Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 11:14 IRST on Sunday November 4th 2012

گزارش ۲۰۰ بیمار مبتلا به زونا

دکتر عباس رائی [I]

چکیده

این مطالعه برای تعیین سن، جنس، محل درگیری درماتومی و سمت ابتلا در مبتلایان به زونا انجام شد. به این منظور از بین بیماران درمانگاه پوست بیمارستان فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی ایران در تهران کلیهٔ بیمارانی که برای نخستین بار به ضایعات کیسَکی - تاولی (Vesiculobullous) گروهی دردناک در زمینهٔ اریتمائی (Erythematous) و با توزیع درماتومی مبتلا شده‌بودند (به شرط عدم وجود عوامل مستعدکننده و تطابق سیر بالینی [ابتلا به بیماری حداقل به مدت ۲ هفته]، پس از سه معاینه با فاصلهٔ زمانی ۷ روز از اولین مراجعه) با تشخیص زونا، انتخاب شده، مورد مطالعه قرار گرفتند. در طول مدت مطالعه (از ابتدای شهریور ۱۳۷۵ لغایت پایان آذر ۱۳۷۷) مجموعاً ۲۰۰ مورد زونا مشاهده شد (۱/۱۸٪ از مراجعه کنندگان به درمانگاه پوست). دامنهٔ سنی ابتلا از ۹ تا ۹۰ سال و میانگین سنی مبتلایان (میانگین ± خطای استاندارد) برابر ۴۱/۸۹ ± ۱/۳۷ سال بود. ۶۵٪ از مبتلایان، سنی برابر یا کمتر از ۵۰ سال و ۳۵٪ سنی کمتر از ۳۰ سال داشتند که نشان‌دهندهٔ پائینتر بودن قابل توجه سن ابتلا در مقایسه با آمار ارائه‌شده در سایر مطالعات می‌باشد. اختلاف معنی‌داری بین میانگین سنی مبتلایان زن و مرد مشاهده نشد. شایعترین درماتوم‌های درگیر در این مطالعه به ترتیب نواحی سینه‌ای (۳۳٪)، کمری - خاجی (۳۰/۵٪)، گردنی (۲۰٪) و سه‌قلوئی (۱۶٪) بود و یک مورد (۰/۵٪) زونای منتشر مشاهده شد. در این مطالعه درماتوم‌های سینه‌ای شایعترین محل درگیری بودند اما فراوانی درگیری آنها در مقایسه با آمار ارائه‌شده در سایر مطالعات (۵۳ تا ۵۵٪) کمتر بوده‌است. فراوانی درگیری ناحیهٔ کمری - خاجی از فراوانی ذکرشده در سایر مطالعات (۱۱٪) بیشتر بوده‌است. میانگین سن درگیری درماتوم سه‌قلوئی از میانگین سن درگیری درماتوم‌های سینه‌ای به طور معنی‌داری بیشتر بوده‌است (اختلاف دو میانگین = ۱۲/۹۸ سال و $P=$ ۰/۰۱۱). از نظر محل درگیری و سمت درگیر (راست یا چپ) بین دو جنس و نیز در سنین مختلف، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. تفاوت معنی‌داری بین درماتوم‌های درگیر در طرف راست و چپ وجود نداشت.

کلید واژه‌ها: ۱- بیماریهای پوست ۲- زونا ۳- هرپس زوستر ۴- ویروس واریسلا زوستر

مقدمه

بیماری زونا در اثر فعال‌شدن مجدد ویروس واریسلا زوستر (VZV) ایجاد می‌شود[۱،۷]. VZV یکی از ۸ هرپس ویروسی است که به طور شایع انسانها را آلوده می‌کند. این ویروس عضوی از جنس واریسلوویروس (Varicellovirus)، زیر خانوادهٔ آلفاهرپس‌ویرینه (Alphaherpesvirinae) و خانوادهٔ هرپس‌ویریده (Herpesviridae) می‌باشد[۸]. روی‌هم رفته اگرچه این بیمار[illegible] در تمام سنین زندگی می‌تواند بروز کند ولی بر اساس آمار موجود در سنین کمتر از ۵۰ سالگی شیوع

I) استادیار بیماریهای پوست، بیمارستان فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، شهر ری، تهران

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

کمتری دارد و بخصوص در کودکان نا‌شایع است[۴،۶،۷،۱۲،۱۳]. این بیماری قدری بیش از ۱۰٪ کل جمعیت را در طول زندگی درگیر می‌کند[۷]. شیوع بیماری در هر دو جنس یکسان است[۱۳].

