

معرفی یک مورد کاندیدیاز مادرزادی

* نسرین حسینی نژاد: استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). nasrnejad@gmail.com
نجم السادات عاطفی: استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان علی اصغر، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۵

معرفی

پسر ۶ ماهه‌ای با دیسترس تنفسی و سابقه بستری مکرر جهت بررسی بیشتر به مرکز ما ارجاع شد. این شیرخوار که در سن بارداری ۳۵ هفته متولد شده بود به علت دیسترس تنفسی در بخش مراقبت‌های ویژه به مدت ۱۰ روز بستری شد. در روز اول تولد ضایعات پوستی خشک در زمینه اریتماتو (Erythematosis) داشت که با تشخیص ایکتیوز (Ichthyosis) مادرزادی تحت درمان‌های موضعی قرار گرفته ولی بهبودی نداشت.

کودک حاصل از دواج فامیلی و فرزند دوم خانواده بود و سابقه بیماری خاصی در خانواده وجود نداشت. در اسهال و کشت ترشحات واژینال مادر بیمار قارچ کاندیدا آلبیکانس رشد کرد.

کودک در بدو تولد وزن ۲۹۳۰ گرم داشت و با وزن ۳۴۵۰ گرم بستری شد. در معاینه دیسترس تنفسی به صورت رترکسیون ساب کوستال و اینترکوستال و تعداد ۵۵ تنفس در دقیقه داشت. فشار شریانی اکسیژن ۶۰ میلی‌متر جیوه و اشباع اکسیژن ۹۰ درصد بود. در سمع ریه کراکل نرم (رال ظریف ناشی از تجمع مایع در آلوئول‌ها است) و ویز بازدمی داشت. سمع قلب نرمال بود و سوفل یا صدای اضافه نداشت. ضایعات پوسته ریزی دهنده در زمینه اریتماتو در ناحیه صورت و سر و گردن و قدام سینه وجود داشت و در ناحیه دهان کاندیدیاز منتشر به صورت ضایعات سفید رنگ در زمینه خونریزی دهنده داشت. کبد و طحال لمس نشد. شکم نرم بود و توده‌ای نداشت. در گرافی قفسه صدی و سی‌تی‌اسکن ضایعات رتیکولو ندولر منتشر در فیلد هر دو ریه داشت. بیمار تحت

درمان با اکسیژن نازال ۳ لیتر در دقیقه قرار گرفت و درصد اشباع اکسیژن به ۹۹ درصد رسید. شمارش سلول‌های سفید در حد ۴۰۰۰ با ۸۰ درصد پلی مورفونکلتر و ۵ درصد باند سل بود. کشت خون و کشت ترشحات تنفسی و کشت مایع نخاع ارسال شد و تحت درمان با ونکوماپسین و سفوتاکسیم قرار گرفت. نیستاتین خوراکی برای ضایعات دهانی و پماد موپیروسین و هیدروکورتیزون و اوسرین برای ضایعات پوستی شروع شد. در کشت خون استافیلوکوکوس اورئوس رشد کرد.

به تدریج دیسترس تنفسی بیمار تشدید شد و شدت هیپوکسمی افزایش یافت. آنفیلتراسیون آلوئولر در گرافی قفسه صدی ایجاد و ضایعات پوستی بیمار به تدریج تشدید شد. تحت بیهوشی عمومی برونکوالوئولار لار (BAL) = Brochoalveolar lavage) و بیوپسی ریه از طریق توراکوسکوپی انجام شد. در کشت مایع لاواژ کاندیدا آلبیکانس رشد کرد. در بررسی پاتولوژی بافت ریه اینکلوزن بادی سیتومگالوویروس (CMV) و تغییرات بافتی به صورت پنومونیت انترستیسیل (Interstitial pneumonia) گزارش شد. در گزارش بیوپسی پوست درماتیت پری واسکولار اعلام شد. در بررسی فلو سیتومتری CD19، CD20 پایین‌تر از نرمال گزارش شد. PCR مایع لاواژ برای CMV مثبت بود (۱۴۰۰۰ کپی در هر فیلد). بیمار با تشخیص نقص ایمنی و پنومونیت سیتو مگالوویروسی و کاندیداز مادرزادی فراگیر (Generalized) تحت درمان با IVIG و آمفوتریسین و گان‌سیکلوویر قرار گرفت. ضایعات

هرپسی تشخیص های افتراقی صورت می گیرد (۴). انجام کشت از ادرار، پوست، خون و CSF جهت تشخیص لازم است (۶). کشت مثبت از واژن مادر و همچنین بررسی میکروسکوپی جفت و بند ناف می تواند در تشخیص زودرس کاندیدایز کمک کننده باشد (۷). آمفوتریسین اولین خط درمان در موارد سیستمیک است. در مواردی که مشکل نارسایی کلیه وجود دارد آمفوتریسین بی لیپوزومال ارجحیت دارد (۸).

