

Prevalence of COVID-19 in Children with Kawasaki Disease: A Cross-Sectional Study

Mahdi Shahriari¹,
 Mohammad Ali Jafari²,
 Ali Hosseininasab³,
 Saeedeh Parvaresh⁴,
 Maryam Ahmadipour⁵,
 Reza Sinaei⁶,
 Azam Dehghani⁷,
 Fatemeh Karami Robati⁸,
 Maedeh Jafari⁹

¹ General Practitioner, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

² PhD, Department of Veterinary Basic Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Infectious and Tropical Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Endocrinology and Metabolism Research Center, Institute of Basic and Clinical Physiology Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁷ MSc in Biostatistics, Gastroenterology and Hepatology Research Center, Institute of Basic and Clinical Physiology Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁸ PhD Student in Medical Library and Information Sciences, Clinical Research Development Unit, Afzalipour Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁹ Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Research Center for Hydatid Disease in Iran, Afzalipour Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

(Received February 16, 2025; Accepted February 16, 2026)

Abstract

Background and purpose: Kawasaki disease is the most common form of vasculitis in children, affecting medium- and small-sized vessels and often involving the coronary arteries. This study aimed to investigate the frequency of COVID-19 in children with Kawasaki disease.

Materials and methods: This descriptive cross-sectional study was conducted at Afzalipour Hospital in Kerman, Iran, between 2020 and 2021. All patients diagnosed with Kawasaki disease were included using a non-probability convenience sampling method. Patients were divided into two groups: COVID-19-positive and COVID-19-negative. The variables of interest were then compared between the two groups. Data were recorded in a standardised data collection form and subsequently analyzed. Descriptive and inferential statistical methods were applied using SPSS.

Results: A total of 201 children diagnosed with Kawasaki disease were included in the study. The mean age of the children was 32.82 ± 3.05 months. The mean C-reactive protein (CRP) level was 31.06 ± 3.10 mg/L, and the mean erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 50.55 ± 3.37 mm/h. Boys constituted the majority of cases (53.7%); although the disease was more prevalent in boys, the difference was not statistically significant ($P = 0.82$). Overall, 21.9% of children with Kawasaki disease were polymerase chain reaction (PCR)-positive for COVID-19. More than 76% of the children (76.1%) had a strawberry tongue, 63.2% had conjunctivitis, and 46.3% presented with a maculopapular rash. The mean age of children with PCR-positive Kawasaki disease (35.10 ± 2.54 months) was significantly higher than that of children with PCR-negative Kawasaki disease (25.59 ± 3.03 months) ($P = 0.01$).

Conclusion: The findings of this study showed that 21.9% of children with Kawasaki disease during the COVID-19 pandemic had a positive PCR test and presented with clinical manifestations such as strawberry tongue, conjunctivitis, and maculopapular rash. However, the potential association between SARS-CoV-2 infection and Kawasaki disease warrants further investigation in paediatric populations.

Keywords: Kawasaki, Covid-19, PCR

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 35 (254): 89-95 (Persian).

Corresponding Author: Maedeh Jafari - Department of Pediatrics, School of Medicine, Research Center for Hydatid Disease in Iran, Afzalipour Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (E-mail: mjafari@kmu.ac.ir)

شیوع کووید-۱۹ در کودکان مبتلا به کاوازاکی: یک مطالعه مقطعی

مهدی شهریاری^۱
محمدعلی جعفری^۲
علی حسینی نسب^۳
سعیده پرورش^۴
مریم احمدی پور^۵
رضا سینایی^۶
اعظم دهقانی^۷
فاطمه کرمی رباطی^۸
مائده جعفری^۹

