

# پریکارڈیت چرکی اطفال

گزارش پنچ مورد از بیمارستان بهرامی (\*)

دکتر صادق مختارزاده \*\* دکتر بهرام مشیری \*\*\* دکتر محمد ملک \*\*\*

دکتر محمد پیراسته \*\*\*

پریکارڈیت چرکی در نزد شیرخواران و کودکان با اینکه بیماری شایعی نیست ولی بعلت اشکالات تشخیصی و درمان خطرناک بوده و با مرگ و میر فراوان همراه میباشد و تنها با تشخیص زود و درمان صحیح میتوان بیماران را از مرگ حتمی نجات داد .

باید دانست که عارضه پریکارڈیت نسبت به عوارض دیگر قلب در نزد اطفال کمتر دیده میشود و این موضوع از مطالعه جدول زیر که از پرونده های بیماران بیمارستان بهرامی جمع آوری شده است بخوبی مشهود میباشد .

جدول ۱ - آمار مبتلایان به بیمارستاریهای قلبی در بیمارستان بهرامی از تاریخ ۳۷۲۳۷ الی ۴۷۱۱۱

۵۴	مورد	کاردیوپاتیهای سیانوژن مادرزادی
» ۶۹	»	» » غیرسیانوژن
» ۴۲	»	میوکارڈیتها
» ۱۴۰	»	کاردیتهای روماتیسمال (دریچه میترال و آئورد تیک)
» ۲۷	»	بیماریهای کره همراه با کاردیت

\* - از بیمارستان کودکان دانشگاه تهران

\*\* - استاد و رئیس بخش کودکان بیمارستان کودکان بهرامی

\*\*\* - استاد یازان

## پریکاردیت‌های (چرکی و غیرچرکی)

۱۳ مورد

جمع ۳۴۵ مورد

آمار فوق بخوبی نشان می‌دهد که در بین ۳۴۵ مورد از مبتلایان به بیماریهای قلبی فقط ۱۳ مورد پریکاردیت دیده شده است .  
 برحسب تقسیم‌بندی Mc. Guire (Ref 2) پریکاردیت‌های حاد بدستجات زیر تقسیم شده‌اند :

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| ۱ - پریکاردیت حاد با علت غیر معلوم | ۲ - پریکاردیت سلی                |
| ۳ - پریکاردیت روماتیسمال           | ۴ - پریکاردیت ثانوی به‌میوکاردیت |
| ۵ - پریکاردیت چرکی                 | ۶ - پریکاردیت تروماتیک           |
| ۷ - پریکاردیت نئوپلاسمیک           | ۸ - پریکاردیت باعلل نادر دیگر    |
- علل پریکاردیت در ۱۳ مورد از بیماران بیمارستان بهرامی در جدول ۲ شرح داده میشود :

جدول ۲ - آمار ۱۳ مورد پریکاردیت چرکی از نظر اتیولوژی

۵ مورد پریکاردیت چرکی	۰/۰۳۸/۵
۵ مورد پریکاردیت فشاردهنده سلی	۰/۰۳۸/۵
۱ مورد پریکاردیت احتمالاً ویرال	۰/۰ ۷/۵
۲ مورد پریکاردیت روماتیسمال	۰/۰۱۵/۵

باتوجه بجدول فوق میتوان گفت که در بیماران ما ۰/۰۳۸/۵ از تمام پریکاردیتها را پریکاردیت چرکی تشکیل داده است. باید دانست که پریکاردیت چرکی در سنین شیرخوارگی نادر تر بوده و خطر آن نیز بیشتر میباشد بطوریکه از اول قرن بیستم تا کنون در مجلات علمی دنیا فقط ۵۰ مورد پریکاردیت چرکی در شیرخواران دیده شده است که کوچکترین آنها دوازده و بزرگترین آنها کمتر از ۲۴ ماهه بوده است که از ۴۶ نفر از آنها که از نظر جنس گزارش شده است ۲۶ شیرخوار مذکر و ۲۰ مورد مونث بوده است و در ۵ مورد پریکاردیت چرکی بیمارستان بهرامی فقط یکمورد کمتر از ۲۴ ماهه وجود داشته است (۱۹ ماهه) و هر پنج مورد دختر بوده‌اند. پریکاردیت چرکی بندرت بصورت عفونت اولیه تظاهر مینماید بلکه در اغلب

