

گزارش یک مورد عفونت زونا در ناحیه چشم در شیرخوار ۸ ماهه به علت مواجهه با عفونت واریسلای داخل رحم

دکتر سید محمد کاظم نوربخش^{۱*}، دکتر ابوالفضل خوشدل^۱، دکتر مریم خیری^۲

^۱ گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲ رزیدنت پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۲۶ اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۴

چکیده:

زمینه و هدف: عفونت واریسلای اولیه ندرتاً در دوره شیرخوارگی دیده می شود. به دلیل نادر بودن این عفونت در شیرخوارگی، موردی که در نتیجه عود مجدد عفونت واریسلای اولیه در رحم ایجاد شده بود گزارش می شود.

گزارش مورد: شیرخوار ۸ ماهه با وزن زمان تولد ۳۲۰۰ گرم و حاصل زایمان واژینال طبیعی به علت ضایعه اریتماتو اطراف چشم چپ، ابتدا با تشخیص سلولیت اوربیت چشم چپ بستری گردید. ضایعه سریعاً انتشار پیدا کرد و به اندازه ۸ در ۱۴ سانتی متر رسید و چندین وزیکول پر از مایع که بعداً به مایع زرد رنگ تبدیل گردید، ایجاد شد. در تاریخچه بیمار، مادر شیرخوار در ماه پنجم حاملگی دچار عفونت واریسلایی با ضایعات ژنرالیزه ماکولووزیکولر در ناحیه شکم، صورت و اندام ها شده بود. آزمایشات شیرخوار از جهت حضور ایمنوگلوبولین M و ویروس واریسلا زوستر (VZV IGM) مثبت شد. درمان با داروهای سفالوتین، آسیکلوویر و قطره سولفاستامید چشمی انجام شد و ضایعات در عرض یک هفته به صورت کامل بهبود یافتند.

نتیجه گیری: در بیمار معرفی شده به علت مواجهه با عفونت واریسلایی در دوران جنینی، ۸ ماه پس از تولد در نتیجه عود مجدد عفونت واریسلای اولیه، علائم بیماری هرپس زوستر ظاهر شده بود و با تشخیص بیماری، درمان با موفقیت انجام شد.

واژه‌های کلیدی: شیرخوار، هرپس زوستر، واریسلای داخل رحم.

مقدمه:

در مواردی که در رحم یا در طی یکسال اول زندگی آلوده شده باشند. این بیماری در اطفال خفیف تر از بالغین می باشد و با شیوع کمتری با نورالژی (Neuralgia) پس از هرپس همراه است (۵). هرپس زوستر منجر به مشکلاتی مانند فلج عصب صورتی و درگیری عصب چشمی نیز می شود و خطر ابتلا به عوارض چشمی ۱۰ تا ۲۵ درصد است (۶). در زونای چشمی ضایعات روی صورت، چشم، دهان یا زبان ایجاد شده و ناتوان کننده می باشد و در صورت عدم درمان منجر به کوری فرد بیمار می شود (۳). زونا در

بیماری هرپس زوستر معروف به شینگل (Shingles) یا زونا، ناشی از فعال شدن مجدد ویروس واریسلا زوستر (*Varicella zoster*) نهفته در شاخ خلفی نخاع است (۱). ویروس واریسلا زوستر عامل دو بیماری واریسلا یا آبله مرغان و هرپس زوستر یا زونا می باشد (۲). این ویروس در شکل اولیه خود باعث آبله مرغان در کودکان می شود و فعال شدن مجدد آن به شکل بیماری زونا به طور شایع در سنین بالای ۵۰ سال می باشد و در دهه ششم زندگی بیشتر دیده می شود (۴،۳). زونا در سنین زیر ۱۰ سال بسیار نادر است، مگر

* نویسنده مسئول: شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، گروه اطفال، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۱۲۱۷۸، E-mail: dr.nourbakhsh2010@gmail.com

انتشار پیدا کرد و به اندازه ۸ در ۱۴ سانتی متر در اطراف چشم چپ و بالای ابروها رسید و چندین وزیکول پر از مایع که بعداً به مایع زرد رنگ تبدیل گردید، ایجاد شد. در تاریخچه این بیمار، مادر شیر خوار در ماه پنجم حاملگی دچار آبله مرغان با ضایعات ژنرالیزه ماکولووزیکولر در ناحیه شکم، صورت و اندام ها شده بود و بصورت خود به خود بهبود پیدا کرده بود. کودک دارای وزن زمان تولد ۳۲۰۰ گرم، ترم و حاصل زایمان واژینال طبیعی بود از نظر رشد و نمو مشکلی نداشته، همچنین سابقه بستری در بیمارستان نداشت.

