

گزارش یک مورد آرتريت، استئومیلیت، سپتی سمی و مننژیت کلبسیلایی در نوزاد کم وزن

ضیاء الدین قرشی: گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط

E-mail: Dr_Ziaaedin_Ghorashi@yahoo.com

حسن سلطانی اهری: گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
شهرام عبدلی اسکویی: گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
حمیده حسین پورفیضی: گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۶/۷/۲۰، پذیرش: ۸۶/۱۱/۱

چکیده

کلبسیلا پنومونیه عامل عفونت ادراری و پنومونی بوده و در بیمارانی که زمینه مساعدی دارند منجر به عفونت بیمارستانی می شود. نوزاد کم وزن با سندرم دیسترس تنفسی و نارسی در بیمارستان طالقانی تبریز بمدت ۳۳ روز بستری بوده و در آنجا به سپتی سمی، مننژیت، آرتريت چند مفصلی و استئومیلیت کلبسیلایی مبتلا می شود. سپس در بیمارستان کودکان تبریز بستری و به علت مقاومت به اکثر آنتی بیوتیک ها با سیپروفلوکساسین و کوتری موکسازول ۴ هفته وریدی و ۴ هفته خوراکی تحت درمان قرار گرفت. کلبسیلا ها مخصوصاً سویه های بیمارستانی آن به اکثر آنتی بیوتیک ها مقاوم هستند. در صورت مقاومت میکروبی به آنتی بیوتیک های رایج و حساس بودن به سیپروفلوکساسین می توان آنرا در نوزادان مصرف کرد. آرتريت و استئومیلیت کلبسیلایی نادر است. بیمار گزارش شده بعد از تکمیل دوره درمان بهبودی کامل پیدا کرده و وزن شیرخوار به ۴۲۵۰ گرم رسید.

کلید واژه ها: آرتريت، کلبسیلا پنومونیه، استئومیلیت، سپتی سمی، مننژیت.

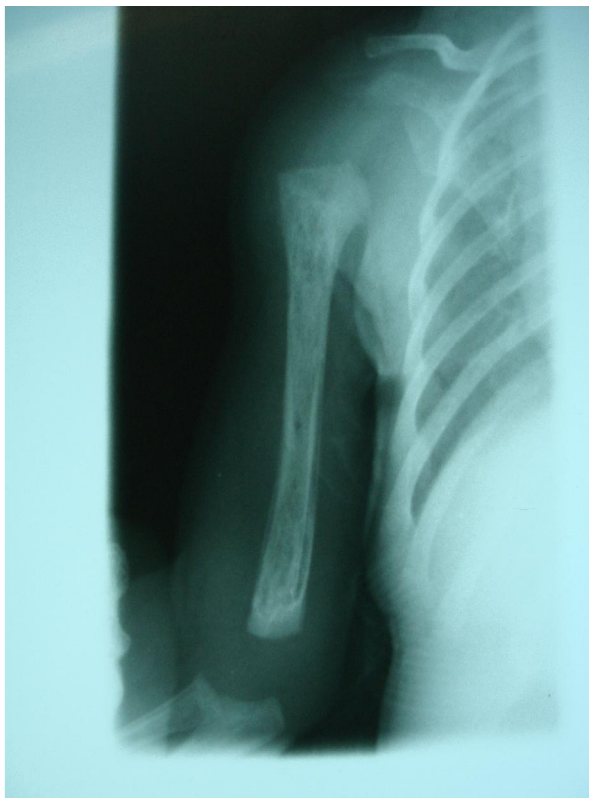
مقدمه

معمولاً سابقه دریافت سفالوسپورین نسل اول و آمینوگلیکوزید ها را دارند(۳).

کلبسیلا پنومونیه شایعترین گونه کلبسیلا است که در افراد سالم ایجاد عفونت ادراری و پنومونی می کند(۱). این باکتری اغلب عامل عفونت بیمارستانی بوده بخصوص در کسانی که زمینه لازم برای ایجاد عفونت دارند مثل نارسی، وجود کاتتر وریدی، درمان قبلی با آنتی بیوتیک و تغذیه وریدی، بصورت پنومونی، سپتی سمی و مننژیت تظاهر می کند (۲). ندرتاً ممکنست آرتريت و استئومیلیت نیز ایجاد کند (۲). اغلب سویه های کلبسیلا به آمپی سیلین مقاوم هستند مخصوصاً سویه های با مقاومت چند گانه به اکثر آنتی بیوتیک ها مقاوم بوده ولی به نسل چهارم سفالوسپورین و کارباپنم ها حساس هستند(۱). سویه های با مقاومت چندگانه

