

گزارش سه مورد از بیماری کاوازاکی

• دکتر سیدهادی اخباری

♦ دکتر فرهاد حیدریان

* دکتر ایرج ثابتی

بیماری کاوازاکی با تب بالا مشخص می‌شود که حداقل ۵ روز طول کشیده باشد و کونژکتیویت دو طرفه غیرچرکی و لنفادنوپاتی گردنی و بثورات جلدی اریتماتو و ادم پشت دست‌ها و پاها و نیز تغییرات دهانی و حلق و خشکی و ترک‌خوردگی لبها و زبان توت‌فرنگی، علت بیماری نامشخص می‌باشد ولی علل ویرال مطرح است. در تشخیص افتراقی اساساً بیماری‌های بثوری تب‌دار قرار دارد. درمان بیماری شامل تجویز آسپرین و IVIG می‌باشد. از عوارض خطرناک این بیماری درگیری عرو کرونر می‌باشد.
واژه‌های کلیدی: کاوازاکی؛ راش؛ لنفادنوپاتی؛ ادم.

- - متخصص داخلی - فوق تخصص روماتولوژی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
- ♦ - متخصص اطفال - استادیار دانشگاه علوم پزشکی بیرجند - فلوی آندوکراین و دیابت کودکان
- * - متخصص اطفال

مقدمه

بیماری کاوازاکی بیماری است با علت نامعلوم، ولی علل زیر مطرح می‌باشند:

الف) توکسین باکتری‌ها شبیه توکسین استافیلوکوکی TSS.

ب) رتروویروس‌ها و ریکتزیاها.

حداکثر شیوع این بیماری بین ۱۳ تا ۲۴ ماهگی است. شناخت علایم بیماری و تشخیص بموقع بیماری و شروع درمان می‌تواند از عوارض خطیر قلبی ممانعت به عمل آورد.

تظاهرات بالینی بیماری عبارتست از فاز حاد که بین روزهای اول تا یازدهم بیماری می‌باشد. در این مدت تب، کونژیکتیویت، تغییرات دهانی، راش‌های پوستی، لنفادنوپاتی گردنی و ESR بالا وجود دارد. در فاز تحت حاد که بین روزهای ۱۱ تا ۲۱ می‌باشد، ممکن است آنوریسم ایجاد شود. فاز نقاهت بین روزهای ۲۱ تا ۶۰ می‌باشد که اکثر یافته‌های بالینی بهبودی می‌یابد.

۱۰ تا ۴۰ درصد بچه‌های درمان نشده، شواهد واسکولیت کرونر را طی هفته‌های اول بیماری دارند. عوارضی چون آنژین آنژین صدری، تنگی کرونر، نارسایی میوکارد ممکن است در پی آن پدید آید.

تشخیص بر اساس یافته‌های ذیل می‌باشد:

۱ - تبی که حداقل ۵ روز طول کشیده باشد (بین ۳۸ تا ۴۰ درجه).

۲ - وجود چهار مورد از ۵ مورد زیر:

الف - کونژیکتیویت دوطرفه فاقد ترشحات چرکی،

ب - لنفادنوپاتی سرویکال،

ج - راش‌های اریتماتو که در ابتدا تنه را می‌گیرد و به صورت کهیر شبیه اریتم مولتی فرم می‌تواند باشد ولی وزیکولر نمی‌باشد.

د - ادم پشت دست و پا و پوسته پوسته شدن دست و پا از اطراف ناخن‌ها شروع می‌شود.

ه - تغییرات دهانی شامل قرمزی منتشر دهان و حلق و وجود لب‌های خشک و قرمز و زخمی و زبان توت فرنگی.

