پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۹، شماره ۱، صفحات ۷۱ تا ۷۳ (بهار ۸۴)

Case Report

گزارش یک مورد پلی آرتریت سپتیک ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس

دکتر گیتا اسلامی، جلال مردانه، دکتر فاطمه فلاح، دکتر حسین گودرزی ×

× گروه میکروبیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

پلی آرتریت سپتیک ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس درگیری نادر چند مفصل توسط این باکتری است که اگر مراقبتهای ویژه و درمان مناسب صورت نگیرد، منجر به مرگ فرد مبتلا می شود. افراد معتاد دارای تزریقات مکرر داخل رگی با سرنگهای آلوده در خطر بالای ابتلا به آن هستند.

***معرفی مورد**: مردی ۳۰ ساله دارای سابقه استفاده مکرر از تزریقات درون رگی با علائم تب بالا، فشار بالا، اختلالات تنفسی (سرفه و خلط چرکی) و نیز شکایت از تورم و درد در مفاصل انتهائی پاها و دستها و مفصل زانوی راست و چپ به بیمارستان لقمان مراجعه کرد. جهت تشخیص بیماری، عکس رادیوگرافی از قفسه سینه تهیه و نمونه خون و مایع مفصلی جهت کشت میکروبی ارسال گردید. پس از تشخیص عفونت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس بیمار با ونکومایسین، پنی سیلین، سفازولین درمان شد.*

پلی آرتریت عفونی ناشی از این باکتری اگر چه نادر است اما موارد این بیماری در بین معتادان تزریقی و با سیستم ایمنی ضعیف وجود دارد و تهدید کننده حیات چنین افرادی است با تشخیص به موقع و اتخاذ مراقبتها و درمانهای ویژه امکان بهبودی شخص وجود دارد.

واژگان کلیدی: *پلی آرتریت سپتیک، استافیلوکوکوس اورئوس.*

مقدمه

پلی آرتریت سپتیک گرفتاری همزمان چند مفصل توسط میکروارگانیسمها است که باکتریهای مختلف از جمله استافیلوکوکوس اورئوس، سودوموناس، پنوموکک، سراشیا، هموفیلوس آنفولانزا و نایسریا گونوره قادر به ایجاد آن هستند و از تمام نقاط جهان به صورت موردی گزارش می شود. فرد مبتلا به آرتریت سپتیک در بیشتر مواقع دارای تب بالا، تورم، التهاب، درد و محدودیت حرکتی در مفصلهای درگیر می باشد (۱).

در جوامعی که میزان مصرف مواد مخدر بخصوص به صورت تزریق درون رگی بالا است استافیلوکوکوس اورئوس مهمترین عامل ایجاد کننده آرتریت استافیلوککی است. در بررسی صورت گرفته در اسپانیا روی پلی آرتریت سپتیک در میان معتادان هروئینی ۷ مورد عفونت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس گزارش شده (۱) و در گزارشی در فرانسه ۵ مورد گزارش شده است (۲).

اگرچه موارد پلی آرتریت سپتیک ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس در ایران به علت عدم توجه کافی مشخص نیست اما اگر مطالعه دقیق روی این بیماری صورت گیرد احتمالاً موارد بیشتری بخصوص در میان افراد دارای سیستم ایمنی ضعیف و معتادان تزریقی گزارش خواهد شد. با شناسایی افراد مبتلا می توان جهت درمان هر چه سریعتر آنها و جلوگیری از وقوع موارد بیشتر بیماری اقدام نمود. این مقاله به معرفی یک مورد مرد ۳۰ ساله مبتلا به پلی آرتریت سپتیک که به بیمارستان لقمان تهران مراجعه نمود، می پردازد.

