

گزارش یک مورد عفونت مادرزادی ناشی از ویروس سیتومگال

دکتر کبری بلوکی مقدم^(۱) - دکتر محمد مهدی کرمین^(۲)

کلیدواژه ها: عفونتهای ویروس سیتومگال / ویروس سیتومگال

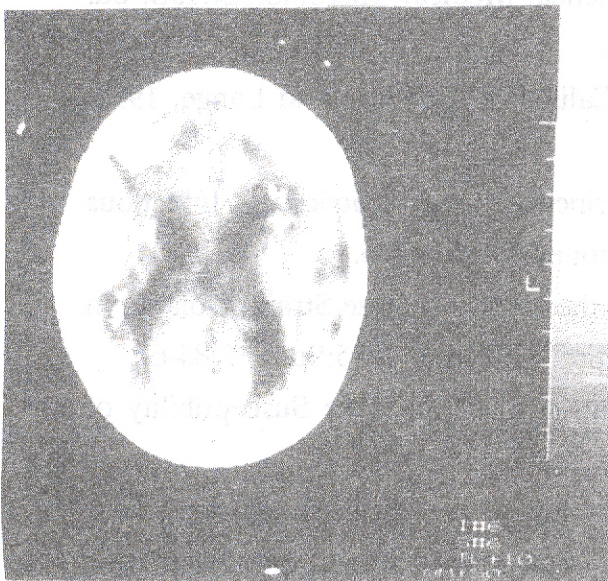
مقدمه:

بررسی TORCH نداشته) و سابقه تزریق خون نیز نداشته است. در آزمایشات انجام شده از بیمار CSF طبیعی، قند، کلسیم، اوره، کراتینین طبیعی، در اولترا سونوگرافی جمجمه نسوج مغز دارای اکوی طبیعی، بطنهای جانبی و سوم و چهارم، Post Fossa طبیعی بود. و دارای مقداری شیارهای برجسته است. در CT scan مغز اتساع بطنها همراه کلسیفیکاسیون در نواحی دور بطنی قابل مشاهده بود که Syndrome TORCH را مطرح میکرد (عکس شماره ۱).

عفونت ویروس سیتومگال شایعترین علت عفونتهای مادرزادی با شیوع جهانی می باشد. ابتلا مادر به عفونت اغلب بدون علائم بالینی است. وضعیت اقتصادی و اجتماعی با پیدایش عفونت رابطه معکوس دارد (۱). انتقال بیماری به جنین در عفونت اولیه مادر ۴۰٪-۳۰٪ است و در صورت عود عفونت مادر، میزان ابتلا جنین به ۲٪-۱٪ می رسد. ابتلا جنین به عفونت ویروس سیتومگال در اوایل حاملگی با عوارض شدید جنینی همراه است و همچنین انتقال بیماری در هنگام زایمان (از راه ترشحات مجرای زایمان) و پس از تولد نیز بدنال تزریق خون و یا مصرف شیر مادر گزارش شده است (۲ و ۱).

معرفی بیمار:

شیرخوار ۵۰ روزه ای به علت بی حالی و استفراغ مراجعه نموده و بستری شده است، تاریخ تولد ۷۶/۱/۲۸، دور سر نوزاد ۳۲ سانتی متر و وزن بیمار ۲/۵ کیلوگرم بود. نکات قابل توجه در معاینه بیمار عبارت بودند از دور سر ۳۲ سانتی متر، میکروسفالی، قد ۵۰ سانتی متر، وزن ۳ کیلوگرم، لمس کبد ۲ سانتی متر و طحال ۲ سانتی متر زیر لبه دنده لمس می شد. رفلکسهای نوزادی ضعیف و نوزاد گردن نمی گرفته است. ضایعات پوستی نداشته و مشاوره چشم پزشکی طبیعی بوده است. در شرح حال خانوادگی، مادر ۱۷ ساله با سابقه یکبار سقط جنین (متاسفانه پیگیری قبلی از نظر



عکس شماره ۱ - سی تی اسکن مغزی کلسیفیکاسیون پری وانتریکیور رانشان می دهد.

۱- استادیار گروه کودکان - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان هفده شهریور - رشت

۲- استادیار گروه کودکان - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان هفده شهریور - رشت

Celovy stelk بویژه دیستال فمورو و پروگزیمال تیبیا می باشد (۲). گرفتاری پوست بشکل ضایعات Bluberry muffin spots می باشد که اغلب با پورپورا اشتباه میشود این ضایعات نشان دهنده اریتروپویز پوستی در شیرخواران با ابتلا شدیدتر می باشد. ترمبوسیتونی همراه پستی معمولاً گذرا است (۲و۱)

تشخیص:

تشخیص بیماری مادرزادی (TORCH) بستگی به نشان دادن CMV در ادرار، ترشحات گلو یا در گلبول سفید خون محیطی (در هفته اول زندگی نوزاد) یا نشان دادن تست سرولوژی مثبت IGM ضد CMV، دارد تشخیص سرولوژی بعد از هفته اول آغاز زندگی به علت آنتی بادی Igg مادر که از طریق جفت عبور می نماید احتمال ابتلا قبل از تولد، دچار اختلال میشود و برای مسجل کردن تشخیص عفونت مادرزادی ناکافی می باشد. بطور کلی آزمایشات سرولوژی منفی کودک و همچنین آزمایشات سرولوژی منفی مادر تشخیص را رد می کند. اخیراً گزارش شده که کشت بزاق نیز به اندازه ادرار در شناسائی عفونت CMV مادرزادی حساس است. مطالعات سرولوژیک نقش محدودی در تشخیص عفونت CMV مادرزادی دارد (۳و۲).