شرح حال

۱ - بیمار کودک ح.ع - ، ۲۲ ماهه، با شکایت ضایعات و پوستی و قرمزی چشم‌ها مراجعه نمود. سابقه تب ۷ روزه داشته است. مصرف سفالکسین و پنی‌سیلین داشته که بهبودی نیافته است. در معاینه کونژیکتیویت دو طرفه بدون ترشح چرکی، زبان توت فرنگی و اریتم مخاط دهان و حلق و قرمزی و خشکی لب‌ها و ترک خوردگی آن و نیز خارش کف دست و پا و بثورات ماکولر اریتماتو بر روی بدن و پوسته‌اندازی نوک انگشتان دست مشهود بود.

$$BP = \frac{90}{50}, PR = 91, RP = 32$$

CBC: 22500 S=90 CRP: 3+, ESR=108

L=10, Ht=38, Plt=449000 mm³

کشت گلو ← منفی

C-X Ray ← نرمال

ECG ← نرمال

اکوکاردیوگرافی ← نرمال

۲- بیمار ر. ح.، ۲۷ ماهه، با کهیر و ضایعات پوستی خارش دار و تب مراجعه نمود. در معاینه تب داشت و از ۵ روز قبل مراجعه نموده است. بثورات جلدی ماکولوپاپولر اریتماتو ابتدا روی دست و پا و سپس سراسر بدن منتشر شده است. قرمزی مخاط و دهان و حلق و زبان توت فرنگی و کونژیکتیویت دو طرفه غیر چرکی و اریتم کف دست و پا همراه با مختصر ادم و لنفادنوپاتی خلفی گردن بوده است.

T=39.5 °c RR=23 PR=89
CRP=2+ ERR=51 Hb= 10.5 gr/dl

CBC ← نرمال

کشت گلو ← منفی

C-X Ray ← نرمال

ECG ← نرمال

۳- بیمار م. ن. ۲۰ ماهه، با شکایت تب ۵ روزه مراجعه نمود. در معاینه کونژونکتیویت بدون ترشح دو طرفه و اریتم حلق و قرمزی و ترک خوردگی لبها (تصویر ۱) و پوست اندازی انگشتان دست چپ و پای راست (تصویر ۲) و دست راست را داشت و لنفادنوپاتی گردنی مشهود بود.

T=39.5 °c , PR =34 , RR=93

CBC:9300, $\left\{ \begin{array}{l} S=30 \\ L=68, CRP: 3+, ESR=84 \\ M=2, Ht=36.6, Plt=495000 \text{ mm}^3 \end{array} \right.$

C-X Ray ← نرمال

ECG ← نرمال

اکوکاردیوگرافی ← نرمال

اقدامات تشخیصی

برای تشخیص بیماری، تست تشخیصی آزمایشگاهی وجود ندارد و تشخیص بر اساس یافته‌های بالینی و رد سایر تشخیص‌ها صورت می‌گیرد. از نظر آزمایشگاهی، ممکن است لکوسیتوز، آنمی، ترومبوسیتوز، ESR بالا، CRP مثبت و کشت گلوئی منفی وجود داشته باشد. در صورت درگیری قلب، ممکن است تغییرات ECG وجود داشته باشد، از قبیل طولانی شدن PR، تغییرات موج T و ST، کاهش ولتاژ و ایجاد آریتمی. ممکن است کاردیومگالی در C-XRay وجود داشته باشد که ناشی از پری کاردیت یا میوکاردیت است. گاهی تغییرات عروق کرونر به شکل دیلاتاسیون یا آنوریسم با اکوکاردیوگرافی دو بعدی مشاهده می‌شود.

