

علایم بالینی و تغییرات مایع مغزی - نخاعی در بیماران مبتلا به منگوانسفالیت اوربونی

دکتر علی اکبر اسدی پویا^۱، دکتر هادی رضوانی^۲، دکتر مهدی اکبرزاده^۳

چکیده: شایع‌ترین عارضه اوربونی در دوران کودکی منگوانسفالیت است. هر چند معمولاً منگوانسفالیت اوربونی بیماری کشنده‌ای نیست و خود محدود شونده است ولی ممکن است اشکالات تشخیصی عمده‌ای ایجاد کند، بنابراین شناخت دقیق علایم بالینی و تغییرات مایع مغزی-نخاعی در این بیماری حائز اهمیت است. **روش کار:** در یک مطالعه مقطعی از ۸۰/۷/۱ تا ۸۲/۷/۱ کلیه بیمارانی که با علایم منگوانسفالیت به بیمارستان‌های نمازی و دستغیب شیراز مراجعه نموده‌اند و الزاماً در زمان تظاهر بیماری یا کمی قبل از آن پاروتیت داشته‌اند، وارد مطالعه شدند. به عبارتی چون امکان بررسی ویرولوژیک وجود نداشت، شرایط ورود به مطالعه: (۱) ابتلا به منگوانسفالیت (۲) ابتلا به پاروتیت (۳) منفی بودن رنگ‌آمیزی گرم (۴) منفی بودن کشت باکتریایی تعیین شد. **نتایج:** در مجموع ۷۱ بیمار تحت بررسی قرار گرفتند که ۸۳٪ آنها پسر و ۱۷٪ دختر بوده‌اند و نسبت جنسی بیماران برابر با ۴/۹ بود. میانگین سنی بیماران $8/9 \pm 3/6$ سال بود. شایع‌ترین علایم بالینی به ترتیب عبارت بودند از: سردرد، تب، استفراغ، بی‌اشتهایی، سفتی گردن، علامت برودزینسکی. در تجزیه مایع مغزی-نخاعی بطور متوسط ۴۹۴ سلول سفید دیده شد که 79 ± 21 درصد آن لنفوسیت و 21 ± 21 درصد سلولهای پلی‌مورف بوده‌اند. قند در حد 54 ± 13 میلی‌گرم در دسی‌لیتر و پروتئین 40 ± 38 میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود. در ۱۴٪ بیماران تعداد سلولهای سفید بیش از ۱۰۰۰ عدد در هر میلی‌لیتر بود، در ۱۳٪ آنها اکثریت سلولی با سلولهای پلی‌مورف و در ۱۵٪ موارد قند کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** در بیماری که به پاروتیت اوربونی مبتلا است اگر مجموعه علایم تب، ملایم، سردرد، استفراغ، بی‌اشتهایی و سفتی گردن مشاهده شود، باید قویاً به منگوانسفالیت ظنین بود ولی نبود علایمی مانند برودزینسکی، کرنینگ و تشنج منگوانسفالیت را رد نمی‌کند. در مواردی که بررسی مایع مغزی-نخاعی مؤید یافته‌های غیرمعمول باشد، تشخیص منگوانسفالیت اوربونی رد نخواهد شد. ولی در مواردی که قند کمتر از ۲۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا پروتئین بیشتر از ۲۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا تعداد سلولهای سفید بیش از ۱۵۰۰ عدد در هر میلی‌لیتر باشد و یا درصد سلولهای پلی‌مورف بیشتر از ۷۵٪ سلولهای سفید مایع مغزی-نخاعی را تشکیل می‌دهد، باید قویاً به تشخیص منگوانسفالیت اوربونی شک کرد. **واژگان کلیدی:** اوربونی، منگوانسفالیت، علایم، مایع مغزی-نخاعی

مقدمه

شایع‌ترین عارضه اوربونی در دوران کودکی منگوانسفالیت است. در بیش از ۶۵٪ بیماران مبتلا به پاروتیت اوربونی عفونت مخفی دستگاه اعصاب مرکزی گزارش شده ولی علایم بالینی فقط در بیش از ۱۰٪ این بیماران مشاهده شده است. میزان ابتلا در پسران سه تا پنج برابر میزان ابتلا در دختران است (۴ و ۳ و ۲).

منگوانسفالیت اوربونی از نظر بالینی از سایر موارد منگوانسفالیت غیرقابل تمایز است. سفتی گردن در حد متوسط شایع است و علایم تحریک مننژ در ۷۰٪ بیماران دیده می‌شود، ولی سایر معاینات نورولوژیک غالباً طبیعی هستند (۱). تب و استفراغ در ۹۰٪ بیماران، سردرد ۶۵٪ و تشنج در ۳۰٪ آنها گزارش شده است (۴). در منگوانسفالیت اوربونی بررسی مایع مغزی-نخاعی (CSF) بیانگر افزایش سلول غالباً به میزان کمتر از ۵۰۰ سلول در میلی‌لیتر است. هر چند در ۲۰٪ موارد ممکن است بیش از این میزان سلول دیده شود و حتی گاهی تا بیش از ۲۰۰۰ سلول در میلی‌لیتر هم گزارش شده است (۲ و ۱). در بررسی CSF، تقریباً همیشه سلولهای تک‌هسته‌ای غالب هستند و فقط در ۷-۳٪ موارد سلولهای پلی‌مورف (PMN) در اولین بررسی مایع مغزی-نخاعی غالب بوده‌اند (۵). میزان پروتئین مایع مغزی-

نخاعی در حد $50-200 \text{ mg/dl}$ است. میزان گلوکز این مایع هم معمولاً طبیعی است ولی در ۲۰-۲/۶ درصد موارد ممکن است گلوکز مایع مغزی-نخاعی به کمتر از 40 mg/dl برسد (۶ و ۱). هر چند معمولاً منگوانسفالیت اوربونی بیماری کشنده‌ای نیست و بیماری خوش‌خیم و خود محدود شونده‌ای است ولی ممکن است اشکالات تشخیصی عمده‌ای ایجاد کند (۵ و ۲). بنابراین شناخت دقیق علایم بالینی و تغییرات مغزی-نخاعی در این بیماری حائز اهمیت است.

روش انجام پژوهش

در یک مطالعه مقطعی از ۸۰/۷/۱ تا ۸۲/۷/۱ کلیه بیمارانی که با علایم منگوانسفالیت به بیمارستان‌های نمازی و دستغیب شیراز مراجعه نموده‌اند و الزاماً در زمان تظاهر بیماری یا کمی قبل از آن پاروتیت داشته‌اند، وارد مطالعه شدند. به عبارتی چون امکان بررسی ویرولوژیک وجود نداشت، شرایط ورود به مطالعه:

- (۱) ابتلا به منگوانسفالیت
- (۲) ابتلا به پاروتیت
- (۳) منفی بودن رنگ‌آمیزی گرم
- (۴) منفی بودن کشت باکتریایی تعیین شد.

در مورد کلیه بیماران اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، علایم و نشانه‌های بالینی بیمار ثبت شد. پس از انجام LP (Lumbar Puncture) مایع

^۱ - استادیار بیماریهای کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۲ - اینترن، دانشگاه علوم پزشکی شیراز