

## گزارش یک مورد بیمار مبتلا به بیماری دست ، پا ، دهان (Hand-foot and mouth Disease)

(۱) دکتر جواد گلچای، (۲) دکتر روزبه میرشکاری

### خلاصه:

بیماری دست ، پا و دهان (HFMD<sup>(۳)</sup>) یک سندرم بالینی است که به علت یک آنتروویروس ایجاد شده و از نظر بالینی به صورت ضایعات و زیکولر اولسراتیو در دهان و ضایعات و زیکولر بعضاً دردناک در دستها و پاها تظاهر می نماید. ممکن است قبل از شروع بیماری یک دوره پرودرمال ۱۲-۲۴ ساعته به صورت تب خفیف ، ضعف ، درد شکمی یا علائم تنفسی بعد از طی دوره کمون ۷-۵ روزه بروز نماید. بیماری دست ، پا و دهان خود محدود شونده بوده و ضایعات در عرض ۱۰-۷ روز بدون جوشگاه بهبود می یابند. تشخیص معمولاً بر اساس علائم بالینی است ولی گاهی بررسیهای سرولوژیک و ویرولوژیک ممکن است کمک کننده باشد. درمان اختصاصی برای بیماری وجود ندارد و درمان عمدتاً بصورت علامتی انجام می گیرد. مورد گزارش شده یک دختر بچه ۵ ساله است که با ضایعات و زیکولر تیپیک در دهان و اندامها بعد از یک دوره پرودرمال کوتاه مراجعه نموده و بیماری ظرف دو هفته خود بخود محدود گردید.

### مقدمه:

بیماری عمدتاً کودکان زیر ۱۰ سال را مبتلا نموده و شدیداً مسری است. راه سرایت دهان به دهان و مدفوعی دهانی است. اپیدمیها تقریباً هر سه سال و عمدتاً در ماههای گرم سال در مناطق معتدل ایجاد می شود. ویروس بعد از ورود به مخاط دهان و نیز ایلنوم ظرف مدت ۲۴ ساعت به غدد لنفاوی محیطی گسترش یافته و سپس در محل های ثانوی شامل مخاط دهان ، پوست و دست و پا متمرکز می شود.

بیماری دست ، پا و دهان اولین بار در سال ۱۹۵۷ توسط رابینسون و همکارانش به فرم اپیدمیک با تظاهرات استوماتیت و زیکولر همراه با بشورات اگزانتما تیک روی دست و پاها گزارش گردید، که از ضایعات ، ویروس کوکساکسی تیپ A14 جدا شد. بعداً مشخص گردید این بیماری می تواند به فرم اسپورادیک توسط کوکساکسی ویروس اسپیورادیک توسط B5, B2, A10, A9, A4-7 و نیز به فرم اپیدمیک توسط کوکساکسی تیپ A10, A5 علاوه بر تیپ A14 بروز نماید.

۱ - متخصص پوست - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان - دانشکده پزشکی - رشت