چکیده

سابقه و هدف: بیماری کاوازاکی شایع ترین شکل واسکولیت (التهاب رگ)، در کودکان است که عروق با اندازه متوسط و کوچک را درگیر می کند و تمایل به درگیری عروق کرونر دارد. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی کووید-۱۹ در کودکان مبتلا به کاوازاکی، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر، در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ در بیمارستان افضل پور کرمان انجام شد. همه بیماران مبتلا به کاوازاکی از طریق نمونه گیری غیر احتمالی و آسان وارد مطالعه شدند. بیماران به ۲ گروه کووید-۱۹ مثبت و منفی تقسیم شدند. سپس متغیرهای مورد نظر در دو گروه، بررسی شدند. اطلاعات در فرم جمع آوری داده ها ثبت شدند و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از روش های آمار توصیفی، تحلیلی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته ها: ۲۰۱ کودک با تشخیص بیماری کاوازاکی، بررسی شدند. میانگین سن کودکان، $32/82 \pm 3/05$ ماه، میانگین CRP، $31/06 \pm 3/10$ mg/L و میانگین ESR، $50/55 \pm 3/37$ mm/h بود. بیشترین تعداد کودکان، پسر بودند (این بیماری در پسران شایع تر بود اما تفاوت معنی دار نبود) (۵۳/۷ درصد) ($P=0/82$). ۲۱/۹ درصد کودکان مبتلا به کاوازاکی، PCR مثبت بودند. بیش از ۷۶ درصد کودکان (۷۶/۱ درصد)، زبان توت فرنگی، ۶۳/۲ درصد کنژکتیویت (التهاب ملتحمه) و ۴۶/۳ درصد آن ها راش ماکولوپاپولر داشتند. میانگین سن کودکان مبتلا به کاوازاکی با PCR مثبت ($35/10 \pm 2/54$ ماه) بیش تر از میانگین سن کودکان مبتلا به کاوازاکی با PCR منفی ($25/59 \pm 3/03$ ماه) ($P=0/01$).

استنتاج: نتایج مطالعه نشان داد ۲۱/۹ درصد کودکان مبتلا به کاوازاکی در طول همه گیری کووید-۱۹، PCR مثبت داشتند و تظاهراتی مانند زبان توت فرنگی، کنژکتیویت و راش ماکولوپاپولر نشان دادند. به هر حال، ارتباط بین SARS-CoV-2 و بیماری کاوازاکی باید بیش تر در کودکان مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: کاوازاکی، کووید-۱۹، PCR

مؤلف مسئول: مائده جعفری - کرمان: بیمارستان افضل پور، مرکز تحقیقات بیماری هیداتید، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. E-mail: mjafari@kmu.ac.ir

۱. دکتری عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۲. دکتری دامپزشکی، گروه علوم پایه دامپزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 ۳. دانشیار بیماری های عفونی کودکان، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۴. استادیار بیماری های کلیه (کودکان)، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۵. دانشیار قلب کودکان، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۶. استادیار روماتولوژی کودکان، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۷. کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده فیزیولوژی بالینی و پایه، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۸. دانشجوی دکتری کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان افضل پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۹. استادیار بیماری های عفونی کودکان، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، بیمارستان افضل پور، مرکز تحقیقات بیماری هیداتید، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

مقدمه

در اواخر سال ۲۰۱۹، سندرم حاد تنفسی ویروس کرونا ۲ (SARS-CoV-2) باعث عفونت بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) شد که در مدت کوتاهی به یک عفونت همه گیر تبدیل شد. SARS-CoV-2 باعث بیماری تنفسی با مجموعه گسترده ای از بیماری های بدون علامت یا خفیف تا شدید می شود (۱). در کودکان، به نظر می رسد درگیری تنفسی، سیر خوش خیم تری دارد (۲). به هر حال، به نظر می رسد دستگاه تنفسی تنها سیستمی نیست که در معرض عفونت SARS-CoV-2 قرار دارد (۳). اخیراً، به دنبال همه گیری SARS-CoV-2، مواردی از بیماری شبه کاوازاکی (Kawasaki-like disease) و مواردی از سندرم التهابی چند سیستمی (MIS-C) مرتبط با کووید-۱۹ در کودکان گزارش شده است (۴). بیماری کاوازاکی (Kawasaki Disease) شایع ترین شکل واسکولیت در کودکان است که اغلب کودکان زیر ۵ سال را مبتلا می کند. این بیماری، شروع حاد سیستمیک واسکولیت (Vasculitis) است که عروق با اندازه متوسط و کوچک را درگیر می کند و تمایل به عروق کرونر دارد (۵). علت بیماری کاوازاکی، نامعلوم است هرچند به نظر می رسد که یک عامل عفونی منشاء این اتفاق باشد. افزایش حساسیت و یا اختلال در پاسخ ایمنی که احیاناً توسط یک عامل عفونی (ویروس یا باکتری مشخص) به راه افتاده است، باعث شروع فرایند التهابی می شود که به ایجاد التهاب و آسیب عروق خونی در افرادی که استعداد ژنتیکی نسبت به این بیماری را داشته باشند منجر می گردد. تظاهرات قلبی شامل آنوریسم کرونری، اتساع ریشه آئورت، میوکاردیت و به ندرت شوک قلبی در کاوازاکی دیده می شود. کاوازاکی، همچنین، به عنوان شایع ترین علت بیماری قلبی اکتسابی در کودکان در کشورهای توسعه یافته در نظر گرفته می شود (۶).