تظاهر این بیماری با ضایعات پوستی کاندیدایی در بدو تولد بوده است که به علت عدم بررسی از نظر کاندیدا تشخیص داده نشده است و با تشخیص درماتیت اتوپیک تحت درمان قرار گرفته است. علیرغم اقدامات درمانی، ضایعات هیچگاه بهبودی نداشته است. عدم وزن گیری بیمار طی چند ماه نشانگر درگیری سیستمیک می باشد. وجود علائم دیسترس تنفسی و تاکی پنه در بیمار از بدو تولد و عدم بهبودی آن و گزارش کاندیدا البیکانس در ترشحات نمونه BAL تایید کننده درگیری سیستم تنفسی بیمار بوده است. پایین بودن سطح سرمی CD19 و CD20 بیانگر نقص ایمنی هومورال در این بیمار و زمینه ساز عفونت های فرصت طلب است، کما اینکه بیمار به دنبال بستری در مرکز ارجاع دهنده دچار عفونت های فرصت طلب (استافیلوکوکوس اورئوس) شده بود. وجود همزمان اینکلوزیون بادی CMV و تغییرات بافتی در بیوپسی ریه نشانگر ابتلا به این عامل پاتوژن بوده و بهبودی ضایعات پوستی به دنبال مصرف آمفوتریسین تایید کلینیکی کاندیدایز در این بیمار می باشد. از عوامل زمینه ساز عفونت کاندیدایی در نوزاد، آلودگی ترشحات واژینال مادر با کاندیدا و زایمان واژینال بوده است. این مورد به علت نقص ایمنی هومورال و ابتلا به عفونت های فرصت طلب و علیرغم پاسخ کلینیکی به داروی آمفوتریسین فوت شد.

منابع

1. Aldana-Valenzuela C, Morales-Marquec M, Castellanos-Martínez J, DeAnda-Go´mez M.

پوستی بیمار به تدریج برطرف شد. بیمار دچار دیسترس تنفسی افزایش یافته شد و تحت تنفس مکانیکی (Mechanical) قرار گرفت. پس از ۲ روز از اینتوبیشن (Intubation) با افزایش هیپوکسمی و افزایش ترشحات و رشد کلبسیلا پنومونیه در ترشحات تنفسی انتی بیوتیک سیپروفلوکساسین و آمیکاسین تجویز شد. بیمار دچار ترومبوسیتوپنی و لکوپنی شد. درمان های حمایتی (سلول قرمز فشرده اشعه دیده و پلاکت) تجویز شد. نیاز به فشار مثبت تنفسی افزایش یافت. در گرافی قفسه صدری افزایش انفیلتراسیون الوئالار داشت. در روز سوم از اینتوباسیون بیمار با خونریزی تنفسی غیر قابل کنترل فوت شد.

بحث و نتیجه گیری

کاندیداز مادرزادی بیماری نادر پوستی است که می تواند به دنبال الودگی در دوران بارداری یا در هنگام زایمان ایجاد شود (۱). علت این کمبود را احتمالاً عدم ایجاد کوریوآمینیوتیت در عفونت های ژنیتال کاندیدایی زنان باردار می دانند (۲). خطر عفونت بالارونده با پارگی زودرس پرده یا وجود جسم خارجی در رحم یا سرویکس به همراه عفونت واژینال کاندیدایی افزایش می یابد (۲). اغلب مواردی که با کوریوآمینیوتیت همراه است منجر به زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی می شود (۳). کودک مبتلا در روز اول زندگی با بشورات جنرالیزه ۲ تا ۴ میلی متری به صورت ماکول اریتماتو و پاپول که با میزان ۵ تا ۱۰ میلی متری ظاهر می شود و می تواند به پوستول یا وزیکول یا بولا تبدیل شده و ضایعات کف دست و پا را هم در برمی گیرد. برفک دهانی موقع تولد ممکن است دیده شود. در بچه های ترم، علائم به صورت پنومونی و سپسیس ظاهر می شود که درمان آنتی فونگال سیستمیک مورد نیاز است (۴). نارسی نوزاد از علل مساعد کننده ابتلا به عفونت مادرزادی کاندیدایی سیستمیک می باشد (۵). دریافت انتی بیو تیک وسیع الطیف و استفاده از ابزارهای کمکی در حین زایمان باعث افزایش خطر کاندیدایز مادرزادی می شود (۴). برای عفونت های سیستمیک، سیفیلیس، استافیلوکوک و عفونت

Perinatal/Neonatal Case Presentation Congenital Candidiasis: A Rare and Unpredictable Disease. *Journal of Perinatology*. 2005; 25: 680-682.

2. Roque H, Abdelhak Y, Young BK. Intra amniotic candidiasis. *J Perinat Med*. 1999; 27:253-62.

3. Segal D, Gohar J, Huleihel M, Mazor M. Fetal death associated with asymptomatic intrauterine *Candida albicans* infection and a retained intrauterine contraceptive device. *Scand J Infect Dis*. 2001;33:77-8.

4. Darmstadt GL, Dinulos JG, Miller Z. Congenital cutaneous candidiasis: clinical presentation, pathogenesis, and management guidelines. *Pediatrics*. 2000;105:438-44.

5. Raval DS, Banton CL, Hansen RC. Congenital cutaneous candidiasis, Case report and review, *Ped. Dermatology*. 1995;12.

6. Isaacs D, Moxon RE. Fungal Infections. In *Handbook of Neonatal Infections*. London: WB Saunders; 2000.

7. Diana A, Epiney M, Ecoffey M, Pfister RE. White dots on the placenta and red dots on the baby: Congenital cutaneous candidiasis. A rare disease of the neonate. *Acta Paediatr*. 2004;93:996-1001.

8. Rovel JL, Tate JM, Management of neonatal candidiasis. *Ped. inf. Disease*. 1998; 17:1007-11.