گزارش یک مورد بیمار مبتلا به آندوکاردیت پنوموکوکی و سل ریوی

دکتر محمود خانبانپور[۱]، دکتر علیرضا شریف[۱]، دکتر سید احمد خلیفه سلطانی[۱]، دکتر حسن افضلی[۱]
دکتر منصوره مومن هرندی[۱]

چکیده

سابقه و هدف: اندوکاردیت ناشی از استرپتوکوک پنومونیه در سال های اخیر به ندرت مشاهده می شود و باید این بیماری را در هر بیمار مبتلا به باکتریمی پنوموکوکی در نظر داشت. سیر بیماری بدخیم است و در ۱/۳ موارد می تواند همراه با عوارضی باشد که حتی منجر به جراحی خواهد شد. این نوشتار اقدام به معرفی یک مورد بیمار مبتلا به آندوکاردیت پنوموکوکی و سل ریوی هم‌زمان می‌نماید که در فروردین و اردیبهشت ماه ۱۳۸۰ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری بوده است.

یافته‌ها: بیمار یک مرد ۲۷ساله افغانی می باشد که با شکایت اصلی تب، تهوع و استفراغ مراجعه کرده است و همچنین سابقه یک ساله سرفه و خلط نیز داشته است که در چند روز قبل از بستری تشدید شده است. در معاینه بالینی بیمار کاهش صداهای تنفسی و رال‌های خشن در سمع نیمه تحتانی ریه راست داشته است. با توجه به شرح حال و معاینه بیمار با تشخیص پنومونی بستری شد. در سیر بیماری، بیمار دچار سوفل قلبی گردید که تحت درمان اندوکاردیت قرار گرفت، ولی علی‌رغم حساس بودن پنوموکوک کشت خون به آنتی بیوتیک تجویزی تب بیمار همچنان ادامه پیدا کرد، تا این که پس از مثبت شدن نمونه خلط بیمار از نظر باسیل کخ و شروع درمان ضدسل تب بیمار قطع شد.

نتیجه گیری: اندوکاردیت پنوموکوکی یک بیماری نادر و با سیر بدخیم است که در آن دریچه‌های قلب به خصوص آئورت به سرعت درگیر شده و احتمال عوارضی مثل نارسایی آئورت و نارسایی قلب زیاد است. به همین دلیل، در پیگیری بیمار، از درمان زودرس جراحی نباید غافل بود. درمان اصلی آن پنی‌سیلین با یک سفالوسپورین نسل سوم است، هرچند که پنوموکوک های مقاوم به پنی سیلین را به عنوان یک اورژانس عفونی نباید از خاطر برد.

واژگان کلیدی: آندوکاردیت، پنوموکوک، سل ریوی

۱- گروه عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

اندوکاردیت بیماری است که باعث ایجاد وژتاسیون بر روی اندوکارد می‌شود. اندوکاردیت را به سه دسته اندوکاردیت دریچه های طبیعی، اندوکاردیت استفاده‌کنندگان از مواد تزریقی و اندوکاردیت بیماران با دریچه‌های مصنوعی تقسیم می‌کنند. تقریبا تمام باکتری‌ها می‌توانند دریچه های طبیعی را مبتلا کنند اما در میان آنها استرپتوکوک‌ها، انتروکوک و استافیلوکوک ها شایع‌ترین علل هستند(۱). تا قبل از سال ۱۹۴۵ استرپتوکوک پنومونیه عامل ۱۰درصد از موارد اندوکاردیت بود ولی در حال حاضر این رقم به ۳-۱ درصد کاهش یافته است(۲) و همانطور که ذکر شد این بیماری در حال حاضر شایع نمی باشد

