

مقاله گزارش مورد

گزارش یک مورد مونوکلئوزیس عفونی پس از کورتاژ

دکتر مینو موحدی*، دکتر ریحانه صباحی**، مژده قاسمی***

*استادیار زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

**دستیار زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

***کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف

مونوکلئوزیس عفونی (IM) با علائم سه‌گانه تب، فارنژیت تونسیلار و لمفادنوپاتی مشخص می‌شود. EBV (Eptien Bar Virus) از علل مهم IM است. این ویروس به وسیله تماس بین افراد حساس و مخزن (فرد آلوده) منتقل می‌شود. نحوه کنترل عفونت به ایمنی سلولی فرد وابسته است. از عوارض بعد از کورتاژ، تب ناشی از عفونت می‌باشد، تأکید این مقاله بر این است که سایر علل غیر از عوارض کورتاژ، از جمله بیماری‌های ویروسی نادر نیز ممکن است باعث تب شود و باید مورد نظر قرار گیرد.

معرفی مورد

این مقاله به معرفی یک مورد بیماری که پس از کورتاژ دچار تب شده است و نهایتاً تشخیص IM برای وی اعلام شده است، می‌پردازد و بر این نکته تأکید دارد که تب بعد از اعمال جراحی ممکن است از عوارض عمل نباشد. شناختن علت واقعی تب برای درمان بهتر و جلوگیری از اقدامات درمانی بی‌مورد ضروری است.

کلید واژه‌ها: مونوکلئوزیس عفونی؛ کورتاژ؛ تب.

نویسنده مسئول مکاتبات: بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دفتر پژوهشی، اصفهان، ایران؛

تلفن: ۰۹۱۳۱۱۹۲۱۴۰ آدرس پست الکترونیکی: md_ghasemi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۵/۱۶

مقدمه

تب می‌تواند از عوارض بعد از کورتاژ باشد و تأکید این مقاله بر این است که سایر علل، غیر از عوارض کورتاژ، از جمله بیماری‌های ویروسی نادر نیز مورد نظر می‌باشد. مونوکلئوزیس عفونی با علائم سه‌گانه تب، فارنژیت تونسیلار و لنفادنوپاتی مشخص می‌شود (۱). IM و EBV ارتباطی محکم با هم دارند. ارتباط بین IM و EBV هنگامی قطعی شد که دو کارمند آزمایشگاهی که با EBV آلوده شده بودند، به IM مبتلا گردیدند (۲).

انسان مخزن اصلی EBV است و این ویروس از طریق ارتباط بین افراد حساس و مخازن آن گسترش پیدا می‌کند. لمفوسیت‌های T سیتوتوکسیک مختص به EBV برای کنترل عفونت حاد و نهفته به کار می‌روند (۳). در افرادی که نقص ایمنی سلولی دارند، عفونت EBV به خوبی کنترل نمی‌شود و ممکن است منجر به بدخیمی ناشی از EBV شود. بالغین جوان ۲۴-۱۵ ساله علائم کلینیکی را با شدت بیشتری نشان می‌دهند. دوره نهفته تا قبل از علائم بالینی ۴-۸ هفته است (۴). این مقاله به معرفی یک مورد IM که بعد از کورتاژ علائم بالینی آن آشکار شده است، می‌پردازد. تب پس از کورتاژ علامت خطرناکی است و مشخص کردن علل و عوامل آن جهت درمان مناسب، ضروری است. تب پس از جراحی همیشه ناشی از عوارض جراحی نمی‌باشد و پیدا کردن علت واقعی تب به منظور درمان صحیح ضروری به نظر می‌رسد.

شرح مورد

خانم ۲۲ ساله $G_{1}Ab_{1}$ با تب و لرز و با شروع پس از ۳ روز از کورتاژ به اورژانس بیمارستان الزهرا (س) مراجعه کرد. بیمار یک هفته قبل از مراجعه به دنبال سقط ناقص در ۱۱ هفتگی (باقی ماندن بقایای حاملگی) کورتاژ شده و روز بعد با حال عمومی خوب و بدون تب مرخص شده بود. ولی ۳ روز بعد از کورتاژ دچار تب و لرز شد، که با مراجعه به پزشک آنتی‌بیوتیک دریافت کرده و به دلیل عدم جواب به آنتی‌بیوتیک به بیمارستان الزهرا منتقل گردید. در معاینه، بیمار ضعیف ولی هوشیار، هم‌چنین رنگ پریده بود، در معاینه گلو هاپیرامیک و در معاینه غدد تحت فکی لمفادنوپاتی دو طرفه وجود داشت. ریه‌ها پاک، قلب تکیکارد و سوفل VI و III در LSB قابل شنیدن بود. شکم حساس نبود. در سمت LUQ طحال به دست می‌خورد. در معاینه رحم، رحم به اندازه طبیعی بدون ترشحات بدبو، آدنکس‌ها آزاد و بدون تندرns بودند. در معاینه اندام تحتانی، اختلاف قطر بین پاها وجود نداشت.

