

## گزارش یک مورد بیمار مبتلا به آندوکاردیت پنوموکوکی و سل ریوی

دکتر محمود خانباپور<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا شریف<sup>۱</sup>، دکتر سید احمد خلیفه سلطانی<sup>۱</sup>، دکتر حسن افضلی<sup>۱</sup>

دکتر منصوره مومن هرنزدی<sup>۱</sup>

### ج‌کیده ۵

**سابقه و هدف:** آندوکاردیت ناشی از استرپتوکوک پنومونی در سال‌های اخیر به تدریت مشاهده می‌شود و باید این بیماری را در هر بیمار مبتلا به باکتری می‌پنوموکوکی در نظر داشت. سیر بیماری بدینم است و در ۱/۳ موارد می‌تواند همراه با عوارضی باشد که حتی منجر به جراحی خواهد شد. این توشتار اقدام به معزوفی 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 ۲۷ ساله اغذیه می‌باشد که با شکایت اصلی نب، نفوع و استفراغ مراجعت کرده است و همچنین سابقه یک ساله سرفه و خلط نیز داشته است که در چند روز قبل از بستری تشدید شده است. در معابده بالیک بیمار کاهش صدای تنفس و رال‌های خشن در سمع نیمه تحتانی ریه راست داشته است. با توجه به شرح حال و معاشره بیمار با تشخیص پنومونی بستری شد. در سیر بیماری، بیمار دچار سوقل قلبی گردید که تحت درمان آندوکاردیت قرار گرفت، ولی علی‌رغم حساس بودن پنوموکوک کشت خون به آتش بیوتیک تجویزی نب بیمار همچنان ادامه پیدا کرد، تا این که پس از مثبت شدن نمونه خلط بیمار از نظر باسیل کبح و شروع درمان ضدسل نب بیمار قطع شد.

**نتیجه‌گیری:** آندوکاردیت پنوموکوکی یک بیماری نادر و با سیر بدینم است که در آن دریچه‌های قلب به خصوص آنورت به سرعت درگیر شده و احتمال عوارضی مثل تارسایی آنورت و تارسایی قلب زیاد است. به همین دلیل، در پیگیری بیمار، از درمان رودرس جراحی نباید غافل بود. درمان اصلی آن پنی‌سیلین با یک سفالوسپورین نسل سوم است، هرچند که پنوموکوک های مقاوم به پنی‌سیلین را به عنوان یک اورژانس علوی نباید از خاطر برد.

**وازگان کلیدی:** آندوکاردیت، پنوموکوک، سل ریوی

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

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

#### یافته‌ها

بیمار یک مرد ۲۷ ساله کشاورز افغانی می‌باشد که در تاریخ ۱۹/۱/۸۰ 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 ۲ روز آخر 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 چند روز آخر تشدید یافته است و همراه با درد قفسه سینه بوده است و گاهی دچار هموپتیزی می‌شده است. بیمار از چند روز قبل از مهاجرت

