

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

موضوع:

آبله مرغان و عوارض آن در کودکان

نگارش:

دکتر مهدیس میلادی
متخصص کودکان و نوزادان

مقدمه

❖ اتیولوژی:

VZV (هرپس نوروتروپیک انسانی)

- ایجاد یک عفونت مزمن و یا نهفته مادام‌العمر در sensory ganglionic neurons
- آبله‌مرغان یک بیماری بثوری حاد تب‌دار است که شدت بیماری متغیر و معمولاً خودمحدود شونده است.

❖ دوره کمون:

از ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از بروز راش تا هنگام کراسته شدن وزیکول‌ها (۳ تا ۷ روز بعد از راش) از راه تماس توسط گسترش آئروسول ویروس در ضایعات پوستی، بیماری قابل انتقال است.

آبله مرغان در افراد واکسینه نشده

بیماری معمولاً ۱۴ تا ۱۶ روز بعد از قرار گرفتن در معرض عامل عفونی آغاز می‌شود، اگرچه دوره کمون از ۱۰ تا ۲۱ روز متغیر می‌باشد. در افراد حساس راش مشاهده می‌شود.

علائم پرودرمال بیماری به ویژه در کودکان بزرگتر و بزرگسالان ممکن است وجود داشته باشد.

تب، ضعف، بی‌اشتهایی، سردرد و گاهی درد خفیف شکم ممکنه ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از ظهور راش دیده شود و معمولاً ۲ تا ۴ روز بعد از شروع بثورات از بین برود.

ضایعات آبله مرغان در اغلب موارد در سر، صورت و یا تنه ظاهر می‌شود.

اگزانتهم اولیه متشکل از ماکولهای قرمز شدیداً خارشدار و ضایعات پاپولر به همراه وزیکولهای پر از مایع به صورت واضح و مشخص شکل می‌گیرد.

در حالیکه ضایعات اولیه کراسته می‌شود، ضایعات جدید در تنه و سپس اندام ها مشاهده می‌شود و این حضور همزمان ضایعات در مراحل مختلف تکاملی از مشخصه ابتلا به آبله مرغان است.



آبله مرغان در نوزادان

نوزادانی که از مادران مبتلا به آبله مرغان طی ۵ روز قبل تا ۲ روز بعد از تولد متولد می‌شوند، در معرض خطر بالای ابتلا به آبله مرغان شدید هستند و باید در اسرع وقت بعد از تولد VZIG دریافت کنند و در صورت عدم دسترسی به VZIG، از IVIG نهایتاً طی ۱۰ روز اول تولد با دوز ۴۰۰ میلی‌پر کیلو دریافت کنند.

در صورت عدم تزریق IG، بثورات نوزاد معمولاً در اواخر هفته اول تا اوایل هفته دوم زندگی رخ می‌دهد.

سندرم آبله مرغان مادرزادی

این سندرم در حدود ۰/۴٪ نوزادان متولد شده از زنانی که تا قبل از هفته ۱۳ بارداری به ویروس آلوده بوده و در حدود ۲٪ از نوزادان متولد از زنان آلوده به آبله مرغان در بین هفته های ۱۳ تا ۲۰ گزارش شده.

علائم این سندرم: اسکار پوستی سیکاتریسیل، هیپوپلازی اندام، اختلالات سیستم عصبی، درگیری چشمی، درگیری سیستم کلیوی و سیستم عصبی اتونوم می‌باشد.



نوزاد تازه متولد شده با سندرم واریسلای مادرزادی

عوارض آبله مرغان

عوارض به طور معمول در کودکان با نقص ایمنی رخ می‌دهد ولی در کودکان سالم از نظر سیستم ایمنی نیز به ندرت عوارض دیده می‌شود.

آبله‌مرغان مستعدکننده عفونت‌های استرپتوکوک group A و استاف اورئوس شدید می‌باشد. و عفونت می‌تواند با عوارض شدید از جمله پنومونی، انسفالیت، اختلالات خونریزی، عفونت مادرزادی و عفونت پری‌ناتال تهدید کننده حیات همراه باشد.

هر وقت در آبله مرغان ضایعه پوستی غیرمعمول دیدیم باید به سوپراینفکشن باکتریال فکر کنیم.