علائم حیاتی بیمار: $PR=114$ M/B, $BP=90/60$ و $T=39^{\circ}C(oral)$ آزمایشات بیمار به شرح ذیل است:

$WBC=2900$ (با نوتروفیل ۵۴٪، لmf: ۴۲٪)

$HB=8/2$ $pH=7.35$
 $PTT=32$ $Fib=322$
 $PT=15$ $INR=1/6$
 $AST=114$ $LDH=752$
 $Cr=0/8$ $BUN=9$
 $ALT=79$

در UA:

$Bac=few$ $WBC=2-3$

در سونوگرافی که برای بیمار انجام گردید کبد و کیسه صفرا طبیعی،

طحال بزرگتر از حد طبیعی، کلیه‌ها، پانکراس و مثانه طبیعی و نیز رحم نیز دارای شکل و ابعاد طبیعی گزارش شده بود. در لام خون محیطی تهیه شده از بیمار لمفوسیت آتیپیک ۲۰٪ گزارش شده و پلاکت‌ها کاهش یافته بود. با شک به EBV برای بیمار، آزمایش Mono Spot درخواست گردید و برای رد علل دیگر مانند آنمی آپلاستیک و کمبود ویتامین B۱۲، برای بیمار BMA و BMB (Bone marrow Biopsy, Bone Marrow Aspiration) انجام شد. بیمار اکوی قلب شد که شواهدی به نفع اندوکاردیت یافت نگردید. بیمار از نظر عفونت HIV مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه منفی بود. در BMB, BMA انجام شده بدخیمی یافت نشد.

آزمایش پول بونل (Paul Bunnell) منفی و آزمایش (IgG, IgM) EBV Ab مثبت گزارش شدند. بیمار با تشخیص IM تحت درمان با دگزامتازون قرار گرفت ۴ میلی‌گرم هر ۸ ساعت، ۴۸ ساعت پس از بستری بیمار نداشت و در روز چهارم بستری دگزامتازون قطع شد و آزمایشات بیمار به شرح ذیل تغییر یافت.
 $WBC=13400$ $Pt=1$ $Hb=10/4$ $WBC=33\%$ نوتروفیل و ۵۳٪ لمفوسیت) و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

IM با ۳ علامت تب، فارنژیت و لمفادنوپاتی مشخص می‌شود (۱). تا سال ۱۸۸۹ این بیماری را با عنوان تب غده‌ای و یا Drusen Fever می‌شناختند و نام IM از سال ۱۹۲۰ به دنبال بیماری ۶ دانشجو که دچار تب و لمفوسیتوز و سلول‌های مونونوکلئار آتیپیک در خون خود شده بودند، بر این بیماری گذاشته شد (۵،۶). EBV به وسیله تماس بین افراد حساس و افراد حامل منتقل می‌گردد و انسان مخزن عمده این ویروس است. ویروس عمدتاً از طریق بزاق منتقل می‌شود، ولی بیماری واگیردار نیست. ویروس قادر است تا ۱۸ ماه پس از بهبودی کلینیکی در حفره حلقی دهانی بیمار باقی بماند (۵،۶). ویروس را از سلول‌های اپیتلیال سرویکس و مایع منی هم جدا کرده‌اند و این بدین معنی است که انتقال جنسی هم وجود دارد (۷،۸). علائم کلینیکی IM شامل تب ۹۸٪، فارنژیت ۸۵٪، آدنوپاتی، خستگی و لمفوسیت‌های آتیپیک است. از علائم دیگر می‌توان به اسپلنومگالی (۶۰-۵۰٪)، راش به دنبال تجویز آمپی‌سیلین یا آموکسی‌سیلین یا آزیتروماکسین و لوپلوکساتین اشاره کرد (۹-۱۱). علائم نورولوژیک مثل سندرم گیلن باره و فلج عصب فاشیال دیگر اعصاب کرانیال گزارش شده است (۱۲،۱۳).