از دهه ۱۸۸۰ استرپتوکوک پنومونیه یا پنوموکوک به عنوان یک عامل مهم ایجاد پنومونی شناخته شد. این ارگانیسم در نازوفارنکس کلونیزه می شود و آن را می‌توان از ۱۰-۵ درصد بالغین سالم و ۴۰-۲۰ درصد کودکان سالم جدا کرد. به دنبال تماس‌های نزدیک و مداوم، پنوموکوک از یک فرد بالغ به فرد بالغ دیگر انتقال می یابد و در واقع وقوع اپیدمی‌های پنوموکوکی در بین بالغین رابطه مستقیمی با شلوغی و تراکم در محل زندگی دارد. احتمال ایجاد باکتریمی پنوموکوکی در بین کودکان تا ۲ سالگی نسبتا زیاد و در بین نوجوانان و بالغین جوان پایین است. این خطر در حوالی سن ۵۵ سالگی مجددا افزایش می‌یابد. مطالعات نشان داده است که شیوع باکتریمی در شیرخواران، بالغین جوان و افراد بالای ۷۰سال به ترتیب ۵،۱۶۰ و ۷۰ نفر در هر صدهزار نفر جمعیت است. شیوع این عامل در بالغین جوان در اواسط زمستان به اوج خود می رسد(۱).

اکثر موارد باکتریمی‌های پنوموکوکی بالغین به دنبال پنومونی اتفاق می‌افتد و می‌توان گفت که به ازای هر مورد پنومونی همراه با باکتریمی ۴-۳ مورد پنومونی بدون باکتریمی وجود دارد. عفونت سیستم اعصاب مرکزی، قلب، استخوان‌ها، مفاصل و حفره صفاق معمولاً از راه انتشار خون است. اندوکاردیت ایجاد شده به وسیله پنوموکوک اخیراً بسیار نادر است و در بیمارستان‌های فوق تخصصی بزرگ هرچند سال یک بار یک مورد اندوکاردیت پنوموکوکی دیده می شود(۱).

درگیری دریچه‌های مصنوعی با این باکتری بسیار نادرتر است و تاکنون فقط ۹مورد از آن گزارش شده است(۳). باتوجه به نادر بودن آن، این مقاله به گزارش یک مورد بیمار مبتلا به اندوکاردیت پنوموکوکی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در بهار سال ۱۳۸۰ اقدام شد.

یافته‌ها

بیمار یک مرد ۲۷ساله کشاورز افغانی می باشد که در تاریخ ۸۰/۱/۱۹ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری شده است. بیمار سه ماه قبل از بستری به ایران مهاجرت کرده است. بیمار با شکایات اصلی تب مراجعه کرده است که تب بیمار از یک هفته قبل شروع شده، مداوم بوده و در ۲روز اخیر همراه با تهوع و استفراغ غیرجهنده حاوی مواد غذایی بوده است که با غذا خوردن تشدید می‌شده است. بیمار همچنین از سرفه و خلط نیز شاکی بوده که از یک سال قبل شروع شده و در چندروز اخیر تشدید یافته است و همراه با درد قفسه سینه بوده است و گاهی دچار هموپتیزی می شده است. بیمار از چند روز قبل از مهاجرت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

به ایران دچار تشدید علائم تنگی نفس خفیف بوده است.
بیمار سابقه ضعف و خستگی، کاهش وزن و تعریق شبانه را از یک سال قبل ذکر می کند. سیگاری نبوده وسابقه مصرف الکل نداشته است. بیمار سابقه فوت پدر خود را علت سرفه و خلط شدید ذکر می کند.

