

بورسی اپیدمیولوژیک بیماری سالک در استان لرستان و معرفی کانون های جدید بیماری با انتقال محلی در سال ۱۳۸۵

علی چگنی شرفی^{*}، حمید امانی^۱، محمد حسن کایدی^۲، علی اکبر یاراحمدی^۱، محمد ساکی^۱، الهام نصیری^۱

- (۱) گروه پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
- (۲) گروه مبارزه با بیماری های واگیر، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ازان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
- (۳) گروه انگل شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱۴

چکیده

مقدمه: بیماری لیشمانيوز از جمله بیماری های قابل انتقال بین حیوان و انسان است که در اثر گونه های انگل تک یاخته ای از جنس لیشمانيا پدید می آید. این بیماری به سه شکل جلدی، مخاطی-جلدی و احشایی(کالآزار) ظاهر گردد و دامنه تظاهرات بالینی آن از زخم جلدی خود محدود شونده تا تخریب دیررس مخاطی-جلدی و بیماری سیستمیک کشنده متغیر است. بیماری سالک به عنوان یک معضل بهداشت همگانی در بسیاری از کشورهای جهان به ویژه در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری و هم چنین در بخش های عمره ای از کشور ما مطرح است. آگاهی از ویژگی های همه گیر شناختی بیماری به عنوان پیش زمینه اقدامات کنترلی حائز اهمیت است، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری سالک در استان(فراوانی و توزیع موارد بیماری بر حسب متغیرهای دموگرافیک، تظاهرات بالینی و الگوی انتقال) در سال ۸۵ به مرحله اجرا گذاشته شد.

مواد و روش ها: مطالعه یاد شده از نوع توصیفی-مقطوعی بوده و نمونه های مورد مطالعه به روش سرشماری خانه به خانه در مناطق پر خطر و از میان مراجعان به مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سایر مناطق تعیین گردید. ضایعات جلدی کلیه افراد مشکوک پس از تهیه نمونه مناسب و رنگ آمیزی با رنگ گیمسا به روش مشاهده میکروسکوپی مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته های پژوهش: از مجموع ۳۰۰ بیمار شناسایی شده ۱۹۱ نفر(۶۳/۶ درصد) انتقال محلی و بقیه موارد وارد بودند. بیشترین موارد انتقال محلی به شهرستان پلدختر ۱۷۸ مورد(۵۹/۳ درصد) اختصاص داشت، از ۳۰۰ بیمار شناسایی شده، تعداد ۷۷ مورد(۲۵/۷ درصد) مربوط به مناطق شهری و ۲۲۳ مورد(۷۴/۳ درصد) در مناطق روستایی بودند که بخش عمده آنان به گروه سنی ۱۰ تا ۴۰ سال تعلق داشت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به طبیعت موارد بیماری با الگوی انتقال محلی در شهرستان پلدختر و در مقیاس محدودتر در شهرستان های کوهدهشت و دلفان و شمار قابل توجه موارد وارد در دیگر نقاط استان(به ویژه موارد وارد از شهرستان بم) و وجود زمینه های بالقوه تحول همه گیر شناختی بیماری دراستان به لحاظ موقعیت جغرافیایی و وفور بالای ناقل بیماری و جا به جایی های جمعیتی(به ویژه رشد پدیده حاشیه نشینی و مهاجرت نیروی کار به مناطق اندمیک) بیماری سالک جلدی طی سال های آینده به عنوان یک معضل بهداشتی در استان مطرح بوده و مقابله با گسترش آن نیازمند رویکرد چند حوزه ای با به کارگیری امکانات موجود به منظور کاهش آثار نامطلوب بهداشتی و اجتماعی این بیماری است.