EBV می‌تواند هر ارگان حیاتی را درگیر کند و علائم نقصان را در آن ایجاد نماید، مثل هیپاتیت و کلستاز (۱۴،۱۵) شایع‌ترین علائم آزمایشگاهی یافته لمفوسیتوز است، که یا تعداد مطلق آن افزایش می‌یابد ($WBC > 4500$ microl) و یا در لام خون محیطی بیش از ۵٪ لmf وجود دارد و لمفوسیت‌های آتیپیک ممکن است به بیش از ۱۰٪ کل لمفوسیت‌ها برسد. از تظاهرات ناشایع هماتولوژیک می‌توان به آنمی ترومبوسیتوپنی، آنمی آپلاستیک، TTP (ترومبوسیتیک ترومبوسیتوپنیک پورپورا)، همولیتیک اورمیک سندرم و DIC اشاره کرد. افزایش آنزیم‌های کبدی در تعداد زیادی از بیماران مشاهده می‌شود که یافته‌ای خوش‌خیم و خود محدود شونده است. در بیماری که نسبت به IM شک وجود دارد باید عفونت استرپتوکوکی، CMV، HIV، حاد و عفونت توکسوپلاسمایی را رد کنیم. تفاوت گذاشتن بین IM ناشی از EBV و CMV و توکسوپلاسموزیس از نظر

حاد) یا آنمی آپلاستیک یا همولیتیک و یا در انسداد راه هوایی، کورتون قابل استفاده است. در استفاده از آسیکلوویر اتفاق نظر وجود ندارد (۱۹). علایم حاد بیماری در عرض ۲-۱ هفته بهبود پیدا می‌کند و خستگی ممکن است ماه‌ها ادامه پیدا کند. خستگی طولانی مدت در خانم‌ها و کسانی که سابقه قبلی اختلالات خلقی دارند، شایع‌تر است (۲۰). IM و تب ناشی از آن به دنبال کورتاژ در این بیمار یافته‌ای تصادفی است، ولی تشخیص علت تب بسیار مهم و بیمار را از ضرر و زیان‌های ناشی از درمان‌های بیهوده و بعضاً پرهزینه و جبران‌ناپذیر (مثل هیستروکتومی) رهایی می‌بخشد. در بررسی تب، معاینه دقیق و سیستماتیک بیمار و شرح حال دقیق، لازم و حیاتی است. آزمایشات پاراکلینیک باید به دقت تفسیر شود و نظر دیگر متخصصان راهگشای پیدا کردن علت واقعی است.

کلینیکی غیرممکن است و نیاز به آزمایش‌های اختصاصی دارد. برای تشخیص IM در بیماران با شرح حال و معاینه منطبق با IM، ارسال CBC Diff و آزمایش هتروفیل الزامی است. ممکن است آزمایش مونواسپات در هفته اول بیماری منفی باشد، بنابراین باید آزمایش مجدداً تکرار شود. اگر مجدداً آزمایش منفی باشد، Specific Ab (IgG و IgM) EBV NuclearEarly Antigen Viral Capsid DNA (Antigen، اندازه‌گیری می‌شود. از طریق PCR می‌توان EBV در خون یا پلاسما را شناسایی کرد (۱۶، ۱۷). ۱۰٪ موارد که علایمی شبیه مونوکلئوز دارند به دلیلی غیر از EBV، مثل HIV، CMV، توکسوپلاسموزیس HHV6، هپاتیت B و HHV7 ایجاد می‌شود (۱۸). جهت درمان حمایتی از استامینوفن و NSAID برای تب و گلودرد استفاده می‌شود. در استفاده از کورتون اتفاق نظر وجود ندارد، در عفونت‌های تهدیدکننده حیات (مثل نارسایی کبدی

References:

1. Evans AS, Niederman JC, Cenabre LC, West B, Richards VA. A Prospective Evaluation of Heterophil and Epstein-Barr Virus-Specific IgM Antibody Test in Clinical and Subclinical Infectious Mononucleosis: Specificity and Sensitivity of the Tests and Persistence of Antibody. *J Infect Dis* 1975;132(5):546-54.
2. Henle G, Henle W, Diehl V. Relation of Burkitt's Tumor-Associated Herpes-Ytype Virus to Infectious Mononucleosis. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1968 Jan;59(1):94-101.
3. Corsi M, Ruscian M, Passoni D. High Thi-Type Cytokine Serum Levels Patients with Infections Mononucleosis. *Acta Virol* 2004;48(4):263-6.
4. Evans A, Niederman J. EBV-IgA and New Heterophile Antibody Tests in Diagnosis of Infectious Mononucleosis. *Am J Clin Pathol* 1982 May;77(5):555-60.
5. Sawyer RN, Evans AS, Niederman JC, McCollum RW. Prospective Studies of a Group of Yale University Freshmen. Occurrence of Infectious Mononucleosis. *J Infect Dis* 1971 Mar;123(3):263-70.
6. Fafi-Kremer S, Morand P, Brion JP, Pavese P, Baccard M, Germe R, Genoulaz O, Nicod S, Jolivet M, Ruigrok RW, Stahl JP, Seigneurin JM. Long-Term Shedding of Infectious Epstein-Barr Virus after Infectious Mononucleosis. *J Infect Dis* 2005 Mar 15;191(6):985-9.
7. Näher H, Gissmann L, Freese UK, Petzoldt D, Helfrich S. Subclinical Epstein-Barr Virus Infection of Both the Male and Female Genital Tract-Indication for Sexual Transmission. *J Invest Dermatol* 1992 May;98(5):791-3.
8. Israele V, Shirley P, Sixbey JW. Excretion of the Epstein-Barr Virus From the Genital Tract of Men. *J Infect Dis* 1991 Jun;163(6):1341-3.
9. Schissel DJ, Singer D, David-Bajar K. Azithromycin Eruption in Infectious Mononucleosis: a Proposed Mechanism of Interaction. *Cutis* 2000 Mar;65(3):163-6.
10. Paily R. Quinolone Drug Rash in a Patient with Infectious Mononucleosis. *J Dermatol* 2000;27(6):405-6.
11. Auwaerter PG. Infectious Mononucleosis in Middle Age. *JAMA* 1999;281(5):454-9.
12. Long CM, Kerschner JE. Parotid mass: Epstein-Barr Virus and Facial Paralysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001 Jun;59(2):143-6.
13. Johns MM, Hogikyan ND. Simultaneous Vocal Fold and Tongue Paresis Secondary to Epstein-Barr Virus Infection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000 Dec;126(12):1491-4.
14. Devereaux CE, Bemiller T, Brann O. Ascites and Severe Hepatitis Complicating Epstein-Barr Infection. *Am J Gastroenterol* 1999 Jan;94(1):236-40.
15. Ghosh A, Ghoshal UC, Kochhar R, Ghoshal P, Banerjee PK. Infectious Mononucleosis Hepatitis: Report of Two Patients. *Indian J Gastroenterol* 1997 Jul;16(3):113-4.
16. Weinberger B, Plentz A, Weinberger KM, Hahn J, Holler E, Jilg W. Quantitation of Epstein-Barr Virus mRNA Using Reverse Transcription and Real-Time PCR. *J Med Virol* 2004 Dec;74(4):612-8.
17. Fafi-Kremer S, Brengel-Pesce K, Barguès G, Bourgeat MJ, Genoulaz O, Seigneurin JM, Morand P. Assessment of Automated DNA Extraction Coupled with Real-Time PCR for Measuring Epstein-Barr Virus Load in Whole Blood, Peripheral Mononuclear Cells and Plasma. *J Clin Virol* 2004 Jun;30(2):157-64.
18. Aronson MD, Auwaerter PG. Infections Mononucleosis in Adult and Adolescents [Serial Online] 2001. Available From: <http://www.Atodol.Com/utd /Content/Topic-Do?Topic key>.
19. Torre D, Tambini R. Acyclovir for Treatment of Infectious Mononucleosis: a Meta-Analysis. *Scand J Infect Dis* 1999;31(6):543-7.
20. Petersen I, Thomas JM, Hamilton WT, White PD. Risk and Predictors of Fatigue after Infectious Mononucleosis in a Large Primary-Care Cohort. *QJM* 2006 Jan;99(1):49-55.

A Case Report of Infectious Mononucleosis after Curettage

M. Movahedi, MD*; R. Sabahi, MD**; M. Ghasemi, BS***

*Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Resident of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

***Bachelor of sciences of Midwife, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Background and Objectives

Epstein Barr Virus (EBV) infection leading to Infectious Mononucleosis (IM) is one of the etiologies of fever in women after curettage. EBV is a virus that can be transferred from carrier to the recipient through contact.

The focus of this article is to bring more awareness to EBV as a rare cause of infection and fever after curettage procedure.

Case Report

This is a case of a woman who developed fever after curettage procedure. After a series of medical tests, the cause of her fever was found to be IM from an EBV infection. The emphasis of this report is to bring medical team's attention to both common and uncommon etiologies of fever after an abortion procedure for better diagnosis and treatment of patients.

Keywords: Infections mononucleosis; Curettage; fever.

Corresponding Author: Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Phone No.: 0913 119 2140;

Email: md_ghasemi@yahoo.com

Received: 2 Mar, 2008

Accepted: 6 Aug, 2008