

آیا ریزش مویک علامت بالینی در بیماری کاوازاکی است؟

محمد مهدی باقری^{۱*}، علی حسینی نسب^۲، محمد حسین توایی ژاد کرمانی^۳، مریم شمس پور^۴

خلاصه

شیرخوار ۲۰ ماهه‌ای به دلیل تب ۱۴ روزه و کنژکتیویت غیر چرکی دوطرفه، زبان توت فرنگی، لب‌های قرمز و ترک خورده و راش‌های ماکولوپاپولر بستری شد. در اکوکاردیوگرافی کالر-داپلر قلبی انجام شده، وجود آنوریسم در شریان کرونر سمت چپ نشان داده شد. تشخیص بیماری کاوازاکی برای وی به اثبات رسید. حدود ۶ هفته پس از ترخیص به دلیل ریزش موی حاد و منتشر مراجعه کرد. هر چند که ریزش موی ناحیه‌ای در سیر بیماری کاوازاکی در چندین مورد گزارش شده است، اما ریزش موی منتشر در موارد بسیار نادری به ثبت رسیده است که علت مشخصی نیز ندارد.

واژه‌های کلیدی: کاوازاکی، تب، ریزش مو، آنوریسم شریان کرونری

مقدمه

بیماری کاوازاکی بر اساس یک سری شاخص‌های بالینی است که شامل تب، کنژکتیویت غیر چرکی، اریتم مخاط دهان و زبان و راش و لنفادنوپاتی غیر چرکی و ادم و اریتم پاها می‌باشد. ریزش موی یک یافته غیر معمول و غیر طبیعی در کاوازاکی است. در این گزارش به توصیف یک کودک مبتلا به کاوازاکی و ریزش موی حاد و منتشر می‌پردازیم (۴-۶).

بیماری کاوازاکی یک بیماری حاد-تبدار دوران کودکی بوده است که در تمام جمعیت‌های جهان دیده می‌شود. کاوازاکی یک واسکولیت است که اغلب شریان‌هایی با اندازه متوسط را درگیر می‌کند و تمایل قابل توجهی به عروق کرونر دارد (۱، ۲). کاوازاکی شایع‌ترین بیماری اکتسابی قلب در کودکان است (۳). تشخیص

۱- استادیار، گروه بیماری‌های قلب کودکان، دانشکده پزشکی افضلی پور و مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران ۲- استادیار، گروه بیماری‌های عفونی کودکان، دانشکده پزشکی افضلی پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران ۳- استادیار، گروه بیماری‌های قلب کودکان، دانشکده پزشکی افضلی پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران ۴- دستیار، گروه بیماری‌های کودکان، دانشکده پزشکی افضلی پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: mehdi_b_ped@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲۶

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۳/۶/۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۹

گزارش

در آزمایشات انجام شده در این مرکز لکوسیتوز (۱۳۴۰۰ سلول سفید در هر میلی لیتر خون)، سدیمان بالا (۷۴ میلی متر در ساعت) و افزایش خفیف در تست های کبدی و در آنالیز ادراری، پیوری استریل داشت. در اکوکاردیوگرافی، آنوریسم در شریان کرونر سمت چپ گزارش شد (شکل ۱ و ۲).

شیرخوار ۲۰ ماهه ای در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۲ در بخش کودکان بیمارستان افضلی پور به دلیل تب که از ۱۴ روز قبل از پذیرش در بیمارستان شروع شده بود، بستری شد. در معاینه بی قرار و تحریک پذیر بود. کنژکتیویت غیر چرکی دوطرفه، زبان توت فرنگی، لب های قرمز و ترک خورده، راش های ماکولوپاپولر در تنه و لنفادنوپاتی ۲ سانتی متری در زنجیره قدامی گردن داشت.



شکل ۱. تشکیل آنوریسم در شاخه چپ شریان کرونری.



شکل ۲. نمایش همزمان شاخه اصلی و شاخه قدامی کرونر چپ و وجود آنوریسم.

مرخص شد. ۶ هفته پس از ترخیص به دلیل ریزش موی حاد و منتشر مراجعه کرد (شکل ۳). وی در طی این مدت فقط تحت درمان با آسپرین بوده است.

با توجه به علایم، بیمار با تشخیص کاوازاکی تحت درمان با ایمونوگلوبولین وریدی و آسپرین قرار گرفت و پس از ۹۶ ساعت با قطع تب و بهبود حال عمومی و با دستور دارویی آسپرین و مراجعه مجدد جهت پیگیری



شکل ۳. تصویر کودک مبتلا به بیماری کاوازاکی که دچار ریزش کامل موی سر شده است.

می گردد (۹)؛ اما در این کودک تا مدتی که جهت پیگیری مراجعه می کرد، که حدود ۶ ماه پس از آغاز بیماری بود، رویش موی صورت نگرفته بود.

مورد دیگری مربوط به پسر ۲۶ ماهه یاسوجی می باشد که با تشخیص کاوازاکی در بخش ایمونولوژی و آلرژی بیمارستان شیراز بستری شد. او در طی بستری دچار ریزش موی حاد و منتشر می شود که حدود ۱۲ ساعت پس از دریافت ایمونوگلوبولین وریدی، ریزش موی وی نیز متوقف می شود (۱۰).

