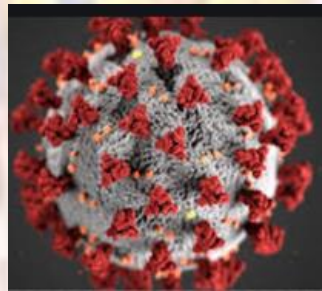


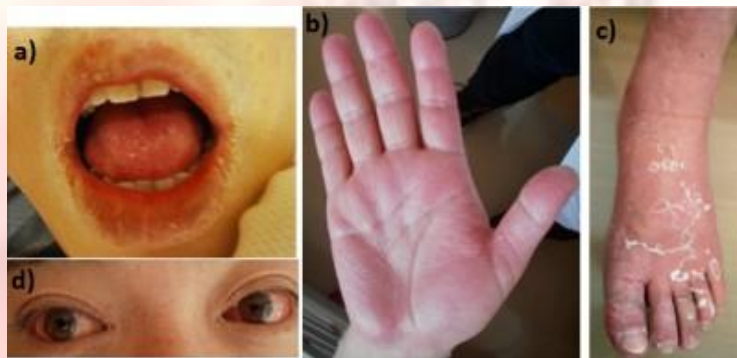


## بیماری کاوازکی و ارتباط آن با ویروس کرونا

استاد عبدا... کریمی



&



## بنام خدا

در این مبحث در مورد نحوه برخورد با بیماری کاوازاکی و ارتباطش با ویروس کرونا و همچنین سندروم التهاب چند سیستمی در کودکان مبتلا به کووید ۱۹ یا Multisystem Inflammatory Syndrome یا MIS-C می‌خواهیم صحبتی داشته باشیم.

همانطور که استحضار دارید بیماری کاوازاکی در کودکان ۶ ماه تا ۵ سال در فصل بهار و زمستان شیوع بیشتری دارد و علل متعدد ویرال، باکتریال، و توکسین باکتری‌ها و علل غیر عفونی در زمینه استعداد ژنتیک راقصر دانسته اند اما رابطه علل و معلولی ثابت نشده است. چون بیماری کاوازاکی گاهی به صورت خوشه‌ای از مناطقی بیشتر گزارش شده، لذا علل عفونی را بیشتر دخیل میدانند و طبعا ویروس کرونا هم میتواند بعنوان یکی از علل ویرال مطرح باشد که Kawasaki Disease Like Illness و یا کاوازاکی کلاسیک و یا آتیپیک را میتواند ایجاد کند. پس اگر کودکی با تب بالا و یا مساوی ۳۸ درجه برای بیش از ۴ روز مراجعه کند و دو علامت یا بیشتر از علائم کاوازاکی را داشته باشد یعنی بثورات جلدی، ادم دست و پا، اریتم و ترک خوردگی لبها، زبان توت فرنگی، اریتم مخاط دهان و حلق و لنفادنوپاتی گردنی یک طرفه به اندازه بیش از ۱/۵ سانتی متر، ورم ملتحمه دو طرفه غیر چرکی، ESR بالای ۴۰ و CRP بالای ۳۰ داشته باشد در ضمن بیمار یافته‌ی غیر طبیعی دیگری به نفع بیماری غیر از کاوازاکی نداشته باشد و تشخیصیهای افتراقی رد شده باشد در آن صورت طبعا اکو برای بیمار انجام میشود.

در صورت مطرح شدن کاوازاکی آتیپیک و یا کلاسیک درمان استاندارد با IVIG و آسپرین شروع میشود و در صورت داشتن سابقه ابتلا به کووید ۱۹ و یا تماس با بیمار بهبود یافته طی دو هفته گذشته از نظر ابتلا به کووید ۱۹ هم بررسی صورت می‌گیرد و اقدامات درمانی و پیشگیرانه مطابق با ویرایش دوم دستورالعمل کودکان بعمل می‌آید. حال اگر تب بیمار بعد از دریافت IVIG قطع شود و بیمار ۴۸ تا ۷۲ ساعت بدون تب باشد و از نظر قلبی هم با ثبات باشد، بیمار را با توصیه‌های لازم شامل هشدار علائم خطر برای بیماری کاوازاکی و همچنین برای کووید مرخص می‌کنیم. حال اگر تب بیمار قطع نشود، مشخصات کلینیک و پاراکلینیک را در نظر می‌گیریم. اگر از یافته‌های بثورات جلدی petechial form، بول، وزیکول، طحال بزرگ، درگیری کبد و افزایش آنزیم های کبدی، نشانه‌های بی ثباتی همو دینامیک، کاهش سطح هوشیاری، تظاهرات برجسته گوارشی شامل اسهال و

استفراغ و شکم درد بدون توجیه یکی یا بیشتر را داشته باشد بعلاوه یکی یا بیشتر از موارد پاراکلینیک شامل:

- ۱- افت غیر قابل توجیه ESR
  - ۲- Bicytopenia و یا Pancytopenia یعنی وجود lymphopenia, thrombocytopenia, neutropenia و یا اگر به جای neutropenia، نوتروفیل بالای ۱۰۰۰۰ هم باشد از این سه رده دو تا یا سه علائم غیر طبیعی باشد.
  - ۳- دو تا از موارد Hypoalbuminemia زیر ۳ گرم Hyponatremia زیر ۱۳۰ تری گلیسرید بالای ۳۵۰ و فریتین بالای ۱۰۰۰ را داشته باشد
- در آن صورت تشخیص‌های افتراقی مثل سپتی سمی، TSS ناشی از استرپ‌گروه A یا استاف اورئوس، Kawasaki Disease Shock Syndrome، تبهای هموراژیک بخصوص CCHF که در کشور ما اندمیک است و سندروم التهابی چند سیستمی ناشی از کووید ۱۹ یا MIS-C برای بیمار مطرح است.



