

تشخیص و درمان سینوزیت

در کودکان

نقش واکسن پنوموکوک در پیشگیری از آن

مؤلف: دکتر ثمیله نوربخش

مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی کودکان

دانشگاه تهران

سرشناسه : نوریخس، ثمیله، ۱۳۳۷ -
عنوان و نام ویدید آورنده : تشخیص و درمان سینوزیت در کودکان و نقش واکسن پنوموکوک در پیشگیری از آن/مؤلف ثمیله نوریخس.
مشخصات نشر : تهران: انتشارات صفوی راد، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری : ۴۱ ص.
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۰۷-۰۶-۸ ریال ۲۰۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی : فیبا
موضوع : سینوزیت در کودکان
رده بندی کنگره : ۱۳۹۰ : ۹۰۱ : RF ۴۲۵
رده بندی دیویی : ۶۱۸/۹۲۲۱
شماره کتاب شناسی ملی : ۲۷۰۷۱۰۷



عنوان: تشخیص و درمان سینوزیت در کودکان و نقش واکسن پنوموکوک در پیشگیری از آن

مؤلف: دکتر ثمیله نوریخس

ناشر: صفوی راد

ویراستار علمی: دکتر ناصر قوامی

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: نورنگ

لینوگرافی: نورنگ

صفحه آرایشی: کاوشگر

طرح جلد: محمد جواد پورامید

نوبت چاپ: اول ناشر - بهمن ۱۳۹۰

قیمت: ۳۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۰۷-۰۶-۸

www.safavirad.ir Email: info@safavirad.ir

تلفن های دفتر پخش: ۸۸۳۲۲۵۹ - ۸۸۳۲۱۹۴۷ (۰۲۱)

فهرست مطالب:

موضوع	صفحه
مقدمه	۶
فصل اول	
سینوزیت	۱۱
فصل دوم	
مروری بر سینوزیت در ایران	۱۹
فصل سوم	
واکسنهای پنوموکوکی	۳۳
منابع	۴۱

مقدمه:

عفونت‌های تنفسی همچنان یکی از مهمترین علل مراجعات سرپایی و نیز بستری کودکان در ایران است. سینوزیت مشکلی شایع و از عوارض عفونت‌های تنفسی به شمار می‌رود.

در ایالات متحده، این عفونت باعث میلیون‌ها مراجعه در سال می‌شود. (۱) از هر ۱۰۰ بیماری که با علائم بیماری‌های تنفسی فوقانی مراجعه می‌کنند حدود ۱۰ بیمار مبتلا به سینوزیت هستند. (۲) سینوس‌های پارانازال محل شایع عفونت در کودکان و بزرگسالان است. شایع‌ترین سینوس مبتلا به سینوزیت، سینوزیت ماگزایلا و پس از آن سینوزیت تمپورال و اسفنوئید است. سینوزیت بطور اولیه بعلت بسته شدن دهانه سینوس و بدنبال ادم موکوس ایجاد می‌گردد. از علل این انسداد می‌توان به عفونت مجاری فوقانی تنفسی و رینیت آلرژیک اشاره نمود. (۱) سینوزیت به انواع چرکی حاد، تحت حاد، مزمن، آلرژیک و هیپرپلاستیک تقسیم می‌شود. (۲)

عفونت سینوزیت از علل شایع بیماری و ایجاد ناتوانی در اطفال بوده و به ندرت نیز ممکن است موجب عوارض تهدید کننده زندگی گردد. (۴)

کودکان حدود ۶ تا ۸ بار در سال دچار عفونت‌های ویروسی مجاری تنفسی فوقانی می‌شوند. تخمین زده شده که بین ۵ تا ۱۳ درصد این عفونت‌های ویروسی ممکن است دچار عفونت ثانویه باکتریال شوند. (۷-۹) لازم به ذکر است که در ۵ تا ۱۰٪ موارد، کودکان مبتلا به عفونت دستگاه تنفس فوقانی بطور همزمان دچار سینوزیت هم می‌شوند. (۸)

سینوزیت باکتریال به ندرت در کودکان کمتر از یکسال رخ می‌دهد. (۴) تشخیص سینوزیت حاد باکتریال در کودکان با علائم تنفسی فوقانی براساس معیارهای بالینی انجام می‌شود. (۵و۶) نکته قابل توجه این است که کشت حلق، در تشخیص علت سینوزیت حاد نقشی ندارد. (۷)

عوامل عفونی بترتیب شیوع شامل: استرپتوکوک پنومونیه (۳۰ تا ۶۶٪)، هموفیلوس آنفولانزا (۲۰ تا ۳۰٪) و موراکسلا کاتارالیس (۱۲ تا ۲۸٪) است. (۹) باکتری‌های بی‌هوازی در ۳۰٪ سینوزیت‌های چرکی حاد نقش داشته و از عفونت‌های دندانی منشا می‌گیرند. (۱۰) در صورت دخالت داشتن باکتری‌های بی‌هوازی، منشأ آنها از معمولاً دندانی است. (۲۱)

درمان: در انتخاب درمان ضد میکروبی الویت باید به داروهایی داده شود که بر استرپتوکوک پنومونیه موثر هستند. داروهای خوراکی که به طور معمول پیشنهاد می‌شوند عبارتند از آموکسی‌سیلین، کوآموکسی کلاو و بعضی از سفالوسپورین‌ها (۱۹).