عوامل مستعدکننده عبارتند از: (۱) ضعف دستگاه ایمنی که می‌تواند ناشی از سن زیاد، بدخیمی‌ها، مصرف طولانی‌مدت داروهای سرکوبی‌گر ایمنی و آلودگی با ویروس *HIV* باشد[۷،۱۳] (۲) گَزَند *(Trauma)*[۱۳] (۳) پرتودرمانی *(Radiotherapy)*، به ویژه پرتودرمانی ستون فقرات پشتی[۷،۱۳] (۴) تماس با *VZV* خارجی[۱،۱۳].

علائم بالینی عبارتند از: ابتدا درد ریشه‌ای *(Radical pain)* و به خصوص پُرحسی *(Hyperesthesia)* موضعی در مکانهای درگیر به وجود آمده، حدود ۲ تا ۵ روز بعد ضایعات جلدی کیسَکی *(Vesicular)* و سپس چرکدانه‌ای *(Pustular)* در محدودهٔ ۱ تا ۳ درماتوم جلدی ظاهر می‌گردد[۱،۷،۱۳]. شایعترین درماتوم‌هائی که در این بیماری گرفتار می‌شوند، بر حسب آمار کتابهای مرجع بیماریهای پوست، عبارت هستند از: درماتوم‌های سینه‌ای ۵۳٪ تا ۵۵٪، گردنی ۲۰٪، سه قلوئی *(Trigeminal)* ۱۵٪، و کمری - خاجی ۱۱٪[۳،۱۱،۱۳]. البته حدوداً در ۱۶٪ بیماران نیز ضایعات پوستی در خارج از محدودهٔ درماتوم اصلی دیده می‌شود که این امر دلیلی بر منتشر بودن *(Dissemination)* زونا نمی‌باشد[۱۳].

سیر بیماری به این ترتیب است که ابتدا تعدادی کیسَک *(Vesicule)* به طور گروهی بر روی زمینهٔ اریتمائی *(Erythematous)* ظاهر می‌شوند. سپس ضایعات تبدیل به چرکدانه *(Pustule)* می‌شوند و بعد از آن تشکیل دَلَمه *(Crust)* می‌دهند. در نهایت ضایعات احتمالاً با به جای گذاشتن جوشگاه *(Scar)* بهبود می‌یابند. بهبود در موارد بدون عارضه، در کودکان و جوانان ۲ تا ۳ هفته و در افراد مسن ۳ تا ۴ هفته می‌باشد[۱۳].

در مورد چگونگی تشخیص بیماری باید گفت که عموماً علائم بالینی برای تشخیص بیماری کفایت می‌کند[۷،۱۰،۱۱]. سایر روشهای تشخیصی‌ای که می‌توانند در صورت لزوم مورد استفاده قرار گیرند عبارتند از: (۱) بررسی گسترهٔ *(Smear)* تزنک *(Tzank)* با استفاده از رنگ آمیزی رایت و گیسما[۷] (۲) عیار *(Titer)* پادتنِ *(Antibody)* تثبیت *(Fixation)* کنندهٔ مکمل *(Complement)* در سرم دورهٔ حاد و دورهٔ نقاهت که در موارد نامتعارف *(Atypical)* کاربرد دارد[۱۳]. (۳) شناسائی آنتی‌ژن *VZV* با استفاده از روش پادتن *(Antibody)* فلوئورسنت مستقیم *(Direct immunofluorescent [DIF])*[۴،۱۳] (۴) جداکردن ویروس از کشت سلولی مایع کیسَکی *(Vesicular)*، خون، مایع مغزی - نخاعی و بافت درگیر[۴،۹] (۵) رؤیت *VZV* در مایع کیسَکی *(Vesicular)* با استفاده از میکروسکوپ الکترونی[۱،۹،۱۳] (۶) شناسایی دی‌ان‌آی *VZV* با استفاده از روش واکنش زنجیری پلی‌مراز *(Polymerase chain reaction)*[۲،۱۳].