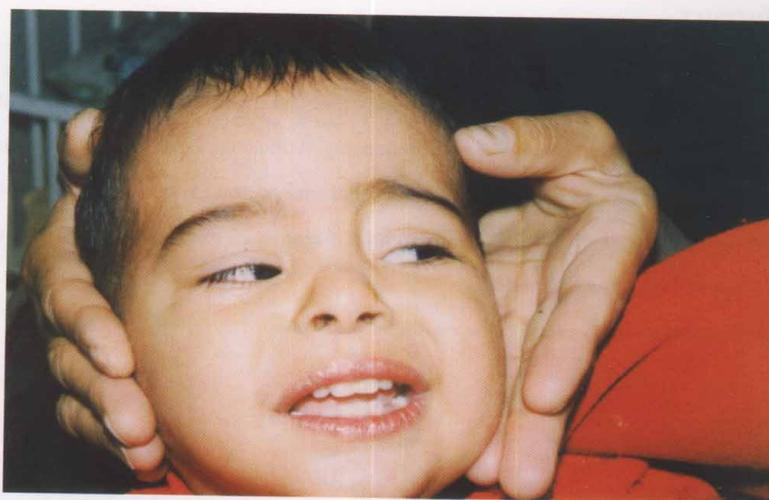
درمان

آسپیرین با دوز 100 mg/kg/day تا دو هفته و سپس با دوز آنتی ترومبوتیک 5-3 mg/kg/day به مدت 6 تا 8 هفته که معمولاً تا طبیعی شدن ترومبوسیتوز و ESR و CRP ادامه می‌یابد. همچنین برای پیشگیری از درگیری عروق کرونر، بایستی ظرف 10 روز اول بیماری، IVIG به میزان 2 gr/kg به صورت دوز منفرد در طی 12-10 ساعت انفوزیون شود.

در صورت وجود آنوریسم یا ضایعات قلبی شامل ترومبوز فعال کرونر از آنتی‌کوآگولان یا ترومبوتیک تراپی استفاده می‌شود. در بیماران با انسداد شدید کرونر همراه با ایسکمی میوکارد یا آنفارکتوس، کاتتریزاسیون قلبی و عمل بای پاس ممکن است انجام شود.

نتیجه

بیماری کاوازاکی یک بیماری مولتی سیستمیک در بچه‌هاست. تشخیص و درمان بموقع این بیماری می‌تواند از عوارض خطرناک قلبی شامل آنوریسم عروق کرونر جلوگیری به عمل آورد، به همین جهت در صورت شک نسبت به این بیماری، بیمار بایستی بستری شود و درمان مناسب انجام گیرد. لذا همیشه بایستی این بیماری در تشخیص افتراقی بیمارانی که دچار تب و راش‌های پوستی هستند، مد نظر قرار گیرد.



تصویر ۱: قرمزی لب‌ها و ترک خوردگی واضح آن در بیمار مبتلا به بیماری کاوازاکی



تصویر ۲: پوسته اندازی پا در بیمار مبتلا به بیماری کاوازاکی

Abstract

Three Cases of Kawasaki Disease Report from Birjand Medical University

Kawasaki disease is characterized with high fever for at least 5 days , nonpurulent bilateral conjunctivitis , cervical lymphadenopathy , cutaneous rash , edema of hands and feet , erythematous and cracked lip and erythema of oral cavity . Some viral and bacterial infections with rash are in differential diagnosis . Treatment with high dose aspirin and IVIG is recommended .

Key Words: *Kawasaki ; Rash ; Lymphadenopathy ; Edema .*

منابع

1. Abraham M. Rudolph. Rudolph's Pediatrics. 1991, p. 491.
2. A. G. M. Campbell. Forfar Textbook of Pediatrics. 1998, pp. 1478-1481.
3. Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics. 2000, vol. 1, pp. 725-727.
4. Elliot A. Shineboarne, Michael Tynan , Robert H. Anderson, Fergas J. Macartney Cardiology. 1999, pp. 595-597
5. Gellis & Kagan's Current Pediatrics Diagnosis & Treatment. 1991, pp. 463-464 .
6. John H. Klippel, Paul A. Dieppe. Rheumatology (2nd Ed). 1998, Vol. 2, pp. 1-7 and 27.
7. Julia A. McMillan. Oski's Pediatrics. 1999, pp. 924-929 .