واژه های کلیدی: انگل، پشه خاکی، لیشمانيازیس، لرستان

*نویسنده مسئول: گروه پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

Email: shrify2004@yahoo.com

مقدمه

فرم های مختلف بیماری فرق دارد. در نوع لیشمانيوز جلدی شهری یا خشک مخزن بیماری انسان بوده ولی سگ هم به طور اتفاقی به بیماری مبتلا می گردد. در لیشمانيوز جلدی نوع روستایی یا مرطوب مخزن بیماری عمدهاً جوندگان می باشند. از عوامل مساعد کننده بیماری در انسان، سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، وضع تغذیه و ابتلا به بیماری های تضعیف کننده سیستم ایمنی وجود یک جمعیت حساس می باشد،(۳،۴،۱۰). برای تشخیص بیماری با یک لانست از حاشیه زخم نمونه برداری کرده و در روی لام گسترش تهیه کرده و لام را از نظر وجود انگل بررسی می کنیم،(۱،۲). گونه های لیشمانيا تووانایی گریز از اثر کشنده ماکروفاژها را (که سلول میزبان آن ها هستند) دارند. وجود پاسخ ایمنی (Cell Mediated Immunity) به سلول (Cell) چهت بهبود نهایی عفونت الزامی است و در این زمینه هیچ گونه واکسن مطمئن وجود ندارد،(۵،۶،۷،۸). تشخیص بر اساس مشاهده انگل در بافت های آلوده، آزمایش های سرمی، علائم بالینی، تلقیح به حیوانات حساس و کشت قرار دارد. درمان این بیماری هنوز عموماً متکی به تزریق ترکیبات پنج ظرفیتی آنتیموان است که اثر درمانی آن در همه جا یکسان نیست. هم اکنون دارویی جدید به نام Meltefossine استفاده می شود که از محاسن آن وجود فرآورده های خوارکی است. در مورد این بیماری هیچ گونه پیش گیری دارویی وجود ندارد،(۱،۲). واکسن ها هنوز در دست مطالعه اند و کنترل ناقلین فقط در برخی شرایط خاص اپیدمیک قابل اجرا است. لذا تا زمان کنترل بیماری از طریق واکسیناسیون انسان ها و یا مخازن حیوانی، سه پاشی، از بین بردن مخازن وحشی، آموزش بهداشت، تشخیص به موقع و درمان، از اقدامات مهم برای مهار انتقال این بیماری خواهد بود.

نظر به این که در استان لرستان موارد گزارش شده بیماری سالک رو به افزایش بود و از طرف دیگر در روستای سراب حمام از توابع شهرستان پلدختر(جنوبی ترین شهرستان استان لرستان) در سال گذشته تعداد زیادی از بیماران مبتلا به لیشمانيوز جلدی توسط آزمایشگاه شهرستان شناسایی شده و تحت

با وجود پیشرفت های روزافزون در خصوص کنترل بیماری های عفونی انسانی هنوز هم بیماری های انگلی از مضلات اصلی بهداشتی به شمار می آیند. لیشمانيوز از جمله بیماری های انگلی بوده که به عنوان یک مشکل بهداشتی در اکثر کشورهای جهان، به طور عمده در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری مطرح است. لیشمانيوز در شمار بیماری های قابل انتقال بین حیوان و انسان(Zoonosis) قرار دارد و تها موارد محدودی از آن آنتروپونوتیک هستند. بیماری ناشی از گونه های تک یاخته ای موسوم به لیشمانيا است که در کشورهای جهان سوم حائز اهمیت می باشد. آلوگی انسان ممکن است بدون علامت(تحت بالینی) باشد، یا طیفی وسیع از زخم های جلدی خود محدود شونده تا تخریب دیررس جلدی-مخاطی یا یک بیماری سیستمیک کشنده را در بر گیرد.