وجود بیماری ایدز و نتیجه تست اسمیر Tzank در بررسی های به عمل آمده، منفی بود، ولی بررسی سرولوژیک ویروس واریسلای زوستر به روش سنجش ایمنی با تیترا بالا مثبت بدست آمد. شیرخوار با داروهای سفالوتین، آسیکلوویر و قطره سولفاستامید چشمی درمان گردید و ضایعات در عرض یک هفته بصورت کامل بهبود یافت و بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد.

بحث:

طبق آنچه در کتب معتبر علمی بیان شده است زونا در شیرخوارگی بسیار نادر است. با جستجو در مقالات معتبر علمی چند مورد گزارش زونا در دوران شیرخوارگی یافت شد که فقط دو مورد آن به علت مواجهه داخل رحمی بود و در این دو مورد بر خلاف مورد گزارش شده حاضر، درگیری چشمی گزارش نشده بود. اولین گزارش هرپس در شیرخوار به علت تماس داخل رحمی، در هند در سال ۲۰۰۳ از یک شیرخوار دختر ۱۶ روزه حاصل زایمان واژینال بود که مادرش در ماه ششم بارداری با فرد مبتلا به آبله تماس داشت. مجموعه ای از وزیکول ها در سمت چپ صورت که تا روی سر ادامه داشت گزارش شد، اما بر خلاف مورد گزارش شده در مطالعه حاضر چون چشم ها درگیر نبود، پزشکان درمان علامتی را تجویز

افراد با سیستم ایمنی نرمال هم رخ داده است، اما ثورات جلدی شدید در افرادی که ضعف سیستم ایمنی به علت ایدز، شیمی درمانی و یا داروتراپی (Drug Therapy) دارند، دیده می شود (۷). تشخیص زونا بیشتر اوقات بر اساس تظاهر بالینی بیماری به صورت لوکالیزاسیون و توزیع درماتومال و ویژگی های مورفولوژیک ضایعه است (۸). این بیماری در کودکی بخصوص دوران شیرخوارگی بسیار نادر است (۹) و بیماری لوسمی و سایر بدخیمی های خونی (۱۰)، ضعف سیستم ایمنی از جمله بیماری ایدز (۱۱)، در معرض ویروس واریسلای قرار گرفتن جنین در دوران حاملگی و عفونت واریسلای زوستر اولیه در سال اول تولد از جمله ریسک فاکتورهای بروز بیماری در کودکی می باشند (۱۲). زونای شیرخوارگی بطور جزئی در پسر بچه ها شایع تر است و همه درماتوم را می تواند درگیر کند (۱۳). اگر ابتلا به عفونت آبله مرغان در مادر در روزهای آخر بارداری باشد به علت اینکه فرصت کافی جهت عبور آنتی بادی مادر از جفت و ایجاد ایمنی غیرفعال در نوزاد وجود نداشته و از طرفی پاسخ ایمنی نوزاد هم به اندازه ای نیست که باعث پیشگیری از رشد و انتشار ویروس واریسلای زوستر منتقل شده از راه جفت باشد، لذا عفونت در نوزاد معمولاً برق آسا خواهد بود و حتی باعث مرگ یک سوم نوزادان می شود (۱۴). به علت نادر بودن بروز زونا در کودکان و اهمیت تشخیص و درمان موارد زونا بخصوص زونای چشمی در این مقاله شرح حال شیرخوار ۸ ماهه با تشخیص هرپس زوستر در اطراف چشم گزارش داده می شود.

گزارش مورد:

شیرخوار پسر ۸ ماهه به علت ضایعه اریتماتو یکطرفه در ناحیه پیشانی به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه نمود، چشم چپ کاملاً بسته بود و در ابتدا با تشخیص سلولیت اوربیت چشم چپ بستری گردید. در معاینه تب نداشت و مختصری بی قرار بود. ضایعه سریعاً

کمپرس های استات آلومینیوم به مدت ۱۰ دقیقه، ۳ بار در روز انجام و در نهایت پس از ۲ هفته علائم برطرف شده بود (۱۷).

