

گزارش یک مورد بالینی شدید و غیر معمول از عفونت هرپس سیمپلکس در پلک‌ها، بینی و لب در کودک بدون نقص ایمنی

ابراهیم شیرزاده^۱

^۱ دانشیار چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پزشکی، دکتر ابراهیم شیرزاده
E-mail: dreshirzad@yahoo.com

وصول: ۸۹/۷/۶، اصلاح: ۸۹/۸/۲۰، پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۸

چکیده

یک دختر بچه چهار ساله برای بررسی تورم و ضایعات شدید در پلک‌ها، بینی و لب بالایی توسط مادرش به کلینیک چشم پزشکی مراجعه نمود. در بررسی سابقه، وی از نظر سلامت عمومی کاملاً خوب بوده و مشکلات دیگری غیر از تب قبل از بروز ضایعات وجود نداشت. در معاینه بالینی تورم، ضایعات کیستیک کوچک (وزیکولر) در پلک‌ها (هر دو چشم) و لب بالا و تاول‌هایی همراه با پوسته و ضایعات اولسراتیو در پشت و پل بینی مشهود بود. بر اساس ضایعات وزیکولر مشخص در پلک‌ها، بینی و لب، تشخیص کلینیکی هرپس سیمپلکس ضایعات داده شد. در نوزادان، شیرخواران دچار سوء تغذیه شدید و افراد دچار نقص ایمنی، عفونت‌های وخیم هرپس سیمپلکس ممکن است رخ دهد. اما هدف از بیان این مورد، گزارش یک تظاهر بالینی شدید و غیر معمول از عفونت هرپس سیمپلکس در یک کودک بدون نقص ایمنی است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷/شماره ۴ / صص ۳۰۳-۳۰۱).

واژه‌های کلیدی: هرپس سیمپلکس؛ ایمنی؛ پلک؛ بینی؛ لب.

مقدمه

ویروسی بستگی دارد اما در نوزادان، شیرخواران دچار سوء تغذیه شدید و افراد دچار نقص ایمنی، عفونت‌های وخیم ممکن است رخ دهد (۴). هدف از بیان تظاهرات بالینی در این مورد گزارش یک مورد بالینی شدید و غیر معمول از عفونت هرپس سیمپلکس در پلک (هر دو چشم)، بینی و لب در یک کودک بدون نقص ایمنی است.

معرفی بیمار

دختر بچه چهار ساله روستایی از توابع شهرستان سبزوار برای بررسی تورم و ضایعات شدید در پلک‌ها، بینی و لب بالایی توسط مادرش به کلینیک چشم پزشکی مراجعه نمود. در سابقه بیمار، توسط مادرش بیان گردید

ویروس‌های هرپس سیمپلکس نوع ۱ (HSV - 1) و نوع ۲ (HSV - 2) در همه جا به‌عنوان عامل پاتوژن انسانی موجود بوده و قادر به ایجاد عفونت‌های اولیه، نهفته و عود کننده می‌باشند (۱). ارزیابی عفونت هرپس سیمپلکس در سراسر جهان حکایت از افزایش شیوع آن در دو دهه گذشته دارد و بر اساس برآوردها، حدود یک سوم جمعیت جهان از عفونت راجعه ویروس هرپس سیمپلکس رنج می‌برند. بنابراین، عفونت هرپس سیمپلکس به یک مشکل عمده بهداشت عمومی تبدیل شده است (۲،۳). با این حال اغلب تظاهرات بالینی HSV به شرایط ایمنی میزبان، محل تلقیح ویروس و سویه‌های



شکل ۱: عفونت HSV پلک‌های هر دو چشم و لب فوقانی



شکل ۲: طاوول‌ها و ضایعات اولسراتیو روی ناحیه بینی

اولیه است یا دوباره فعال شدن ویروس بستگی دارد. شروع بالینی بیماری معمولاً ناگهانی بوده و با ظاهر شدن چندین ضایعه وزیکولر با مشخصه خاص روی یک زمینه التهابی و اریتماتو، ضایعات می‌توانند دردناک بوده و از ۱۰ تا ۱۴ روز باقی بمانند. وزیکول‌ها معمولاً در یک سایت آناتومیک واحد تجمع می‌یابند (۵).