بیماری لیشمانيوز شامل گروهی از بیماری ها با تظاهرات بالینی و عواقب بهداشتی بسیار متنوع است(از ضایعات بد شکل خود به خود بهبود یابنده در تعداد اندکی از افراد تا اپیدمی های شدید با میزان مرگ بالا). این بیماری در اثر یک انگل تک یاخته از جنس لیشمانيا به وجود می آید که گونه های مختلفی دارد و بعضی از آن ها در انسان ایجاد لیشمانيوز می کنند،(۱،۲،۳). لیشمانيا تروپیکا و لیشمانيا ماژور دو گونه عمده هستند که موجب بروز زخم پوستی خوش خیم شده و در اغلب نقاط ایران دیده می شود. تک یاختگانی که در جنس لیشمانيا قرار دارند متعلق به خانواده تریپانوزوماتیده هستند. از نظر بالینی بیماری به سه فرم احتشایی(کالا آزار)، جلدی(سالک) و مخاطی-جلدی تظاهر می کند. این تک یاختگان به دو شکل لیشمانيای بدون تاثر آزاد یا اماستیگوت در درون سلول های سیستم رتیکولواندوتیال مهره داران و لپتومنادی، دارای تاثر آزاد و یا پروماستیگوت خارج از سلول در بدن پشه خاکی و محیط کشت مصنوعی دیده می شوند. ناقل این انگل ها گونه های مختلف پشه خاکی از جنس های لوتوزومیا در دنیای جدید(آمریکا) و فلبوتوموس در دنیای قدیم(خارج از آمریکا) است،(۵،۶،۹). مخزن بیماری در

شده ریخته می شد(باید توجه داشت که بسته به رقت محلول رنگ آمیزی و نوع آن، مدت زمان رنگ آمیزی بین ۵ تا ۲۰ دقیقه برای رنگ آمیزی لازم است و هر آزمایشگاه با استی مدت زمان مطلوب را برای رنگی که استفاده می کند قبلاً به دست آورد). بعد از اتمام رنگ آمیزی لام ها برای مدت کوتاهی در آب با PH تنظیم شده ۷/۲ شستشو داده و در هوا خشک می کردیم، سپس با استفاده از عدسی چشمی ۱۰ و عدسی شبی ۱۰، ۴۰ و سپس ۱۰۰ و روغن ایمرسیون و بدون استفاده از لامل در زیر میکروسکوپ مورد مطالعه قرار می دادیم و در نهایت تشخیص مثبت شامل دیدن انگل لیشمانیا به طور واضح در سطح لام بود. در نهایت نتایج اطلاعات و آمار بیماری از طریق نرم افزارهای EPI6 و Excel مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته های پژوهش

در این بررسی از افراد با علائم بالینی مشکوک به سالک نمونه گیری به عمل آمد که در مجموع تعداد ۳۰۰ بیمار مبتلا به سالک در استان شناسایی شد. از ۳۰۰ بیمار مبتلا به سالک ۷۷ نفر(۲۵/۷ درصد) در نقاط شهری و ۲۲۳ نفر(۷۴/۳ درصد) در نقاط روستایی ساکن بودند. بیشترین موارد بیماران در گروه سنی ۱۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند(نمودار شماره ۱). از مجموع ۳۰۰ مورد بیمار ۱۷۲ نفر(۵۷/۳ درصد) مرد و ۱۲۸ نفر(۴۲/۷ درصد) زن بودند(جدول شماره ۲). در این مطالعه شهرستان پلدختر با شناسایی ۱۷۸ بیمار(۵۹/۳۳) درصد) بیشترین موارد بیماری با انتقال محلی به خود اختصاص داد که طغیان یک اپیدمی بود که با شناسایی ۱۶ نفر در سال ۸۴ شروع شد. شهرستان های کوهدهشت با شناسایی ۹ مورد و شهرستان دلفان با شناسایی ۴ مورد بیمار با انتقال محلی در رتبه های بعدی قرار داشتند. بقیه موارد شناسایی شده در استان شامل مواردی بودند که در استان های دیگر از جمله شهرستان بم به این بیماری مبتلا شده بودند.(جدوال شماره ۱ و ۲)

