

## گزارش یک مورد لکوپنی پایدار متعاقب اوریون

دکتر بتول شریفی مود\*، دکتر سیدحسن داوودی\*\*، دکتر محمد محقق منتظری\*\*، دکتر علی مهدی زاده\*\*

\* مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و طب گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان  
\*\* دستیار بیماریهای عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۵/۱۶  
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۱/۲

### چکیده

پان سیتوپنی علل متعددی دارد. این علل می توانند مادرزادی یا اکتسابی باشند. از بین عوامل اکتسابی بیماریهای عفونی یکی از مهمترین علل ایجاد کننده پان سیتوپنی هستند و در این میان ویروس ها یکی از شایعترین علل محسوب می شوند. اگرچه در بیماری اوریون که یک بیماری ویروسی نسبتاً خوش خیم و خود محدود شونده است لکوپنی خفیف و ندرتاً ترومبوسیتوپنی خفیف گزارش شده است اما جزو علل پان سیتوپنی تلقی نمی شود. این گزارش یک دختر ۱۴ ساله مبتلا به اوریون که متعاقب آن دچار پان سیتوپنی و سپس لکوپنی غیر قابل برگشت شده را معرفی می کند. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۰، شماره ۱، بهار ۸۷، ص ۶۵ تا ۶۸)

**کلیدواژه ها:** اوریون، لکوپنی، نوتروپنی، پان سیتوپنی

### مقدمه

وریون بیماری ویروسی است که از طریق بزاق و قطرات آلوده تنفسی فرد مبتلا گسترش می یابد.<sup>(۱)</sup> هر چند که عفونت غدد پاروتید شایع ترین محل ابتلا در اوریون است اما بسیاری از ارگانهای دیگر نیز می توانند درگیر شوند.<sup>(۲-۴)</sup> عوارض متعددی از جمله لکوپنی خفیف، ندرتاً ترومبوسیتوپنی خفیف در این بیماری گزارش شده است.<sup>(۱)</sup> ولی تاکنون نوتروپنی شدید و پان سیتوپنی بجز یک مورد که آنهم از جنوب شرق ایران گزارش شده است مشاهده نشده است.<sup>(۵)</sup> این مقاله به بحث درباره یک بیمار مبتلا به اوریون که دچار پان سیتوپنی و نوتروپنی شدید و متعاقب آن مبتلا به سپتی سمی کلبسیلایی گردید می پردازد.

### گزارش مورد

دختر دانش آموز ۱۴ ساله ای به دلیل تورم غدد پاروتید، سرفه مختصر، تب، سردرد و خستگی شدید در بیمارستان بوعلی (زاهدان - جنوب شرقی ایران) بستری شد. او تا ۶ روز قبل از بستری (وقتی که تب و سردرد، سرفه و علائم سرماخوردگی رخ داد) کاملاً سالم بود و بجز عفونت های شایع دوران کودکی از قبیل سرماخوردگی و اسهال بیماری خاصی را ذکر نمی کرد.

واکسیناسیون وی طبق برنامه کشوری انجام شده بود. در معاینه درجه حرارت ۳۹/۶ درجه سانتی گراد، فشار خون ۱۱۵/۶۵، ضربان قلب ۹۵ و تعداد تنفس ۲۲ در دقیقه بود. معاینه ریه و قلب و دستگاه عصبی-عضلانی طبیعی اما ظاهر بیمار توکسیک بود. دو نفر از همکلاسی های بیمار در طی دو هفته گذشته به بیماری اوریون مبتلا شده بودند و چندین مورد از بیماری اوریون در مدرسه ای که بیمار در آن تحصیل می کرد مشاهده شده بود.

در طول بیماری بجز قرص سرماخوردگی بزرگسالان داروی خاصی دریافت نکرده بود. ارزیابی آزمایشگاهی شامل شمارش گلبولهای سفید خون به میزان ۱۲۰۰ سلول در میلی لیتر، گلبول قرمز ۳ میلیون (هموگلوبین ۱۰/۸ میلی گرم در دسی لیتر) و پلاکت ۱۵۳۰۰۰ بود. آزمایشهای عملکرد کبدی، قند خون ناشتا، اوره خون و کراتینین طبیعی بودند. یافته های یوشیمی خون نرمال بود.

