus Is Associated with HIV Acquisition among South African Female Sex Workers. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2011. doi:10.1155/2011/692012.
 16. Auvert B, Lissouba P, Cutler E, Zarca K, Puren A, Taljaard D. Association of oncogenic and nononcogenic human papillomavirus with HIV incidence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 53(1): 111-6.
 17. Marx MA, Murugavel KG, Tarwater PM, SriKrishnan AK, Thomas DL, Solomon S, et al. Association of Hepatitis C Virus Infection with Sexual Exposure in Southern India. *Clin Infect Dis*. 2003; 37(4):514-20.
 18. Lee PM, Ho KM. Risk factors associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection among attendees of public sexually transmitted infection clinics in Hong Kong: implications for HIV prevention. *Hong Kong Med J*. 2008; 14(4):259-66.
 19. Ng'andwe C, Lowe JJ, Richards PJ, Hause L, Wood C, Angeletti PC. The distribution of sexually-transmitted Human Papilloma viruses in HIV positive and negative patients in Zambia, Africa. *BMC Infect Dis*. 2007; 7:77. doi:10.1186/1471-2334-7-77.
 20. Diallo MO, Ackah AN, Lafontaine MF, Doorly R, Roux R, Kanga JM, et al. HIV-1 and HIV-2 infections in men attending sexually transmitted disease clinics in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*. 1992; 6(6):581-5.
 21. Banura C, Franceschi S, Doorn LJ, Arslan A, Wabwire-Mangen F, Mbidde EK, et al. Infection with Human Papillomavirus and HIV among Young Women in Kampala, Uganda. *J Infect Dis*. 2008; 197(4): 555- 62.
 22. Maleki M, Javidi Z, Mashayeki V, Tayebi Meybodi N, Nahidi Y, Esmaeili H, et al. Serologic Evaluation of HIV-1 and Syphilis in Patients with Clinical Anogenital Wart. *Mashad med J*. 2008; 51(2):87-94. [Persian]
 23. World Health Organization. Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs. Available at: www.who.int/mediacenter/news/releases/2014/hepatitis-guidelines/en/. Access in 23/02/2015.
 24. HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases -- United States Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention. *MMWR*. 1998; 47(RR12):1-24.
 25. Khodakarami N, Hosseini S, Yavari P, Farzaneh F, Etemad K, Salehpour S, et al. Human Papillomavirus Infection Prevalence in Women Referred to Health Clinic of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *irje*. 2012; 7 (4):35-42. [Persian]

26. Afshar Ramezani and Ramazan Fallah. Genital Warts in North-West of Iran. *World Applied Sciences Journal*. 2012;18 (10): 1326-8.
27. Singh S, Thappa DM, Jaisankar TJ. Sexual co-transmission of HIV, hepatitis B, and hepatitis C Viruses. *Sex Transm Inf*. 2000;76:317-8.
28. Thappa DM, Singh S, Singh A. HIV infection and sexually transmitted diseases in a referral STD centre in south India. *Sex Transm Inf*. 1999; 75:191.
29. UNICEF, Iran. In : http://www.unicef.org/infobycountry/iran_statistics.html. at 1/17/14.
30. Rezvan H, Abolghassemi H, Kafiabad SA. Transfusion-transmitted infections among multitransfused patients in Iran: a review. *Transfus Med*. 2007; 17(6): 425-33.
31. Alavian SM, Hajarizadeh B, Ahmadzad-Asl M, Kabir A, Bagheri-Lankarani K. Hepatitis B Virus Infection in Iran: A Systematic Review. *Hepat Mon*. 2008; 8(4): 281-94.

An Evaluation of HIV, HBV, HCV and Syphilis Infection among Patients with Ano-Genital Wart referred to Dermatology Clinic of Razi Hospital of Rasht in 2013

Abbas Darjani,

Associate Professor, Specialist in Dermatology, Dermatology Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Hossein ali Barzegar,

Specialist in Dermatology, Dermatology Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Shahryar Sadre-Eshkevari,

Associate Professor, Specialist in Dermatology, Dermatology Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Narges Alizade,

Associate Professor, Specialist in Dermatology, Dermatology Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Hojat Eftekhari,

Assistant Professor, Specialist in Dermatology, Dermatology Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Tayebe Rezazadeh-zahedi

Specialist in Dermatology, Dermatology Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

*** Zahra Mohtasham Amiri,**

Full Professor, Specialist in Preventive and Community Medicine, Preventive and Community Medicine Department, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received:20/09/2014, Revised:14/02/2015, Accepted:15/03/2015

Correspond Author:

Zahra Mohtasham-Amiri
Specialist in Preventive and
Community Medicine, Preventive
and Community Medicine
Department, Medical
Faculty, Guilan University of
Medical Sciences, Rasht, Iran
E-mail: mohtashamaz@yahoo.com

Abstract

Background: Ano-Genital Warts are one the most common complaint among patients referred to dermatology, gynecology and urology clinics and the most prevalent sexually transmitted disease. Nearly 20% of patients with Ano-Genital Wart who had infected due to papilloma virus are also infected by other sexually transmitted diseases. The aim of this study was to determine HIV, HBV, HCV and syphilis Infection among Patients with Ano-Genital Warts referred to Dermatology Clinic of Razi Hospital of Rashtin 2014.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, all 62 patients with ano-Genital Warts who referred to Razi hospital in 2014 were studied. Demographic data were gathered by interview and blood samples were collected for immunological assay. Descriptive analysis and chi square test were used for data analyzing.

Results: sixty two patients with mean age of 34.3 ± 10.4 years and mean duration of wart infection about 11 months were studied. 82.3% of patients were male, most of them in 4th decade, 69.4% married and more than 70% of them had diploma or higher educational levels. Regardless of risk factors, ninety patients (30.6%) had positive history of sexually transmitted diseases, 11.3% had taken drug, 35.5% used alcohol, 9.7% and 32.3% had history of blood transfusion and hospitalization, respectively, 24.2% got tattoo and one patient was **imprisoned**. None of patients was positive for HCV, HIV, HBV or syphilis.

Conclusion: According to low prevalence of HCV, HIV, HBV among patients and high price of laboratory test of these infections, more studies in other geographic area are recommended.

Keywords: Ano-genital warts, Hepatitis C, Hepatitis B, HIV, Syphilis, Sexual transmitted diseases, papilloma virus