

## ادم حاد خونریزی دهنده نوزادی

دکتر سید مهدی مرعشی: متخصص پزشکی قانونی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور. [marashi\\_m@razi.tums.ac.ir](mailto:marashi_m@razi.tums.ac.ir)  
 دکتر الناز فتاح: دستیار تخصصی بیماری های کودکان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. [dr.el.fattah@gmail.com](mailto:dr.el.fattah@gmail.com)  
 \* دکتر زینب نصری نصرآبادی: دستیار تخصصی بیماری های کودکان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (\*مؤلف مسئول).  
[nasri\\_z@razi.tums.ac.ir](mailto:nasri_z@razi.tums.ac.ir)

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۰۱

بررسی های انجام شده به تشخیص قطعی منجر نشده و بدون انجام درمان خاص برطرف شده بود، نکته مثبتی وجود نداشت.

در آزمایش های انجام شده:

CBC			
Hb	12.5 g/dl	ESR	62
WBC	14500/ml	Cr	0.4
Plt	434000/ $\mu$ l	Urinalysis	Normal

بیمار بدون انجام اقدام خاص درمانی تحت نظر گرفته شد و یک هفته بعد از پذیرش بدنبال بهبود علائم ترخیص گردید.

**تفسیر شما از ضایعات جلدی متورم همراه با کبودی در بیمار چیست؟**

### پاسخ آزمون تصویری

ادم حاد خونریزی دهنده نوزادی که نوعی واسکولیت لکوسیتوکللاستیک عروق کوچک جلدی است، اغلب در کودکان زیر ۲ سال دیده می شود. علائم عمده در این بیماری به صورت تب، کبودی و ادم همراه حساسیت در صورت، اسکروتوم، دست ها و پاها می باشد. معمولاً نواحی تنه ای درگیر نمی شود ولی ممکن است در مخاط ها پتشی دیده شود (۱).

این بیماری نوعی واسکولیت با واسطه کمپلکس ایمنی است که به دنبال ابتلا به عفونت باکتریایی یا ویروسی، و یا مصرف برخی داروها به خصوص آنتی بیوتیک ها یا با احتمال کمتر به دنبال واکنش های ایمنی ایجاد می شود (۲). معمولاً ضایعات جلدی از اندام ها شروع شده، به سمت بالا گسترش پیدا می کنند. علی رغم اینکه ممکن است بیمار تب دار باشد، معمولاً حال عمومی وی خوب است. درگیری مفاصل یا سیستم گوارشی و کلیه ها به ندرت به علت واسکولیت دیده می شود (۳).

### آزمون تصویری

بیمار، فرزند سوم خانواده، دختر ۱۳ ماهه ای است که از یک روز قبل از پذیرش به طور ناگهانی دچار پلاک های متورم همراه با کبودی گسترده در هر دو ساق پا شده که فاقد درد و حساسیت در لمس بود. همچنین خیز در سطح خلفی هر دو پا مشاهده می شد. ضایعات مشابه در هیچ یک از قسمت های بدن دیده نمی شد. همچنین فاقد ضایعات خونریزی منقوط زیر جلدی (پتشی و پورپورا) در اندام ها و تنه بود. در هنگام معاینه بیمار تب نداشت و حال عمومی وی خوب بود، مخاطات دهان و حلق نیز نرمال بود. لنفادنوپاتی در هیچ یک از زنجیره های لنفی ملموس نبود. در بررسی مفاصل فاقد درد و تورم بوده، شکم در معاینه نرمال بود.

در سابقه بیمار به جز تب با منشا ناشناخته همراه با افزایش ESR سه هفته قبل که در



6. Millard T, Harris A, Mac Donald D. Acute infantile hemorrhagic edema. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:837-9.

7. Chen TS, Metz BJ, Hogan DJ, Vinson RP, Miller JJ, Gelfand JM, et al. Acute hemorrhagic edema of infancy. Available at: <http://www.emedicine.com/derm/topic613.htm>. Accessed February 25, 2013 .

معیارهای بالینی تشخیص عبارتند از: سن بیمار کمتر از ۲ سال، ضایعات منقوط خونریزی زیر جلدی همراه با تورم در صورت، گوش یا اندام‌ها با یا بدون درگیری مخاطی، فقدان درگیری احشایی و علائم عمومی و بهبود خودبه خود علائم طی چند روز (۴).

در بررسی هیستولوژیک ضایعات جلدی، انفیلتراسیون نوتروفیلی در جدار عروق کوچک، التهاب سلول‌های اندوتلیال و رسوب فیبرین اطراف عروق دیده می‌شود. نفوذ گلبول‌های قرمز به فضای خارج عروقی نیز از یافته‌های معمول می‌باشد (۵).

تشخیص افتراقی اصلی این بیماری، پورپورای هنوخ شوئن لاین است، با این حال افتراق این دو بیماری چندان دشوار نیست. معمولاً ادم حاد خونریزی دهنده نوزادی در کودکان زیر ۲ سال دیده می‌شود، در حالی که پورپورای هنوخ شوئن لاین بیماری کودکان ۴ تا ۷ سال می‌باشد. درگیری‌های سیستمیک مانند درد مفاصل و درگیری گوارشی یا کلیوی در پورپورای هنوخ شوئن لاین به طور شایع دیده می‌شود، درحالی که این اختلالات از عوارض نادر ادم حاد خونریزی دهنده نوزادی هستند (۶). سایر تشخیص‌های افتراقی این بیماری شامل مننگوکوکسمی، اریتم مولتی فرم، کهپیر و کودک آزاری هستند (۷).

این بیماری نیاز به درمان خاصی نداشته معمولاً بهبود خودبه خود علائم طی یک تا سه هفته بدون هرگونه عارضه ای رخ می‌دهد (۵).

## منابع

1. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, Schor NF, Behrman RE, eds. *Nelson textbook of pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2011. p. 870
2. Morrison RR, Saulsbury FT. Acute hemorrhagic edema of infancy associated with pneumococcal infection. *Pediatr Infect Dis J.* 1999;18:832-3.
3. Scaramuzza A, Pezzarossa E, Zambelloni C, Lupi A, Lazzari GB, Rossoni R et al. Case of the month: a girl with oedema and purpuric eruption. Diagnosis: acute hemorrhagic oedema of infancy. *Eur J Pediatr.* 1997;156:813-5.
4. Krause I, Lazarov A, Rachmel A, Grunwald MM, Metzker A, Garty BZ, et al. Acute hemorrhagic edema of infancy, a benign variant of leucocytoclastic vasculitis. *Acta Pediatr.* 1996;85:114-7.
5. Kafaie P, Akaberi AA, Hajihossieni H, Noorbala MT. Acute hemorrhagic edema of infancy: a case report. *J Pak Assoc Dermatol.* 2010;20:172-5.