معرفی بیمار

مردی ۳۰ ساله با علائم تب بالا (۳۸/۵ درجه سانتیگراد)، اختلالات تنفسی (سرفه و خلط چرکی) و نیز شکایت از تورم و

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه میکروبیولوژی، دکتر گیتا اسلامی (**email**: g_eslami@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۹/۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۲/۱٤

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

درد مفاصل انتهائی پا و دست و زانوی راست و چپ خود با سابقه اعتیاد و استفاده از تزریقات مکرر درون رگی (بیمار اظهار می کرد که یک هفته قبل تزریقات را قطع کرده است) به بیمارستان لقمان تهران مراجعه کرد. شخص بیمار اذعان می کرد که از یک هفته قبل احساس درد نسبی در زانوی خود نموده که با گذشت زمان اندکی، به سرعت مفاصل انتهائی پا و سپس دست را گرفتار نموده که همراه با تورم و قرمزی و درد شدید در مفاصل مربوطه بوده است. پس از معاینات پزشکی و مشکوک شدن به آرتریت سپتیک در بخش عفونی بیمارستان بستری گردید. جهت تشخیص بیماری عکس رادیوگرافی از سینه و مفاصل درگیر بیمار تهیه گردید و آبسه های متعدد ریوی و تورم و التهاب بافت نرم مفصل مشاهده شد. در شرح حال از بیمار علائم بیماری از یک هفته قبل شروع شده بود که در سیر بیماری مفاصل درگیر از جمله مفصل زانو و مچ پا نسبت به مفاصل انتهائی دستها از تورم /گرمی و التهاب بیشتری برخوردار بودند. از نظر سابقه تروما یا گرفتاریهای دیگر مفصلی بیمار فاقد هر گونه سابقه مشهود و یا با پرونده پزشکی مشخص بود.

از مفاصل درگیر مایع مفصلی فراوانی (مخصوصا مفصل زانو) آسپیره گردید که دارای ظاهری کدر بود. همچنین نمونه مایع مفصلی از مفصل زانو و متاکارپوفالنژیال آسپیره و به همراه نمونه خون ارسال گردید. در آزمایشات بیوشیمیائی از نمونه مایع مفصلی آسپیره شده میزان پروتئین آن بالا اما قند آن کاهش یافته بود و لوکوسیتوز واضح را نشان داد (WBC/ml : ۸۷۰۰۰). بیشتر از ۸۰٪ آنها را نوتروفیل تشکیل می داد. هیچگونه کریستال و همچنین RBC مشاهده نگردید. سرعت رسوب گلبولهای قرمز ۳۸mm/h بود. تمام آزمایشات مربوط به نمونه مایع مفصلی در بخش میکروبیولوژی دانشکده پزشکی انجام شد. برای تقویت رشد باکتری نمونه مایع مفصلی سریعاً به محیط ترانسپورت TSB و تایوگلیکولات براث انتقال داده شد و پس از انکوباسیون در ۳۷ درجه سانتیگراد به مدت ۲۴ ساعت از نمونه ها گسترش تهیه و با رنگ آمیزی گرم مورد ارزیابی قرار گرفت. در گسترش مستقیم تهیه شده از نمونه ها کوکسیهای گرم مثبت به همراه پلی مورفونوکلئرها و لکوسیتها مشاهده شد.

نمونه های مایع مفصلی و خون بر روی محیط های کشت باکتریائی گرم مثبت و گرم منفی (بلاد آگار، شکلات آگار، مک کانکی آگار) کشت داده و به مدت ۲۴ ساعت در ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه شد. (پلیت کشت شکلات آگار در جار CO_2 دار قرار گرفت). کلنی ها روی بلاد آگار و شکلات آگار رشد بسیار خوبی داشته و روی محیط بلاد آگار کلنی های زرد رنگ، صاف و با حاشیه منظم به قطر ۵ میلیمتر و با هاله ای از همولیز بتا مشاهده گردید. در رنگ آمیزی گرم از کلنی ها کوسیهای گرم مثبت مشاهده گردید. جهت تشخیص نهائی از تستهای کاتالاز (جهت افتراق از استرپتوککها)، کوآگولاز روی لام و لوله، DNAase، تخمیر مانیتول و حساسیت به دیسک نووبیوسین استفاده شد که تمام تستهای ذکر شده مثبت بود. جهت بررسی حساسیت آنتی بیوتیکی از دیسکهای ونکومایسین، پنی‌سیلین، اگزاسیلین، سولفا متوکسازول، کلیندامایسین استفاده شد که به ونکومایسین خوب جواب داد. حال عمومی بیمار پس از بستری شدن و مراقبتها ویژه و دریافت آنتی بیوتیکهای ونکومایسین، سفازولین و پنی سیلین بهتر شده و از بیمارستان مرخص گردید. تلاش جهت پیگیری بیمار نتیجه ای در بر نداشت.

