

# اپیگلوتیت: یک عارضه باکتریال نادر به دنبال آبله مرغان

دکتر محمدرضا مفتاح<sup>۱</sup> - دکتر محسن ضیائی فرد<sup>۲</sup> - دکتر غلامرضا مخملباف<sup>۳</sup> - محمد نبئی<sup>۳</sup>

## چکیده

آبله مرغان یک عفونت ویروسی دوران کودکی و یک بیماری خود محدود شونده است اما این بیماری و عوارض آن در سنین بالایی می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد. معمولاً عوارض بیماری سه تا چهار روز بعد از ضایعات پوستی آبله مرغان به صورت درد و تب راجعه بیشتر از ۳۸/۵ درجه و ظاهر توکسیک آشکار می‌شود. عوارض راه هوایی در آبله مرغان نادر است. سوپراگلوتیت حاد بیشتر کودکان ۲ تا ۶ سال را گرفتار می‌کند. سیر آن برق‌آسا و سریع و انسداد راه هوایی به علت سلولیت ساختمانهای سوپراگلوت است. معاینه راه هوایی در بیمار مبتلا به اپیگلوتیت که عارضه نادری به دنبال آبله مرغان است، باید در محیطی تحت کنترل یا اتاق عمل و توسط متخصصین خیلی ماهر (متخصص جراحی و بیهوشی) انجام شود و بیمار جهت ادامه درمان در بخش مراقبتهای ویژه پذیرش و تحت درمان با آنتی‌بیوتیک و مراقبت تنفسی مناسب و مؤثر قرار بگیرد؛ در غیر این صورت میزان مرگ و میر بالا خواهد بود. در این مقاله یک بیمار ۲۱ ساله مبتلا به اپیگلوتیت متعاقب آبله مرغان گزارش می‌شود. بیمار تقریباً پنج روز بعد از شروع ضایعات جلدی دچار گلودرد، استریدور و تنگی نفس با رتراکسیون بین دنده‌ای و استرنوم و تاکیپنه و تب و تاکیکاردی شده بود. در نازوفارنگوسکوپی که در اتاق عمل انجام شد، در التهاب شدید اپیگلوتیت دیده شد؛ بنابراین تراکتوستومی اورژانس انجام شد و بعد از لارنگوسکوپی مستقیم اپیگلوتیت مسجل و نمونه‌برداری شد. بیمار در بخش مراقبتهای ویژه پذیرش و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف تجویز گردید و پس از یک هفته با دستور دارویی و حال عمومی خوب مرخص شد.

واژه‌های کلیدی: آبله مرغان؛ اپیگلوتیت؛ عوارض باکتریال

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۵؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۶/۳/۱۷ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۹/۲۴ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۱/۲۳

<sup>۱</sup> نویسنده مسؤل؛ استادیار گروه آموزشی جراحی - گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند  
آدرس: بیرجند- بیمارستان ولی عصر (عج)- بخش گوش و حلق و بینی  
تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۳۰۰۱ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۲۰۸۸ پست الکترونیکی: -  
<sup>۲</sup> استادیار گروه آموزشی جراحی - بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند  
<sup>۳</sup> کارشناس پرستاری؛ دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

## مقدمه

ویروس واریسلا زوستر باعث عفونت اولیه به صورت آبله‌مرغان می‌شود و یک عفونت اکتسابی دوران کودکی است. گرچه این ویروس در کودکان یک بیماری خفیف خود محدود شونده ایجاد می‌کند ولی در بالغین و اشخاص با نقص ایمنی باعث عوارض تهدیدکننده حیات و مرگ و میر بیشتری می‌شود و فرد را مستعد عفونت شدید با استرپتوکوک بتاهمولیتیک گروه A (GABHS) و استافیلوکوک طلائی می‌کند (۱).

سوپراگلوتیت حاد یک سلولیت باکتریال است که تمام ساختمانهای سوپراگلوت را گرفتار می‌کند و ممکن است باعث انسداد کامل راه هوایی شود. پیشرفت آن سریع است و می‌تواند در عرض چند ساعت باعث انسداد راه هوایی شود (۲).