موارد توأم با يك عفونت منتشرى كه در نقاط ديگر بدن نيز تظاهراتى نشان ميدهد مشاهده ميشود كه در بين آنها عفونت ريوى شايعترين عارضه‌اى است كه با پريكاردیت چرکى همراه ميشود. ممکن است عفونت از راه مجاورت از ریه به پریکارد سرایت نماید؛ یا از راه خونی از ریه یا نقاط دیگر به پریکارد منتقل شود. و در مواردیکه پریکاردیت به تنهائی جلب توجه نماید و اولیه وانمود نماید شاید علتش کوتاهی در مطالعه و کافی نبودن وسایل و آزمایشات تکمیلی جهت کشف علل عارضی باشد. در ۵۰ مورد فوق‌الذکر تنها هفت مورد پریکاردیت مجزا و اولیه بدون لوکالیزاسیون دیگر عفونی در بدن گزارش شده است.

در پنج مورد پریکاردیت چرکی در بیمارستان بهرامی یکمورد همراه عارضه ریوی استافیلو کوکسی، یکمورد همراه پلورزی چرکی، یکمورد همراه سپتی سمی استافیلو کوکسی وجود داشته است و در دومورد ریتین سالم بوده است در حالیکه در ۵۰ مورد فوق‌الذکر ۳۴ مورد عفونت ریوی تشخیص داده شده است.

در میان میکربهائی که سبب پریکاردیت چرکی در اطفال میگرددند از همه بیشتر استافیلو کوک دیده میشود که در ۰/۰۵۰ موارد در ۵۰ مورد گزارش شده وجود داشته است و خطر مرگ و میر این عارضه نیز با استافیلو کوک بیشتر است (تقریباً ۰/۰۷۳ مرگ و میر در اثر پریکاردیت استافیلو کوک میباشد).

پنمو کوک در اطفال بیشتر از شیرخواران مسئول پریکاردیت چرکی بوده است در صورتیکه فقط ۰/۰۱۰ موارد شیرخواران دیده میشود در ۵۰ مورد فوق‌الذکر فقط يك مورد پریکاردیت بعثت مننگو کوک نیز گزارش شده است و در اطفال کمتر از ۱۵ سال ۵ مورد پریکاردیت مننگو کوکسی وجود داشته است. علت نادر بودن پریکاردیت چرکی در جریان سپتی سمی مننگو کوک مسلماً از یکطرف مربوط به درمان سریع و قاطع این سپتی سمی است از طرف دیگر شدت و خطرات آنی بیماری مجال بروز آنرا در موارد شدید و مرگ آور نمیدهد.

در پنج مورد پریکاردیت چرکی بیمارستان بهرامی در ۳ مورد استافیلو کوک دخالت داشته و در ۲ مورد عامل بیماریزا نامشخص بوده است.

علائم بیماری در کودکان تفاوتی با افراد بالغ ندارد. پیدایش تامپوناد قلبی (نبض پارادوکسال هپاتومگالی برجسته شدن وریدهای گردنی)، حس نشدن ضربان

قلب و کرشدن صداهاى قلب و پیدایش فروتمان پریکارد علائم اصلی بالینی هستند در رادیوگرافی بزرگی سایه قلب و در رادیوسکوپى مناطق ربوى روشن با ضربان ضعیف نوک و اطراف قلب دیده میشود .