۲ - دستیار پوست دانشگاه علوم پزشکی گیلان

## معرفی بیمار:

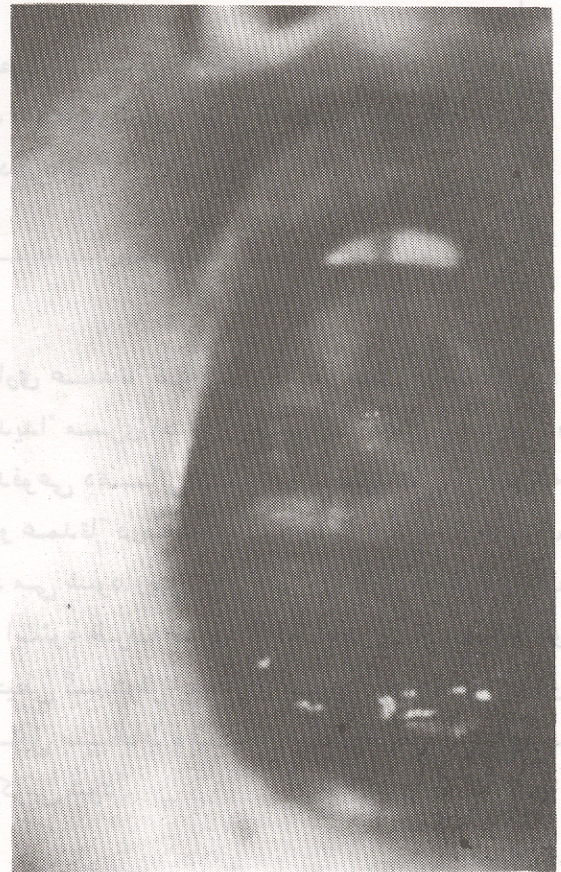
بیمار دختر بچه ۵ ساله‌ای اهل وساکن شهرستان رشت است که بیماری وی سه روز قبل از مراجعه در تاریخ ۱۴/۴/۷۴ با علائم پروردرومال تب خفیف حدود ۳۸ درجه سانتی گراد، آبریزش بینی شروع شده و در هنگام مراجعه دچار ضایعات اروزیو دهان و ضایعات وزیکولر بود.

شروع ضایعات درمخاط دهان و با بیشترین شدت در ناحیه کام بوده که همراه آن سوزش و درد و اختلال در بلع نیز ذکر می شد. زبان متورم و اریتماتو بوده و در اطراف ضایعات اروزیو هاله قرمزی دیده می شد (شکل ۱)

وزیکولهای دردناک بیضوی با هاله اریتماتو با انتشار بیشتر در سطح پالمار و پلانتار انگشتان و نیز در سطوح طرفی انگشتان بروز نمود (شکل ۲ و ۳)، ۲ هفته پس از شروع بیماری ضایعات ابتدا از مخاط دهان و سپس در اندامها محو گردید. محو تدریجی ضایعات اندامها ابتدا با ایجاد کراست و سپس با کنده شدن کراست بدون برجای گذاشتن اسکار بود.



شکل شماره ۲ - ضایعات وزیکولر دست در بیمار مبتلا به HFMD در مدت بیماری، فقط به مدت سه روز بیمار تحت درمان علامتی با استامینوفن قرار گرفت. سابقه فامیلی مثبتی از بیماری مشابه در اطرافیان وجود نداشت و هیچگونه داروئی قبل از بروز علائم توسط بیمار مصرف نمی شد. جهت بیمار آزمایشات روتین CBC و ESR و کامل ادرار انجام شد که همگی در حد نرمال گزارش گردید در تست تزانک انجام شده از ضایعات وزیکولر سلولهای آکانتولیتیک مشاهده شد. (تست مثبت) در بررسی آسیب شناسی اسپونژیوز و وزیکول داخل اپیدرمی حاوی سلولهای آکانتولیتیک و دیس کراتوتیک و نیز انفلترای



شکل شماره ۱ - ضایعات دهانی بیمار مبتلا به HFMD بعد از ۲ روز ضایعات وزیکولر در دستها، پاها به صورت

سلولهای چند هسته‌ای و تک هسته‌ای علاوه بر انفلترای

آماسی مشابه دردم زیرین همراه ادم مشاهده گردید .



شکل شماره ۳ - ضایعات  
وزیکولر کف وانگشتان  
پادریبمار مبتلا HFMD

کف دست و پا مشاهده می شود. ضایعات پوستی ابتدا به صورت ماکول یا پاپول اریتماتو به قطر ۱۰-۲ میلی متر بوده که تدریجاً در مرکز آن وزیکول بیضی و یا گرد ایجاد میشود. این ضایعات ممکن است بدون علامت بوده ولی گاهی دردناک و حساس اند. ضایعات اغلب به موازات خطوط پوستی بوده و وزیکولها توسط یک آرئول قرمز احاطه شده اند. ضایعات در عرض ۱۰-۷ روز بدون اسکار بهبود می یابد. گاهی بثورات ماکولوپاپولر نیز همراه با ضایعات تبییک HFMD در شیرخوران عمدتاً در نواحی باسن ها گاه به طور ژنرالیزه گزارش شده است (۴ و ۲ و ۱).