با این حال، در بیمار معرفی شده در اینجا ضایعات وزیکولر مشخص و وجود اولسر توأم با دلمه (crust) آشکار در روی بینی، لب (لبیال هرپس) و پلک‌ها (بلغاریت) مشهود بود. عفونت اولیه با HSV - ۱ معمولاً در سن قبل از ۲۰ سالگی رخ می‌دهد و به تدریج از دوران کودکی افزایش یافته، به ۷۰ الی ۸۰ درصد در بزرگسالی می‌رسد و به نظر می‌رسد که شیوع سرولوژیکی آن (seroprevalence) در گروه‌های با سطح اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر، نسبت به سطح بالاتر بیشتر باشد (۶، ۵). با این حال، این بیمار نیز از سطح اقتصادی و اجتماعی نسبتاً پایین برخوردار بود و عدم تمایل والدین بیمار برای

که پس از تب شدید، بیمار مبتلا به ضایعاتی در بافت‌های ذکر شده گردید. کودک از نظر سلامت عمومی کاملاً خوب و مشکل دیگری نداشت. در معاینه بالینی تورم، ضایعات کیستیک کوچک (وزیکولر) در پلک‌ها (هر دو چشم) و لب بالا (شکل ۱) و تاوول‌هایی همراه با پوسته و ضایعات اولسراتیو در پشت و پل بینی مشهود بود (شکل ۲).

بر اساس ضایعات وزیکولر مشخص در پلک‌ها، بینی و لب، تشخیص کلینیکی هرپس سیمپلکس ضایعات داده شد. معاینه چشم‌ها (به استثنای پلک‌های هر دو چشم) هیچ‌گونه قرمزی ناشی از هرپس سیمپلکس و ورم ملتحمه، کراتیت یا uveitis را نشان نمی‌داد. متأسفانه، بیمار همکاری لازم جهت پیدا کردن زخم‌ها و ضایعات مخاطی داخل دهان نشان نمی‌داد. با توجه به اظهارات مادر بیمار، ضایعات مشابه در ناحیه تناسلی وجود نداشته است. بیمار به‌طور کامل هوشیار بود و هیچ نشانه‌ای از سرفه، ویزینگ و علائم مننگو انسفالیت (meningoencephalitis) وجود نداشت. درمان شامل آسیکلوویر خوراکی ۱۵ میلی‌گرم / کیلوگرم ۴ بار در روز به مدت ده روز به علاوه پماد آسیکلوویر چشمی برای ضایعات پلک‌ها ۵ بار در روز شروع گردید. متأسفانه بیمار برای پیگیری مجدد مراجعه ننمود و لذا سیر بالینی بعدی بیماری مشخص نیست، اما به هر حال تشخیص افتراقی شامل عفونت هرپس زوستر (HZV) بود که از ویروس‌های خانواده هرپس می‌باشد.

بحث

ویروس‌های هرپس سیمپلکس باعث انواع بیماری‌های بالینی از جمله عفونت‌های دهان و صورت، تب خال ناحیه تناسلی، عفونت چشم، عفونت‌های جلدی، هرپس نوزادان، عفونت منتشر، آنسفالیت هرپسی و اریتم مولتی فورم می‌شوند (۱). تظاهرات HSV به مکان آناتومیکی مبتلا و این‌که آیا یافته بالینی به علت عفونت

پیگیری دقیق بالینی ممکن است ناشی از این موضوع باشد.

به طور کلی، نوع ۱- HSV بالاتر از کمر و نوع HSV-2 پایین تر از کمر را مبتلا می نماید. بنابراین، با توجه به سابقه بیمار، زمینه فرهنگی در جامعه ایرانی (شیوع بسیار پایین تر بیماری های مقاربتی) و همچنین یافته های بالینی، محتمل ترین عامل تشخیص ویروس نوع ۱- HSV بود. عفونت اولیه با HSV-۱ اغلب بدون علامت است. با این حال، زمانی که علائم رخ می دهد، کودکان کوچک اغلب با ضایعات herpetic مراجعه می کنند که مشخصه آن تب و تشکیل تاول های کوچک و زخم است. همچنین جینجیوو استوماتیت هرپسی (gingivostomatitis herpetic) شایع ترین تظاهر بالینی عفونت اولیه ناشی از HSV در کودکان است، اما در این بیمار، وزیکول های هرپتیک توأم با تاول در اطراف لب، روی بینی و پلک های هر دو چشم مشهود بود. مشاهده این ضایعات در دهان، زبان و کام بیمار به دلیل عدم همکاری بیمار غیر ممکن بود.