از سال ۱۹۹۶ که برنامه واکسیناسیون آبله‌مرغان در ایالات متحده اجرا شد، کاهش قابل توجه‌ای در عوارض آبله‌مرغان و مرگ و میر در ایالات متحده داشته است (حدود ۸۵ درصد) و در سال ۲۰۰۶ با تصویب برنامه واکسیناسیون ۲ دوزی شیوع آبله‌مرغان تا ۹۷ درصد کاهش یافت.

عوارض آبله مرغان

- هیپاتیت (در کودکان سالم به ندرت علامت‌دار می‌شود)
- ترومبوسیتوپنی
- آتاکسی مخچه ای حاد
- انسفالیت
- میوکاردیت و پریکاردیت
- پنومونی
- نفریت و سندرم نفروتیک
- HUS
- عفونتهای باکتریایی ثانویه معمولا توسط استرپ A و استاف اورئوس
- آرتریت، سلولیت، فاشییت نکروزان، استئومیلیت و...

عوارض آبله مرغان

آتاکسی مخچه‌ای حاد:

شیوع ۱/۴۰۰۰ مبتلا در کودکان واکسینه نشده. شروع تدریجی از اختلال راه رفتن، نیستاگموس، تکلم بریده بریده که طی ۲ تا ۶ روز پس از شیوع بثورات جلدی ایجاد می‌شود و بهبودی سریع طی ۲۴ تا ۷۲ ساعت دارد.

پنومونی:

یک عارضه شدید است که بیشترین شمارش مرگ و میر ناشی از عوارض آبله‌مرغان را در بزرگسالان دارد. ۱ تا ۶ روز بعد از شروع بثورات جلدی علائم سرفه، دیس‌پنه، سیانوز، pleuritic chest pain و هموپتیزی آغاز می‌شود.

فاشئیت نکروزان

فاشئیت نکروزان یک عارضه نادر اما جدی عفونت آبله مرغان در کودکان می باشد، که به علت عدم وجود پروتکل واکسیناسیون کشوری در ایران رو به افزایش است.

طبق مقاله ای که از بخش جراحی بیمارستان Ontario در اتاواي کانادا چاپ شده در بررسی به عمل آمده بر روی ۵ کودک در محدوده سنی ۲ تا ۶ سال که مبتلا به آبله مرغان بوده اند و میانگین زمان از شروع وزیکول های آبله مرغان تا تظاهرات با علائم سیستمیک عمیق ۵/۲ روز بود (بین ۱ تا ۷ روز) . در این ها شایع ترین شکایت درد و اریتم بود و در معاینه بالینی اندام آسیب دیده ظاهر اریتماتو داشت که طی مدت کوتاهی (۲ تا ۴ ساعت) ، دامنه و شدت آن افزایش یافته. همه کودکان تاکی کاردی و تاکی پنه داشتند. ۴ کودک تب دار و ۲ کودک با شوک سپتیک بودند. یافته های آزمایشگاهی شامل لکوسیتوز در ۳ کودک، افزایش زمان پروترومبین و ترومبوبلاستین نسبی در ۳ کودک، افزایش ESR در ۲ کودک و افت HB در ۳ کودک بود.

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی و MRI تشخیصی بود.

در کشت بافت و خون، استرپ بتاهمولیتیک Group A که حساس به کلیندامایسین، پنی سیلین، اریترومایسین و ونکومایسین بود رشد کرد.

Clinical Findings in 5 Children Having Necrotizing Fasciitis Associated With Chickenpox

Finding	No. of children
Tachycardia	5
Increased respiratory rate	5
Febrile	4
Tenderness of affected site	2
Hypotension	1
Cyanosis	1
Drainage from pustule	1

میانگین کل اقامت در بیمارستان ۲۰ روز بود (۱۰ تا ۳۱) روز.

همه کودکان تحت دبریدمان جراحی و آنتی بیوتیک تراپی قرار گرفتند که پس از ترخیص، در زمان آخرین پیگیری که میانگین حدود یکسال بود همه کودکان بهبودی کامل پیدا کرده بودند و هیچ علامتی نداشتند.

□ به طور کلی در هر کودکی که سابقه عفونت واریسلا و شکایت فزاینده درد و تورم در اندام ها یا سایر نواحی بدن همراه با افزایش تب، اریتم، بی حالی و تحریک پذیری دارد باید به فاشئیت نکروزان شک کرد و پس از مشاوره جراحی اورژانس، سونوگرافی، گرافی از اندام مبتلا جهت بررسی هوا و حتی MRI تشخیصی می باشد. و در نهایت دبریدمان جراحی اورژانسی و آنتی بیوتیک وسیع الطیف برای جلوگیری از نکروز عضلانی، اختلال عملکرد اندام اصلی و مرگ ضروری است.