مطالعات سرولوژیک نشان می‌دهد که بیش از ۹۰٪ جامعه ما قبل از ۲۰ سالگی در معرض این ویروس واقع شده‌اند (۳).

آبله مرغان یک بیماری تب‌دار حاد بوده و در کودکانی که واکسن دریافت نکرده‌اند، شایع است. ضایعات اولیه به شکل ماکول‌ها یا پاپول‌های اریتماتوز و بسیار خارش‌دار است که بعد تبدیل به ویزیکول‌های پر از مایع شفاف می‌شود (۳).

ظهور همزمان ضایعات در مراحل مختلف تکاملی از مشخصات آبله‌مرغان است. عوارض آبله‌مرغان ۳ تا ۴ روز بعد از ضایعات پوستی و به صورت درد و تب راجعه و ظاهر توکسیک آشکار می‌شود. عوارض راه هوایی در عفونت واریسلا نادر است و به سختی تشخیص داده می‌شود. موردی که در این مقاله گزارش می‌شود، اپیگلوتیت به دنبال واریسلا است که یک فوریت نادر راه هوایی است (۳، ۴).

## شرح مورد

بیمار مورد بحث دختر ۲۱ ساله‌ای است که از چهار روز قبل از مراجعه، دچار ضایعات پوستی به صورت ماکول‌های

اریتماتو و خارش‌دار و ویزیکول‌های متعدد شده و در عرض کمتر از پنج روز از شروع ضایعات جلدی دچار گلودرد استریدور و دیسترس تنفسی با رتراکسیون بین دنده‌ای و استرنوم و تاکی‌پنه ( $RR=40$ ) و تب  $38/8$  درجه و ضربان قلب  $120$  ضربه در دقیقه شده بود. بیمار وضعیت نشسته و درولینگ به دلیل درد شدید ناحیه گلو داشت و صدای بیمار محو و بیمار بی‌قرار بود که در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان ولی‌عصر (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند پذیرش گردید. اکسیژن  $100\%$  با ماسک صورت تجویز گردید و پالس اکسی‌متر اشباع اکسیژن را  $98\%$  نشان می‌داد. در نازوفارنگوسکوپی که در اتاق عمل انجام شد، اپیگلوت کاملاً متورم و اریتماتو بود.

بیمار با میدازولام  $2$  میلی‌گرم و پروپوفول ابتدا  $60$  میلی‌گرم و سپس  $40$  میلی‌گرم وریدی بیهوش گردید. اکسیژن نیز تجویز شد و سپس شل‌کننده عضلانی تزریق شد و بیمار با ماسک ونتیله گردید و بعد از دو بار سعی در انتوباسیون به وسیله متخصص بیهوشی ماهر انتوباسیون موفق نبود و همین‌طور برونکوسکوپی رژید توسط متخصص ماهر گوش و حلق و بینی ناموفق بود؛ به همین دلیل تراکتوستومی اورژانسی برای بیمار انجام شد و بعد از لارنگوسکوپی مستقیم اپیگلوتیت مسجل و از ناحیه اپیگلوت و لارنکس، نمونه‌برداری و کشت خون نیز انجام شد و بیمار در بخش مراقبتهای ویژه (ICU) پذیرش گردید. علائم حیاتی بیمار درجه حرارت:  $38/5$  درجه، تعداد تنفس:  $25$  تنفس در دقیقه و تعداد ضربان قلب:  $115$  در دقیقه و فشار خون  $125/85$  میلی‌متر جیوه بود. تعداد گلبول سفید  $16000$  و نوتروفیل  $60\%$  و اشکال باتد  $5\%$  بود. اسمیر از اپیگلوت کوکسی‌های گرم مثبت را نشان می‌داد. بلافاصله بعد از انتقال به بخش ICU برای بیمار آمپول وانکومايسين  $1$  گرم هر  $12$  ساعت از راه وریدی و قرص اسیکلوویر  $200$  میلی‌گرم هر  $8$  ساعت خوراکی و آمپول سفوتاکسیم  $1$  گرم هر  $6$  ساعت وریدی شروع گردید و ترشحات تراکتوستومی مرتب ساکشن گردید. در

گوش و حلق و بینی در اتاق عمل راه هوایی مناسب برای بیمار ایجاد کنند (۲).