از ۱۷۸ بیمار با انتقال محلی شناسایی شده در سال ۱۳۸۵ در شهرستان پلدختر ۱۱۱ نفر زن و ۶۷ نفر مرد بودند. در شهرستان کوهدهشت از ۲۲ بیمار شناسایی شده ۹ نفر از آن ها انتقال محلی(۵ نفر زن و ۴ نفر

درمان قرار گرفتند و از سویی این شهرستان با استان خوزستان و ایلام(کانون های آندمیک لیشمانیوز جلدی) هم مرز بوده و از لحاظ آب و هوایی گرم ترین شهرستان در استان می باشد، بر آن شدیدم تا علت یا علل احتمالی طغیان بیماری لیشمانیوز جلدی در شهرستان فوق را مورد مطالعه قرار دهیم.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعي بوده و نمونه های مورد مطالعه به روش سرشماری خانه به خانه در مناطق پر خطر و از میان مراجعان به مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی تعیین شدند. از ضایعات جلدی کلیه افراد مشکوک و از لبه های ملتهب و متورم ضایعه که مهم ترین قسمتی است که بیشترین تراکم آماتیگوت ها را به همراه دارند طی رعایت مراحل ذیل نمونه برداری و رنگ آمیزی به عمل آمد :

- ۱-پوشیدن دستکش در هر بار نمونه گیری
- ۲-کبره های روی ضایعه و هر گونه چرک روی آن را برداشت می کردیم ۳-نمونه برداری را از لبه خارجی و قسمت متورم و ملتهب ضایعه انجام می دادیم ۴-از اتانول ۷۰ درجه برای استریل کردن و شستشوی ضایعه استفاده می کردیم.(قبل از نمونه برداری صبر می کردیم تا الكل خشک شود). ۵- با استفاده از واکسینواستیل استریل و یا یک اسکالپل استریل نوک باریک، شکافی به عمق یک میلی لیتر در منطقه موردنظر ایجاد می کردیم و اسکالپل را بیرون آورده و از مواد روی آن حداقل ۳ اسمیر تهیه کرده و مشخصات بیمار را با قلم الماس روی لام ها حک می کردیم.

روش رنگ آمیزی با گیمسا به ترتیب زیر انجام شد:

- اجازه داده می شد تا نمونه ها بدون استفاده از شعله و در هوای اتاق، خشک شوند، سپس بر روی لام متنالول ۷۰ درجه به مدت ۳۰ تا ۶۰ ثانیه ریخته می شد، لام ها را در مجاورت هوا خشک می کردیم سپس روی لام ها را با رنگ گیمسا که آن را به نسبت ۱ به ۳۰ تا ۱ به ۵۰ با آب با PH ۷/۲ تنظیم شده رقیق کرده بودیم با قرار دادن لام ها روی پل رنگ آمیزی به مدت ۳۰ تا ۵۰ دقیقه بر روی آن محلول گیمسا تهیه

نفر در پا و ۴۶ نفر در صورت بود و وجود ضایعه در دست و صورت در ۱۴ نفر و در دست و پا ۲۰ نفر و در دست، صورت و پا ۲ نفر و سایر موارد ۴ نفر مشاهده شد و از نظر تعداد ضایعه ۱۴۵ نفر تک ضایعه و ۸۳ نفر دو ضایعه و ۷۲ نفر سه ضایعه و بیشتر داشتند.(جدول شماره ۳)

مرد) بودند. در شهرستان نورآباد هم از ۲۲ بیمار شناسایی شده ۴ نفر با انتقال محلی(۲ نفر زن و ۲ نفر مرد) بودند. لازم به توضیح است سایر موارد شناسایی شده در استان مردانی بودند که برای جستجوی کار به استان های دیگر عزیمت کرده بودند(جدول شماره ۲). در این مطالعه از ۳۰۰ نفر مورد بررسی از نظر محل ضایعه در ۱۴۳ نفر ضایعه در دست و در ۷۱