فروتمان پریکارد زودگذر بوده و ممکن است شنیده نشود و گاهی نیز پس از عمل کاردیوستنتز شنیده میشود . در الکتروکاردیوگرافی تغییرات امواج ST, T با بالا و فرو رفتن موج ST تپیک ترین آنومالی است که دیده میشود ولی باید دانست که تغییرات الکتروکاردیوگرافی متغیر میباشد .

علائم الکتروکاردیوگرافی غیر اختصاصی است . بهترین علامت پیدایش نبض پارادوکسال بیشتر از ۲۰ میلیمتر است که انجام این آزمایش نزد اطفال کوچک کار مشکلی است .

پونکسیون پریکارد سبب تشخیص و راهنمایی درمان با تعیین نوع میکرب عامل بیماری و انجام آنتی بیوگرام خواهد بود .

مرگ و میر پریکاردیت چرکی در بین ۵۰ مورد گفته شده ۰/۰۶۶ بوده است که اگر بیمارانی را که در آنها مرض بطور بالینی تشخیص داده نشده است کنار بگذاریم این میزان به ۴۷٪ میرسد و این رقم شبیه تعدادی است که Boyle (ref.1) و همکاران برای پریکاردیت چرکی در تمام سنین زندگی ذکر کرده اند (۰/۰۴۱) در ۵ مورد بیمارستان بهرامی سه بیمار فوت کرده اند و ۲ مورد بهبودی یافته اند و تنها مورد شیرخوار آمار ما نیز در گذشته است .

بهبودی اکثراً در مواردی است که سن بیمار از یکسال بیشتر باشد بطوریکه از ۵۰ مورد فقط يك کودک که سنش کمتر از یکسال بوده است بطور مسلم نجات پیدا نموده است و مابقی در گذشته اند .

از مطالعاتی که در درمان پریکاردیت چرکی شده است چنین برمی آید که آنتی بیوتیکها به تنهایی برای درمان بیماری کافی نبوده و نتایج حاصله از آنها رضایتبخش نمیشد بعلاوه با آنتی بیوتیک تنها تاکنون گزارشی که مبنی بر بهبود پریکاردیت در شیرخواران باشد داده نشده است .

نجات بیمار از مرگ تنها با پریکاردستومی و یا ایجاد سوراخهای متعدد در پریکارد نیز پیدا نخواهد شد بلکه عامل مهم درمانی عبارتست از درناژ کافی جهت

بهبودی تامپوناد شدید و تهدید کننده قلبی و جلوگیری از عود آن است .  
هر چند که پریکاردستومی در مواردی که آگزودا خیلی کم است انجام باید  
بگیرد ولی در نازدائی از تجمع مایع جلوگیری میکند .

انتخاب آنتی بیوتیک بایستی با آنتی بیوگرام از میکروبی که بدست آمده است  
انجام گیرد. در موارد استافیلو کو کسی از پنی سیلینهای ضد استافیلو کو کسی مثل  
آمپی سیلین و همچنین از اریترومایسین بایستی استفاده شود درمان مخلوط بایستی تا  
موقعیکه نتیجه کشت و تست حساسیت بدست نیامده ادامه یافته وبعد از آن که جواب  
آزمایشگاه رسید درمان انتخابی را بکار بست .

جدول شماره ۳ مقایسه نتیجه درمانی را در ۵۰ مورد منتشر شده در مجلات  
علمی نشان میدهد .

#### جدول ۳ - مقایسه نتایج درمانی

فوت شده	بهبود یافته	نوع درمان
۳ مورد	۱۴ مورد	آنتی بیوتیک و در ناز پریکارد
۱۷ مورد	-	آنتی بیوتیک تنها
۹ مورد	۳ مورد	در ناز تنها پریکارد
۴ مورد	-	بدون درمان