تشخیص این بیماری عمدتاً بالینی بوده و بر اساس همراهی بین ضایعات دهانی و انگزاتم روی دست و پا و تب خفیف داده می شود. لکوسیتوز بین ۱۶-۴ هزار متغیر بوده و گاه همراه با سلولهای آتیپیک است. ویروس عامل بیماری را گاهی می توان از شخص مبتلا و توسط تلقیح نمونه بدست آمده از وزیکولها، شستشوی حلق، سوآپ گلو و نمونه های مدفوعی به موش بدست آورد (۲ و ۱).

آنتی بادی در ابتدای بیماری در سرم ایجاد شده اما سریعاً ناپدید می شود، لذا بررسیهای سروزولوژیک

بحث: شایعترین یافته بالینی در HFMD ضایعات اولسراتیو و اروزو دهان و وزیکولهای کوچک بیضی در کف دست و پاست. تعداد ضایعات دهانی بین ۱۰-۵ عدد متغیر بوده و به طور شایعتر در نواحی کام سخت، زبان و مخاط بوکال بروز می کند. ضایعات ابتدا بصورت پاپول و ماکولهای اریتماتو به قطر ۲-۸ میلی متر ایجاد شده که متعاقباً تبدیل به وزیکولهایی با دیواره نازک خاکستری باهاله اریتماتو می شود. بدلیل کوتاه بودن مرحله طاوولی بندرت ضایعات در این مرحله مشاهده می شود و غالباً بیمار با اروزوینهای زرد مایل به خاکستری با اریتم در اطراف آنها مراجعه می نماید. زبان نیز ممکن است همزمان متورم و اریتماتو باشد. این ضایعات ظرف ۱۰-۵ روز بدون درمان بهبود می یابد (۲ و ۱).

ضایعات پوستی همزمان یا اندکی پس از ضایعات دهانی ایجاد شده و تعداد آنها از چندین عدد تا بیش از صد عدد متغیر است گرفتاری دستها شایعتر از پاهاست و عمدتاً ضایعات در سطوح پشتی و طرفی انگشتان و کمتر در سطح

پوستی و نیز خارش از HFMD افتراق داد (۱).  
 سیمای پاتولوژی در بیماری دست ، پا، و دهان شامل اسپونژیوزوزویکول داخل اپیدرمی و گاه وزیکول ساب اپیدرمال است . وزیکول حاوی نوتروفیل ، سلولهای تک هسته‌ای و ماده ائوزینوفلیک پروتئینی است . دژنراسیون رتیکولر در اپیدرم مجاور وزیکول وادم همراه انفلتزای لنفوسیتیک و نوتروفیلیک در درم زیرین دیده می شود . سقف تاول ایجاد شده غالباً " نکروتیک و همراه با سلولهای آکانتولیتیک و دیس کراتوتیک است . در نمونه Scraping از قاعده وزیکول سلول ژانت باویابدون اجسام انکلوزیونی دیده می شود (۱۳) .

سیر و پیش آگهی بیماری خوب و پس از چند روز ضایعات پوستی و مخاطی بهبودی می یابند . و بندرت بعضی از بیماران دچار تب بالا، ضعف شدید ، اسهال و گاه دردهای مفصلی و علائم نرولوژیک شامل سردرد ، سفتی گردن ، هیپر رفلکسی ، ترمور ، آتاکسی ، میوکلونوس و پلئوسیتوز در CSF می شوند .  
 عارضه جدی بدنبال HFMD نادراست ولی در عین حال کوکساکسی ویروس به عنوان عامل مواردی از میوکاردیت ، منتزیت آتپیک ، بیماری پارالیتیک و بیماری سیستمیک شبه سرخجه معرفی شده است . عفونت با این ویروس در سه ماهه اول حاملگی ممکن است منجر به سقط خود بخودی شود . عود این بیماری نادراست (۵ و ۱۲) .