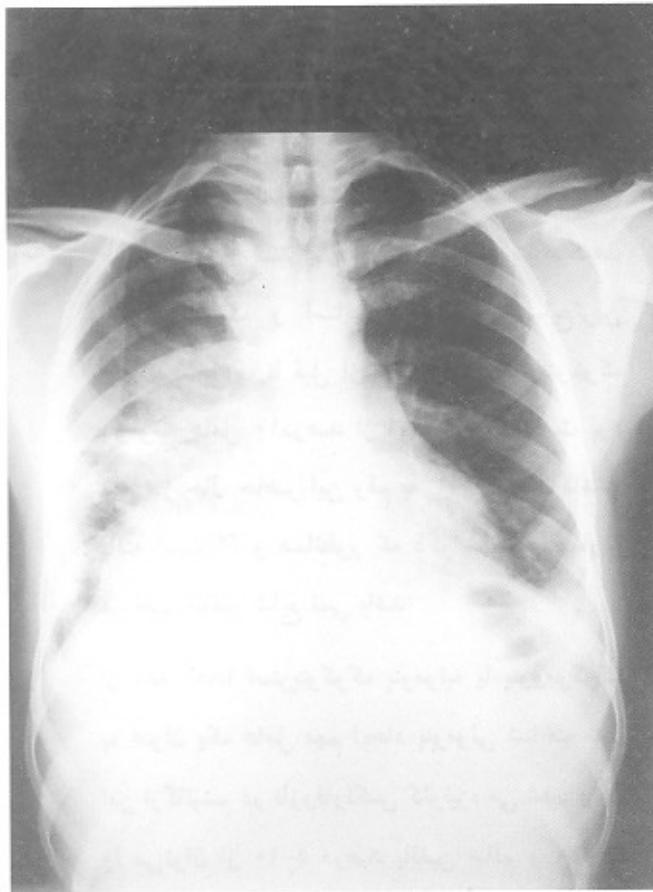
#### مقدمه

اندوکاردیت بیماری است که باعث ایجاد ورژناسیون بر روی اندوکارد می‌شود. اندوکاردیت را به سه دسته اندوکاردیت دریچه‌های طبیعی، اندوکاردیت استفاده‌کنندگان از مواد تزریقی و اندوکاردیت بیماران با دریچه‌های مصنوعی تقسیم می‌کنند. تقریباً تمام باکتری‌ها می‌توانند دریچه‌های طبیعی را مبتلا کنند اما در میان آنها استرپتوكوک‌ها، اتروروکوک و استافیلوکوک‌ها شایع‌ترین علل هستند(۱). تا قبل از سال ۱۹۴۵ استرپتوكوک پنومونیه عامل ۱۰ درصد از موارد اندوکاردیت بود ولی در حال حاضر این رقم به ۱-۳ درصد کاهش یافته است(۲) و همانطور که ذکر شد این بیماری در حال حاضر شایع نمی‌باشد

از دهه ۱۸۸۰ استرپتوكوک پنومونیه یا پنوموکوک به عنوان یک عامل مهم ایجاد پنومونی شناخته شد. این ارگانیسم در نازوفارنکس کلونیزه می‌شود و آن را می‌توان از ۵-۱۰ درصد بالغین سالم و ۴۰-۶۰ درصد کودکان سالم جدا کرد. به دنبال تماس‌های نزدیک و مداوم، پنوموکوک از یک فرد بالغ به فرد بالغ دیگر انتقال می‌یابد و در واقع وقوع ایدمی‌های پنوموکوکی در بین بالغین رابطه مستقیمی با شلوغی و تراکم در محل زندگی دارد. احتمال ایجاد باکتریمی پنوموکوکی در بین کودکان تا ۲ سالگی نسبتاً زیاد و در بین نوجوانان و بالغین جوان پایین است. این خطر در حوالی سن ۵۵ سالگی مجدداً افزایش می‌یابد. مطالعات نشان داده است که شیوع باکتریمی در شیرخواران، بالغین جوان و افراد بالای ۷۰ سال 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 می‌رسد(۱).

راست بود. همچنان افیوژن در شیار مینور و مایع

در سمت راست گزارش شد (تصویر ۱-۴).



تصویر ۱ - CXR بیمار در روز اول بستری

علی‌رغم شروع درمان آنتی‌بیوتیکی، تب بیمار همچنان ادامه داشت. ۲ روز بعد از پذیرش در طی ویزیت‌های روزانه در معاینه قلب، سوفل II/VI سیستولیک با حداقل 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 ورثتاسیون گزارش شد. در همان تاریخ بعد از ۴۸ ساعت از کشت خون، رشد استرپتوکوک پنومونیه حساس به پنی‌سیلین G، اریتروماسین، کلینداماسین، سفالکسین، سفتریاکسون و مقاوم به سفتریاکسون ۲gr دوبار در روز صورت گرفت و آمیکاسین قطع شد.

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 می‌کند. سیگاری نبوده و سابقه مصرف الکل نداشته است. بیمار سابقه فوت پدر خود را علت سرفه و خلط شدید ذکر می‌کند.