عکس قفسه سینه و سی تی اسکن سینوسها طبیعی بود بیمار روز دوم بستری مختصری گیج بود و تب ۳۹/۵ درجه سانتی گراد داشت. سی تی اسکن مغز و تجزیه مایع نخاع (CSF) طبیعی بود. در این موقع یافته های آزمایشگاهی شامل سلول سفید خون

۸۷۵ سلول در میلی لیتر، هموگلوبین ۹/۵ میلی گرم در دسی لیتر و پلاکت ۹۷/۰۰۰ بود. در کشت خون بیمار باسیل گرم منفی (کلسیلا) رشد کرد. بیمار با سفتنازیدیم ۶ گرم، وانکومايسين ۲ گرم و آمیکاسین ۶۰۰ میلی گرم روزانه بصورت وریدی درمان شد. حدود دوازده و بیست چهار ساعت بعد شمارش گلبولهای سفید خون به ترتیب ۶۵۰ سلول و ۷۱۰ سلول در میلی لیتر خون گزارش شد. تب بالای ۳۹ درجه سانتی گراد برای ۷۲ ساعت اول ادامه داشت. بنابراین آموتریسین B به رژیم دارویی وی اضافه شد. آسپیراسیون و نمونه برداری مغز استخوان لوسمی و دیگر اختلالات بدخیمی را نشان نداد ولی کاهش شدید همه سلولها بویژه سلولهای میلوئید مشاهده شد بیمار به بیمارستانی در تهران معرفی و بستری شد. نتایج آزمایشهای ایمونولوژیک (ایمنی شناسی) شامل کموتاکسی نوتروفیل، NBT، اینونوگلوبولین سرم و سطح کمپلمان طبیعی بود. بررسی ویروس شناسی برای HIV، HCV و HBV منفی بود ولی آزمایش IgM ELISA برای اوربون مثبت شد. آنتی بیوتیک های تجویز شده قبلی ادامه پیدا کرد اما تا روز پنجم بستری در بیمارستان دوم هیچ بهبودی مشاهده نشد. لذا طبق مشاوره با متخصص کلینیکال ایمونولوژی برای وی GCSF شروع شد. و بیمار با حال عمومی نسبتاً خوب از بیمارستان مرخص شد. هنگام ترخیصی پلاکت وی ۱۵۶۰۰۰ در میلی لیتر و هموگلوبین ۱۱ میلیگرم در دسی لیتر بود. با پیگیری سه ساله بیمار مشخص شد با توجه به ادامه درمان بیمار با فاکتور فوق طبق نظر ایمونولوژیست هنوز بیمار مبتلا به نوتروپنی می باشد و کلیه واکنشهایی که در فرد مبتلا به ضعف ایمنی توصیه میشود برای وی تزریق شده است.

## بحث

اوربون یک عفونت ویروس است که معمولاً بچه ها را درگیر می کند. بیماری در یک سوم موارد بدون علامت یا فقط با تب و مختصری احساس کسالت همراه است<sup>(۱،۲)</sup>. لکوپنی خفیف معمولاً در اوربون مشاهده می شود. اما ترومبوسیتوپنی نادر و