در پنج مورد بیمارستان بهرامی ۲ مورد بهبود یافته که در یک مورد در ناز همراه  
آنتی بیوتیک و در یک مورد تنها آنتی بیوتیک عمومی مصرف شده است و سه مورد فوت  
نموده اند که تنها در آنها درمان آنتی بیوتیک از راه عمومی بکار برده شده است .  
تا کنون گزارش مبنی بر پیدایش پریکاردیت فشار دهنده بعنوان سکل  
پریکاردیت چر کی در دوره شیرخواری منتشر نشده ولی در بالغین گزارشاتی موجود  
است که بطور نادر وجود داشته است و بعضی مصنفین منکر پیدایش این عارضه  
میباشند . Boyle و همکاران (پدیاتریک ۱۹۶۷ صفحه ۲۲۴) در ۲۷۴ مورد پریکاردیت  
فشار دهنده فقط در ۶ مورد توانسته اند که منشأ پریکاردیت چر کی را پیدا نمایند ولی  
دلیل استناد این سکل به پریکاردیت چر کی در این ۶ مورد نیز ضعیف بوده است .  
Sillier و Weis (پدیاتریک ۱۹۶۷ صفحه ۲۲۴) یک بچه ۴ ساله که دچار

پریکاردیت چرکی مننکو کوکی بوده و در مرحله بهبودی بطرف پریکاردیت فشار دهنده رفته و آخر الامر مرده است مشاهده نموده‌اند همچنین توماس و همکاران یک بچه ۴½ ساله که دچار پریکاردیت استافیلو کوکسی بوده و منجر به پریکاردیت فشار دهنده شده است گزارش داده‌اند در هر مورد فوق چسبندگی پریکاردین برخلاف معمول پس از ۲ یا ۳ هفته پیدا شده است. با توجه باینکه رویهمرفته پیدایش این سکل بسیار بعید می‌باشد ولی در تمام شیرخوارانیکه دچار پریکاردیت چرکی بوده و علائم نارسائی قلبی در آنها پابرجا باقی بماند و یا علی‌رغم درمان کافی این نارسائی عود کند بایستی ب فکر این عارضه بود .  
در این بیماران مورد مطالعه ما این عارضه پیدا نشده است .

#### نتیجه

گزارش پنج مورد پریکاردیت چرکی از بیمارستان بهرامی مورد مطالعه قرار گرفته که یک مورد آن در سن ۱۹ ماهگی دیده شده است و با ۵۰ مورد پریکاردیت چرکی کمتر از دو سال که در مجلات علمی منتشر شده است مقایسه شده است. وجود ضایعات ریوی در ۲۰ موارد همراه با پریکاردیت چرکی تائید شده است و از نظر درمانی لزوم توأم کردن درناژ و آنتی‌بیوتیک برای بهبود کامل در درمان بیماری را متذکر میشویم .

در یک مورد از بیماران بیمارستان بهرامی که درناژ همراه آنتی‌بیوتیک عمومی جهت درمان در آن بکار رفته است بهبودی ملاحظه شده و از ۴ مورد دیگر که با آنتی‌بیوتیک تنها تحت درمان بوده‌اند فقط یک مورد علاج یافته است .

#### Summary

Five case of suppurative pericarditis in children are reported, one of them being only 11 months of age. As combined treatment with antibiotics and drainage of pericardium is advocated.

Among our 5 patients one was cured with this method, a second one reinforced with antibiotics alone, the remaining 3 patients died.

## Resume

Cinq cas de pericardites suppuratives sont le sujet de cet article. Tous les malades sont des enfants. L'un entre eux n'ayant que 11 mois. Le traitement de choix semble être une combinaison des antibiotiques avec drainage du pericarde. Un enfant traité avec cette methode et un autre traité avec antibiotiques sans drainage sont guéris.

## References

1. Jersony N. : Ped. August 1967 P. 224
2. Walton N : J.thor. Card. Vasc. Surg. march 1963
3. Nelson J. : Ped. dis. page 974 1964
4. Dobret F. : Ped. vol. A Page 611 1966
5. Current therapy P. 224 1968