این مطالعه با توجه به فراوانی بیماری و به منظور بررسی پاره‌ای از متغیرها که احتمال می‌رفت تفاوتهائی در مقایسه با آمار ارائه‌شده در متون معتبر پزشکی داشته‌باشند و همچنین بررسی درگیری درماتوم‌های طرف چپ و راست بدن که بالقوه ممکن بود مقدمه‌ای برای روشن ساختن نکات مبهم جدیدی در رابطه با فعال‌شدن مجدد *VZV* باشد انجام گرفت.

روش بررسی

از بین کل بیمارانی که از ابتدای شهریورماه ۱۳۷۵ لغایت پایان آذرماه ۱۳۷۷ به درمانگاه پوست بیمارستان فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران مراجعه کردند، کلیهٔ بیمارانی که دارای این معیارهای تشخیصی بودند انتخاب شدند: (۱) ضایعات کیسَکی - چرکدانه‌ای *(Vesiculopustular)* گروهی درماتومی در روی زمینهٔ اریتمائی *(Erythematous)* (۲) درد یا سوزش و به ویژه پُرحسی *(Hyperesthesia)* قبل از شروع ضایعات، در درماتوم‌های مربوط (۳) بروز ضایعات برای نخستین بار و عدم رخداد قبلی (۴) سیر بالینی بیماری حداقل دو هفته.

بر اساس شرح حال گرفته‌شده و معاینهٔ جسمانی هیچ‌کدام از بیماران علائمی از بدخیمی، سابقهٔ پرتودرمانی، مصرف داروهای سرکوبی‌گر ایمنی و ضعف دستگاه ایمنی نداشتند که این نکته با علامت مخصوصی در پروندهٔ بیماران مشخص شد.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 11:14 IRST on Sunday November 4th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

در مورد هر بیمار، سن بر حسب سال، جنس بر حسب مرد یا زن بودن، درماتوم‌های درگیر (سه قلوئی، گردنی، سینه‌ای و کمری - خاجی) و سمت درگیری (راست یا چپ) در پروندهٔ ثبت گردید. تمام بیماران ۱۴،۷ و ۲۱ روز بعد از معاینهٔ اول باز هم معاینه می‌شدند و در صورت تطبیق کامل علائم بالینی آنها با بیماری زونا، پروندهٔ آنها با علامت خاصی مشخص می‌شد.

آمار توصیفی و تحلیلی این بررسی توسط ویرایش ۷/۵ نرم‌افزار *SPSS* استخراج شد. در تمام آزمونهای تحلیلی مقدار آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد. برای مقایسهٔ دو میانگین آزمون تی(*t*)، برای مقایسهٔ چند میانگین آزمون تحلیل واریانس *(Analysis of variance [ANOVA])* و برای مقایسهٔ نسبتها آزمون مجذور کای *(Chi square)* مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۷۰۰۰ بیماری که از ابتدای شهریورماه ۱۳۷۵ لغایت پایان آذرماه سال ۱۳۷۷ مورد بررسی قرار گرفتند، ۲۰۰ بیمار بر حسب معیارهای تشخیصی بالا مبتلا به زونا تشخیص داده شدند (تقریباً ۱/۱۸٪ بیماران). توزیع سنی این بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است. حداقل سن مبتلایان ۹ و حداکثر آنها ۹۰ سال بود. میانگین سن ابتلا (میانگین ± خطای استاندارد) برابر ۴۱/۸۹ ± ۱/۳۷ سال بود. ۱۱۱ نفر (۵۵/۵٪) از بیماران مرد و ۸۹ نفر (۴۴/۵٪) از آنان زن بودند. میانگین سن مردان مبتلا (میانگین ± خطای استاندارد) ۴۰/۳۶ ± ۱/۳۱ سال و میانگین سن زنان مبتلا ۴۳/۷۹۷ ± ۲/۰۲ سال بود. اختلاف معنی‌داری بین میانگین سن در دو جنس وجود نداشت (*P* = ۰/۲۱۳).