بحث

پلی آرتریت سپتیک غیر گونوکوکی ناشی از باکتریهای مختلف از جمله استافیلوکوکوس اورئوس، هموفیلوس آنفولانزا، استرپتوکوک پنومونیه، سودوموناس آئروژینوزا، و سراشیا مرسه سنس ممکن است به صورت موردی گزارش شود. میزان شیوع پلی آرتریت سپتیک غیر گونوکوکی ۱۰ تا ۲۰ درصد می باشد و بیشتر در بیمارانی شایع است که دارای بیماریهای زمینه ای از جمله آسیبهای مفصلی، نقرس، آرتریت روماتوئید و اختلالات بافتی همبند سیستمیک، باکتریمی طویل المدت و نقص ایمنی می باشند و ارگانیسم غالب ایجاد کننده پلی آرتریت سپتیک استافیلوکوکوس اورئوس می باشد. مهمترین عامل پلی آرتریت سپتیک در جوامعی که میزان معتادان تزریقی استفاده کننده از تزریقات مکرر داخل رگی (بوسیله سرنگهای آلوده) در آن بالا است، استافیلوکوکوس اورئوس می باشد (۱). بررسی Bracos و همکاران در اسپانیا روی آرتریت سپتیک در بین معتادان هروئینی نشان داد که از ۳۵ مورد آرتریت سپتیک ۲۰ درصد (۷مورد) مبتلا به پلی آرتریت عفونی بوده و مهمترین ارگانیسم جدا شده استافیلوکوکوس اورئوس بود (۱) با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه در این بررسی افراد هروئینی بودند بعضاً موارد بیشتری از پلی آرتریت عفونی ناشی از این باکتری مشاهده شده است و به نظر می رسد اگر در کشور ما روی معتادان تزریقی مطالعه دقیقی صورت گیرد موارد بیشتری از پلی آرتریت

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

استافیلوکوکی مشاهده خواهد شد. سن فرد بخصوص در سنین بالا و کهنسالی که فرد دارای سیستم ایمنی ضعیف است فاکتور تقویت کننده وقوع این بیماری می باشد. برخلاف جامعه مورد مطالعه در اسپانیا، مهمترین عامل پلی آرتریت در آمریکا باسیلهای گرم منفی نظیر سودوموناس و سراشیا است.