گزارش دیگری هم مربوط به پسر ۱۰ ساله ای است که در کویت با تشخیص کاوازاکی در بیمارستان بستری می گردد و در سیر بستری دچار آلوپسیا آره آتا می شود و بعد از دریافت ایمونوگلوبولین وریدی پیشرفت بیماری متوقف می شود (۱۰).

بحث و نتیجه گیری

بیماری کاوازاکی یک واسکولیت شایع است که اغلب شریان هایی با اندازه متوسط را درگیر می کند. از نظر بالینی علایم مختلفی دارد، اما ریزش موی یک یافته غیر معمول و غیر طبیعی است (۷). رشد موی دو مرحله دارد: مرحله رشد یا انوژن که در یک فرد سالم ۲-۳ سال طول می کشد و مرحله استراحت یا تلوژن که به طور متوسط ۲-۳ ماه به طول می انجامد. در پایان مرحله تلوژن، موی ریزش می کند و موی جدیدی رشد می کند (۸). ریزش موی منتشر می تواند به دنبال تب بالا، استرس و بیماری شدید نیز اتفاق بیفتد که در این شرایط فولیکول های مو از فاز انوژن وارد فاز تلوژن می شوند و بعد ریزش پیدا می کنند. اما این حالت به طور معمول ۴-۶ ماه بعد از استرس و شرایط حاد اتفاق می افتد و اغلب ۱ تا ۲ ماه پس از برطرف شدن این استرس ها، فولیکول های مو دوباره فعال می شوند و رشد موی آغاز

می دهد و بروز یک سری علائم غیر معمول نباید باعث سردرگمی پزشکان و اشتباه در تشخیص شود.

کاوازاکی یک واسکولیت است که ارگان‌های مختلف را درگیر می کند و علائم و نشانه‌های مختلفی را بروز

References

1. Pucci A, Martino S, Tibaldi M, Bartoloni G. Incomplete and atypical Kawasaki disease: a clinicopathologic paradox at high risk of sudden and unexpected infant death. *Pediatr Cardiol* 2012; 33(5): 802-5.
2. Ozdemir H, Ciftçi E, Tapisiz A, Ince B, Tutar E, Atalay S, et al. Clinical and epidemiological characteristics of children with Kawasaki disease in Turkey. *Journal of Tropical Pediatrics* 2009; 56(4): 260-2.
3. Royle J, Burgner D, Curtis N. The diagnosis and management of Kawasaki disease. *J Paediatr Child Health* 2005; 41(3): 87-93.
4. Singh S, Kansra S. Kawasaki disease. *Natl Med J India* 2005; 18(1): 20-4.
5. Muzaffer MA, Al-Mayouf SM. Pattern of clinical features of Kawasaki disease. *Saudi Med J* 2002; 23(4): 409-12.
6. Wurzbarger BJ, Avner JR. Lateral rectus palsy in Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18(11): 1029-31.
7. King WJ, Schlieper A, Birdi N, Cappelli M, Korneluk Y, Rowe PC. The effect of Kawasaki disease on cognition and behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(5): 463-8.
8. Larralde M, Santos-Munoz A, Rutiman R. Kawasaki disease with facial nerve paralysis. *Pediatr Dermatol* 2003; 20(6): 511-3.
9. MacKie RM. Clinical dermatology. Oxford, UK: Oxford University Press; 1997. p. 215.
10. Nabavizadeh SH, Safari M, Amin R. Hair Loss as a sign of kawasaki disease. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2006; 5(4): 199-200.
11. Krishnamurthy S, Chandrashekar L, Mondal N. Kawasaki disease and alopecia areata: coincidence or a true association? *Pediatr Dermatol* 2012; 29(4): 532-4.

Is Alopecia a Clinical Symptom in Kawasaki Disease?

Mohammad Mehdi Bagheri, M.D.^{1*}, Ali Hosseini nasab, M.D.², Mohammad Hossein Torabi nejad kermani, M.D.³,
Maryam Shams pour, M.D.⁴

1. Assistant Professor, Pediatric Cardiology Department, Afzalipour School of Medicine & Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Assistant Professor, Pediatric Infectious Disease Department, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical sciences, Kerman, Iran

3. Assistant Professor, Pediatric Cardiology Department, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4. Resident of Pediatric, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author; e-mail: mehdi_b_ped@yahoo.com

(Received: 28 Feb. 2014 Accepted: 16 June 2014)

Abstract

A 20-months-old infant was admitted with prolonged fever, bilateral non-purulent conjunctivitis, strawberry tongue, lip cracking and maculopapular rash. Left branch coronary aneurysm formation was detected in Color-Doppler echocardiography. The diagnosis was Kawasaki disease. After 6 weeks, he had alopecia totalis. Although, alopecia areata has been seen in Kawasaki disease, but alopecia totalis is very rare with unknown etiology.

Keywords: Kawasaki disease, Fever, Alopecia, Coronary anurysm

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2015; 22(1): 112-116