جدول ۲ نشان‌دهندهٔ اطلاعات آماری سن در ارتباط با درماتوم‌های درگیر می‌باشد. بر اساس این جدول شایعترین درماتوم‌های درگیر در این بررسی به ترتیب عبارتند از سینه‌ای ۶۶ مورد (۳۳٪)، کمری - خاجی ۶۱ مورد (۳۰/۵٪)، گردنی ۴۰ مورد (۲۰٪) و سه‌قلوئی ۳۲ مورد (۱۶٪) . یک بیمار (۰/۵٪) که اطلاعات مربوط به او در جدول ۲ گنجانده نشده‌است، خانم ۵۳ ساله‌ای بود که به زونای منتشر *(Disseminated herpes zoster)* مبتلا شده بود. در این بیمار درگیری بیش از سه درماتوم وجود داشت. در شرح حال، معاینهٔ جسمانی و بررسیهای آزمایشگاهی شواهدی از بدخیمی‌های داخلی، ضعف ایمنی و سایر علل مستعدکننده مشاهده نشد. بیمار مذکور با درمانهای متداول ضد ویروسی در عرض ۶ هفته بهبود کامل پیدا کرد.

با استفاده از آزمون تی(*t*)، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین سنی گروه مبتلا به درگیری درماتوم سینه‌ای (۳۵/۷۷ سال) و گروه مبتلا به درگیری عصب سه‌قلو (۴۸/۷۵ سال) مشاهده شد (اختلاف دو میانگین = ۱۲/۹۸ سال، *P*=۰/۰۱۱).

در این بررسی، در ۱۱۸ بیمار (۵۹٪) درگیری سمت راست بدن و در ۸۰ بیمار (۴۰٪) درگیری سمت چپ بدن، و در ۲ مورد (۱٪) درگیری دوطرفه وجود داشت و اختلاف معنی‌داری بین دو جنس مرد و زن از نظر سمت ابتلا وجود نداشت (*P* = ۰/۳۱۵). همچنین اختلاف معنی‌داری از نظر سمت درگیر بین سنین مختلف مشاهده نشد (*P* = ۰/۱۴۴). اختلاف معنی‌داری بین درماتوم‌های درگیر در سمت راست یا چپ بدن نیز مشاهده نشد (*P* = ۰/۸۴۰).

بحث

با توجه به یافته‌های جدول ۱ به نظر می‌رسد سن مبتلایان در این مطالعه به طور قابل توجهی کمتر از سن گزارش‌شده در سایر مطالعات (بیشتر از ۵۰ سال) می‌باشد[۷،۱۳]. در این مطالعه، ۶۵٪ بیماران سنی برابر یا کمتر از ۵۰ سال و حتی ۳۵٪ آنها سنی برابر یا کمتر از ۳۰ سال داشته‌اند.

اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین سنی مبتلایان مرد و زن مشاهده نشد که این امر با یافته‌های متون معتبر تخصصی پوست همخوانی دارد[۱،۷،۱۳].

بر اساس یافته‌های جدول ۲، فراوانی درگیری درماتوم‌های سینه‌ای، گردنی، و سه‌قلوئی با آمار ذکر شده در منابع معتبر پزشکی همخوانی دارد ولی فراوانی درگیری درماتوم کمری - خاجی بیشتراز آمار ذکرشده در متون معتبر تخصصی پوست می‌باشد (۳۰/۵٪ در مقابل ۱۱٪)[۱۳]. ضمناً اگرچه در این مطالعه نیز درماتوم سینه‌ای شایعترین درماتوم درگیر می‌باشد

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 11:14 IRST on Sunday November 4th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱ - فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی در گروههای سنی مختلف ۲۰۰ بیمار مبتلا به زونا

سن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۰-۱۰	۳	۱/۵	۱/۵
۱۱-۲۰	۲۷	۱۳/۵	۱۵
۲۱-۳۰	۴۰	۲۰	۳۵
۳۱-۴۰	۲۵	۱۲/۵	۴۷/۵
۴۱-۵۰	۳۵	۱۷/۵	۶۵
۵۱-۶۰	۳۱	۱۵/۵	۸۰/۵
۶۱-۷۰	۲۷	۱۳/۵	۹۴
۷۱-۸۰	۸	۴	۹۸
۸۱-۹۰	۴	۲	۱۰۰
جمع	۲۰۰	۱۰۰	