در مطالعات انجام شده توسط Dubost و Epstein استافیلوکوکوس اورئوس به عنوان مهمترین عامل پلی آرتریت سپتیک در گروههای مورد مطالعه آنها شناسایی شده و بیشترین مفصل درگیر زانو بود (۲،۳). مورد گزارش شده ما نیز دارای گرفتاری مفصل زانو بود و این مسئله ممکن است ناشی از آن باشد که افراد معتاد در هنگام دردهای مفصلی و استخوانی اقدام به تزریق مواد مخدر با سرنگها آلوده به باکتری در همان ناحیه جهت تسکین درد و بهبودی آن کرده و به این طریق آلودگی را به خود منتقل می کنند. اگر چه درصد شیوع پلی آرتریت سپتیک اندک می باشد اما تقریبا تمام باکتریها توانایی ایجاد آن را دارا می باشند. در مطالعه ای که در استرالیا روی ۱۹۱ بیماران مشکوک به آرتریت سپتیک انجام شده میزان شیوع پلی آرتریت سپتیک ۴۵درصد عنوان شد که از این میزان۱۷درصد توسط نایسریا گونوره ایجاد شده بود (۴). شرایط زمینه سازی نظیر ضعف سیستم ایمنی به دلایل گوناگون (مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی و یا بیماریهای سرکوب کننده سیستم ایمنی)، اندوکاردیت، کونژونکتیویت، اورتریت، مننگوکوکسمی، یرقان، اریتما مارژیناتوم، اریتمانودوزوم و به طور کلی باکتریهای ذکر شده که شرایط ایجاد عفونتهای سیستمیک را بدلایل مختلف کسب نمایند و توانائی استقرار در فضای مفصلی و ایجاد آرتریت سپتیک را پیدا نمایند، احتمال وقوع پلی آرتریت سپتیک بدنبال آن وجود دارد. در گزارشی راجع به پلی آرتریت سپتیک در افراد مصرف کننده موادمخدر به صورت درون وریدی، ۳۹ درصد مبتلا به این بیماری بوده اند. پلی آرتریت سپتیک بیشتر در بیمارانی شایع است که دارای بیماریهای زمینه ای از جمله آسیبهای مفصلی، نقرس، آرتریت روماتوئید، مقاربتهای جنسی با افراد آلوده به عوامل عفونی منتقل شونده از راه جنسی که توانائی آرتریت سپتیک را دارا می باشند (نظیر نایسریا گونوره) و اختلالات بافت همبند سیستمیک می باشند (۵).

درمان ضد میکروبی آرتریت عفونی باید بعد از تهیه خون و مایع مفصلی باشد. داروی انتخابی به نتایج رنگ آمیزی گرم، سن بیمار و فعالیت جنسی آن بستگی دارد. اگر به عفونت استافیلوکوکوس اورئوس مشکوک هستیم درمان ابتدائی مناسب تزریق درون وریدی پنی سیلین مقاوم به پنی سیلیناز مانند نافسیلین به میزان ۹ گرم در هر روز (به صورت درون وریدی در هر ۴ ساعت) در افراد بالغ می باشد. در افرادی که به پنی سیلین حساس بوده و یا در جامعه ای می باشند که میزان استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی سیلین گزارش می شود بهتر است که در هر ۱۲ ساعت یک گرم به صورت درون وریدی تزریق گردد.

در پایان باید خاطر نشان ساخت با توجه به اینکه موارد عفونتهای مفصلی ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس در جامعه ما بویژه بین افراد معتاد استفاده کننده از تزریقات مکرر داخل رگی وجود دارد، این باکتری در چنین افرادی که طبعاً دارای سیستم ایمنی ضعیف هستند، می تواند سبب مرگ و میر شود. از طرف دیگر میزان مقاومت استافیلوکوکها به داروهای انتخابی ضد این باکتری مانند ونکومایسین به دلیل استفاده خودسرانه و بدون تجویز پزشک از داروهای مختلف بالا است و درمان عفونتهای ناشی از این باکتری را با مشکل مواجه می کند. با استفاده از اصلاح سازی فرهنگ استفاده از داروها، انجام بررسیهای علمی راجع به مقاومتهای داروئی و نیز ترغیب افراد معتاد به ترک تزریقات یا استفاده از سرنگهای بهداشتی و استریل می توان از گسترش موارد بیماری جلوگیری کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری و مساعدت پرسنل آزمایشگاه و بخش عفونی بیمارستان لقمان تشکر و قدردانی می شود.

REFERENCES

1. Bracos MA. Septic arthritis in heroin addicts. Semin Arthritis Rheum 1991; 21(2): 81-7.
2. Dubost JJ. Polyarticular septic arthritis. Medicine 1993; 72(5): 296-310.
3. Epstein JH. Polyarticular septic arthritis. J Rheumatol 1986; 13(6): 1105-7.
4. Morgan DS. A 18 year clinical review of septic arthritis from tropical Australia. Epidemiol Infect 1996; 117(3): 473-80.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

5. Heereveld HA, Van Riel PL, Meis JF. Chronic polyarthritis due to pseudomonas aeruginosa. Br J Rheumatol 2001; 32: 1021-25.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]