

یک مورد تجمع مایع در فضای جنب در هیپاتیت A

## گزارش یک مورد تجمع مایع در فضای جنب در پی ابتلا به هیپاتیت A

دکتر غلامرضا سلیمانی\*، دکتر محمدعلی مرادی\*\*

\* استادیار گروه کودکان، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی

\*\* دستیار کودکان، مرکز توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی  
تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۷/۸

### چکیده

عفونت هیپاتیت A فرم شایع هیپاتیت در سنین کودکی است و از بیماری‌های اندمیک کشور ما محسوب می‌شود. ویروس هیپاتیت A تنها به صورت هیپاتیت حاد و با علائمی نظیر بی‌اشتهایی، استفراغ، تب، زردی، احساس ناراحتی شکم و تیرگی ادرار بروز می‌کند. تجمع مایع در فضای جنب و شکم از جمله عوارض نادر و خوش‌خیم هیپاتیت A خصوصاً در کودکان می‌باشد، در این مقاله یک مورد نادر تجمع مایع در فضای جنب در بیمار مبتلا به هیپاتیت A معرفی شده است.

بیمار کودک ۲۸ ماهه‌ای بود که چهار روز قبل از مراجعه دچار علائم بی‌اشتهایی، استفراغ، تب، درد شکم، زردی و تیرگی رنگ ادرار شده و با تشخیص احتمالی هیپاتیت ویروسی در بخش کودکان بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب (ع) زاهدان بستری گردید. پس از بررسی‌های تکمیلی تشخیص هیپاتیت A برای وی گذاشته شد. در رادیوگرافی قفسه سینه و سونوگرافی شکمی تجمع دو طرفه مایع در فضای جنب و آسیت مشاهده گردید. بیمار بدون درمان دارویی و صرفاً با مایع درمانی وریدی بعد از یک هفته بهبود یافت و ترخیص گردید. ضمن پیگیری تجمع مایع در فضای جنب و آسیت به طور کامل برطرف شد. با توجه به نتایج به دست آمده باید تجمع مایع در فضای جنب را در هیپاتیت A به ویژه در کودکان مدنظر داشت. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۸، ص ۷۱ تا ۷۴)

**کلیدواژه‌ها:** ویروس هیپاتیت A، بی‌اشتهایی، زردی، پلورال افیوژن، آسیت

### مقدمه

موارد کمی از این تظاهر بیماری در دنیا گزارش شده است. تجمع مایع در پلور که مکانیسم دقیق آن مشخص نیست لزوماً با بیماری شدید همراه نیست بلکه به نظر می‌رسد بیشتر با التهاب عفونی کبد در ارتباط باشد.

### معرفی بیمار

بیمار دختر بچه‌ای ۲۸ ماهه بود که به علت زردی، احساس ناراحتی شکمی و استفراغ در زمستان سال ۱۳۸۵ در بخش اطفال بیمارستان آموزشی علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان بستری گردید. مشکل بیمار از ۴ روز قبل از بستری به صورت بی‌اشتهایی، استفراغ، آپاتی، تب و زردی پوست واسکلرا آغاز شده بود. در معاینه بالینی اولیه دمای بدن  $38^{\circ}\text{C}$  (زیر بغل)،

هیپاتیت ویروسی یکی از مسائل عمده بهداشتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد. از میان هیپاتیت‌های ویروسی، هیپاتیت A بیشتر در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود که میزان آلودگی به آن تا ۵ سالگی به حدود ۱۰۰ درصد می‌رسد.<sup>(۱)</sup> عفونت غالباً بی‌علامت و یا همراه با تظاهرات غیر اختصاصی خفیف است. شروع هیپاتیت A معمولاً ناگهانی و همراه با تظاهراتی نظیر تب، لرز، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی و احساس ناراحتی شکمی است. درمان اختصاصی برای آن وجود ندارد و در مجموع درمان آن حمایتی و شامل مایع درمانی وریدی در صورت نیاز می‌باشد.<sup>(۲)</sup> تجمع مایع در فضای پلور یکی از عوارض نادر و خوش‌خیم هیپاتیت A می‌باشد که

بدون دریافت درمان دارویی و تنها با مایع درمانی وریدی، طی یک هفته بهبود یافت. مایع فضای جنبی (طی پیگیری بیمار با گرافی قفسه سینه) و همچنین آسیت ظرف مدت سه هفته به طور کامل بر طرف گردید و آنزیم‌های کبدی به حد طبیعی بازگشته و کودک از نظر بالینی به طور کامل بهبود یافت.

### بحث

چندین عارضه خارج کبدی برای هپاتیت A گزارش شده که تجمع مایع در فضای پلور از عوارض نادر بخصوص در دوران کودکی است و معمولاً در اوایل بیماری اتفاق می افتد. در عفونت با هپاتیت A نکرودر سرتاسر کبد و به طور مشخص در مرکز لوبول‌ها رخ می‌دهد.<sup>(۳)</sup> غدد لنفاوی، طحال، مغز استخوان، روده باریک، پانکراس، قلب، کلیه ها، مفاصل، عروق، صفاق و پرده جنب نیز درگیر می شوند.<sup>(۴)</sup> تجمع مایع در فضای جنب و شکم جز عوارض نادر هپاتیت A هستند.<sup>(۵)</sup>

یک افزایش گذرا در فشار ورید پورت و عروق لنفاوی در نتیجه تحت فشار قرار گرفتن سینوزوئیدهای کبدی، می تواند بروز آسیت را توجیه کند.<sup>(۶)</sup> تا کنون ۱۰ مورد تجمع مایع در فضای جنب به دنبال عفونت حاد هپاتیت A گزارش شده که اولین مورد آن در سال ۱۹۷۱ بوده است.<sup>(۷)</sup> مکانیسم دقیق تجمع مایع در فضای پلور مشخص نیست، ولی به نظر می رسد بیشتر التهاب عفونی کبد در آن دخیل باشد، اگر چه دخالت کمپلکس ایمنی نیز به عنوان یکی از علل احتمالی، مطرح است.<sup>(۸)</sup> تجمع دو طرفه مایع در فضای جنب می تواند ثانویه به بروز آسیت و در نتیجه عبور مایع از طریق عروق لنفاوی دیافراگم و یا عبور مستقیم از خلال سوراخ های دیافراگم باشد. تجمع یک طرفه مایع در سمت راست می تواند ناشی از پاسخ موضعی به التهاب کبد باشد<sup>(۹)</sup> و ویروس هپاتیت A منجر به بیماری مزمن و حضور پایدار ویروس در خون نمی‌گردد.<sup>(۱۰)</sup> خوشبختانه این عارضه تمایل به بهبود خود بخودی دارد. ولی باید هپاتیت A در تشخیص افتراقی تجمع مایع در پلور در

ضربان قلب ۱۰۵ بار در دقیقه، فشار خون ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه و تعداد تنفس بیمار ۳۴ بار در دقیقه بود. زردی خفیف پوست و اسکلرا مشهود بود. قواعد هردو ریه در دق توپر و صداهاى تنفسی کاهش یافته بود. شکم بیمار متسع بود و در معاینه صدای ناشی از مایع آزاد شکمی با تغییر وضعیت تغییر می‌کرد (shifting dullness). کبد ۵ سانتی متر زیر لبه دنده ای در خط میانی ترقوه و با اندازه افزایش یافته لمس شد اما طحال قابل لمس نبود. سایر معاینات فیزیکی طبیعی بودند. نتیجه بررسی آزمایشگاهی در بدو بستری به قرار زیر بود:

گلوبول‌های سفید:  $14500/mm^3$  (نوتروفیل ۳۰٪، لنفوسیت ۵۵٪)، هموگلوبین: ۱۱/۱ gr/dl، بیلی‌روبین توتال: ۴/۸ mg/dl، بیلی‌روبین مستقیم: ۴/۱ mg/dl، اسپاراتات آمینو ترانسفراز (AST): ۱۹۳ U/L، آلانین آمینو ترانسفراز (ALT): ۴۹۴ U/L، BUN: ۷، آلکالین فسفاتاز: ۱۵۱۰ U/L، cr: ۰/۷، پروتئین توتال: ۵/۸ gr/dl، آلبومین: ۳/۵ gr/dl، زمان پروترومبین (PT): ۱۲ ثانیه و زمان نسبی پروترومبین (PTT): ۳۵ ثانیه

آنالیز ادرار از نظر بیلی‌روبین مثبت و از نظر پروتئین منفی بود. آنتی ژن سطحی ویروس هپاتیت B منفی، آنتی بادی Igm Anti-HBc منفی و آنتی بادی علیه هپاتیت C منفی و بررسی‌های سرولوژیک از نظر ویروس سایتومگال (CMV) و ویروس عامل منونوکلئوز عفونی (EBV) منفی بود. هم‌چنین بررسی‌های سرولوژیک از نظر تب مالت و حصبه و بررسی‌های آزمایشگاهی از نظر سل منفی بود. آنتی بادی از نوع Igm بر علیه ویروس هپاتیت A مثبت بود. کراتینین، اوره، الکتروولیت‌ها و سطح گلوکز خون طبیعی بودند. گرافی قفسه سینه تجمع دو طرفه مایع در فضای جنب و سونوگرافی شکم و قفسه سینه تجمع مایع در فضای شکمی و جنب را نشان داد که در بررسی انجام شده مایع پلور و آسیت ترانسوداتیو بودند.

بیماری تدریجاً با فروکش کردن تب و بهبود اشتها و استفراغ،

نویسندگان این مقاله از همکاران بخش اطفال بیمارستان  
علی ابن ایطالب (ع) زاهدان و از همکاران مرکز تحقیقات  
سلامت کودکان و نوجوانان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
تشکر و قدردانی می نمایند.

کودکان قرار گیرد.<sup>(۱۱)</sup> با عنایت به موارد یادشده اگرچه تجمع  
مایع در فضای جنب در هپاتیت A عارضه نادری است اما با توجه  
به شرایط منطقه و وضعیت اندمیک این بیماری در کشور ما این  
عارضه همیشه باید در مبتلایان به هپاتیت A به ویژه کودکان  
مدنظر قرار گیرد.

## سپاسگزاری

## References

1. Behrman RE. Nelson textbook of pediatrics. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia (USA): Saunders Publication; 2004:1325-7.
2. Ralph D, Feigin I. Textbook of Pediatric Infectious diseases. 5<sup>th</sup> Ed Philadelphia (USA): Saunders Publication; 2004:2062-80.
3. Howard T, Stanly L, editors. Viral hepatitis. 3<sup>rd</sup> ed. Blackwell Publication; 2005:79-88.
4. Simonian N, Janner D. Pleural Effusion, hepatitis and hemolytic anemia in a twelve-year old male child. J Pediatr Infect Dis 1998;17(2):173-7.
5. Dagan R, Yagupsty P, Barki Y. Acute ascites accompanying hepatitis a infection in a child. Infect J 1988;16(6):360-1.
6. Cohen HA, Amir J, Frydman M, et al. Infection with the Hepatitis A virus associated with ascites in children. Am J Child Dis 1992;146(9):1014-6.
7. Selimoğlu M, Ziraatçı O, Tan H and Ertekin Y. A rare complication of Hepatitis A: Pleural effusion. J Emerg Med 2005;28(2):229-30.
8. Vidya P, Kadam C. Hepatitis A: An unusual presentation. Indian pediat. 2003;40:910-1.
9. Emre A, Dincer Y, Hancer Y and Aksaray N. Pleural effusion associated with acute Hepatitis A infection. J Pediat Infect Dis 1999;18:1111-2.
10. Gurkan F. Ascites and pleural effusion accompanying Hepatitis A infection in a child. Clin Microbial Infect 2000;6:286-7.
11. Bukulmez A, Koken R, Melek H, et al. Pleural Effusion: a rare complication of Hepatitis A. Indian J Med Microbiol 2008;26(1):87-8.

## *A Rare Case of Pleural Effusion associated with Hepatitis A*

Soleimani Gholam Reza, MD\* ; Moradi Mohammad Ali, MD \*\*

Received: 5/Jan/2009

Accepted: 30/Sep/2009

*Hepatitis A is the most common form of hepatitis infection in children that it is considered to be one of endemic diseases in our country. Hepatitis A virus leads to acute hepatitis and manifests with symptoms such as anorexia, vomiting, fever, abdominal discomfort and dark urine. Pleural effusion and ascites are rare and benign complications following hepatitis A, especially in children; in this article, a rare case of pleural effusion in Hepatitis A was introduced.*

*A 28 month child was admitted to Ali ebn-e Abitaleb (a.s) hospital of Zahedan with symptoms of anorexia, vomiting, fever, abdominal pain, jaundice and dark urine from four days before admission. During hospital admission hepatitis A was diagnosed and chest radiograph showed bilateral fluid accumulation in pleural space. Ascites was also determined.*

*The disease resolved after one week of supportive care without any medical treatment and there was no evidence of pleural effusion and ascites in follow-up visits. The possibility of pleural effusion should be kept in mind in patients with hepatitis A.*

**KEY WORDS :** HAV, Hepatitis A virus, Anorexia, Jaundice, Pleural effusion, Ascites

\*Assistant Prof, Research Center for Children and Adolescent's Health, Dept of Pediatrics, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

\*\*Resident of Pediatrics, Research Center for Children and Adolescent's Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.