آزیتاسیون بیمار ممکن است راه هوایی را کاملاً مسدود کند و عکس لترال گردن تورم بافت نرم و اپیگلوت را نشان می‌دهد.

نازوفارنگوسکوپی توسط یک متخصص گوش و حلق و بینی ماهر در یک کودک با ظاهر توکسیک می‌تواند راه هوایی را سرعت ارزیابی کند (۵،۲).

متوسط زمان ایجاد اپیگلوتیت بعد از ضایعات پوستی واریسلا ۳-۴ روز است و بیمار دچار تب راجعه بیشتر از ۳۸/۵ و اریتم و درد موضعی و تورم بافت نرم می‌شود. معمولاً شمارش لکوسیت‌ها بالا است ولی می‌تواند طبیعی باشد. معمولاً اشکال باند نیز بالا است. هیپوتانسیون و تاکیکاردی نیز شایع است. ۳۶٪ بیماران برای احیا به مایع درمانی و حمایت اینوتروپیک نیاز خواهند داشت. در صورت عدم درمان مرگ و میر بین ۲۰-۵۰٪ است. سفتریاکسون یا سفوتاکسیم تا آمدن جواب کشت، داروی انتخابی است؛ اما بعد با توجه به جواب کشت، آنتی‌بیوتیک مناسب تجویز می‌گردد. در سایر مطالعات انجام شده اپیگلوتیت حادّ به دنبال آبله مرغان و به صورت موارد نادر با GABHS گزارش شده است (۷).

Sluck و همکاران بیماری را که به دنبال آبله مرغان دچار اپیگلوتیت حاد و فاشییت نکروزان شده و عامل آن GABHS بود، گزارش کردند (۱). Belfer نیز اپیگلوتیت را به عنوان یک عارضه نادر واریسلا توصیف کرده است (۸).

### نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این گزارش، بهتر است در هر بیمار مبتلا به آبله مرغان بخصوص در بیمارانی که عود تب از روز چهارم اتفاق می‌افتد و با تنگی نفس و استریدور همراه است، به فکر اپیگلوتیت باشیم. از آنجا که این عارضه تهدیدکننده حیات است، تشخیص مناسب و درمان بموقع می‌تواند در کاهش مرگ و میر این عارضه مؤثر واقع گردد.

تصویربرداری لترال گردن اپیگلوت کاملاً متورم بود. جواب کشت استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه A بود که آنتی‌بیوتیک به کلیندامایسین ۴۵۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت و سفوتاکسیم ۱ گرم هر ۶ ساعت تغییر کرد و قرص آسیکلویر ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت تا زمانی که ضایعات واریسلا خشک شد، ادامه یافت و بیمار پس از یک هفته با دستور دارویی قرص سفیکسیم ۲۰۰ میلی‌گرم از راه خوراکی و با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید و در مراجعات بعدی به مدت سه هفته بیمار مشکل خاصی نداشت.

### بحث

واریسلا یک پاتوژن تقریباً شایع است و هر ساله ۳/۸ میلیون کودک در آمریکا به این عفونت مبتلا می‌شوند. عوارض واریسلا که منجر به بستری شدن در بیمارستان می‌شود، ۱۷۷ درصد هزار کودک مبتلا گزارش شده است (۵). شایعترین عفونت باکتریال ایجاد شده به دنبال آبله مرغان ابتلای پوست است که عفونت با GABHS\* شایعترین علت است (۵).