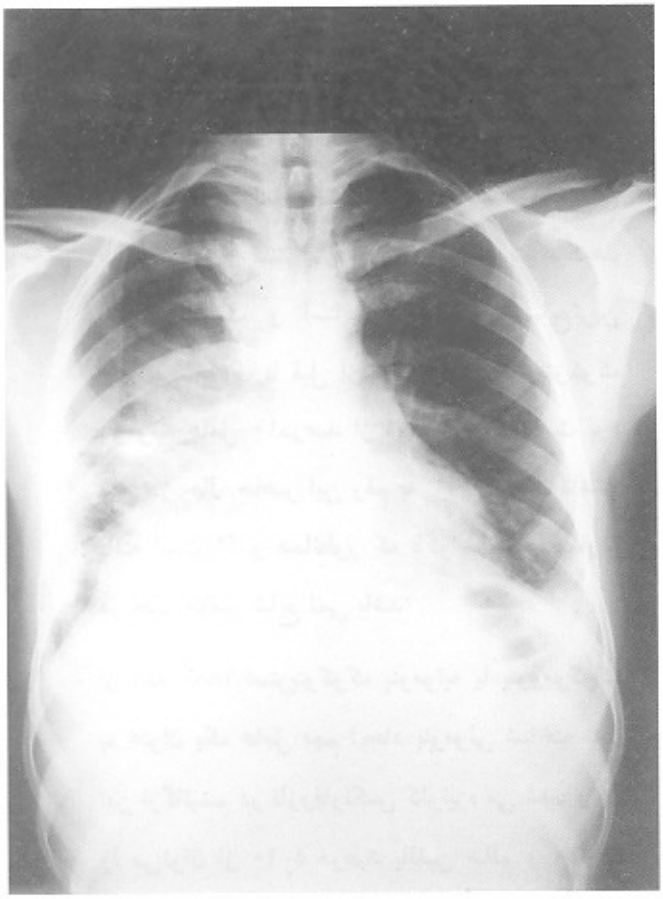
در بدو ورود بیمار هوشیار بوده و دیسترس تنفسی واضح نداشته است. علایم حیاتی بیمار به صورت زیر بوده است:

BP :۱۲۰/۶۰mmHg PR :۲۰/min RR :۴۰/min

T :۳۹/۵°C

در معاینه، بیمار سیانوزه نبوده و لنفادنوپاتی نداشته است. در معاینه ریه کاهش اتساع ریه راست، کاهش صداهای تنفسی و رال‌های خشن در سمع نیمه تحتانی ریه راست داشته است. در معاینه قلب، سوفل یا صداهای اضافی نداشته است. سایر معاینات بیمار طبیعی بوده است.

بیمار با تشخیص اولیه پنومونی بستری و پس از ارسال آزمایشات لازم و تهیه عکس قفسه سینه (CXR) تحت درمان با سفتریاکسون به میزان ۱gr دوبار در روز و آمیکاسین به میزان ۵۰۰mg دردوز اولیه سپس ۴۰۰mg دوبار در روز قرار گرفت. در CXR بیمار کدورت آلوئولر در نیمه تحتانی همی توراکس راست مشاهده شد که مطرح کننده پنومونی لوب‌های میانی و تحتانی ریه کوتریموکسازول گزارش شد که باتوجه به مجموعه شرایط فوق برای بیمار درمان اندوکاردیت با راست بود. همچنین افیوژن در شیار مینور و مایع در سمت راست گزارش شد (تصویر ۴-۱).