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

BP : ۱۲۰/۸۰ mmHg PR : ۲۰/min RR : ۴۰/min

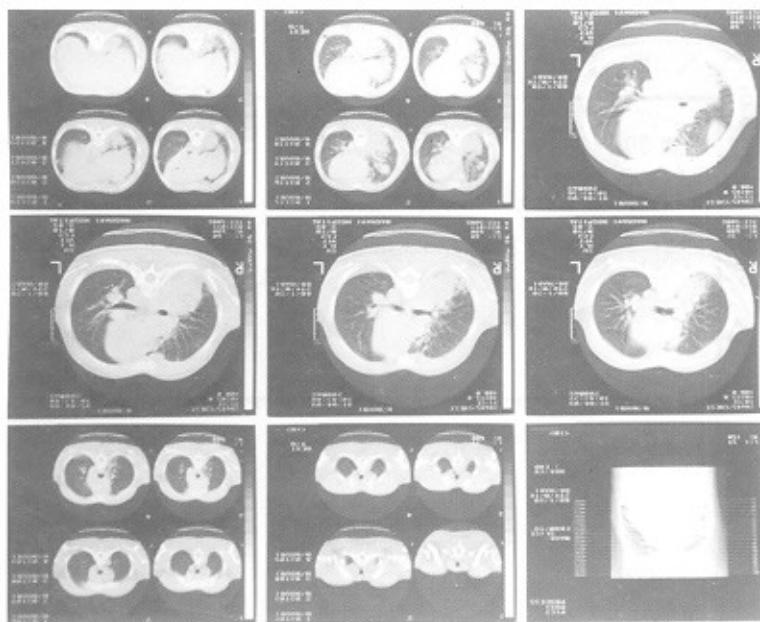
T : ۳۹/۵°C

در معاینه، بیمار سیاتوزه نبوده و لنفادنوباتی نداشته است. در معاینه ریه کاهش اتساع ریه راست، کاهش صدای تنفسی و رال‌های خشن در سمع نیمه تحتانی ریه راست داشته است. در معاینه قلب، سوفل یا صدای اضافی نداشته است. سایر معاینهای 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 ۵۰۰mg ۱ دوبار در روز و آمیکاسین به میزان ۴۰۰mg در دوز اولیه سپس ۴۰۰mg ۲ دوبار در روز قرار گرفت. در CXR بیمار کدورت آلونول در نیمه تحتانی همی توراکس راست مشاهده شد که مطرح کننده پنومونی لوب‌های میانی و تحتانی ریه کوتربیموکسازول گزارش شد که با توجه به مجموعه شرایط فوق برای بیمار درمان اندوکاردیت با

ریه‌ها از جهت رد تومورها به عنوان علت زمینه‌ای و سایر تست‌ها مثل ویدال، رایت، کومبس رایت، سایر علل تب مثل سونوگرافی شکم و لگن برای VDRL، مalaria و ... انجام شد که از هیچکدام نتیجه‌ای به دست نیامد.

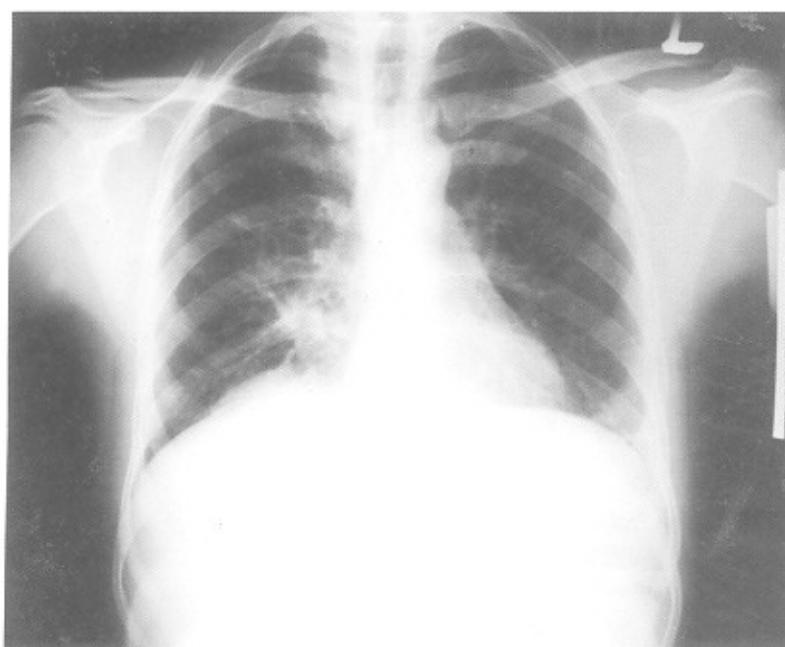
علی‌رغم شروع درمان اندوکاردیت، تب بیمار همچنان ادامه داشت. بررسی‌های دیگری جهت رد سایر علل تب مثل سونوگرافی شکم و لگن برای بررسی آبشهای ساب دیافراگماتیک، CT اسکن



تصویر ۲ - سی‌سی اسکن توراکس در روز دوم بستری

در اکوی انجام شده در روز نهم بستری وجود وژتاسیون متحرک بر روی لت قدامی دریچه میترال به ابعاد  $7 \times 10 \text{ cm}^2$  گزارش شد (تصویر شماره ۳).