مطالعه امیر و همکاران نشان داد که آسیکلوویر در درمان کودکان مبتلا به gingivostomatitis herpetic بسیار مؤثر است (با دوز آسیکلوویر ۱۵ میلی گرم / کیلوگرم (۰/۳۷۵ میلی لیتر / کیلوگرم)، پنج بار در روز (تا حداکثر ۲۰۰ میلی گرم در هر دوز) به مدت هفت روز) (۷). بر

این اساس، آسیکلوویر خوراکی ۱۵ میلی گرم / کیلوگرم (۲۰۰ میلی گرم در دوز) چهار بار در روز برای بیمار فعلی نیز تجویز شد. اما همان طور که قبلاً گفته شد سیر کلینیکی دقیق بعدی بیماری به دلیل عدم مراجعه بیمار نامشخص است. در بچه های کوچک، اصولاً HSV از طریق تماس با ترشحات آلوده دهان منتقل می شود و در کودکان تحت درمان با آسیکلوویر، دوره های ویروس پراکنی به طور قابل توجهی کاهش می یابد؛ در نتیجه، این بیمار نیز توسط آسیکلوویر سیستمیک خوراکی تحت درمان قرار گرفت.

تشخیص افتراقی ضایعات با عفونت HZV (زونا) بود. زونا عموماً افراد مسن را مبتلا می نماید ولی گاهی اوقات در کودکانی که آبله مرغان در طی سال اول زندگی خود داشته اند و در افراد با نقص سیستم ایمنی مشاهده می گردد. از آن جا که آبله مرغان در سال اول زندگی به- عنوان عامل خطر برای زوستر دوران کودکی در نظر گرفته می شود (۸)، در مورد بیمار گزارش شده، این مسأله اهمیت پیدا نمی کند چرا که بیمار جوان تر، سالم و بدون نقص در سیستم ایمنی بود. به طور کلی، کودکان نرمال از نظر سلامتی و بدون سابقه بیماری های خاص نیز ممکن است از عفونت شدید هرپس سیمپلکس رنج ببرند. با این حال، به علت مؤثر بودن آسیکلوویر سیستمیک در درمان عفونت های HSV و کاهش زمان انتشار ویروس، آسیکلوویر سیستمیک خوراکی توصیه می شود.

References

1. Stanberry LR. Stanberry LR. *Dermatol Clin.* 1998 ;16(4):811-6, xiv.
2. Sutphin JE, Dana MR, Florakis GJ, Hammersmith K, Reidy JJ, Lopatynsky M. Basic and Clinical Science Course Section 8: External Disease and Cornea [CD-ROM]. Singapore: American Academy of Ophthalmology; 2007- 2008.
3. Berg, JE , Kao C, Barrett K, Browne J, Flanagan M, Laszek M, et al. Characterization of a herpes simplex labialis population. *J Am Acad Dermatol.* 2009 ;60(3 Suppl): AB35
4. Cerqueira AM, Dinis C, Aguiar EA, Monteiro M. Disseminated primary herpes simplex virus infection in a newborn. *J Am Acad Dermatol.* 2009 ;60(3 Suppl1): AB118
5. Arduino PG, Porter SR. Oral and perioral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infection: review of its management. *Oral Dis.* 2006 ;12(3):254-70.
6. Opstelten W, Neven AK, Eekhof J. Treatment and prevention of herpes labialis. *Can Fam Physician.* 2008 ;54(12):1683-7.
7. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with aciclovir in children: a randomised double blind placebo controlled study. *BMJ.* 1997; 314(7097):1800-3.
8. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ 3rd, Kurland LT. Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study. *Pediatrics.* 1985 ;76(4):512-7.