**Chicken pox complicated
by necrotising fasciitis**







سونوگرافی تنها وقتی کالکشن رو نشان
میده کمک کننده است, در حالی که ممکنه
درگیری تا فاسیا هم گسترش پیدا کرده باشد و
سونو گزارش نکند.

- در مقاله دیگری عنوان شده که عوامل متعددی در پاتوژنز فاشئیت نکروزان در کودکان مبتلا به آبله مرغان نقش دارد. وزیکول یک ضایعه پوستی با ضخامت کامل ایجاد می کند که مسیری را برای گسترش باکتریها از سطح پوست به داخل بافتهای زیرجلدی فراهم می کند. فاکتورهای بیماری زایی متعددی برای GABHS وجود دارد.
- پروتئین سطحی M ماکروفاژها را دفع میکنند. آگزوتوکسین های پیوژنیک A، B و C باعث آزادسازی فاکتور نکروز تومور α و IL1 می شود که منجر به تب، راش، اثرات سمی مستقیم به اندوتلیوم، شوک سپتیک و فعالسازی سلولهای T می شود. پروتئین M استرپتوکوک و آگزوتوکسین های A و B در ارتباط با عفونت شدید گزارش شده است.
- ارگانیزم همچنین هیالورونیداز و استرپتولیزین ترشح می کند که امکان تهاجم و آسیب بافتی را فراهم می کند.
- جراحی برای برداشتن بافت نکروزه، منبع آگزوتوکسین ها که عامل کلاپس گردش خون، multi organ failure و در نهایت مرگ هستند ضروری است.

در مطالعات دیگری در همین مورد عنوان شد که چندین عامل ارتباط با عفونت تهاجمی GABHS در کودکان مبتلا به آبله مرغان دارد که شامل اسه، تب در روز دوم پس از ظهور وزیکول‌ها و تاخیر در ارائه مراقبت‌های پزشکی و استفاده از داروی NSAID می‌باشد.

و در نهایت تاکید به اهمیت واکسیناسیون جهت جلوگیری از بروز این عوارض شده است.

اندیکاسیون پروفیلاکسی
بعد از تماس VZV

واکسن

VZIG (IVIG)

۳ تا ۵ روز بعد از تماس در افراد
سالم

طی ۱۰ روز اول بعد از تماس

نوزادان، خانم‌های باردار و بیماران
نقص ایمنی

نوزاد متولد از مادری که طی ۵ روز
قبل تا ۲ روز بعد از زایمان دچار
آبله‌مرغان شده

دوز VZIG: ۱ ویال (معادل ۱۲۵ Unit) به ازای هر ۱۰ Kg

اندیکاسیون درمان در آبله مرغان

خوراکی

سن بالای ۱۲ سال - بیماری مزمن
پوستی ریوی - مصرف کورتون
کمتر از ۲۰ mg روزانه و یا کمتر از
۱۴ روز - بیمار تحت درمان با
A.S.A - نفر دوم تماس خانگی

درمان تزریقی

هپاتیت - پنومونی - انسفالیت -
نقص ایمنی - ترومبوسیتوپنی
علامت دار - کورتون بیش از
۲۰mg روزانه و یا بیش از ۱۴ روز

درمان با آسیکلویر با دوز ۲۰ mg/kg/dose - ۱۰ و یا والاسیکلویر می باشد.

قبلا اندیکاسیون درمان خوراکی و تزریقی برای درمان آبله مرغان وجود داشت ولی طبق **text book 2024** دیگه تمام موارد ابتلا باید درمان دریافت کنند ولی در بیماران نقص ایمنی ، هیپاتیت ، انسفالیت باید تزریقی درمان شوند(به مدت ۱۰ روز وریدی) .

نکات مهم در مورد تجویز آسیکلوویر :

آسیکلوویر در سه روز اول بیماری بیشترین تاثیر رو دارد

دوز آسیکلوویر در کودکان چاق بر اساس وزن ایده آل محاسبه میشود

هنگام تزریق آسیکلوویر برای کاهش خطر نفروتوکسیسیتی باید توجه به هیدره بودن بیمار کرد و حتما در موارد تزریقی سرعت انفوزیون جهت جلوگیری از نفروتوکسیسیتی مهم هست و باید طی یک ساعت تزریق شود

سپاس از حسن توجه شما