عوامل زمینه‌ساز برای باکتری می GABHS در کودکان عبارتند از: واریسلا، لوکمی و هر شرایطی که ضعف سیستم ایمنی ایجاد می‌کند. اخیراً اپیگلوتیت به علت GABHS گزارش شده است. قبل از واکسیناسیون برای هموفیلوس آنفولانزا نوع B ۸۰٪ اپیگلوتیت به علت هموفیلوس آنفولانزا نوع B بود و بعد از واکسیناسیون، اپیگلوتیت به علت این میکروب بسیار کاهش یافت (۲،۶).

اپیگلوتیت یک بیماری سریعاً پیشرونده است و کشت خون در ۷۹٪ موارد مثبت است (۲،۶).

علائم با دیسترس تنفسی و تب و بی‌قراری و ظاهر توکسیک، دیسفاژی و اדיنوفازی ظاهر می‌شود. بازکردن راه هوایی در بیش از ۷۵٪ موارد لازم است و در صورت مشکوک شدن به اپیگلوتیت، باید پزشکان ماهر بیهوشی و

\* Group A B-hemolytic Streptococcus (GABHS).

## منابع:

- 1- Slack CL, Allen GC, Morrison JE, Garren KC, Roback MG. Post-varicella epiglottitis and necrotizing fasciitis. *Pediatrics*. 2000; 105 (1): e13.
- 2- Duncan NO. Infections of the airway. In: Cummings. *Pediatric otolaryngology Head & Neck Surgery*. 3<sup>rd</sup> ed. USA: Geoff Green Wood; 1993. pp: 388-99.
- 3- Choo PW, Donahue JG, Manson JE, Platt R. The epidemiology of varicella and its complications. *J Infect Dis*. 1995; 172 (3): 706-12.
- 4- Aebi C, Ahmed A, Ramilo O. Bacterial complications of primary varicella in children. *Clin Infect Dis*. 1996; 23 (4): 698-705.
- 5- Belfer RA. Group A beta-hemolytic streptococcal epiglottitis as a complication of varicella infection. *Pediatr Emerg Care*. 1996; 12 (3): 203-4.
- 6- Cimolai N, Trombley C, Adderley RJ, Tredwell SJ. Invasive *Streptococcus pyogenes* infections in children. *Can J Public Health*. 1992; 83 (3): 230-3.
- 7- Vugia DJ, Peterson Gl. Invasive group A streptococcal infections in children with varicella in southern california. *Pediatr Infect Dis J*. 1996; 15 (2): 146-50.
- 8- Belfer M. GABHS Epiglottitis a complication of varicella in pediatric emerge care. *Public Health*. 1996; 12 (3): 203-204.

**Title:** A case report of Post-Varicella Epiglottitis

**Authors:** MR. Mofatteh, M. Ziyaefard, GH. Makhmalbaf, M. Nabaee

**Abstract**

Varicella is an acquired childhood disease and it is a mild and self-limited one, whose complications in older individuals can be life-threatening. These complications usually appear 3 to 4 days after the appearance of varicella exanths; including pain, recurrent fever >38.5 and toxic appearance. Airway complications of varicella are rare. Acute supraglottitis mostly involves 2 to 6 year old children. Its spread is extremely fast and air-way obstruction is due to cellulites of supraglottic structures. Airway examination in a patient with epiglottitis that is a rare complication of varicella infection must be done in controlled condition or in an operating room and by highly- skilled specialists (e.g. surgeons and anesthesiologists). The patient must be admitted to the intensive care unit and be treated with suitable and effective antibiotics and respiratory care. Otherwise, mortality rate will be high. We report a 21 year old patient with post-varicella epiglottitis. The patient after 5 days of exanthema, developed sore throat, stridor, dyspnea with sternal and intercostals retraction, tachypnea, fever and tachycardia. Sever epiglottitis was seen on nasopharyngoscopy in operation room. Therefore, emergency tracheostomy was done and post direct laryngoscopy epiglottitis was established and biopsy was performed. The patient admitted to the intensive care unit treated by broad spectrum antibiotic and discharged after a week with good general condition and a prescription.

**Key Words:** Varicella; Epiglottitis; Complications; Bacterial