جدول ۱. توزیع فراوانی موارد بیماری سالک در استان لرستان بر حسب شهرستان به تفکیک شهر و روستا و گروه های سنی در سال ۸۵

شهرستان	تعداد کل	منطقه روستا شهر										گروه سنی (سال)
		+۵۰	۴۰-۴۹	۳۰-۳۹	۲۰-۲۹	۱۰-۱۹	۹-۰	روستا	شهر	۱۶۴	۱۴	
پلدختر	۱۷۸	۲۱	۱۹	۲۹	۳۷	۴۶	۲۶	۱۶۴	۱۴	۱۷۸	۱۷۸	۲۱
کوهدشت	۲۲	۰	۴	۳	۹	۶	۰	۱۳	۹	۲۲	۲۲	۰
بروجرد	۲۵	۳	۷	۴	۶	۴	۱	۱۵	۱۰	۲۵	۲۵	۳
خرم آباد	۳۱	۳	۷	۹	۱۱	۰	۱	۱۱	۲۰	۳۱	۳۱	۳
دورود	۱۸	۲	۱	۴	۷	۲	۲	۹	۹	۱۸	۱۸	۲
الیگودرز	۳	۰	۰	۱	۲	۰	۰	۱	۲	۳	۳	۰
دلغان	۲۲	۰	۲	۳	۱۲	۴	۱	۹	۱۳	۲۲	۲۲	۰
ازنا	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰
جمع استان	۳۰۰	۲۹	۴۰	۵۴	۸۴	۶۲	۳۱	۲۲۳	۷۷	۳۰۰	۳۰۰	۲۹

جدول ۲. توزیع فراوانی موارد بیماری سالک بر حسب شهرستان به تفکیک جنس در سال ۸۵

شهرستان	سال ۸۵		
	کل	زن	مرد
خرم آباد	۲۵	۶	۳۱
بروجرد	۲۴	۱	۲۵
کوهدشت	۱۸	۴	۲۲
دورود	۱۶	۲	۱۸
ازنا	۱	۰	۱
پلدختر	۶۷	۱۱۱	۱۷۸
نورآباد	۲۰	۲	۲۲
الشتر	۰	۰	۰
الیگودرز	۲	۱	۳
سپید	۰	۰	۰
دشت	۰	۰	۰
استان	۱۷۳	۱۲۷	۳۰۰

جدول ۳. توزیع فراوانی موارد بیماری سالک به تفکیک محل خایعه و تعداد زخم در سال ۸۵

مکان آلوده	تعداد زخم				
	جمع	سه زخم و بیشتر	دو زخم	یک زخم	سه زخم
صورت	۴۶	۲	۹	۳۵	۴۶
پا	۷۱	۱۴	۲۰	۳۷	۷۱
دست	۱۴۳	۳۴	۳۸	۷۱	۱۴۳
دست و صورت	۱۴	۵	۹	۰	۱۴
دست و صورت و پا	۲	۲	۰	۰	۲
دست و پا	۲۰	۱۴	۶	۰	۲۰
ساپر	۴	۱	۱	۲	۴
جمع	۳۰۰	۷۲	۸۳	۱۴۵	۳۰۰

بحث و نتیجه گیری

و شمار قابل توجه موارد وارد در دیگر نقاط استان(به ویژه موارد وارد از شهرستان به) و وجود زمینه های بالقوه تحول همه گیر شناختی بیماری در استان به لحاظ موقعیت جغرافیایی و وفور بالای ناقل بیماری و جا به جایی های جمعیتی(به ویژه رشد پدیده حاشیه نشینی و مهاجرت نیروی کار به مناطق انديسيك) بیماری سالک جلدی طی سال های آينده به عنوان يک مشكل عمده بهداشتی در استان مطرح بوده و مقابله با گسترش آن نيازمند رویکرد چند حوزه ای با به کارگيري امكانات موجود به منظور کاهش آثار نامطلوب بهداشتی و اجتماعی اين بیماری است.

