

گزارش مورد

گزارش ترومبوسیتوپنی در یک شیرخوار ۱۸ ماهه به دنبال دز دوم واکسیناسیون MMR

علی خاکشور^۱، بهروز بنیادی^{۲*}

^۱استادیار اطفال، بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۲استادیار تمام وقت بیماری های عفونی کودکان، بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
*نویسنده مسئول: بجنورد، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
پست الکترونیک: b.bonyadi1@gmail.com

وصول: ۹۰/۷/۱۳ اصلاح: ۹۱/۲/۲۷ پذیرش: ۹۱/۳/۱۸

چکیده

ITP عبارتست از یک بیماری که به واسطه عملکرد سیستم ایمنی، پلاکتها تخریب می گردند که عامل زمینه ساز آن در اغلب موارد عفونتهای شایع ویروسی - واکسن MMR و گاهی ناشناخته است.
گزارش مورد: یک مورد ترومبوسیتوپنی در یک شیرخوار ۱۸ ماهه بستری در بخش اطفال که ده روز پس از انجام دز دوم واکسیناسیون MMR روی داده است.

واژه های کلیدی: واکسن، ITP، MMR

مقدمه

سرخجه و اوریون بوده و از میکروبها به ندرت هلیکوباکتریلوری گزارش شده است.

گزارش مورد: بیمار شیرخوار ۱۸ ماهه که با علائم خونریزی نقطه ای و کبودی های پراکنده روی اندامها توسط والدین به بیمارستان آورده شده است، در معاینه اولیه علائم حیاتی ثابت، تب نداشته و نقاط پتشی پورپورای پراکنده در ناحیه سر و صورت و در ناحیه کام سخت به همراه نقاط اکیموتیک پراکنده هر دو اندام داشته ولی لنفادنوپاتی، هیاتواسپلنومگالی در بیمار یافت نشد.

در شرح حال تنها نکته مثبت تزریق واکسن MMR در ۱۰ روز قبل بوده و شرح حالی از سایر علائم عفونتهای ویروسی را در یک ماه اخیر ذکر نمی کردند.

بررسی های پاراکلینیک انجام شده شامل: عکس قفسه سینه که طبیعی گزارش شد.

سونوگرافی شکم: لنفادنوپاتی و یا ارگانومگالی گزارش نشد. همچنین بیمار تحت BMA قرار گرفت که یافته ای به نفع بدخیمی نداشت.

ITP در تعداد کمی از بچه ها که تخمین زده می شود، حدود ۱ در ۲۰۰۰۰ مورد، ۱-۱۴ هفته بعد از تماس با بیماریهای رایج ویروسی، به دلیل تولید اتو آنتی بادی علیه پلاکت، ایجاد می شود.

شرح حال وجود بیماری ویروسی در ۶۵-۵۰٪ موارد ITP کودکان یافت می شود. حداکثر شیوع سنی آن ۱-۴ سالگی می باشد. گرچه در اوایل شیرخوارگی تا بزرگسالی نیز گزارش شده است.

نسبت درگیری زن و مرد یکسان بوده و بیشتر در اواخر زمستان و اوایل بهار بعد از زمان حداکثر شیوع عفونتهای تنفسی ویروسی دیده می شود.

علت اینکه چرا در تعدادی از بچه ها این مسئله بروز می نماید، ناشناخته است. گرچه در فرم مزمن ITP، آنتی بادی علیه کمپلکس گلیکوپروتئینی $\alpha 11b_g - B_3$ و GPIb ساخته می شود.