موردی نیز از کودک ۴ ماهه در کره، به علت تماس در یک ماهگی و دو ماهگی گزارش گردید که مادرش هیچ سابقه ای از ابتلا یا مواجهه در بارداری را ذکر نمی کرد. در این مورد نیز همانند مطالعه ی ما پزشکان درمان داخل وریدی با آسیکلوویر و سفالوسپورین نسل اول را تجویز نمودند و ۴ روز بعد کودک از بیمارستان ترخیص شد (۱۸). همچنین در مطالعه ی Kurlan و همکاران در تمام موارد، تجویز آسیکلوویر یکی از راه های درمان بوده است که در موارد شدید می تواند موربیدیتی (Morbidity) بیماری را محدود کند (۱۳). علاوه بر این، در مطالعه حاضر درمان شیرخوار با آنتی بیوتیک با احتمال سلولیت اوربیت چشم چپ و ضایعات زرد زخم در این ناحیه انجام شد. داروهای مورد استفاده سفالوتین، آسیکلوویر و قطره سولفاستامید چشمی بودند و ضایعات در عرض یک هفته بصورت کامل بهبود یافت و بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد.

نتیجه گیری:

در مطالعه حاضر زونای ناحیه چشم در شیرخوار پسر ۸ ماهه به دنبال عود مجدد عفونت اولیه توسط ویروس آبله مرغان در رحم گزارش شد، لذا همواره باید این احتمال را داد که زونا در هر سنی، حتی در مواردی که ضعف سیستم ایمنی رخ نداده باشد، می تواند رخ دهد که این مسئله لزوم توجه دقیق پزشکان به پیشینه ی مادر از نظر ابتلا به برخی بیماری ها در دوران بارداری را می رساند.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از تمام دوستانی که در نگارش این مقاله به ما یاری رسانیدند تقدیر و تشکر می شود.

نمودند و ضایعات در طی ۳ هفته بهبود یافته بود (۱۵). در ایران یک مورد از ایرانشهر در شیرخوار پسر ۱۸ روزه گزارش شد. مادر نوزاد در هفته آخر بارداری دچار تب و سپس بروز ضایعات پاپولوویکولر در سطح بدن شده بود و شدت ضایعات ۲ روز قبل از زایمان بود. شیرخوار با مشکل تب، سرفه و ضایعات منتشر در تنه به طوری که تمامی سطح بدن پوشیده از ضایعات پاپولوویکولر با زمینه اریتماتو بود، به بیمارستان ارجاع داده شده بود. به دلیل شدت علائم اقدامات درمانی آغاز شد. درمان دارویی استفاده از آسیکلوویر تزریقی به میزان 1500 mg/m^2 بود، اما با وجود اقدامات درمانی، نوزاد در روز ششم بستری فوت نمود (۱۴). از آنجا که عفونت ناشی از زونا در شیرخواران مبتلا به نقص سیستم ایمنی بیشتر دیده می شود و دوره بیماری طولانی تر است و ضایعات می تواند بطور مکرر عود کند (۱۶)، باید بیمار از نظر وجود نقص سیستم ایمنی چک شود، اما در گزارش مطرح شده اشاره ای به بررسی نوزاد در این حیثه نشده بود و آنمی خفیف را در آزمایشات اولیه ذکر کرده بودند. در مورد گزارش شده در مطالعه ی حاضر به بررسی نقص سیستم ایمنی پرداختیم و سرولوژی ایدز در مادر و شیرخوار منفی بود. در همین رابطه در مطالعه ی Kurlan و همکاران نیز ۴ مورد از زونا شیرخوارگی در کودکان بدون نقص سیستم ایمنی گزارش شده است. البته برخلاف گزارش مورد حاضر در مطالعه ی مذکور تمام مواجهه ها پس از زایمان بوده است (۱۳).