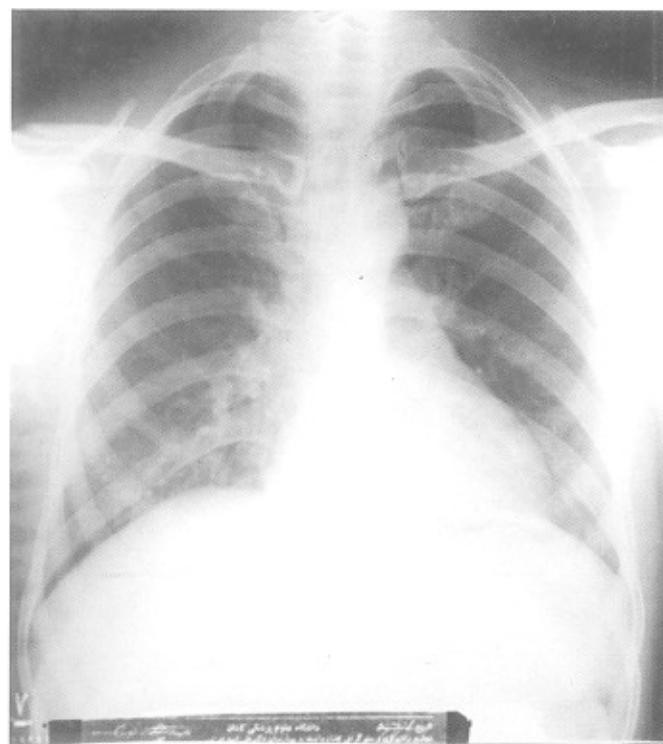
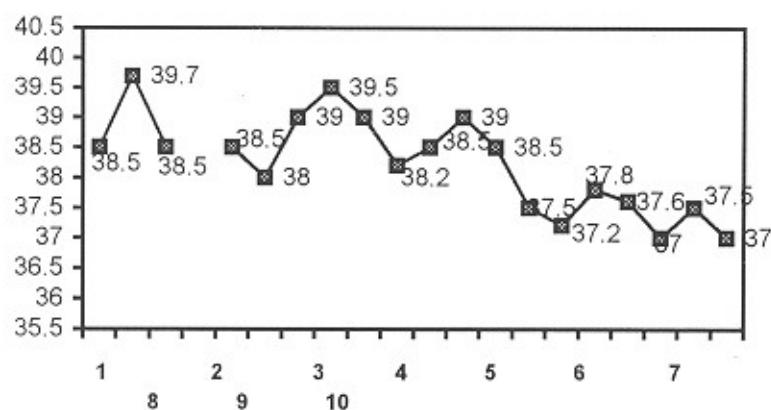
بررسی ویروس ایدز بیمار نیز منفی گزارش شد در روز پنجم پس از بستری نمونه ارسالی خلط جهت باسیل سل مشبت گزارش شد و برای بیمار درمان ضد سل شروع شد.



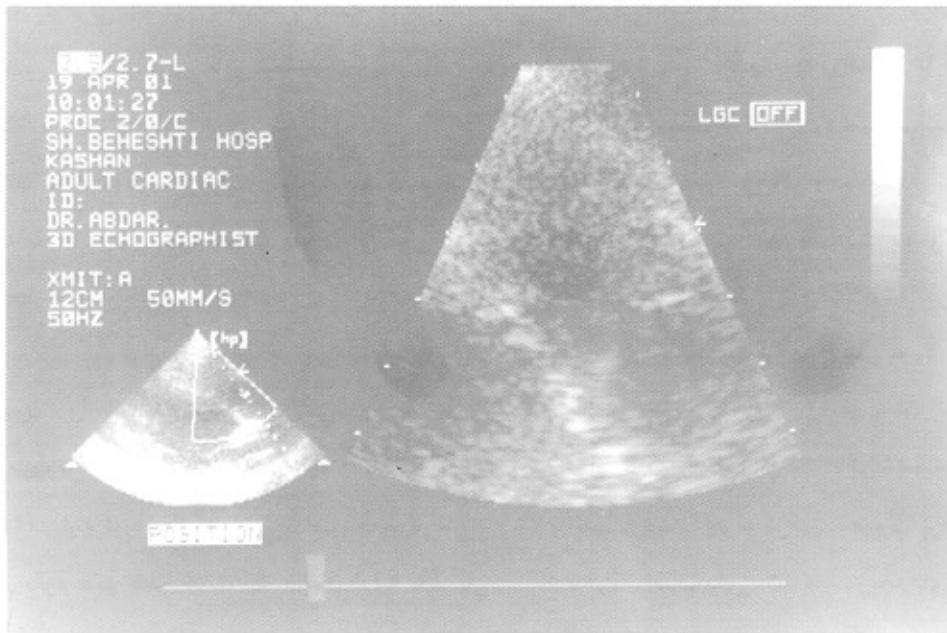
تصویر ۳ - بیمار ۱ماه بعد CXR

در نهایت بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان تب بیمار چهار روز پس از شروع درمان ضد سل و  
مرخص شد (نمودار ۱) و (تصاویر ۴ و ۵)