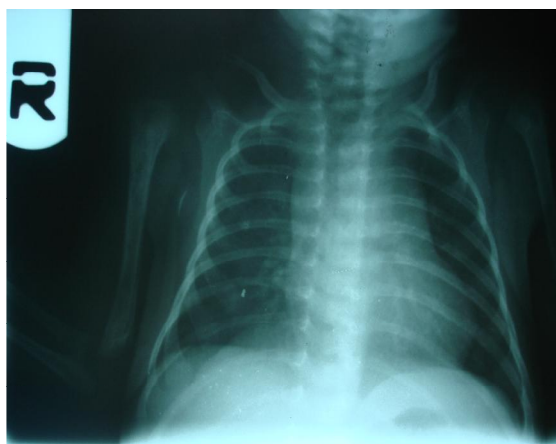
گزارش مورد بیمار

نوزاد کم وزنی با سندرم دیسترس تنفسی و نارسی از بدو تولد در بیمارستان طالقانی تبریز بستری بود به علت سپتی سمی بیمارستانی با کشت خون مثبت کلبسیلایی ابتدا با جتامايسين و آمپی سیلین سپس با سفوتاکسیم و وانکومايسين و نهایتاً با امی پنم و سفنازیدیم تحت درمان قرار گرفته بود، بعد از ۳۳ روز با رضایت والدین مرخص شده با عدم مکیدن شیر، استفراغهای مکرر و بی

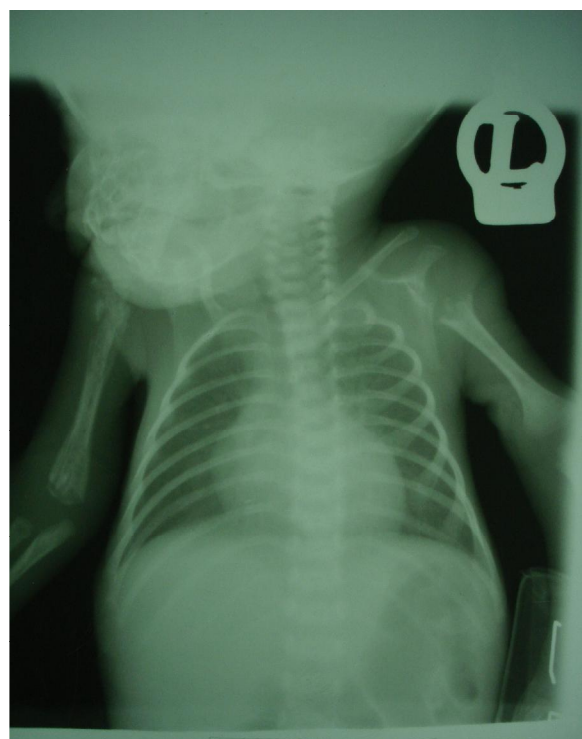


شکل ۲: رادیوگرافی استخوانهای بازو و مفصل گلهومرال در روز سی و پنجم از درمان

حالی با احتمال سپتی سمی به بیمارستان کودکان تبریز مراجعه و بستری می شود. در معاینه بیماری حال، رنگ پریده با کاهش رفلکسها و هیپوتونی که وزن ۱۷۰۰ گرم، قد ۴۱ سانتی متر و دوسر ۳۱ سانتی متر داشت. از لحاظ پاراکلینیک مایع مغزی نخاعی کاملاً کدر با پروتئین ۵۲۰ میلی گرم درصد، قند ۱۶ میلی گرم درصد و گلوبول سفید فراوان با ۸۵ درصد پلی مورفونکلتر بود. در کشت های انجام شده از خون و مایع مغزی نخاعی کلبسیلا پنومونیه مقاوم به اکثر آنتی بیوتیک ها و حساس به سیپروفلوکساسین و کوتتری موکسازول گزارش گردید. در رادیوگرافی انجام شده از قفسه سینه و استخوانهای بازو استئومیلیت بازو، آرتریت گلهومرال دو طرفه گزارش شد. (تصاویر ۱ تا ۳) به ترتیب رادیوگرافی های بازو و مفاصل گلهومرال دو طرف را در زمان بستری، روز سی و پنجم و در خاتمه درمان نشان می دهد. بیمار با سپتی سمی، مننژیت، آرتریت و استئومیلیت کلبسیلابی با سیپروفلوکساسین و کوتتری موکسازول بمدت ۲۸ روز ویریدی تحت درمان قرار گرفت در پایان درمان ویریدی که بیمار ۶۰ روزه شد وزن به ۲۴۲۰ گرم رسید. در آخر هفته سوم درمان، مایع مغزی نخاعی بدون سلول با کشت منفی گزارش شد. بیمار مرخص و بطور سرپائی با سیپروفلوکساسین، کوتتری موکسازول و ریفامپسین خوراکی برای ۴ هفته دیگر درمان و پیگیری شد در آخر هفته هشتم درمان (سه ماهگی) وزن شیرخوار ۴۲۵۰ گرم و رادیوگرافی مفاصل گلهومرال و استخوانهای بازو طبیعی گزارش گردید.