موارد دیگری از زونا در شیرخوارگی به علت مواجهه پس از زایمان و در سنین کم گزارش شده است. مورد گزارش شده در آمریکا، ابتلا شیرخوار دختر ۶ ماهه به علت تماس یک هفته پس از تولد بود. در سابقه ی مادرش ابتلا به آبله یا تماس با فرد مبتلا به آبله در دوران حاملگی وجود نداشت و مادر در دوران کودکی خود مبتلا شده بود. ضایعات در پایین تنه شیرخوار در سمت راست مشاهده و درمان علامتی با

منابع:

1. Shwachman H, Diamond LK, Oski FA, Khaw KT. The syndrome of pancreatic insufficiency and bone marrow dysfunction. *J Pediatr.* 1964; 65: 645-63.
2. Goobie S, Popovic M, Morrison J, Ellis L, Ginzberg H, Boocock GR, et al. Shwachman-Diamond syndrome with exocrine pancreatic dysfunction and bone marrow failure maps to the centromeric region of chromosome 7. *Am J Hum Genet.* 2001 Apr; 68(4): 1048-54.
3. Ginzberg H, Shin J, Ellis L, Morrison J, Ip W, Dror Y, et al. Shwachman syndrome: phenotypic manifestations of sibling sets and isolated cases in a large patient cohort are similar. *J Pediatr.* 1999 Jul; 135(1): 81-8.
4. Kopel L, Gutierrez PS, Lage SG. Dilated cardiomyopathy in a case of Shwachman-Diamond syndrome. *Cardiol Young.* 2011 Oct; 21(5): 588-90.
5. Akdogan MF, Altay M, Denizli N, Gucun M, Tanrikulu S, Duranay M. A rare case: Shwachman-Diamond syndrome presenting with diabetic ketoacidosis. *Endocrine.* 2011 Aug; 40(1): 146-7.
6. Smith OP, Hann IM, Chessells JM, Reeves BR, Milla P. Haematological abnormalities in Shwachman-Diamond syndrome. *Br J Haematol.* 1996 Aug; 94(2): 279-84.
7. Rezaei N, Farhoudi A, Pourpak Z, Aghamohammadi A, Moin M, Movahedi M, et al. Neutropenia in Iranian patients with primary immunodeficiency disorders. *Haematologica.* 2005 Apr; 90(4): 554-6.
8. Makitie O, Ellis L, Durie PR, Morrison JA, Sochett EB, Rommens JM, et al. Skeletal phenotype in patients with Shwachman-Diamond syndrome and mutations in SBDS. *Clin Genet.* 2004 Feb; 65(2): 101-12.
9. Kamoda T, Saito T, Kinugasa H, Iwasaki N, Sumazaki R, Mouri Y, et al. A case of Shwachman-Diamond syndrome presenting with diabetes from early infancy. *Diabetes Care.* 2005 Jun; 28(6): 1508-9.
10. Macipe Costa RM, Javierre Miranda E, Lou Frances MG, Heredia Gonzalez S, Calvo Martín MT. [Shwachman-Diamond syndrome. A case report]. *An Pediatr (Barc).* 2006 Jul; 65(1): 79-82.

A case report on an 8-month infant about zona infection in ocular members due to exposure to intrauterine varicella

Nourbakhsh SMK (MD)^{1*}, Khoshdel A (MD)¹, Khairi M (MD)²

¹Pediatric Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran;

²Social Medicine Resident, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 14/Apr/2012 Revised: 3/Apr/2013 Accepted: 15/Apr/2012

Background and aims: Primary varicella infection which is rarely seen among infants appears as chicken pox in children and zona in adults due to its reactivation. Considering its rarity in infants, an 8-month case infected with varicella due to reactivation of intrauterine primary infection is reported.

Case report: An 8-month infant with 3200gr weight at a vaginal delivery was hospitalized for erythematous lesion around the left eye, diagnosed as orbital cellulitis initially. The lesion spread rapidly to 8×14cm and several fluid -filled vesicles (which then turned into yellow) developed. Referring to case history, the mother was infected to varicella with generalized macrovesicular lesions involving stomach, face, and limbs. Infant tests of varicella zoster virus about the existence of immunoglobulin M were positive. Treatment was done by cephalotine, acyclovir, and sulfacetamide eye drop. The lesions disappeared within one week.

Conclusion: In this patient, because of exposure to varicella infection in utero period, reactivation of primary infection after birth in 8-month appeared herpes zoster symptoms. After diagnosis, the treatment was successful.

Keywords: Infant, Intrauterine varicella, Herpes zoster.

Cite this article as: Nourbakhsh SMK, Khoshdel A, Khairi M. A case report on an 8-month infant about zona infection in ocular members due to exposure to intrauterine varicella. J Shahrekord Univ Med Sci. 2013 Oct, Nov; 15(4): 107-111.

***Corresponding author:**

*Pediatric Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.
Tel: 00989125012178, E-mail: dr.nourbakhsh2010@gmail.com*