#### REFERENCES :

- 1 - Fitzpatrick T.B ,Dermatology in General Medicine New York ,McGraw -Hill press 4th ed,1993,P252 1-2524 .
- 2-Rook,Text book of Dermatology ,London ,Blackwell Scientific publications ,fifth ed,1992,P 942-3.
- 3- Lever ,Wf,Histopathology of the Skin ,New york Lippincott company ,7th ed,1990 (241) .
- 4- Thomas -I ,Hand foot and Mouth Disease ,Cutis P265-6 ,Nov 1993.
- 5- Barlean-L ,Investigation of Five cases of vesicular entroviral stomatitis with exanthema induced by coxsakie A5 virus ,Virology ,3-9 Jan-Jun 1994.

ممکن است فقط در طی فاز حاد مثبت بوده و در فاز نقاهت منفی گردد. البته تیترا بالای آنتی بادی تثبیت کننده کمپلمان که صرفاً برای گروه ویروس اختصاصی است ( تا تیپ ویروس ) ممکن است به طور بارز در فاز نقاهت در سرم قابل سنجش باشد (۱). در صورت بروز علائم کلاسیک و تیپیک ، تشخیص بیماری آسان بوده و وجود ضایعات دهانی همراه بثورات در قسمت تحتانی اندامها پاتوگنومونیک است . ولی چنانچه فقط ضایعات دهانی وجود داشته باشد ، استوماتیت آفتی ، هرپس سیمپلکس ، هرپانژین در تشخیص افتراقی قرار می گیرد . آفت بندرت همراه با علائم سیستمیک و تب است . در تبخال ساده ( هرپس سیمپلکس ) نیز گرچه ممکن است تب ایجاد شود ولی اغلب درگیری نواحی اطراف دهان نیز وجود داشته و آدنوپاتی گردنی و تحت فکی نیز ممکن است وجود داشته باشد . در هرپانژین عموماً زبان ، مخاط بوکال و لثه درگیر نمی شود . ضایعات در HFMD نسبتاً بزرگتر از هرپانژین بوده و تعداد آنها کمتر است (۱۲) .

اریتم مولتی فورم ماژور ممکن است همراه با اولسراسیونهای دردهان و ضایعات وزیکولر پوستی باشد اما تعداد ضایعات در اریتم مولتی فورم معمولاً بیش از HFMD بوده و ضایعه کاراکترستیک به شکل Targe غالباً وجود دارد . بثورات داروئی را غالباً می توان بر اساس سابقه مصرف دارو ، درگیری گسترده

## A Case Report of Hand -foot and Mouth Disease

**Golchay J,MD**

**Mirshekari R,MD**

### **ABSTRACT:**

Hand -foot and mouth disease (HFMD) is a clinical syndrome caused by any enterovirus and clinically manifested by vesiculo-ulcerative lesions in the mouth and often by painful vesicular lesions on the hands and feet. The disease may be preceded by a prodrome of 12-24 hours characterized by low grade fever ,malaise ,and abdominal pain or respiratory symptoms after an incubation period of 5-7 days .HFMD is selflimited and lesions heal without Scarring in 7-10 days .The diagnosis of HFMD is usually made on clinical basis ,and histopathological ,Virological and serological Studies .No Specific treatment for HFMD is required and therapy is mainly symptomatic. In this article we present a 5 year old girl who is presented with typical Vesicular lesions in the mouth and extremities followed by a brief prodromal period and is limited in two weeks without any complications.