درمان:

در حال حاضر هیچ داروی ضد ویروسی موثر برای درمان عفونت CMV مادرزادی وجود ندارد. از داروی Ganciclovir در درمان تعدادی از نوزادان با بیماری شدید و کوریوتیت استفاده شده است (۳و۲و۱).

پیشگیری:

شستن دست پس از تماس با ادرار و یا بزاق بیماران موثرترین راه پیشگیری از عفونت اولیه CMV در زنان حامله است (۱). تجویز فراورده های خونی حاوی آنتی

نتایج آزمایشات در زیر نشان داده شده است

	مادر	نوزاد
VDRL	-	-
Anti-Tox oplasmosis	-	-
Rubello	-	-
CMV	$\frac{1}{64}$	$\frac{1}{128}$
Herpes	$\frac{1}{3}$	$< \frac{1}{3}$

با توجه به پاسخ آزمایشها و CT scan مغزی و علائم بالینی، عفونت مادرزادی ناشی از CMV برای نوزاد مطرح گردید. آخرین پی گیری بیمار در سن ۸ ماهگی نشان داد که دورسر ۳۸ سانتی متر است و شیرخوار نمی تواند گردش را بلند کند و فقط گاهی لبخند می زند و از نظر تکاملی کاملاً عقب افتاده می باشد.

بحث:

تظاهرات بیماری در بدو تولد از فقدان علائم بالینی شدید متغیر است. CMV مادرزادی با گرفتاری چند عضو مشخص میشود که گرفتاری CNS، بزرگی طحال و کبد کوریوتینیت و تولد نوزاد IUGR مهمتر می باشد (۲و۱). عفونت دستگاه عصبی مرکزی با تظاهرات انسفالیت، حملات تشنجی کلسیفیکاسیون دور بطنی و افزایش پروتئین CSF در کمتر از ۱۰٪ موارد دیده میشود، وجود علائم فوق بنفع گرفتاری جنین در سه ماه اول حاملگی است (۲و۱). همچنین رشد ناکامل مغز منجر به میکروسفالی میشود و انسداد بطن چهارم منجر به هیدروسفالی می شود (۳و۲). گرفتاری گوش شایعترین تظاهر CMV مادرزادی که ناشی از تهاجم مستقیم ویروس به گوش داخلی در ۱۵٪ شیرخواران با علائم بالینی و ۵٪ بدون علامت واضح بیماری دیده میشود. کری می تواند یکطرفه یا دوطرفه باشد و گاهی تا پایان سال دوم تشخیص داده نمیشود (۱). اختلال استخوانی CMV شامل خطوط رادیولوست طولی در استئوفیت استخوانهای دراز نمای کرفس

پیش آگهی

عفونت مادرزادی علامت دار بخصوص در مواردی که کودک مبتلا به میکروسفالی یا کلسیفیکاسیون درون جمجمه باشد به علت عوارض عصبی پیش آگهی خوبی ندارد. ناشنوائی یکی از عوارض شایع عفونت مادرزادی CMV علامت دار یا بدون علامت می باشد.

بادی منفی CMV به نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم یکی از راه های مهم پیشگیری است. تولید واکسن CMV می تواند بهترین استراتژی پیشگیری می باشد، اما ساخت واکسن بدون عوارض جانبی همچنان در دست تحقیق است.

منابع:

- 1) Publo J, Sarchea and Jane D. Siegiel Congenital and Perinatal Infections. In: Principles and practice of Pediatrics. A oski. 2nd ed. Philadelphia: JB lippincott, 1994: 540-593.
- 2) Chales Arose. Viral Infection of the Fetus and Newborn. In: Nelson Text book of pediatrics. edited by Behrman and Kliegman. 15th ed Philadelphia: JB Lippincott, 1996: 523-525.
- 3) Gaily Dj. Acquired Cytomegal. Virus Infections, Rapid Viral Diagnosis. In : Feigin and Cherey. Pediatric Infection Disease. Vol. 2. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992: 1532-1543.

A Case Report of Congenital Infection Caused by Cytomegal Virus

Blooki -Moghaddam K.,M.D.;

Karmbin M.M.,M.D

Abstract:

Cytomegalo Virus has worldwide distribution and is the most common cause of congenital infections. Acquisition of C.M.V is nearly always asymptomatic. Primary C.M.V infection acquired during pregnancy is associated with 30% to 40% risk of congenital infection. After reactivation of latent infection in mother, this rate decreases to 1% to 30%. Fetus involvement may be accompanied by severe clinical manifestation such as corioretinitis, hepato splen. megally, icterus, and IUGR or may be symptomatic only with hearing loss in the later life. Central nervous System (CNS) involvement with CMV results in encephalitis, periventricular calcification. The most common manifestation of congenital C.M.V is hearing loss . It occurs in 15% of infants with asymptomatic congenital infection and in about 5% of those with asymptomatic infection at birth. The hearing loss may be unilateral or bilateral. A 50-day-old infant with hepato splenomegally, growth retardation, and microcephaly was admitted to Hefdah-e- Shahrivar Hospital.

Brain CT Scan showed microcephaly, calcification of periventricular areas. In the lab tests on the infants, C.M.V, titer $\frac{1}{128}$ positive, and on mother's C.M.V, titer $\frac{1}{64}$ positive was found.

keywords: Cytomegalo Viruses/ Cytomegalo virus infections.