جدول ۲ - اختصاصات سن بر اساس درماتوم‌های درگیر در بیماران مبتلا به زونا[I]

درماتوم	فراوانی	میانگین سنی (سال)	انحراف معیار	خطای استاندارد	فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪ برای میانگین: حد کمتر (سال)	فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪ برای میانگین: حد بیشتر (سال)
سینه‌ای	۶۶	۳۵/۷	۱۹/۶	۲/۴	۳۰/۹	۴۰/۵
کمری-خاجی	۶۱	۴۳/۲	۱۹/۴	۲/۴	۳۸/۲	۴۸/۱
گردنی	۴۰	۴۴/۶	۱۷/۱	۲/۷	۳۹/۱	۵۰/۱
سه‌قلوئی	۳۲	۴۸/۷۵	۱۹/۰	۳/۳	۴۱/۳	۵۵/۰
جمع	۱۹۹	۴۱/۸	۱۹/۴	۱/۳	۳۹/۱	۴۴/۵

I) اطلاعات یک مورد زونای منتشر در این جدول گنجانده نشده است.

ولی فراوانی درگیری آن نسبت به آمار مندرج در متون تخصصی پوست کمتر می‌باشد (۳۳٪ در مقابل ۵۳ تا ۵۵٪)[۱۳].

میانگین سن درگیری درماتوم سه‌قلوئی از میانگین سن درگیری درماتوم سینه‌ای به طور معنی‌داری بیشتر است (اختلاف دو میانگین = ۱۲/۹۸ سال و $P = ۰/۰۱۱$) که با برخی مطالعات دیگر همخوانی دارد[۱۵]. اختلاف معنی‌داری بین دو جنس از نظر محل درگیری و نیز سمت درگیری در سنین مختلف مشاهده نشد که با متون تخصصی پوست همخوانی دارد[۱،۷،۱۳]. نکتهٔ دیگر این که اختلاف معنی‌داری بین درماتوم‌های درگیر در سمت راست یا چپ بدن وجود نداشت.

در مورد تشخیص زونا باید گفت که متداولترین راه، تشخیص بالینی بر اساس شرح حال و معاینهٔ جسمانی می‌باشد. روشهای تشخیصی آزمایشگاهی‌ای که در صورت نیاز مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: بررسی سرمی پادتنها *(Antibodies)* و استفاده از روشهای ایمنی- بافتی- شیمیائی *(Immunohistochemical)* که در آن سلول‌های کیسَکی *(Vesicular)* یا نمونه‌های حاصل از نمونه‌برداری بافتی مستقیماً به وسیلهٔ پادتن *(Antibody)* مونوکلونال *VZV* از نظر وجود آنتی‌ژن *VZV* رنگ‌آمیزی می‌شوند. مایع کیسَکی *(Vesicular)* و نمونهٔ بافتی را می‌توان برای *VZV* کشت داد.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 11:14 IRST on Sunday November 4th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

البته جداسازی (Isolation) ویروس با استفاده از روش اخیر کار نسبتاً مشکلی است[۷].

با توجه به محدودیتهای اجرائی روشهای آزمایشگاهی فوق، کلیهٔ بیماران تنها به طور بالینی و با استفاده از معیارهای تشخیصی ارائه‌شده در قسمت روش کار، مبتلا به زونا قلمداد شده، مورد مطالعه قرار گرفتند.

در پایان پیشنهاد می‌شود که جهت تشخیص قطعی این بیماری و برای افزایش اعتبار تحقیقات انجام‌شده، مراکز آزمایشگاهی معتبری که در دسترس قرار دارند، در نظر گرفته شوند تا این آزمایشها را با هزینهٔ کمی انجام بدهند. همچنین با توجه به آنکه سن ۳۵٪ از بیماران این مطالعه کمتر از ۳۰ سال و سن ۶۵٪ آنها کمتر از ۵۰ سال بود، توصیه می‌شود که بیماری زونا نه فقط در افراد مسن بلکه در جوانانی که جلوه‌های (Manifestations) بالینی این بیماری را نشان می‌دهند نیز به عنوان یکی از تشخیصهای افتراقی در مدنظر قرار بگیرد.