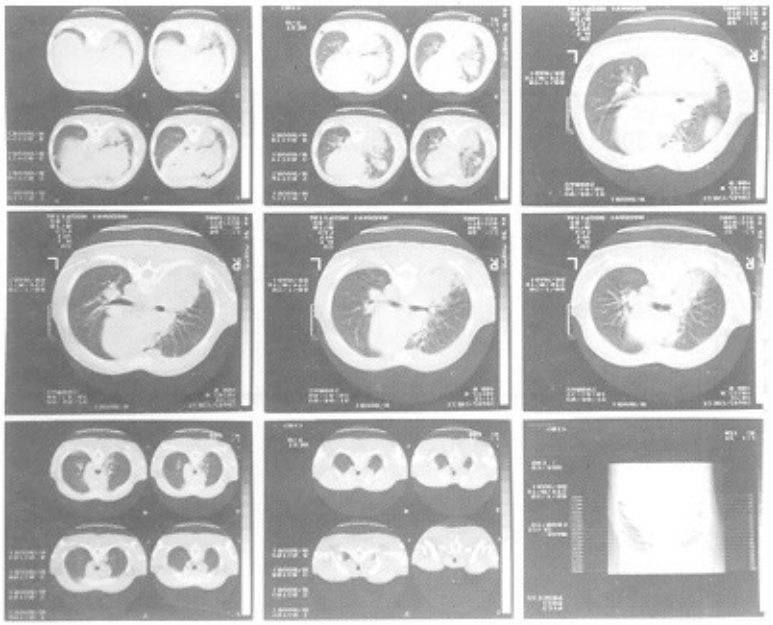


تصویر ۱- CXR بیمار در روز اول بستری

علی‌رغم شروع درمان آنتی بیوتیکی، تب بیمار همچنان ادامه داشت. ۲روز بعد از پذیرش در طی ویزیت‌های روزانه در معاینه قلب، سوفل II/VI سیستولیک با حداکثر شدت در نوک قلب با انتشار به حاشیه چپ جناغ (LSB) شنیده شد. در اکوکاردیوگرافی به عمل آمده در همان تاریخ نارسایی خفیف میترال بدون وجود وژتاسیون گزارش شد. در همان تاریخ بعد از ۴۸ساعت از کشت خون، رشد استرپتوکوک پنومونیه حساس به پنی‌سیلین G، اریترومایسین، کلیندامایسین، سفالکسین، سفتریاکسون و مقاوم به به سفتریاکسون ۲gr دوبار در روز صورت گرفت و آمیکاسین قطع شد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

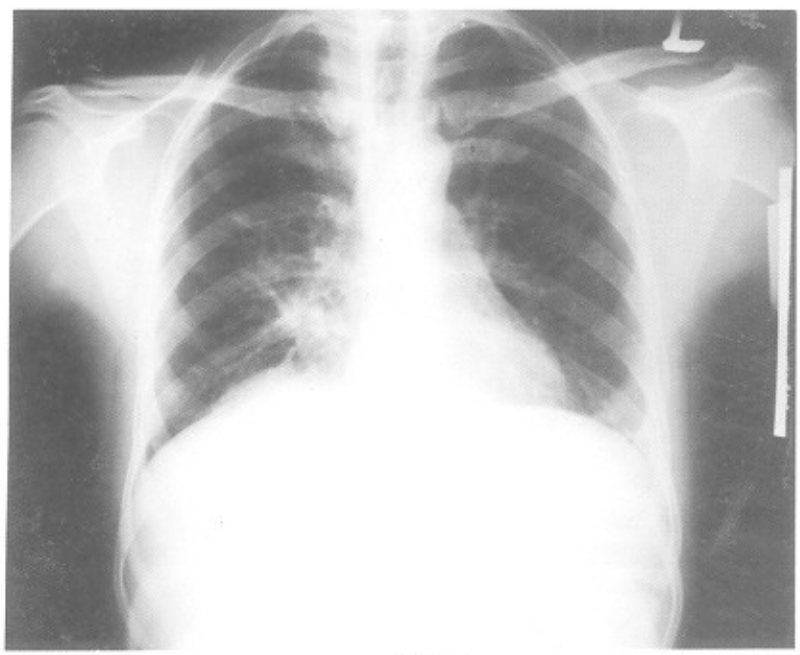
علی‌رغم شروع درمان اندوکاردیت، تب بیمار همچنان ادامه داشت. بررسی های دیگری جهت رد سایر علل تب مثل سونوگرافی شکم و لگن برای بررسی آبسه‌های ساب دیافراگماتیک، CTاسکن ریه‌ها از جهت رد تومورها به عنوان علت زمینه ای و سایر تست‌ها مثل ویدال، رایت، کومبس رایت، VDRL، مالاریا و... انجام شد که از هیچکدام نتیجه‌ای به دست نیامد.



تصویر ۲ ـ سی تی اسکن توراکس در روز دوم بستری

بررسی ویروس ایدز بیمار نیز منفی گزارش شد در روز پنجم پس از بستری نمونه ارسالی خلط جهت باسیل سل مثبت گزارش شد و برای بیمار درمان ضد سل شروع شد.