در مرحله حاد بیماری، بیماران مبتلا به کاوازاکی ممکن است ناپایداری همدینامیک داشته باشند،

وضعیتی که به عنوان سندرم شوک بیماری کاوازاکی (Kawasaki disease shock syndrome) شناخته می شود (۷). سایر بیماران مبتلا به کاوازاکی ممکن است معیارهای سندرم فعال سازی ماکروفاژ (Macrophage activation syndrome) را که شبیه به لنفو هیستوسیتوز هموفاگوسیتیک ثانویه است، را برآورده کنند (۸). علت بیماری کاوازاکی ناشناخته است؛ به هر حال، شواهد قبلی نشان می دهد که یک عامل عفونی باعث ایجاد بیماری می شود (۹).

نتایج مطالعه ای در ایتالیا نشان داد اپیدمی SARS-CoV-2 باعث افزایش بروز بیماری شبه کاوازاکی شده است (۱۰). در مطالعه دیگری، بروز همزمان کووید-۱۹ و بیماری شبه کاوازاکی در یک نوزاد شش ماهه گزارش شد (۱۱). در مطالعه Hosseini و همکاران نیز یک مورد از ابتلا به بیماری شبه کاوازاکی مرتبط با عفونت کووید-۱۹ گزارش شد (۱۲).

افزایش بروز بیماری کاوازاکی و همچنین، بروز تغییرات آنتی بیک در فرم های جدید این بیماری با ظهور کووید-۱۹ باعث شد مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی کووید-۱۹ در کودکان مبتلا به کاوازاکی انجام شود.

مواد و روش ها

طراحی مطالعه و شرکت کنندگان

مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر، در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ در بیمارستان افضلی پور کرمان، با کد اخلاق به شماره IR.KMU.AH.REC.1400.290 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی، انجام شد.

همه بیماران مبتلا به کاوازاکی از طریق نمونه گیری غیر احتمالی و آسان وارد مطالعه شدند. تشخیص بیماری کاوازاکی بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن قلب آمریکا توسط گروهی از اساتید گروه اطفال انجام شد. معیارهای تشخیصی انجمن عبارت بودند از تب برای

حداقل پنج روز همراه با حداقل ۴ مورد از ویژگی های بالینی که در زیر بیان شده است (۱۳).

۱. اریتم و ترک لب، زبان توت فرنگی و اریتم دهان و حلق مخاط

۲. قرمزی دو طرفه ملتحمه بدون آگزودا

۳. راش ماکولوپاپولار

۴. اریتم یا پوسته پوسته شدن کف دست ها و پاها

۵. لنفادنوپاتی گردنی (قطر $\leq 1/5$ سانتی متر)

معیار ورود به مطالعه، بیماران مبتلا به کاوازاکی

بستری شده طی پاندمی کووید-۱۹ در بخش یا ICU

کودکان بیمارستان افضلی پور بود که تست PCR

(Polymerase chain reaction) به وسیله سوآب از

نازوفارنکس انجام شد. سن بالای ۱۸ سال، ابتلا به سندرم

التهابی چند سیستمی، سپسیس یا عفونت باکتریایی، ابتلا به

سایر اشکال واسکولیت و نداشتن تست PCR به عنوان

معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. همچنین،

بیماران کووید-۱۹ مثبت با درگیری ریه، درگیری دستگاه

گوارش، ترومبوسیتوپنی یا لنفوپنی به دلیل مشکوک بودن

به MIS-C از مطالعه حذف شدند.