تقدیر و تشکر

از آقای دکتر علیرضا خاتمی، دستیار پوست بیمارستان فیروزآبادی، که در تنظیم مطالب و جدولهای آماری کمک فراوانی نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1) Arnold HL Jr, Odom RB, James WD: Andrew´s Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1990. pp 446-51.

2) Beards G, Graham C, Pillary D: Investigation of versicolor rashes for HSV and VZV by PCR. J Med Virol 54(3):155-7, 1998.

3) Buxton PK: ABC of Dermatology. 3rd ed. London: BMJ Publishing Group, 1998. p 57.

4) Fitzpatric TB: Dermatology in General Medicine. 4th ed. New York: McGraw-Hill Inc, 1993. pp 5445-60.

5) Gawkrodger DJ: Dermatology, An Illustrated Colour Text. 2nd ed. New York: Churchill Livingston, 1997. p 51.

6) Goldstein BG, Goldstein AO: Practical Dermatology. 2 nd ed. St Louis: Mosby, 1997. pp 240-1.

7) Gulick R: Herpes virus infections. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK, Wintroub BU: Cutaneous Medicine and Surgery: An Integrated Program In Dermatology. Philadelphia: WB Saunders, 1996. pp 1074-88.

8) Harper DR, Gilbert RL, Jeffries DJ: Molecular biology of varicella-zoster virus. A review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox. J Infect 36 Suppl 1:1-10, 1998.

9) Kanitakis J, Vassileva S, Woodley D: Diagnostic Immunohistochemistry of the Skin. London: Chapman & Hall, 1998. p 238.

10) Mackie RM: Clinical Dermatology. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. p 125.

11) Maure TA, Berger TG: Zoster. In: Arndt KA, Wintroub BU, Robinson JK, Leboit PE: Primary Care Dermatology. Philadelphia: WB Saunders, 1997. pp 116-7.

12) Smith CG, Glaser DA: Herpes zoster in childhood: case report and review of the literature. Pediatr Dermatol 13(3):226-9, 1996.

13) Sterling JL, Kurtz JB: Viral Infections. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM: Textbook of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1998. pp 1015-22.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 11:14 IRST on Sunday November 4th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

REPORT OF 200 ZONA PATIENTS

A. Rasi, MD[I]

ABSTRACT

This study was performed to determine age, sex, site and side of involvement in patients with herpes zoster. For this purpose, all patients of dermatology clinic of Firuzabadi Hospital in Thehran who presented with painful grouped vesiculobullous lesions with a dermatomal distribution on an erythematous base for the first time, in whom no predisposing factor could be detected, and had a clinical course compatible with herpes zoster (at least of two weeks duration) were considered as herpes zoster cases after three follow up visits with weekly intervals from the first visit and were included in this study. 200 cases of herpes zoster were found (1.18% of dermatology clinic cases) from August 22, 1996 through December 21, 1998. The ages of patients ranged from 9 to 90 years and the mean age of involvement (mean ± SE) was 41.89 ± 1.37 years. 65% of the patients were 50 years old or younger and 35% were younger than 30 years. This shows that in this study the age of involvement is significantly lower than other series. There was no significant difference between mean ages of males and females. The most common involved dermatomes were thoracic (33%), lumbosacral (30.5%), cervical (20%) and trigeminal (16%).

There was a single case (0.5%) of disseminated herpes zoster. In this study, the most common involved dermatomes were thoracic, but the frequencies of involvement of these dermatomes were lower than what reported in other series (53-55%). The frequency of involvement of lumbosacral dermatome was higher than other series (11%). The mean age of trigeminal involvement was significantly higher than the mean age of the patients with thoracic involvement (difference of two means = 12.98 years and P = 0.011). There were no significant differences between the sites and the sides (right or left) of involvement in males and females as well as between different age groups. There were no significant differences between the right or left side lesions, comparing different dermatomal involvements.

Key Words: **1) Skin diseases** **2) Zona** **3) Herpes zoster** **4) Varicella zoster virus**

I) Assistant Professor of Dermatology, Firuzabadi Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Shahr-e Rey, Tehran, Iran

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 11:14 IRST on Sunday November 4th 2012

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]