البته اين بررسی ضرورت مطالعات تكميلی جهت جستجوی انگل در ناقلين، مخازن و تعیین گونه انگل را در منطقه مطرح می سازد. در روستاهای دشت جايدر(از جمله روستاهای سراب حمام شهرستان پلدختر و روستای رماوند شهرستان کوهدهشت که همچوar شهرستان دره شهر در استان ايلام بوده و اين شهرستان از کانون های انديسيك کشور محسوب می شود و در روستای سنکر نورآباد انگل بیماری وجود دارد و چرخش انگل به کندی صورت می گيرد و در شهرستان پلدختر با توجه به مسافت کم روستاهای مذكور تا شهر(كمتر از ۵ کيلومتر) خطر جدی در طی سال های آينده اين شهر را تهدید می کند که نياز به توجه بيشتر از سوی مسئولان ذيربط را مورد تأكيد قرار می دهد.

در اين بررسی موارد بیماری در همه گروه های سنی مشاهده شد ولی بيشترین موارد بیماری در محدوده سنی ۱۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. اين موضوع می تواند ناشی از فعالیت بيشتر اين گروه سنی و احتمال تماس بليختر با بيشترین موارد انتقال محلی شهرستان پلدختر با بيشترین موارد انتقال محلی بيشترین موارد مبتلايان در زنان مشاهده شد. شايد يکی از دلایل اين امر آن است که در زمان فعالیت پشه خاکی يعني در هنگام غروب آفتاب تا نیمه شب زنان خانه دار مشغول انجام فعالیت های منزل در خارج از خانه هستند و بيشتر در معرض گزش پشه خاکی قرار می گيرند. موارد بیماری در شهرستان پلدختر از ۹ نفر در سال ۸۴ به ۱۷۸ مورد در سال ۸۵ افزایش یافت. شايد يکی از دلایل آن بیماریابی فعال خانه به خانه و به کارگيري نیروی مجرب آزمایشگاهی باشد که در طول اجرای اين طرح اجراء شد. از نظر مطالعات اپيدميولوژيکی در طی سال های قبل زمانی که لشگر ۸۴ پياده استان لرستان از مناطق عملياتی استان ايلام که از مناطق انديسيك بيماري سالک می باشد بر می گشتند، در سيلوهای اطراف دشت جايدر مستقر می شدند و همراه با وسائل خود احتمالاً حشرات آلوده به انگل ليشمانيا را حمل كرده و باعث انتشار بیماری می شدند. با توجه به طغيان موارد بیماری با الگوی انتقال محلی در شهرستان پلدختر و در مقیاس محدودتر در شهرستان های کوهدهشت و دلفان

سیاست گزاری

این مطالعه با پشتیبانی مالی دانشگاه علوم پزشکی لرستان اجرا شده است. بدین وسیله از مسئولین محترم دانشگاه مذکور تشکر و قدردانی می گردد همین طور از پرسنل محترم بخش تک یاخته شناسی و حشره شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران که با مشاوره علمی خود ما را یاری دادند و