از ویروسهایی که به طور شایع در همراهی با ITP دیده شده اند: EBV, HIV, HCV، سرخک، آبله مرغان،

در آزمایش خون اولیه:

WBC	11100	P33%	L59%	Mix7%
Hb	11/1			
Ht	34			
MCV	76			
PLT	8000			
PT	14			
PTT	42			
BT	8min			
LDH	258			
Coombs Test. (D, Ind)	Neg			
Urinalysis	NL			

بیمار با تشخیص اولیه ITP تحت درمان با IVIG به مدت ۲ روز قرار گرفت و در پایان درمان CBC مجدد به شرح زیر بود:

WBC	6900	P69%	L26%	Mix9%
Hb	10/4			
Ht	33			
aMCV	76/9			
PLT	108000			

با افزایش پلاکت ها علائم بالینی خونریزی نیز به تدریج برطرف گردید و با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث

امروزه برنامه واکسیناسیون MMR در کشور ما تغییر یافته است و در دو نوبت در سن ۱۲ ماهگی و ۱۸ ماهگی به صورت زیرجلدی تزریق می گردد. گرچه بروز ترومبوسیتوپنی به دنبال تزریق دز اول واکسن MMR بسیار نادر بوده و شیوع متفاوتی از یک در ۱۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰ مورد که به فاصله ۶۰-۷ روز بعد واکسیناسیون روی می دهد، ولی تاکنون به دنبال دز دوم آن گزارش های نادری داریم. (۲، ۳)

بیشترین خطر بروز ترومبوسیتوپنی در هفته ۲-۳ بعد واکسیناسیون می باشد. که سیر خونریزی اغلب خوش

خیم و خود محدود شونده، می باشد ولی به ندرت خونریزی های شدید نیز روی می دهد. شانس بروز ITP به دنبال ابتلا به فرم وحشی ویروسی سرخک و سرخجه بسیار بالاتر از واکسیناسیون است.

شانس بروز ترومبوسیتوپنی در افراد با سابقه ITP و یا کسانی که به دنبال دز اول واکسن MMR دچار این مشکل شده اند، بسیار بیشتر است.

در مجموع تزریق واکسن MMR در کسی که سابقه ITP دارد جزو موارد احتیاط محسوب می شود؛ ولی اگر کسی به دنبال تزریق واکسن دچار مشکل فوق شده است، جهت تزریق دز دوم باید سطح آنتی بادی ضد سرخک چک شده و اگر مناسب باشد، تزریق نگردد. (۳، ۴)

References

1. J. Paul Scott, Robert R. Montgomery, In Kliegmanm, Stanton.st , Geme ,Schor , Behrman, Editors Nelson Text Book Of Pediatrics Saunders Elsevier, 2011, Chapter 478.1 P1714-1718
2. Pickering L, Baker C, Kimberlin D, Long S :American Academy of Pediatrics, Measles. In: eds. Red Book: 2012-11-19 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk
3. Mantadakis E, Farmaki E, Buchanan GR, Thrombocytopenic purpura after measles-mumps-rubella vaccination: a systematic review of literature and guidance for management, J Pediatr. 2010;156(4):623-628.
4. Ipenelope H.Dennehy, JeniferL, Jaeger, Phyllis. T Losikoff, DavidL, Pugatch active immunization : Feigin RD, Demmler-Harrison GJ , Cherry JD, Kaplan SL, editors, Textbook of Pediatrics Infectious Diseases, Philadelphia: SAUNDERS: Elsevier; 2009. p. 3362-3364

Case Report

case report: Thrombocytopenia Following the second dose of MMR vaccine at 18 months of an infant

Khakshure A¹, Bonyadi B^{2}*

1 Assistant professor of pediatrics , imamreza Hospital, bojnurd, North khorasan University of Medical Sciences.

2 Assistant Professor of pediatric Infectious diseases , Imamreza Hospital , bojnurd, North Khorasan University of Medical Sciences.

***Corresponding** **Author:**
DrBehrooz bonyadi,
Department
of Medicine, imamreza
Hospital, bojnurd, Iran.
E-mail:
b.bonyadi1@gmail.com

Abstract

ITP ; a disease that result from immune system function that destroy platelete because of multiple predisposing factors include common viral infections - MMR vaccination and seldom idiopathic. in this report we present a 18 mo boy admitted in pediatric ward for thrombocytopenia with history MMR vaccinatin in 10days ago.

Keywords: Vaccine, ITP, MMR

Submitted:2012 Nov 29

Revised:2012 Dec 24

Accepted:2013 Mar 11