جمع آوری داده ها

پرونده بیماران کاوازاکی بستری شده در بازه ی

زمانی ابتدای سال ۱۳۹۹ تا ابتدای سال ۱۴۰۰ مورد

بررسی قرار گرفت. بیماران بر اساس معیارهای ورود و

خروج، وارد مطالعه و سپس به ۲ گروه تقسیم شدند.

زیرگروه های کووید-۱۹ مثبت و کووید-۱۹ منفی به

ترتیب، گروه های شاهد و کنترل را تشکیل دادند که بر

اساس معیارهای WHO بر اساس تست RT-PCR

(واکنش زنجیره ای پلیمرز) شکل گرفت (۱۴). سپس

متغیرهای مورد نظر (سن، جنس، تست PCR کووید-

۱۹، سطوح کمی ESR، CRP و تظاهرات بالینی بیماری

کاوازاکی) در دو گروه، مورد بررسی و مقایسه قرار

گرفت. اطلاعات در فرم جمع آوری داده ها ثبت شدند

و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

فرم جمع آوری داده ها شامل شماره پرونده بیمار، اطلاعات دموگرافیک (سن و جنس)، علائم بیمار از جمله راش ماکولوپاپولار، کنژنکتیویت دوطرفه غیرچرکی، اریتم و پوسته پوسته شدن کف دست ها و پاها، لنفادنوپاتی گردنی و التهاب و اریتم مخاطات (مخاط دهان و حلق، زبان توت فرنگی و اریتم و ترک لب)، نتیجه تست PCR، نتایج تست های ESR و CRP، داروهای مصرفی و شواهد آنوریسم آئورت در اکوکاردیوگرافی بود.

تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده ها، از روش های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، تحلیلی (کای اسکوتر و تی مستقل) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. مقدار P کم تر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها و بحث

نتایج مقایسه متغیرها در بیماران مبتلا به کاوازاکی با PCR مثبت و PCR منفی در جدول ۱، نشان داده شده است (جدول شماره ۱).

در بزرگسالان، کووید-۱۹ به طور معمول با پنومونی و علائم تنفسی و هم چنین، بیش فعال شدن آبشار التهابی مشخص می شود، در حالی که در کودکان به نظر می رسد دستگاه تنفسی تنها سیستم آلوده به عفونت SARS-CoV-2 نیست (۲، ۱۷-۱۴). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد کووید-۱۹ ممکن است در کودکان به عنوان یک اختلال سیستم ایمنی پس از عفونت ظاهر شود (۱۸).

مطالعه حاضر، به بررسی فراوانی کووید-۱۹ در ۲۰۱ کودک مبتلا به کاوازاکی پرداخت. میانگین سن کودکان، $32/82 \pm 3/05$ ماه بود. میانگین CRP، $3/10 \pm$ mg/L $31/06$ و میانگین ESR، $50/55 \pm 3/37$ mm/h بود. بیش ترین تعداد کودکان، پسر بودند (۵۳/۷ درصد).

تست PCR بيش از ۲۱ درصد كودكان مبتلا به كاوازاكى، مثبت (۲۱/۹ درصد) بود. مطالعه اسماعيل زاده و همكاران نشان داد ۶۸ درصد بيماران مبتلا به كاوازاكى، كوويد-۱۹ مثبت بودند (۱۹). در مطالعه Verdoni و همكاران نيز، شيوع كوويد-۱۹ در بين كودكان مبتلا به كاوازاكى بيش تر از مطالعه حاضر بود (۳۰ درصد) (۱۰). اما شيوع كوويد-۱۹ در بين كودكان مبتلا به كاوازاكى در مطالعه Iio و همكاران، كم تر از مطالعه گزارش شد (۱۴ درصد) (۲۰). تفاوت در فراوانى تست مثبت كوويد-۱۹ در بيماران مبتلا به كاوازاكى در مطالعه حاضر و مطالعات مشابه مى تواند به دليل شيوع متفاوت كوويد-۱۹ در ايران و ساير كشورها باشد. علاوه بر اين، ممكن است نشان دهد كه قوميت و عوامل ژنتيكي ممكن است در بروز اين بيمارى، نقش داشته باشند و يا به دليل اين كه در مطالعه حاضر واريانت هاى محدودى بررسى شده اند.