در اکوی انجام شده در روز نهم بستری وجود وژتاسیون متحرک بر روی لت قدامی دریچه میترال به ابعاد ۰/۷cm گزارش شد (تصویر شماره ۳)

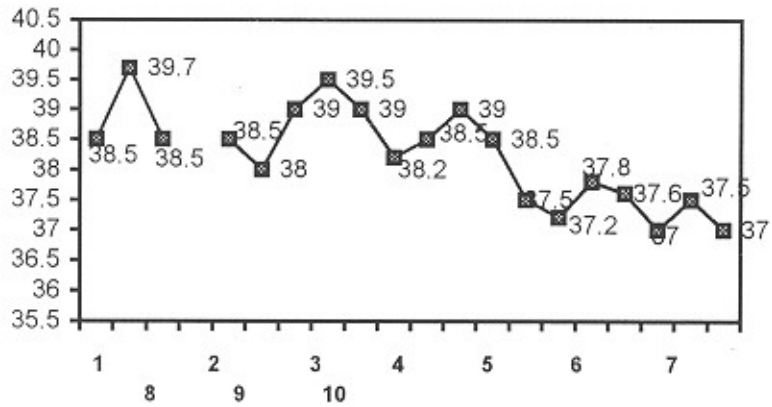


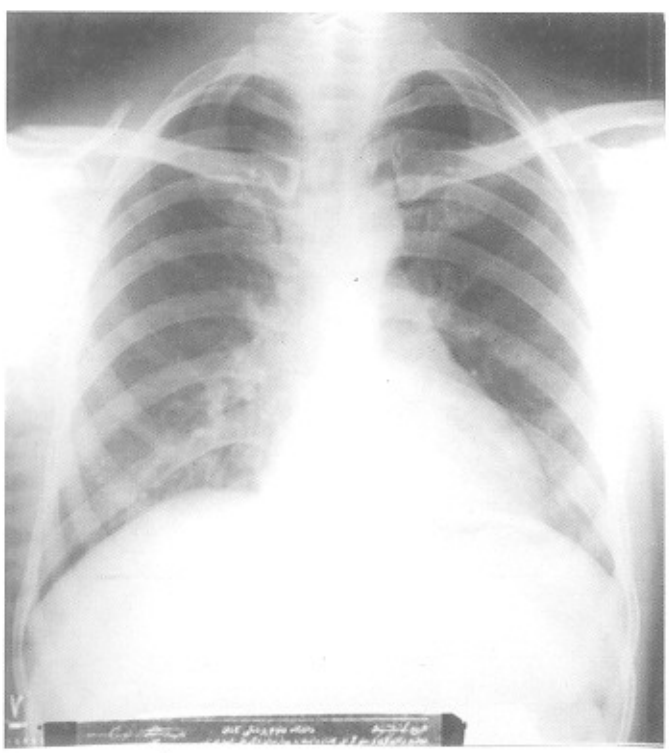
تصویر ۳ـ CXX بیمار ۱ماه بعد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

تب بیمار چهار روز پس از شروع درمان ضد سل و ۹روز پس از دریافت درمان اندوکاردیت قطع شد و در نهایت بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد (نمودار ۱) و (تصاویر ٤و٥)