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



تصویر ۴- بیمار ۵ ماه بعد CXR



تصویر ۵- اکوی قلب بیمار در روز نهم پس از

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 شایع تر است(۲). در مطالعه انجام شده در فرانسه میزان ابتلا به الکلیسم مزمن را ۵۰ درصد ذکر کرده اند(۳۹). همین طور ذکر شده است که در گیری سمت چپ قلب در این بیماری یک قانون است و البته شایع ترین دریچه در گیر آنورت است و نارسایی آنورت از عوارض شایع آن است(۲) اما در مورد بیمار ما در گیری اولیه در میترال اتفاق افتاده بود که به صورت وزناتیون واضح و نارسایی آن بود.

پنومونی و منزیت به عنوان علل اصلی باکتریمی مورد توجه قرار گرفته اند و در بعضی موارد روی منزیت تأکید بیشتری شده است. در مورد علل زمینه ای که ریسک ابتلا را بالا می برند غیر از الکلیسم به بیماریهای بافت همبند و ایدز نیز اشاره شده است(۱) اما در هیچ کدام از منابع مستقیماً به سل اشاره نشده است. در مورد این بیمار می توان روی سل ریوی به عنوان یک عامل مساعد کننده

## 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 ۶۰ درصد بیماران مبتلا به اندوکاردیت دارای یک بیماری قلبی زمینه ای می باشند(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 منزیت" 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 ۱۶ بیمار را گزارش کرده است که ۱۵ نفر آنها هیچ نوع بیماری زمینه ای قلبی نداشتند(۴). هم چنین در مطالعات انجام شده در فرانسه در یک دوره ۷ ساله، ۶۶ درصد بیماران هیچ نوع بیماری زمینه ای قلبی نداشتند(۳). در مورد بیمار مذکور نیز هیچ یافته ای به نفع بیماری قلبی، وجود نداشت و سوفل قلبی

دربرمی گیرد و ناشی از آن و میزان مرگ و میر ناشی از آن حدود ۵۰-۶۰ درصد (دریچه‌ها) است که معمولاً ناشی از تخریب سریع دریچه و اختلال همودینامیک و نارسایی قلب می‌باشد، البته ظاهر آهسته آندوکاردیت پنوموکوکی با نتایج خوب نیز توصیف شده است (۲). در مطالعه انجام شده در فرانسه از بین ۳۰ بیمار مورد مطالعه، ۲۰ نفر تحت عمل جراحی و ۱۲ نفر تحت تعویض دریچه قرار گرفتند اما در نهایت ذکر شده است که اگرچه آندوکاردیت پنوموکوکی معمولاً برآسا 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 طور که در این مطالعه به ۲۴/۱ درصد رسیده است (۳).

در مورد بیمار مطرح شده 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 عمومنومی خوب ترخیص شد.

ابلا به پنومونی و سپس باکتریمی بحث کرد. البته در بعضی منابع درگیری‌های سیستمیک بیماری‌های مختلف به عنوان یک عامل شعله‌ورکننده مطرح شده اند که البته در مورد بیمار مذکور به خصوص با توجه به سابقه سرفه و خلط و همپوشانی قبلی این مورد مطرح نمی‌باشد.

برای درمان در موارد حساس به پنی‌سیلین، روزی ۲ میلیون واحد پنی‌سیلین وریدی و یا یک سفالوسپورین نسل سوم به مدت ۴ هفته توصیه شده است (۲). البته از آنجا که این بیماری معمولاً 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 بتالاکتان 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 موارد یک سفالوسپورین نسل سوم یا وانکومایسین انتخاب اول می‌باشد (۲). سیر بیماری در مجموع بدخیم است، به طوری که میزان عوارض آن مثل آبسه‌های پره‌والولار و یا پریکاردیت ۱/۳ درصد موارد را

## REFERENCES

1. Braunwald E, Fauci AS, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15<sup>th</sup> ed, McGraw Hill, 2001; 882.
2. Mandell GL(ed). Mandell, Douglas and Bennett's Principle and Practice of Infectious Disease. 5<sup>th</sup> ed, New York: Churchill 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.