References

- 1-Markel WH, Khaldoun MMO. Cutaneous leishmaniasis: recognition and treatment. American Family Physician 2004;p.1-9.
- 2-Talari S.A, Sadr F. [Treatment of cutaneous leishmaniasis: effectiveness, and adverse effects of the drugs]. Fez, Kashan University of Medical Sciences 2005; 33(15):85-94. (Persian)
- 3-World Health Organization (updated 2002). TDR strategic direction: Leishmaniasis. Available from: <http://www.who.int/tdr/diseases/Leish>.
- 4-World Health Organization. Division of control of tropical diseases. Leishmaniasis control home page (updated 2000). Available from: <http://www.who.int/health-topics/leish>.
- 5-Yaghoobi-Ershadi MR, Javadian E. Studies on sand flies in a hyper endemic area of zoonotic cutaneous leishmaniasis in Iran. Indian J Med Res 1997;105:61-6.
- 6-Yaghoobi MR, Jafari R, Hanafi AA. A new epidemic focus of zoonotic cutaneous leishmaniasis in central Iran. Ann Saudi Med 2004;24:98-101.
- 7-Yaghoobi MR, Akhavan AA, Zahrai AR. Epidemiological study in a new focus of cutaneous leishmaniasis in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2003;9:816-26.
- 8-Mohebali M, Khamesipour A, Mobedi I, Zarei Z, Fesharki R-H. Double-blind randomized efficacy field trial of alum precipitated autoclaved leishmania major vaccine mixed with BCG against canine visceral leishmaniasis in Meshkin-Shahr district, I.R.Iran. Vaccine 2004;22:4097-100.
- 9-Kasiri H, Javadian E, Seyedi-Rashti MA. List of phlebotomine (Diptera: psychodidae) of Iran. Bull Soc Pathol Exot. 2000;93(2):129-30.
- 10-Ahmadiyazdi C, Narmani M.R, Sadri B. Cutaneous leishmaniasis in Iran. The Internal J of Infectious Disease 2004:1-9.



Epidemiological Survey of Cutaneous Leishmaniasis in Lorestan Province(Iran) and Introduction of Disease Transmission in New Local Areas

Chegeni Sharafi A^{*1}, Amani H², Kayedi MH³, Yarahahmadi A¹, Saki M¹, Mehrdad M¹, Nasiri E¹

(Received: 4 Jan. 2010 Accepted: 5 Oct. 2010)

Abstract

Introduction: Leishmaniasis is a Zoonotic disease caused by monocellular parasite species of leishmania genus. This disease could emerge as any of the three forms of cutaneous, muco-cutaneous and visceral (kala-azar) and the range of its clinical signs varies from a self-limited cutaneous lesion to late-onset muco-cutaneous involvement or a lethal systemic disease. Leishmaniasis is considered a public health problem in many countries throughout the world, especially in tropical and sub tropical areas and most the provinces of Iran. It is of specific importance to be aware of epidemiologic features of the disease as a prerequisite to implement control measures. This study was carried out to identify the epidemiologic status of Leishmaniasis (frequency and distribution of cases by gender, age, clinical manifestations mode of transmission).

Materials & Methods: The present study is a descriptive and cross-sectional study in which the samples were obtained through house-to-house counting in high- risk areas including clients of health care centres in other areas. Suspicious skin lesions were examined after obtaining adequate specimens and staining with Giemsa stain through direct microscopy.

Findings: Out of all the 300 cases identified, 191(63.6%) were due to local – transition most of whom were related to Poldokhtare district (178 cases; 59.3%) and the rest were transferred-in cases. From 300 cases of disease A, 77 cases (25.7%) were reported from urban areas and 223 cases

(74.3%) were found in rural areas. Most the cases were of 10 to 40 years old range.

Discussion & Conclusion: Regarding recent outbreaks of the disease, local transmission pattern in Poldokhtar district and in smaller scales in Kuhdasht and Delfan districts and imported cases of the disease from other provinces, cutaneous Leishmaniasis remains a public health threat in the future and a multi-sectional approach through proper use of all measures available is required to keep it from spreading in order to reduce adverse health and economic consequences of this disease,(particularly imported cases from Bam districts) and the presence of potentials of epidemiologic change of the disease in the province due to geographical situation and high frequency of the vector and populations turn-over (specialty growing and emigration of workers to endemic regions) sub – urbanization.

Keywords: parasite, sandfly, leishmaniasis, Lorestan

1. Dept of Communicable Disease Control and Prevention, Lorestan University of Medical Sciences, Khorram Abad, Iran
 2. Dept of Communicable Disease Control and Prevention, Azna District, Lorestan University of Medical Sciences, Khorram Abad, Iran
 3. Dept of Parasitology, Lorestan University of Medical Sciences, Khorram Abad, Iran
 * (corresponding author)