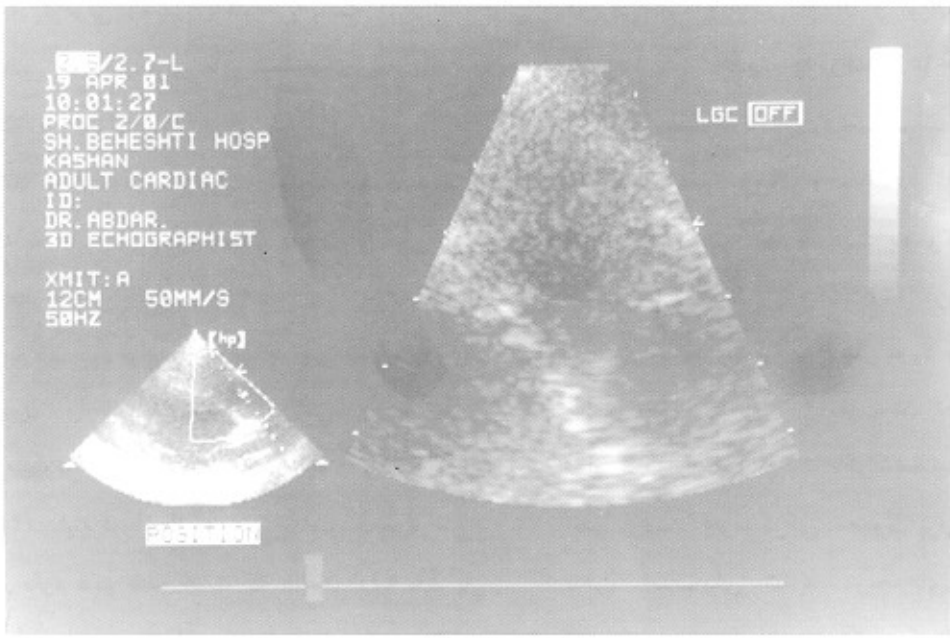
نمودار ۱ـ میزان درجه حرارت بیمار مبتلا به اندوکاردیت پنوموکوکی در طول بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان، ۱۳۸۰





تصویر ٤ـ CXX بیمار ٥ماه بعد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]



تصویر ۵ـ اکوی قلب بیمار در روز نهم بستری

بحث

معرفی شد. یک مورد مبتلا به پنومونی پنوموکوکی بود که دچار باکتریمی و در نهایت اندوکاردیت پنوموکوکی شد. آنچه که قابل توجه است این است که بر طبق منابع معتبر تا ٦٠درصد بیماران مبتلا به اندوکاردیت دارای یک بیماری قلبی زمینه‌ای می‌باشند(۱).همانطور که ذکر شد علیرغم شیوع کم اندوکاردیت پنوموکوکی این بیماری باید در هر بیمار مبتلا به باکتریمی پنوموکوکی مدنظر باشد. البته در منابع عبارت "به خصوص در حضور مننژیت" نیز ذکر شده است(۲). اما در مورد اندوکاردیت پنوموکوکی در مطالعات مختلف چنین آماری به دست نیامده است. بطور مثال در مطالعه انجام شده در کشور دانمارک در یک دوره ده ساله ١٦بیمار را گزارش کرده است که ۱۵نفر آنها هیچ نوع بیماری زمینه‌ای قلبی نداشتند(٤). هم‌چنین در مطالعات انجام شده در فرانسه در یک دوره ۷ساله، ٦٦درصد بیماران هیچ نوع بیماری زمینه‌ای قلبی نداشتند(۳). در مورد بیمار مذکور نیز هیچ یافته‌ای به نفع بیماری قلبی، وجود نداشت و سوفل قلبی بیمار نیز یک سوفل جدید بوده که در اولین ویزیت وجود نداشته است.

در منابع معتبر ذکر شده است که این بیماری در الکلی ها شایع‌تر است(۲). در مطالعه انجام شده در فرانسه میزان ابتلا به الکلیسم مزمن را ۵۰درصد ذکر کرده اند(۳۹). همین‌طور ذکر شده است که درگیری سمت چپ قلب در این بیماری یک قانون است و البته شایع‌ترین دریچه درگیر آئورت است و نارسایی آئورت از عوارض شایع آن است(۲) اما در مورد بیمار ما درگیری اولیه در میترال اتفاق افتاده بود که به صورت وژتاسیون واضح و نارسایی آن بود.

پنومونی و مننژیت به عنوان علل اصلی باکتریمی مورد توجه قرار گرفته‌اند و در بعضی موارد روی مننژیت تاکید بیشتری شده است. در مورد علل زمینه‌ای که ریسک ابتلا را بالا می‌برند غیر از الکلیسم به بیماریهای بافت همبند و ایدز نیز اشاره شده است(۱) اما در هیچکدام از منابع مستقیماً به سل اشاره نشده است. در مورد این بیمار می‌توان روی سل ریوی به عنوان یک عامل مساعدکننده

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

ابتلا به پنومونی وسپس باکتریمی بحث کرد. البته در بعضی منابع درگیری های سیستمیک بیماری‌های مختلف به عنوان یک عامل شعله‌ورکننده مطرح شده اند که البته در مورد بیمار مذکور به خصوص باتوجه به سابقه سرفه و خلط و هموپتیزی قبلی این مورد مطرح نمی باشد.

برای درمان در موارد حساس به پنی‌سیلین، روزی ۲۰میلیون واحد پنی‌سیلین وریدی و یا یک سفالوسپورین نسل سوم به مدت ٤هفته توصیه شده است(۲). البته از آنجا که این بیماری معمولا سیر بدخیم دارد ذکر شده است که درمان اولیه باید با وانکومایسین و سفتریاکسون تا زمانی که حداقل غلظت باکتریسیدال آماده شود صورت گیرد. از آنجایی که آمینوگلیکوزیدها اثر باکتریسیدال بتالاکتام را مهار می‌کنند نباید اضافه شوند، مگر اینکه اثر سینرژیسم آنها اثبات شده باشد(۲). پنوموکوک مقاوم به پنی‌سیلین یک اورژانس محسوب می‌شود و در این مـــوارد یک سفالوسپورین نسل سوم یا وانکومایسین انتخاب اول می‌باشند(۲). سیر بیماری در مجموع بدخیم است، به طوری که میزان عوارض آن مثل آبسه‌های پره‌والولار و یا پریکاردیت ۱/۳درصد موارد را دربرمی گیرد و ناشی از آن و میزان مرگ و میر ناشی از آن حدود ۵۰درصد (٦٥-٦٠٪دریچه‌ها) است که معمولاً ناشی از تخـــریب سریع دریچه و اختلال همودینامیک و نارسایی قلب می باشد، البته تظاهر آهسته اندوکاردیت پنوموکوکی با نتایج خوب نیز توصیف شده است(۲). در مطالعه انجام شده در فرانسه از بین ۳۰بیمار مورد مطالعه، ۲۰نفر تحت عمل جراحی و ۱۲نفر تحت تعویض دریچه قرار گرفتند اما در نهایت ذکر شده است که اگرچه اندوکاردیت پنوموکوکی معمولا برق‌آسا است و باعث آسیب‌های شدید دریچه‌های و عوارض آمبولیک می‌شود ولی پیش‌آگهی کوتاه مدت آن با درمان مناسب آنتی‌بیوتیکی و جراحی زودهنگام بهتر می‌شود، همان طـــور که در این مـــطالعه به ۲٤/۱درصد رسیده است(۳).

درمورد بیمار مطرح‌شده مقاومت آنتی‌بیوتیکی مطرح نبود و اندیکاسیونی برای تعویض دریچه یافت نشد و پس از شروع درمان ضدسل تب بیمار قطع شد، حال عمومی بیمار رو به بهبودی نهاد و در نهایت با حال عمـــومی خوب ترخیـــص شد.

REFERENCES

1. Braunwald E, Fauci AS, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed, McGraw Hill, 2001: 882.

2. Mandell GL(ed). Mandell, Douglas and Bennett's Principle and Practice of Infectious Disease. 5th ed, New York: Churchil Livingstone; 2000: 857-903.

3. Lefort A, Mainardi JL, Selton–Suty C, et al. Streptococcus pneumoniae endocarditis in adults. A multicenter study in France in the era of penicillin resistance (1991-1998). The Pneumococcal Endocarditis Study Group. Medicine (Baltimore). 2000 ; 79(5): 327-37.

4- Lindberg J, Prag J, Schonheyder HC. Pneumococcal endocarditis is not just a disease of the past: an analysis of 16 cases diagnosed in Denmark 1986-1997. Scand J Infect Dis 1998; 30(5): 469-72.

5- Claes K, De Man F, Van De Werf F. Double prosthetic valve endocarditis caused by Streptococcus pneumoniae. Infection 2000; 28(1): 51-2.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]