شکل ۳: رادیوگرافی استخوانهای بازو و مفصل گلهومرال پس از تکمیل درمان



شکل ۱: رادیوگرافی استخوانهای بازو و مفصل گلهومرال در زمان بستری

بحث

کلبسیلا ها عامل عفونت بیمارستانی در شیرخواران و شیوع سپتی سمی در بخش نوزادان می باشند (۴). بررسی قهرمانی و نهائی نشان می دهد کلبسیلا پنومونیه شایعترین علت سپتی سمی در نوزادان بیمارستان الزهراء تبریز است (۵). کلبسیلاها مخصوصاً سویه های بیمارستانی آن به اکثر آنتی بیوتیک ها مقاوم بوده و به سیپروفلوکساسین و افلوکساسین حساس هستند (۶).

سیپروفلوکساسین جزو آنتی بیوتیک های روتین در درمان نوزادان نیست ولی اگر باکتری عامل سپتی سمی مقاوم به آنتی بیوتیک های دیگر و حساس به سیپروفلوکساسین باشد در نوزادان

تولد ۱۷۰۰ گرم با سندرم دیسترس تنفسی که مبتلا به سپتی سمی، آرتریت چندمفصلی، استئومیلیت و مننژیت کلبسیلایی بود که به اکثر آنتی بیوتیک ها مقاوم و با سیپروفلوکساسیون و کوتتری موکسازول وریدی درمان شد. پس از تکمیل دوره درمان بهبودی کامل و وزن گیری خوب پیدا کرد.

۳۰-۱۵ میلی گرم برای هر کیلو گرم روزانه تجویز می شود (۷). در بررسی که روی ۱۲ نوزاد با سپتی سمی کلبسیلایی در نیجریه انجام شد همه آنها دچار آرتریت سپتیک بوده و ده بیمار هم استئومیلیت داشتند که کلبسیلای جدا شده از این بیماران به اکثر آنتی بیوتیک ها مقاوم بود (۸). بیمار معرفی شده نوزادی با وزن

References

- Mandell G, Bennett J, Dolin R. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia, Elsevier, 2005; PP: 2567-2586.
- Feigin R, Cherry J, Demmler G, Kaplan S. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia, Saunders, 2004; PP: 1449-1453.
- Asensio A, Oliver A. Outbreak of a Multiresistant klebsiella Pneumonia Strain in an Intensive Care Unit: Antibiotic use as risk factor for colonization and infection. *Clinical Infectious Diseases* 2000; **30**: 55-60.
- Westbrook G, Roman S. Incidence and Identification of klebsiella Planticola in Clinical Isolates with Emphasis on Newborns. *Journal of Clinical Microbiology* 2000, **38**(4): 1495-1497.
- Ghahramani P, Nahaie MR. Klebsiella Sepsis in Neonates Admitted to Al-Zahra Hospital, Tabriz, *J Med Tabriz*, 2001; **52**: 69-73.
- Akindele JA, Rotilu IO. Outbreak of Neonatal klebsiella Septicemia: A review of Antimicrobial Sensitivities. *J Med Sci* 1997, **26**(1-2): 51-53.
- Behrman R, Kliegman R, Jenson H, *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia, Saunders. 2004; PP: 2393-2505.
- Adeyemo AA, Akindele JA, Omokhodion SI. Klebsiella septicemia, Osteomyelitis and septic arthritis in neonates in Ibadan, Nigeria. *Ann Trop Pediatr* 1993; **13**(3): 285-9.