فقط در مواردی اندک گزارش شده است<sup>(۳،۴)</sup>. اما پان سیتوپنی و نوتروپنی فقط در یک مورد گزارش شده است<sup>(۵)</sup>. مرور مقالات پزشکی از ۴۵ سال قبل تا کنون نیر موبد این مطلب می باشد. نوتروپنی یک کاهش در نوتروفیلهای خون محیطی می باشد. به کاهش مطلق تعداد نوتروفیلها، نوتروپنی گفته میشود. تعداد مطلق نوتروفیل با ضرب کردن درصد سلولهای باندونوتروفیل در تعداد کل سلولهای سفید خون بدست می آید. تعداد مطلق نوتروفیل کمتر از ۱۵۰۰ عدد در میلی لیتر غیرطبیعی می باشد<sup>(۵-۸)</sup>. شدت نوتروپنی متفاوت است بدین ترتیب که در موارد خفیف تعداد مطلق نوتروفیل بین ۱۵۰۰-۱۰۰۰ در میلی لیتر، در موارد متوسط این تعداد بین ۱۰۰۰-۵۰۰ در میلی لیتر و موارد شدید با تعداد مطلق نوتروفیل کمتر از ۵۰۰ در میلی لیتر گزارش می شود. خطر عفونت باکتریال به شدت و مدت زمان پیدایش نوتروپنی و زمان سپری شده تا دریافت اولین دوز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بستگی دارد.<sup>(۵،۷)</sup> نوتروپنی علل متعددی دارد این علل می تواند مادرزادی یا اکتسابی باشد. ویروسها گروه مهمی در بین علل اکتسابی می باشند.<sup>(۷-۹)</sup> گرچه در اوربون نوتروپنی خفیف مشاهده می شود. با مرور مقالات انگلیسی و فارسی فقط به یک مورد نوتروپنی شدید متعاقب اوربون بر خوردیم. مورد فوق در جریان اپیدمی اوربون در سال ۱۳۸۲ از زاهدان، جنوب شرقی ایران گزارش شده بود<sup>(۵)</sup>. بیمار فوق دچار لکوپنی و متعاقب آن نوتروپنی شدید و ژنوبیت زخمی نکروزه شده بود. بیمار مبتلا به نوتروپنی و تب یک اورژانس پزشکی محسوب می شود. هر چه سریعتر باید بیمار ایزوله شود و اقدامات تشخیصی، پروفیلاکسی و درمانی لازم صورت گیرد<sup>(۷)</sup>. هر تب بیش از F ۱۰۰/۵ (فارینهایت) یا C ۳۷/۵ (سلسیوس) می بایست بدون درنگ به اونکولوگ (متخصص سرطان) و هماتولوگ (متخصص بیماریهای خونی) گزارش شود و مشاوره های لازم صورت پذیرد. در مواجه شدن با این بیماران ساعتها و دقیقه ها بحرانی هستند. برای اینکه مرگ و میر به مدت و شدت نوتروپنی و زمان اولین دوز آنتی بیوتیک

### سپاسگزاری

از همه پرسنل بیمارستان بوعلی بخصوص سرکار خانم نمرودی و همچنین پرسنل آزمایشگاه که ما را در تشخیص و درمان این بیمار کمک کردند تشکر می کنیم.

بکار رفته برای بیمار با نوتروپنی و تب وابسته است<sup>(۷۸)</sup>. با توجه به موارد فوق پیشنهاد می شود که عفونت اوریون باید در تشخیص افتراقی بیمار مبتلا به نوتروپنی و تب بخصوص زمانی که بیماری شایع است قرار گیرد.

### References

1. Anonymous. Mumps. In: Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics; 2003: 439-443.
2. Cherry JD: Mumps Virus. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Textbook of Pediatric Infectious Disease. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1998: 2075-2083.
3. CDC: Status report on the Childhood Immunization Initiative: reported cases of selected vaccine-preventable diseases--United States, 1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997 Jul 25; 46(29): 665-667.
4. WHO: Global status of mumps immunization and surveillance. Wkly Epidemiol Rec 2005 Dec 2; 80(48): 418-424.
5. Sharifi-Mood B, Metanat M, Khalili M. Mumps and Pancytopenia; report of two cases and review of the literature. J Med Sci 2006; 6(5): 709-711.
6. Maldonado Y, Phillips C: Mumps. In: Behrman RE, ed. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2001: 873-875.
7. Godwin JE, Mac Gaw F, Shini D. Neutropenia. Last update; 1-10.
8. Taber LH, Demmler GJ: Mumps. In: McMillan JA, DeAngelis CD, Feigin R, Warshaw JB, eds. Oski's Pediatrics. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 1999: 1141-1142.
9. Van Loon FPL, Holmes SJ, Sirotkin BI: Mumps Surveillance -- United States, 1988-1993. MMWR August 11, 1995; 44(SS-3): 1-14.

## *Mumps and persistent leucopenia: A case report*

**Sharifi-Mood B, MD\*; Davoudi SH, MD\*\*; Mohaghhegh Montazeri M, MD\*\*; Mehdizadeh A, MD\*\***

*Mumps is a disease caused by a virus that usually spreads through saliva and can infect many parts of the body, especially the parotid salivary glands. Miscellaneous complications of the mumps are already known. Although mild leucopenia and rarely mild thrombocytopenia are normally reported with mumps, they are not the causes of pancytopenia. In this report a 14-year old-girl suffering from mumps who got pancytopenia and then persistent leucopenia is presented.*

**KEY WORDS:** *Mumps, Leucopenia, Thrombocytopenia, Pancytopenia*

\*Research Center for Infectious Diseases and Tropical Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*\*Department of Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran