

داء المنطقة بدون اندفاعات جلدية

الدكتورة أميمة معروف*

ملخص

تمت دراسة حالة سريرية لمريضة راجعت الوحدة المهنية للأمراض الداخلية تشكو من آلام نصف - زنارية أسفل الصدر وأعلى البطن من الناحية اليمنى. أجريت دراسة مستفيضة للقلب والصدر والأحشاء البطنية والعمود الفقري الظهرى وكانت كلها سلبية. أزداد فيروس الحماق - النطاق في السائل الدماغي الشوكي كانت إيجابية، واستفادت المريضة جزئياً من المعالجة بالاسايكلوفير إلا أن الآلام لم تزل تماماً إلا بعد نحو ٨ أشهر.

* كلية الطب البشري - جامعة تشرين.

Zoster Sine Herpete

Oumayma Marouf*

Abstract

A study was Performed on a patient who was seen at the Internal Medicine Unit complainig of severe semi-belt-like pain at the right lower thorax and upper abdomen.

An extensive study including the heart, chest, abdominal viscerae and the thoracic spine was negative. Anlibodies to Varicella Zoster virus in CSF were positive and the patient improved partially on treatment with acyclovir. However, the pain did not resolve completely until about 8 months later.

*Fac. of Medicine - Techrine University.

المقدمة والدراسة النظرية

فيروس الحلاّ النطاقي Herpes Zoster V ينتمي إلى مجموعة الفيروسات الحلائية ومضيفه الوحيد هو الإنسان. يسبب هذا الفيروس الحماق ثم يتوضع في العقد العصبية للأعصاب القحفية والأعصاب الشوكية ويبقى كامناً لعشرات السنين ليعود فينشط مسبباً داء النطاق والألام العصبية التالية للنطاق Postherpetic neuralgia [7,6,1]. قد يكون هذا الفيروس سبباً لإصابات الجهاز العصبي المركزي في متقدمي العمر سواء كانوا جيدي أو ناقصي المناعة [7,6,1].

إن التقدم في علم الأحياء الجزيئي molecular biology أدى إلى معرفة أعمق لإمراضية هذا الفيروس، كما أن عزل فيروس النطاق من الأوعية الدموية وأنسجة أخرى بواسطة تفاعل سلسلة البوليميراز Polymerase Chain Reaction (PCR) قد أدى إلى توسيع المفهوم السريري للإصابات الحادة والمزمنة بما فيها الإصابات الكامنة.

تشمل الإصابات العصبية لفيروس النطاق: الكمون، الحلاّ النطاقي، الألام قبل النطاقية، الألام بعد النطاقية، التهاب النخاع الشوكي، التهاب الشرايين الكبيرة الجبيومي، والتهاب الأوعية الصغيرة الدماغية، وكلها قد تحدث دون الاندفاعات الجلدية المميزة للنطاق.

الكمون

وهي الحالة التي تتلو الإصابة بالحماق ويكون فيها الفيروس غير مُعدٍ عادةً إلا أنه قد ينشط عند تقدم عمر المريض أو عند إصابته بمرض ينقص المناعة، مع العلم أن آلية تحول الفيروس من الشكل الكامن إلى الشكل النشط غير معروفة.

كما ذكرنا يكمن الفيروس في العقد العصبية على طول المحور العصبي ولكن، بعكس فيروس الحلاّ البسيط، لا يمكن عزله بالزرع من العقد العصبية [7,1] إلا أنه قد أمكن التحقق من وجوده فيها بواسطة southern blot analysis والتهجين

الموضعي in situ hybridization و PCR.

في حالة الكمون يكون عدد DNA الفيروس في العقد العصبية قليلاً وخارج الكروموزوم الإنساني (أي غير مندمج فيه)، وقد يكون إما مدوراً أو متوضعاً على طرف الكروموزوم end-to-end.

أظهرت الدراسات العديدة أن الخلايا التي تحمل الفيروس الكامن هي الخلايا العصبية فقط دون غيرها. إلا أن كل هذا المجهود لم يؤد إلى تطبيق عملي في معالجة النطاق ومضاعفاته، ولذلك نحتاج إلى فهم أعمق لحالة الكمون وذلك للوقاية من هذه المضاعفات.

لقد أعطي اللقاح الحي المضعف لملايين الأطفال في العالم للوقاية من الحماق إلا أنه من غير المتوقع أن يمنع الحلاّ النطاقي ومضاعفاته، ولذلك يجب إيجاد وسيلة لزيادة المناعة في هؤلاء الأطفال عند تقدمهم في العمر [4,1].

المضاعفات في الجهاز العصبي المحيطي

الحلاّ النطاقي - Zoster

يحدث الحماق عادة في الربيع إلا أن داء النطاق يحدث في أي فصل من السنة. وإذا أصيب الطفل بالحماق قبل أن يبلغ عامه الأول فإنه قد يصاب بالنطاق قبل أن يبلغ الستين من العمر. في الأحوال العادية تزداد نسبة حدوث النطاق 8 إلى 10 مرات بعد عمر الستين [7,1]. أما تكرار حدوث النطاق في الأشخاص جيدي المناعة فهو أقل من 5 بالمئة.

يتميز النطاق بألم حاد شديد جذري مع اندفاعات جلدية. يرافق الألم الحكّة وعسرة الحس dysethesia. ففي المناطق المصابة من الجلد يكون الحس ناقصاً ومع ذلك فإن الجلد شديد الحساسية للمس allodynia. قد تصاب أي منطقة من المحور العصبي إلا أن منطقة الصدر أكثرها إصابة بتلّوها الوجه. تكون الإصابات الوجهية عادةً على سبر الفرع العيني للعصب مثلث التوائم، وكثيراً ما يحدث التهاب القرنية الذي قد يكون سبباً

لمدة ٧ أيام رغم أن هذه المعالجة قد لا تعطي النتائج المرجوة خاصة في المرضى جيدي المناعة الشباب (أقل من ٥٠ سنة من العمر). أما الإصابة العينية فيجب أن تعالج بمضادات الفيروسات لمدة ٧ أيام على الأقل [6,1].

الآلام بعد النطاقية Postherpetic neuralgia

إن أكثر مضاعفات النطاق حدوثاً هو الألم بعد النطاق وهو الألم الذي يستمر لأكثر من ستة أسابيع بعد تشكل الاندفاعات الجلدية. هذا الألم أكثر شيوعاً نوعاً ما في النساء منه في الرجال وعندما يزول الألم بعد النطاق فإنه لا ينكس. إن أهم ما يحدد حدوث الألم النطاقي هو العمر، فهذا الألم لا يحدث فيمن هم أقل من ٥٠ سنة من العمر، أما بعد الستين فإن أكثر من ٤٠% من مرضى النطاق سوف يعانون من هذه المضاعفة [7, 1].

وكما هي الحال في النطاق، فإن معالجة الألم بعد النطاق غير محددة. هذا الألم يسبب عذاباً شديداً وتغييراً في نمط حياة الكثير من العجائز الذين يصابون به [7,1]. وقد جُربَ أكثر من أربعين دواءً ومطهراً وعلاجاً جراحياً دون نجاح يذكر. وقد شملت هذه المعالجات الأسبرين والهرمونات والمخدرات والفيتامينات والغلوبولينات المناعية والمعالجة بالأشعة وحصار العصب أو استئصاله. في بعض المرضى قد يخف الألم أو يزول بالمعالجة بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كالاميتربنتلين والنورتربنتلين (٢٥ إلى ٧٥ مغ/اليوم) أو بمضادات الصرع: الكاربامازيبين (٤٠٠ إلى ١٢٠٠ مغ/اليوم) أو الفينيتوين (٣٠٠ إلى ٤٠٠ مغ/اليوم). كما استعمل gabapentin (٣٠٠ مغ ثلاث مرات يومياً) مع تحسن واضح [1].

بعض الأطباء يوصون بالمعالجة بالستيروئيدات لفترة قصيرة (مثلاً البردنيزولون ٤٠ إلى ٦٠ مغ/اليوم لمدة ٣ إلى ٥ أيام وأحياناً لمدة أطول) وذلك للإقلال من الالتهاب الذي يساعد على الشعور بالألم. وقد ساعد تطبيق مرهم الاسبرين مع الكلوروفورم في إزالة الألم في النطاق والألم

للعمى إذا لم يشخص ويعالج بسرعة، ويكون ذلك من طبيب مختص عينية.

إذا حدث النطاق في الفرعين الفكي العلوي والسفلي لمثلث التوائم فقد يسبب تنخر العظم وتساقط الأسنان. أما إذا أصاب العصب الوجهي فإن عضلات الوجه في الجهة نفسها تضعف محيطياً ويرافقها اندفاعات في الأذن الخارجية (متلازمة رامسي - هانت) أو الحنك الصلب. وترجع الضعف العضلي الوجهي بعد النطاق أقل اكتمالاً منه في شلل بل.

قد يرافق النطاق شلل عضلات العين ولا سيما المعصبة بالعصب الثالث أو التهاب العصب البصري أو كلاهما. الخزل في بقية الأعصاب القحفية السفلى أقل حدوثاً وقد يحدث بعد عدة أسابيع من الإصابة بالنطاق. ولما كانت كل الأعصاب القحفية مرواة من الدوران السباتي عبر فروع شريانية صغيرة تزوي مجموعات من ٢ إلى ٣ أعصاب قحفية فإن خذل العضلات في عدة قطاعات عصبية متجاورة تشير إلى تنخر في هذه الأعصاب سببها إصابة الشرايين الصغيرة [1].

أحياناً، يسبب النطاق الرقبي ضعف الطرف العلوي الموافق (الخذل النطاقي) وبشكل أقل شلل الحجاب الحاجز. أما النطاق القطني العجزي فقد يسبب ضعف الطرف السفلي الموافق وعسرة عمل المثانة والمستقيم [1].

ما يميز التشريح المرضي للنطاق هو التهاب وتموت العصبونات في العقد العصبية الموافقة لمنطقة الاندفاعات الجلدية [3,1, 7]. ويؤدي الالتهاب اللمفاوي الشديد للأعصاب وللأوعية الدموية الموافقة إلى تموت الجذور العصبية الحسية والحركية وقد ينتشر إلى المناطق المجاورة من النخاع الشوكي مسبباً إما التهاب سحايا موضعياً أو تنخراً مختلف الشدة في المادة الرمادية أو زوال النخاعين myelin [1].

يعالج النطاق بالمسكنات مثل الباراسيتامول مع الكودئين كل ٦ ساعات إذا لزم الأمر. كما يعطى الفامسيكلوفير (٥٠٠ مغ ٣ مرات يومياً) أو الاسايكلوفير الفموي (٨٠٠ مغ ٥ مرات يومياً)

بعد النطاق [1].

النخاع والتهاب الدماغ بفيروس النطاق [1].

سابقاً كان تشخيص التهاب النخاع النطاقي يعتمد على حدوثه مباشرة بعد حدوث الاندفاعات الجلدية. ولكن حالياً أصبح بالإمكان تشخيصه عبر عزل DNA الفيروس أو إظهار وجود أضداد الفيروس في السائل الدماغي الشوكي، ومن ثم فقد أمكن إظهار أن التهاب النخاع النطاقي الحاد أو حتى المعاد يمكن أن يحدث دون حدوث اندفاعات جلدية.

وهكذا فإن البحث الباكر عن DNA الفيروس أو أضداده في CSF ضروري للتشخيص خاصة وأن المعالجة الهجومية والمكثفة بالاسايكلوفير قد يؤدي إلى استجابة جيدة حتى لدى مرضى نقص المناعة المكتسبة AIDS [1].

التهاب الدماغ والتهاب الشرايين

ذكر قديماً في الأدب الطبي، حدوث التهاب أو اعتلال دماغ شديد وأحياناً مميت غير شائع يرافق الحمق أو النطاق لدى أشخاص جيدي المناعة. أما بعد الحمق في الأطفال فإن معظم حالات اعتلال الدماغ كانت نتيجة لمتلازمة راي أو لالتهاب ما حول الأوردة وزوال النخاعين (التهاب الدماغ والنخاع الشوكي encephalomyelitis الذي يحدث أيضاً بوصفه اختلاطاً لعدة أمراض طفحية في الطفولة).

إن الوسائل الحديثة في عزل الفيروس أكثر ما أفادتنا فيه هو فهم الآلية المرضية للتظاهرات العصبية المختلفة للنطاق. هذه الآلية هي قدرتنا على إيجاد الفيروس في الأوعية الدموية الكبيرة والصغيرة للجهاز العصبي. وقد تبين حالياً أن التهاب الدماغ النطاقي هو في الحقيقة اعتلال وعائي يصيب الأوعية الدموية الكبيرة والصغيرة. فأصابة الأوعية الكبيرة (التهاب الشرايين الجبومي) تكون لدى المرضى جيدي المناعة في حين يحدث التهاب الأوعية الصغيرة الدماغية دائماً تقريباً لدى المرضى ناقصي المناعة.

المضاعفات في الجهاز العصبي المركزي

بعد حدوث الحمق أو النطاق ومن ثم الكمون فإن عودة نشاط الفيروس لدى المرضى جيدي المناعة ولكن خاصة لدى المرضى ناقصي المناعة قد يؤدي أحياناً إلى انتشاره إلى النخاع الشوكي والدماغ [1, 7]. وكلما ازداد نقص المناعة كانت مضاعفات عودة النشاط أخطر، ودخول الفيروس إلى عمق الأنسجة أكبر، وعدد جزيئات الفيروس أكثر.

التهاب النخاع الشوكي Myelitis

في المرضى جيدي المناعة يحدث التهاب النخاع الشوكي عادةً بعد نحو أسبوع إلى أسبوعين من ظهور الاندفاعات الجلدية ويتظاهر سريرياً بخذل في الطرفين السفليين ومستوى حسي واضطراب عمل المصبرات [1, 7]. يكون السائل الدماغي الشوكي CSF إما طبيعياً أو فيه عدد قليل من الخلايا مع بروتين طبيعي أو مرتفع قليلاً. والتصوير بالمرنان المغناطيسي من نمط T2-weighted يظهر آفات كثيفة hyperintense مع توذم موضعي للنخاع الشوكي أحياناً. تتحسن حالة معظم المرضى إلا أنه قد يبقى بعض التشنج والضعف في الساقين. ولما كان معظم هؤلاء المرضى يعيشون فإن التشريح المرضي لهذه الآفات غير معروف ولا يمكن زرع الفيروس من السائل الدماغي الشوكي إلا أنه أمكن إظهار DNA الفيروس بال-PCR فيه.

أما في المرضى ناقصي المناعة فإن اعتلال النخاع الشوكي كثيراً ما يكون خفياً ومتربحاً وأحياناً يكون قاتلاً. وتصوير النخاع الشوكي بالمرنان يظهر آفات موضعة أو متعرجة عالية الكثافة. وبعد الوفاة يظهر التشريح المرضي التهاباً شديداً مع اجتياح فيروس النطاق لبرانشيم النخاع الشوكي. والمعالجة بالسنتيروئيدات القشرية بجرعة قليلة لفترة طويلة تهين المريض للإصابة بالتهاب

التهاب الدماغ بالأوعية الكبيرة (التهاب الشرايين الحبيبي)

يحدث التهاب الدماغ بالأوعية الكبيرة بعد عدة أسابيع إلى عدة أشهر من إصابة العصب مثلث التوائم في الجهة المقابلة للإصابة حيث يتميز بكونه بشكل نشبة stroke تسبب شللاً موضعياً. ومن الشائع حدوث الإصابات الإقفارية العابرة Transient Ischemic Attacks (TIA) والأعراض العقلية ونسبة الوفيات نحو ٢٥% [1].

يفحص السائل الدماغي الشوكي نجد في معظم المرضى زيادة عدد الكريات ومعظمها من وحيدات النوى، وشرائط قليلة النسيلة oligoclonal bands وزيادة IgG. أما تصوير الأوعية الظليل فيرينا تضيقات بؤرية وقطعية خاصة في الشريان الدماغي الأمامي والمتوسط وكذلك في السباتي الداخلي. وبالفحص بالمجهر نجد التهاب الشرايين ووجود خلايا عرطلة عديدة النواة ومستضدات فيروس النطاق واندخالات Cowdry A وجزئيات الفيروس. أما حديثاً فقد أمكن عزل DNA فيروس النطاق من الشرايين الكبيرة المصابة بواسطة PCR.

وطريق انتشار الفيروس إلى الشرايين داخل وخارج القحف تكون عبر الألياف العصبية الصادرة عن عقدة عصب مثلث التوائم والتي تغذي هذه الشرايين. ولما كانت هذه الإصابة غير شائعة فإن البحوث الموثقة عن طريقة المعالجة لم تجر. ولكن لما كان هناك اجتياح فيروسي للشرايين مع التهاب فإنه ينصح بإعطاء الاسايكلوفير عن طريق الوريد (١٠-١٥ مغ لكل كغ من وزن الجسم ٣ مرات يومياً لمدة ٧ إلى ١٠ أيام) وذلك لقتل الفيروس الموجود، كما ينصح بإعطاء الستيروئيدات لفترة قصيرة (٦٠-٨٠ مغ من البريدنيزون في اليوم لمدة ٣-٥ أيام) وذلك لخاصيتها المضادة للتهاب [1].

التهاب الأوعية الصغيرة الدماغية

مع الزيادة الحالية للمرضى ناقصي المناعة بسبب AIDS أو زرع الأعضاء أو السرطان، فإن التهاب الأوعية الصغيرة الدماغية أصبح أكثر مضاعفات الحلا النطاقي التي تصيب الجهاز العصبي المركزي شيوياً [1,2,7]. والمرضى النموذجي يكون قد أصيب بالنطاق منذ عدة أسابيع إلى عدة أشهر أو قد يكون لديه نطاق ناكس، ويتلو ذلك التهاب دماغ مزمناً مترقياً. كما أن إصابة الأوعية الصغيرة دون حدوث اندفاعات سابقة أكثر شيوياً من إصابة الأوعية الكبيرة والوفاة شائعة جداً.

التظاهرات السريرية تشمل الصداع، الترفع الحروري، الإقياء، التغيرات العقلية، التشنجات، والعلامات البؤرية. ويظهر مرنان الدماغ، عدة بؤر صغيرة وكبيرة من التنخر أو النزف (وكثيراً ما يكون الاثنان معاً) في المادة الرمادية والبيضاء للقشر وما تحت القشر الدماغي، وكثيراً ما تغلب الآفات العميقة في المادة البيضاء. أما السائل الدماغي الشوكي فيبيد عادةً ازدياد عدد وحيدات النوى، مستوى بروتين طبيعياً أو مرتفعاً ومستوى طبيعياً للغلوكوز. والتشخيص يكون صعباً بشكل خاص عند عدم وجود اندفاعات جلدية سابقة. ولما كان المرض غير شائع وخطيراً في الوقت نفسه فإنه لم تجر بحوث موثقة للعلاج. وينصح بإعطاء الاسايكلوفير (١٥-٣٠ مغ/كغ من وزن الجسم في اليوم) لمدة ١٠ أيام أو لمدة أطول في المرضى ذوي نقص المناعة الشديد [1].

التهاب البطينات والتهاب السحايا

وجدت تظاهرات غير عادية لالتهاب الدماغ في مرضى ناقصي المناعة تبنت بدمج السحايا أو البطانة العصبية ependyma، وتظاهرت سريرياً برنح واستسقاء دماغ وآفات كثيفة حول البطينات الدماغية في بعض المرضى. وقد وجد بالتشريح المرضى بعد الوفاة التهاب بطينات نخري مع اجتياح انتقائي للبطانة العصبية لفيروس الملأ النطاقي. حالات أخرى تظاهرت بشكل التهاب سحايا ودماغ لدى مرضى AIDS وكان

الإيجابية في المصل، في حين لم تتغير أضرار فيروسات إنسانية أخرى. كذلك فإن بعض حالات شلل بل عزيت إلى النطاق دون اندفاعات على أساس التحول المصلي ولكن التشخيص لم يؤكد بنفي فيروسات الحلأ الأخرى.

أما أشد حالات إصابات النطاق للجهاز العصبي المركزي دون اندفاعات فقد وصفت لدى مريض ناقص المناعة حدث لديه التهاب سحايا وجذور عصبية meningoradiculitis، وقد مات المريض بعد 3 أسابيع من الإصابة العصبية.

تشخيص الإصابات العصبية النطاقية المنشأ

إن تحليل PCR و الأضداد في CSF لتأكيد دور فيروس النطاق في إحداث الأشكال السريرية العديدة والمتنوعة التي تصيب الجهاز العصبي المركزي والمحيطي، متوافرة بشكل واسع ويجب أن تستعمل خاصة لوجود علاج فعال لها. في الحالات المناسبة (أي في إصابات النخاع الشوكي الحادة، وتحت الحادة، أو التهاب الدماغ المترقي الحاد أو المزمن، أو الألم الجذري المزمن مع أو دون اندفاعات)، فإن وجود DNA الحلأ النطاقي أو أضراده في CSF يشكل دليلاً قوياً على الخمج. كما يمكن الاكتفاء بوجود أضرار الحلأ النطاقي في CSF دون عزل DNA بالـ PCR لتأكيد تشخيص نطاق الجهاز العصبي [1]. أما وجود أضرار النطاق في المصل فليست لها قيمة تشخيصية لأن وجودها يستمر في المصل في كل البالغين تقريباً [1].

وبعكس الالتهابات الدماغية الفيروسية الأخرى حيث يمكن فيها عزل الفيروس باكراً من CSF وتظهر فيها الأضداد بعد عدة أيام إلى عدة أسابيع، فإن خمج الجهاز العصبي بالنطاق كثيراً ما يكون طويل الأمد، خاصة لدى ناقصي المناعة [1]. أما عزل DNA النطاق من CSF الأطفال المصابين بالتهاب المخيخ التالي للحماق فهو مهم جداً، لأن الرنج المخيخي بعد الحماق، والذي كان يعزاً سابقاً إلى إصابة مناعية، يمكن أن يكون سببه خمجاً

فيها CSF عالي المحتوى من البروتين (مقدراً بالغرامات) ومن الخلايا (مقدراً بالآلاف)، أما المرنان فقد أظهر أفات سحائية كثيفة والدراسة النسيجية أظهرت وجود التهاب أوعية سحائي نخري ومعظم التظاهرات السريرية في هؤلاء المرضى كانت تعزاً إما لإصابة الدماغ أو للنخاع الشوكي [1].

النطاق دون اندفاعات حثية

يعرف النطاق دون اندفاعات حالياً بأنه ألم يتوزع في قطاع جلدي قطعي dermatome دون اندفاعات سابقة.

لا يمكن تحديد نسبة حدوث النطاقي دون اندفاعات حتى تدرس حالات كثيرة للألم جذرية طويلة الأمد، ويجب أن يشمل التحليل كلا من PCR لعزل فيروس الحلأ النطاقي من الخلايا وحيدة النواة في CSF والدم وإظهار أضرار النطاق في CSF [1].

الألام العصبية قبل النطاق

إن حدوث التهاب العقد العصبية دون اندفاعات يؤكد حدوث ألم عصبية جذرية تسبق ظهور الاندفاعات وتسمى بالألام العصبية قبل النطاق. هذا ونحتاج لدراسات أكثر حتى نتحقق من أن العلاقة الظاهرة للألم قبل النطاقي مع المعالجة بالستيروئيدات وتطوره إلى مضاعفات خطيرة ذات قيمة إحصائية [1].

أخمج فيروس النطاق الأخرى دون اندفاعات

أمكن التحقق من حدوث التهاب السحايا العقيم النطاقي والتهاب السحايا والدماغ النطاقي دون اندفاعات بواسطة إظهار وجود أضرار النطاق المصنعة في الجهاز العصبي المركزي. وهناك حالتان من التهاب الأعصاب القحفية العديد النطاقي لدى مريضين جيدي المناعة ظاهرياً أمكن التحقق منهما بواسطة تحول أضرار النطاق إلى

توجد آفات أخرى، فحص الرقبة طبيعي، فحص القلب طبيعي، فحص الصدر طبيعي، فحص البطن: منتفخ دون تبارز السرة، لا يوجد اندفاعات جلدية، إيلام شديد بالجزء السطحي على طول منطقة العصب الصدري التاسع والعاشر من الظهر وحتى البطن، لا توجد ضخامات حشوية مجسوسة، الزاوية الضلعية الفقرية غير مؤلمة، فحص الجهاز الحركي ضمن الحدود الطبيعية بما في ذلك الشرايين المحيطية التي كانت مجسوسة بشكل جيد، الفحص العصبي طبيعي عدا المنطقة المذكورة آنفاً. وبالتحديد لا يوجد أي ضعف عضلي كما أنه لم توجد أي تغيرات حسية تشير إلى إصابة عصبية سكرية المنشأ.

أجري للمريضة الاستقصاءات الآتية:

- تعداد وصيغة، خضاب وهيماتوكريت، صفحات: طبيعي
- السكر على الريق ١٥٢ مغ/دسليتر وبعد الطعام بساعتين ١٤٠ مغ/دسليتر، البول ٤١ مغ/دسليتر، الكرياتين ٠,٨ مغ/دسليتر، SGOT ١٦,٣ وحدة/ليتر، SGPT ١٢,٤ وحدة/ليتر LDH ٢٣٢ وحدة/ليتر، الفوسفاتاز القلبية ١٦,٦ وحدة/ليتر (الطبيعي ٣-١٣) البروتينات الكلية ٦,٧ غ/دسليتر، الألبومين ٣,٨ غ/دسليتر، زمن البروترومبين ١٣ ثا (الشاهد ١٣ ثا)، الأميلاز ٣٢٥ وحدة/ليتر (الطبيعي ٨٠-٣٦٠)، سرعة التثقل ٦ مم/ساعة، فحص البول والراسب ضمن الحدود الطبيعية.
- صورة صدر خلفية أمامية وجانبية اليمنى: القلب على الحد الأعلى للطبيعي، تكلس في قوس الأبهر، ترقق عظام دون كسور أو بؤر انحلالية.
- تخطيط كهربائية القلب: انقلاب موجة T في V_6 و V_5 .
- أمواج فوق صوتية للبطن والحوض: ضخامة كبدية خفيفة متجانسة عالية الصدى تتماشى مع تشحم كبد.

فيروسياً للمخ.

أخيراً، فإن هناك آفات متنوعة تصيب الجهاز العصبي المركزي والمحيطي يسببها فيروس الحلا النطاقي. وقد ساعدتنا التقانات الحديثة على فهم أعمق لحالة الكمون وعلى تحديد المدى الحقيقي للإصابات العصبية والتي تعكس الأنواع العديدة من الخلايا التي يمكن للفيروس أن يصيبها [1].

عرض الحالة السريرية

◀ السيدة غ. ح ، ٧٠ سنة

راجعت المريضة الوحدة المهنية للأمراض الداخلية بتاريخ ١٩٩٩/٥/٢٧ تشكو من ألم شديد ينتشر من منطقة الظهر حتى منتصف البطن من الناحية اليمنى منذ ٢٠ يوماً. الألم شديد، حارق حتى أن ملامسة الألبسة له تسبب ألماً لا يحتمل وقد فكرت المريضة عدة مرات بالانتحار للتخلص من الألم، رافق الشكاية إمساك شديد ونفخة بطنية إلا أنه لم يكن هناك تغوط مدمى أو إقياء ولا علاقة للألم بالطعام أو بنوعيته. كما لا يوجد ألم خلف القص أو خفقان أو زلة تنفسية أو سعال أو أي أعراض بولية أو تناسلية.

راجعت المريضة عدة أطباء وأعطيت كما هائلاً من الأدوية شملت المسكنات المحيطية والمركزية ومضادات التشنج والأدوية المعدية والمسهلات والاميتريبتلين دون جدوى.

في سوابق المريضة قصة صرع كبير مسيطر عليه بالفينيتوين، وسكري منذ ١٥ سنة معالج حالياً بالأنسولين مع ضبط جيد ودون مضاعفات تذكر، وساد في العين اليمنى وقصة حلاً نطاقي على أعلى الصدر الأيسر منذ نحو 10 سنوات

■ بالفحص :

الضغط ١٣٠/٩٠ مم ز، النبض ٨٥/د، الحرارة ٣٦,٥ م
فحص الرأس بيدي ساداً في العين اليمنى مع دماغ، وبيدي جوف الفم نقصاً في الأسنان ولكن لا

أيام) هذه المعالجة تفيد عادة إذا طبقت في اليومين أو الثلاثة الأولى لبدء الإصابة) مع تحسن بسيط في شدة الألم، وبسبب استمرارية الألم طبق أيضاً حصار الجذور العصبية بالليدوكائين والمراهم الجلدية المخففة للألم؛ وكانت كلها دون جدوى حتى زال الألم تلقائياً بعد نحو 8 أشهر ولم يعاودها بعد ذلك.

مناقشة الحالة

إن وجود الألم النطاقي الوصفي ولو دون اندفاعات لدى هذه المريضة المسنة والمضعفة مناعياً بسبب الداء السكري (رغم أن عدد الكريات البيض كان طبيعياً إلا أنه من المعروف أن عمل هذه الكريات يكون غير طبيعي) مع سلبية الفحص السريري والاستقصاءات جعلنا نفكر بكون هذه الحالة هي من الحالات النادرة لنطاق دون اندفاعات حلثية Zoster Sine Herpete، وقد تأكد التشخيص بـإيجابية أضداد النطاق في السائل الدماغي الشوكي ورغم أن المعالجة بالاسايكلوفير والبردينزون لم تكن مرضية (كما كان متوقفاً لتأخر المريضة في المراجعة) إلا أن هذا لاينفي التشخيص [5,1]، أما زوال الألم بعد عدة أشهر فإنه يدعم التشخيص وينفي كل الأفات العصبية العضوية الأخرى غير النطاقي.

- التنظير الهضمي العلوي: ضمن الحدود الطبيعية.
- صورة ظليلة للكولونات: ضمن الحدود الطبيعية.
- صورة ظليلة للأمعاء الدقيقة: ضمن الحدود الطبيعية.
- تصوير طبقي محوري للعمود الظهرى من الفترة الظهرية السابعة وحتى الحادية عشرة : ترقق عظام دون وجود بؤر انحلالية أو آفة ضاغطة على الجذور العصبية.
- أجري للمريضة بذل قطني وكانت نتائج تحليل السائل الدماغي الشوكي كما يأتي:
- السكر ٦٠ مغ/دسلتر.
- البروتين ٤٥ مغ/دسلتر.
- الخلايا ٥ خلايا كلها لمفاوية.

وبناءً على هذه النتائج وعلى الصورة السريرية فقد أجري للمريضة أضداد IgG و IgM الخاصة بفيروس الحماق - النطاق في السائل الدماغي الشوكي وكانت إيجابية (بطريقة ELISA) ورغم أن المريضة راجعتني بعد مدة طويلة من بداية الألم فقد عولجت بالاسايكلوفير الفموي (٨٠٠ مغ ٥ مرات يومياً لمدة ٧ أيام والبردينزون ٤٠ مغ يومياً لمدة ٣

المصادر

- 1- Gilden, D.H. ET AL. Neurologic Complications Of The Reactivation Of Varicella Zoster Virus. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 342, No 9 pp. 635-645, 2000.
- 2- Case Record of the Massachusetts General Hospital. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 335, No 21 pp. 1587-1595, 1996.
- 3- Southern, P. & Oldstone, M.B.A. Medical Consequences of Persistent Viral Infection. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 314, No 6 pp. 359-367, 1986.
- 4- Hardy , I. et al . The Incidence of Zoster after Immunization With Live Attenuated Varicella Vaccine. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 325, No 22 pp. 1545-1550, 1991.
- 5- Wood, M. I. et al. A randomized Trial of Acyclovir for 7 Days or 21 Days with and without Prednisolone for Treatment of Acute Herpes Zoster. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 330, No 13 pp. 896-900, 1994.
- 6- Hirsch, M.S. & Schooley, R.T. Treatment of Herpesvirus Infection. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 309, No 16 pp. 963-969 & No 17 pp 1034-1039, 1983.
- 7- Weller, T.H. Varicella and Herpes Zoster, Changing Concepts of the Natural History, Control, and Importance of a Not-So-Benign Virus. The New England Journal of Medicine U.S.A Vol 309, No 22 pp. 1362-1368 & No 23 pp 1434-1440, 1983.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠٠/١١/٢٢.
تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠١/٦/١٢.