جدول شماره ۱: مقايسه متغيرها در بيماران مبتلا به كاوازاكى با PCR مثبت و PCR منفي

متغير	كل بيماران تعداد(درصد)	PCR منفي تعداد(درصد)	PCR مثبت تعداد(درصد)	سطح معني داري
جنسيت				
دختر	۹۳ (۶۶/۳)	۴۵ (۹/۲)	۴۷ (۷/۲۱)	۰/۸۲
پسر	۵۳ (۳۷/۱)	۵۴ (۱/۵)	۵۲ (۳/۳۳)	
كنژكتيويست				
ندارد	۳۶ (۸/۷۴)	۳۸ (۲/۶۰)	۳۱ (۸/۱۴)	۰/۴۳
دارد	۶۳ (۲/۱۲۷)	۶۱ (۸/۸۷)	۶۸ (۲/۳۰)	
لنفودنوپاتي				
ندارد	۵۴ (۳/۱۰۹)	۵۴ (۸/۸۶)	۵۲ (۳/۳۳)	۰/۷۶
گرفني	۴۵ (۵/۹۲)	۴۵ (۲/۷۱)	۴۷ (۷/۲۱)	
زبان توت				
ندارد	۲۳ (۹/۴۸)	۲۴ (۸/۳۹)	۲۰ (۵/۹)	۰/۵۴
فرنگي	۷۶ (۱/۵۳)	۷۵ (۲/۱۱۸)	۷۹ (۵/۳۵)	
راش	۵۳ (۳/۷/۱۰۸)	۵۴ (۱/۵)	۵۲ (۳/۳۳)	۰/۸۲
ندارد	۴۶ (۳/۸۳)	۴۵ (۹/۲)	۴۷ (۷/۲۱)	
ماكولوپاپولر				
ندارد	۶۶ (۳/۱۳۳)	۶۵ (۶/۱۰۳)	۶۷ (۴/۲۹)	۰/۸۲
دست و پا	۳۳ (۸/۶۸)	۳۶ (۴/۵۴)	۳۲ (۶/۱۴)	
اكوي قلى				
ندارد	۶۳ (۷/۱۲۸)	۶۵ (۱/۰۲)	۵۸ (۱/۲۵)	۰/۴۱
غير نرمال	۳۶ (۳/۷۳)	۳۵ (۵/۵)	۴۱ (۹/۱۸)	
سن (Months)	۳/۰۵ ± ۳/۳۱/۸۲	۳/۰۳ ± ۲/۵۵/۹	۲/۵۴ ± ۳/۵۱/۱۰	۰/۰۱
(mm/h) ESR	۳/۳۷ ± ۵/۰۵۵	۵/۰۳ ± ۳/۲/۴۴	۲/۶۴ ± ۳/۰/۷۲	۰/۸۹
(mg/L) CRP	۳/۱۰ ± ۳/۱/۰۶	۴/۴۶ ± ۴/۹/۳۲	۲/۴۴ ± ۵/۰/۹۰	۰/۷۶
ميانگين (الجراف معيار)		ميانگين (الجراف معيار)	ميانگين (الجراف معيار)	سطح معني داري

شايع ترين تظاهرات باليني كاوازاكى در مطالعه ما زبان توت فرنگي (۷۶/۱ درصد)، ۶۳/۲ درصد كنژكتيويست (conjunctivitis) و ۴۶/۳ درصد راش ماکولوپاپولر بود. در مطالعه اسماعيل زاده و همكاران،

شايع ترين تظاهرات باليني كاوازاكى عبارت بودند از راش (۶۲ درصد)، درگيري مخاط دهان و لب (۵۸ درصد) و تغييرات اندام (۵۸ درصد) (۱۹). در مطالعه چراغعلی و همكاران، راش پوستي (۶۸/۶ درصد) و تغييرات مخاط لب و اوروفارنكس (۶۰/۸ درصد) به عنوان شايع ترين تظاهرات كاوازاكى معرفي شدند (۲۱). Pilania و همكاران، تغييرات حفره دهان و لبها را به عنوان شايع ترين تظاهرات (بيش از ۹۵ درصد) و راش را به عنوان دومين تظاهر (بيش از ۹۰ درصد) نشان دادند. همچنين، لنفادنوپاتي گردن، كم ترين يافته باليني بود (۲۲). در مطالعه حاضر، ميانگين سن كودكان مبتلا به كاوازاكى با PCR مثبت (۳۵/۱۰ ± ۲/۵۴ ماه) بيش تر از ميانگين سن كودكان مبتلا به كاوازاكى با PCR منفي (۲۵/۳ ± ۵۹/۰۳ ماه) بود. اين تفاوت از نظر آماری معني دار بود (P=۰/۰۱). فراواني جنسيت، تظاهرات باليني، ميانگين ESR و CRP در كودكان مبتلا به كاوازاكى با PCR مثبت و منفي، تفاوت معني داري نداشت. اما ميانگين سن كودكان مبتلا به كاوازاكى با PCR مثبت به طور معني داري بيش تر از ميانگين سن كودكان مبتلا به كاوازاكى با PCR منفي بود. در مطالعه اسماعيل زاده و همكاران، اطلاعات دموگرافيك، تظاهرات باليني، يافته هاي آزمايشگاهي و ويژگي هاي اكو كارديوگرافي بين دو گروه بيماران كوويد-۱۹ مثبت و كوويد-۱۹ منفي در دوره همه گيري كوويد-۱۹، تفاوت معني داري نداشت. به هر حال، ميانگين سن ارائه كاوازاكى نسبت به سال گذشته کاهش معني داري داشت. علاوه بر اين، نتايج CRP و ESR در بيماران مبتلا به كاوازاكى در طول همه گيري كوويد-۱۹ با ركوردهاي سال گذشته بيماران كاوازاكى مقايسه شد و تفاوت معني داري در داده هاي آزمايشگاهي بين دو گروه مشاهده نشد (۱۹). در مطالعه Verdoni و همكاران، تفاوتی در ميانگين CRP و ESR بيماران مبتلا به كاوازاكى و همچنين، ميانگين سن آنها در طول و قبل از همه گيري كوويد-۱۹ مشاهده نشد (۱۰). Iio و همكاران نيز نشان دادند تفاوت معني داري

هر حال، ارتباط بین SARS-CoV-2 و بیماری کاوزاکی باید بیش تر در کودکان مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان بررسی فراوانی نتایج تست (PCR) Polymerase chain reaction کووید ۱۹ در کودکان مبتلا به کاوزاکی بستری در بیمارستان افضل پور کرمان طی سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰، در مقطع دکتری عمومی پزشکی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۴۰۲، می باشد. از تمامی کسانی که در این مطالعه یاری رساندند تشکر و قدر دانی می گردد.

در میانگین سن بیماران مبتلا به کاوزاکی وجود ندارد (۲۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۲۱/۹ درصد کودکان مبتلا به کاوزاکی در طول همه گیری کووید-۱۹، PCR مثبت داشتند. شایع ترین تظاهرات بالینی کاوزاکی، زبان توت فرنگی، کنژکتیویت و راش ماکولوپاپولر، بوده است. میانگین سن کودکان مبتلا به کاوزاکی با PCR مثبت به طور معنی داری بیش تر از میانگین سن کودکان مبتلا به کاوزاکی با PCR منفی بود. در حالی که فراوانی جنسیت، تظاهرات بالینی، میانگین ESR و CRP کودکان مبتلا به کاوزاکی با PCR مثبت و منفی، تفاوت معنی داری نداشت. این یافته ها پیامدهای مهمی برای سلامت عمومی دارند. به

References

- Halaji M, Farahani A, Ranjbar R, Heiat M, Dehkordi FS. Emerging coronaviruses: first SARS, second MERS and third SARS-CoV-2: epidemiological updates of COVID-19. *Infez Med.* 2020; 28(suppl):6-17.
- Nicastro E, Mazza A, Gervasoni A, Di Giorgio A, D'Antiga L. A pediatric emergency department protocol to avoid intrahospital spread of SARS-CoV-2 during the outbreak in Bergamo, Italy. *J Pediatr* 2020;222:231-235. PMID: 32444223.
- Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology* 2020; 158(6): 1831-1833. e3. PMID: 32142773.
- Esposito S, Principi N. Multisystem inflammatory syndrome in children related to SARS-CoV-2. *Paediatr Drugs* 2021; 23(2): 119-129. PMID: 33479801.
- Soni P, Noval Rivas M, Arditi M. A comprehensive update on Kawasaki disease vasculitis and myocarditis. *Curr Rheumatol Rep* 2020;22(2):6. PMID: 32020498.
- Dionne A, Burns J, Dahdah N, Tremoulet A, Gauvreau K, de Ferranti S, et al. Treatment intensification in patients with Kawasaki disease and coronary aneurysm at diagnosis. *Pediatrics* 2019; 143(6): e20183341. PMID: 31048414.
- Kanegaye J, Wilder M, Molkara D, Frazer J, Pancheri J, Tremoulet A, et al. Recognition of a Kawasaki disease shock syndrome. *Pediatrics* 2009; 123(5): e783-e789. PMID: 19403470.
- Wang W, Gong F, Zhu W, Fu S, Zhang Q. Macrophage activation syndrome in Kawasaki disease: more common than we thought? *Semin Arthritis Rheum* 2015;44(4):405-410. PMID: 25200945.
- Rowley A. Is Kawasaki disease an infectious disorder? *Int J Rheum Dis* 2018; 21(1): 20-25. PMID: 29105346.

10. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet* 2020; 395(10239): 1771-1778. PMID: 32410760.
11. Jones V, Mills M, Suarez D, Hogan C, Yeh D, Segal J, et al. COVID-19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. *Hosp Pediatr* 2020; 10(6): 537-540. PMID: 32265235.
12. Hosseini M, Ghorbani S, Momeni S, Vaziri S, Mohseni M, Salehi M. COVID-19 and Kawasaki disease: Kawasaki-like disease case report in Iran. *Iran J Med Microbiol* 2023; 17(3): 373-376.
13. McCrindle B, Rowley A, Newburger J, Burns J, Bolger A, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135(17): e927-e999. PMID: 28356445.
14. Dintrans PV, Gonzalez-Bautista E, Awuviry-Newton K, Lopez-Ortega M. Long-term care as a global challenge: the role of the World Health Organization. *J Am Med Dir Assoc* 2026; 27(2): 106119. PMID: 41692030.
15. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382(8): 727-733. PMID: 31978945.
16. Yonker L, Shen K, Kinane T. Lessons unfolding from pediatric cases of COVID-19 disease caused by SARS-CoV-2 infection. *Pediatr Pulmonol* 2020;55(5):1085-1086. PMID: 32243722.
17. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics* 2020; 145(6): e20200702. PMID: 32179660.
18. Schvartz A, Belot A, Kone-Paut I. Pediatric inflammatory multisystem syndrome and rheumatic diseases during SARS-CoV-2 pandemic. *Front Pediatr* 2020;8:605807. PMID: 33344389.
19. Esmaeilzadeh H, Mortazavi N, Salehi A, Fatemian H, Dehghani S, Vali M, et al. Effect of COVID-19 on Kawasaki disease: decrease age of onset and increase skin manifestation. *BMC Pediatr* 2021; 21(1): 548. PMID: 34903208.
20. Iio K, Uda K, Hataya H, Yasui F, Honda T, Sanada T, et al. Kawasaki disease or Kawasaki-like disease: influence of SARS-CoV-2 infections in Japan. *Acta Paediatr* 2021; 110(2): 600-601. PMID: 32799392.
21. Cheraghali F, Hajimoradloo N, Roshandel G, Khademloo M, Hosseini M. Prevalence of Kawasaki disease in children admitted to Taleghani Medical Center in Gorgan, Iran. *J Clin Basic Res* 2018;2(4):54-59.
22. Pilania R, Singh S. Kawasaki disease. In: Troncone R, Bascietto C, editors. *Rare diseases of the immune system*. Cham: Springer; 2020. p. 45-63. PMID: 41649632.