از آنجا که بین تشخیص‌های افتراقی بحث ما، مورد MIS-C است بنابراین باید معیارهای تشخیصی آن را متذکر شویم. در کودکانی که زیر ۱۹ سال با تب بیش از ۳ روز می‌آیند و دو تا از مواردی که ذکر میشود را داشته باشند در آن صورت MIS-C به شدت برای بیمار مطرح است.

- ۱- بثورات جلدی یا کونژونکتیویت دو طرفه غیر چرکی و یا تظاهرات التهابی مخاطی و جلدی شامل درگیری دهان، لبها، دستها و پا.
- ۲- وجود شوک و یا افت فشار خون
- ۳- وجود نشانه‌هایی از اختلال عملکرد میوکارد، وجود پریکاردیک، Valvulitis و یا درگیری عروق کرونر.
- ۴- افزایش تروپونین و یا Natriuretic Peptide
- ۵- وجود شواهدی دال بر کوآگولوپاتی مثل افزایش INR، PT و PTT
- ۶- وجود مسائل گوارشی مثل اسهال، استفراغ و یا درد شکم.

بعلاوه افزایش مارکرهای التهابی مثل پروکلسی تونین و ESR، CRP، و رد سپسیس و نیز TSS ناشی از استرپ گروه A و یا استافیلوکوک و وجود شواهد عفونت کووید ۱۹، PCR مثبت و یا سرولوژی مثبت و یا تماس با فرد مبتلا با کووید ۱۹.

به هر حال بیماری که مشکوک به MIS-C هست و ماهنوز ممکن است تشخیص های افتراقی دیگر را کنار نگذاشته باشیم و یا به نتیجه قطعی رسیده باشیم، اگر شوک و یا اختلال میوکارد داشته باشد و نیازمند به وازوپرسور باشد، وی را در PICU بستری میکنیم، ولی اگر اینها را نداشته باشد، طبق وضعیت بیمار میتوانیم او را در بخش بستری کنیم. در هر حال باید مطابق نسخه دوم دستورالعمل کشوری کووید ۱۹ عمل کنیم. در این بیماران علائم و نشانه‌های دیگری مرتبط با ارگان‌های مختلف مثل CNS، قلب، کلیه و کبد باید مانیتور شود از ایجاد ترومبوز باید پیشگیری شود. برای کودکان بالای ۱۲ سال بد حال و بستری در PICU دوز پایین آن Enoxaparin و یا Low Molecular Weight Heparin شروع میشود. در مورد کودکانی که زیر ۱۲ سال هستند و در PICU بستری می‌شوند تصمیم‌گیری بر اساس شرایط بیمار صورت می‌گیرد. کشت از محیط‌های استریل مثل خون، مایع مغز نخاعی، زخم و یا گلو بسته به بیماری‌های محتمل ارسال میشود. آزمایش‌های عملکرد کبدی، گازهای خون شریانی، تری گلیسیرید، فریتین، فیبرینوژن و تروپونین به عنوان پایه برای بیمار و هم برای تشخیص فرستاده میشود. برای تکرار آزمایشها بر اساس شرایط بیمار و نتایج آزمایشات پایه تصمیم‌گیری می‌کنیم. اکوکاردیوگرافی صورت می‌گیرد. نمونه‌ها جهت انجام تست مولکولی Real Time PCR و سرولوژی برای تشخیص کرونا و ابروس به آزمایشگاه ارسال میگردد. از جهت تب کریمه کنگو بر اساس پروتکل کشوری نمره دهی انجام شده و در صورت لزوم اقدامات تشخیصی و درمانی باید صورت بگیرد. درمان باید توسط تیمی متشکل از فوق تخصص عفونی، روماتولوژی، کاردیولوژی کودکان و اگر در PICU بود، ICU man صورت بگیرد و در صورت لزوم با گروه‌های فوق تخصصی دیگر بر اساس مورد، مشاوره انجام شود. حال اگر در بررسی‌هایمان به TSS ناشی از استرپ گروه A و یا استافیلوکوک رسیدیم و یا تشخیص دادیم بیمار Kawasaki Shock Syndrome و MIS-C دارد، IVIG را در کنار بقیه درمانها میتوان شروع کرد. در صورت وجود شواهدی به نفع Cytokine storm میتوان از Tocilizumab، Anakinra و پالس متیل پردنیزولون استفاده کرد و اگر شک بر سپتی سمی داریم باید برای بیمار آنتی بیوتیک شروع کنیم و در صورتی که CCHF مطرح باشد علاوه بر درمان حمایتی، ریبویرین هم باید برای بیمار شروع کنیم.