درمان زودهنگام و موثر ضد باکتریال برای کوتاه کردن دوران عفونت و بیماری، کاهش آسیب مخاطی و جلوگیری از درگیری اربیت و سیستم عصبی مرکزی ضروری است (۹).

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ اعلام شد که تقریباً ۸۰٪ کودکان مبتلا به سینوزیت حاد باکتریال به درمان با آموکسی‌سیلین پاسخ می‌دهند. آموکسی‌سیلین به علل مختلف مانند ارزان و در دسترس بودن در خط اول درمانی قرار داشته و پس از آن سفالوسپورین‌های خوراکی قرار گرفته‌اند. به هر حال میزان سالانه تجویز آنتی-بیوتیکها در کودکان در حال افزایش است (۱۱).

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ مشخص شد که برای ۹۲/۶٪ کودکان مبتلا به سینوزیت، آنتی بیوتیک تجویز می‌شود (۱۱). با توجه به افزایش مقاومت آنتی‌بیوتیک، سیستمهای تخصصی پزشکی تلاش در اصلاح روند تجویز داروهای آنتی‌بیوتیکی دارند. در این میان عواملی مانند مزه دارو، قیمت، اثربخشی و پذیرش آن نیز موثر است. به هر حال گذشته از سوال برانگیز بودن سینوزیت اطفال از نظر درمان، انتخاب آنتی بیوتیک مناسب نیز مورد سؤال است (۲-۴). در مطالعه سال ۲۰۰۱، شایعترین داروهای مورد استفاده آموکسی‌سیلین کلاوونات و آموکسی‌سیلین گزارش شد (۲-۳). تا سال ۲۰۰۳ فقط ۵ مورد کارآزمایی بالینی کنترل شده و ۸ مورد گزارش موردی درباره درمان آنتی‌بیوتیکی در سینوزیت حاد باکتریال کودکان انجام شده بود (۷). تاکنون نیز بیشتر مطالعات بر روی کوآموکسی‌کلاو و سفالوسپورین‌های خوراکی انجام شده است. از طرفی در یک مطالعه در کشور آلمان در مورد اثر بخشی و قابلیت تحمل سفیکسیم در سینوزیت کودکان، نتایج بسیار مناسبی، نشان داده شده است (۲-۵).

در مطالعه‌ای توسط Boccazi گزارش شد که ترکیب کوآموکسی‌کلاو نتایج خوبی به همراه داشته است (۲-۶). از طرفی در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ در مقایسه کوآموکسی‌کلاو و دارو نما مشخص شد که هیچ تفاوت معنی‌داری از نظر میزان عوارض، عود و ابتلای دوباره، بین آنها وجود نداشته است (۲۷).

بیان مسئله:

سینوس‌های ماگزیلاری و اتموئید در ماههای سوم و چهارم بارداری ایجاد می‌شوند. سینوس‌های اسفنوئید معمولاً تا سال پنجم زندگی حاوی سلول‌های هوایی می‌شوند؛ سینوس‌های فرونتال در هفت تا هشت سالگی ظاهر شده اما تا سنین بزرگسالی کامل نمی‌شوند (۳).

سینوس‌های پارانازال محل شایع عفونت در کودکان و بزرگسالان است. با وجود شایع بودن سینوزیت، به ندرت ممکن است باعث عوارض تهدید کننده زندگی شود.

ممکن است تشخیص افتراقی عفونت‌های غیرعارضه دار دستگاه تنفسی فوقانی و یا آدنیت در کودکان از سینوزیت باکتریال حاد به آسانی انجام نگیرد. بیشتر عفونت‌های ویروسی مجاری تنفسی فوقانی سینوس‌های پارانازال و بینی را نیز درگیر می‌کند (رینوسینوزیت ویروسی).

عوامل شایع مستعد کننده سینوزیت حاد باکتریال، عفونت‌های ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی هستند که رینوسینوزیت حاد را ایجاد می‌کنند (موکوزیت منتشر که زمینه حدود ۸۰٪ عفونت‌های باکتریال سینوس‌ها را فراهم می‌کند و التهابات آلرژیک که زمینه‌ساز ۲۰٪ عفونت‌های باکتریال سینوس‌هاست). کودکان حدود ۶ تا ۸ بار در سال دچار عفونت ویروسی مجاری تنفسی فوقانی می‌شوند. تخمین زده می‌شود که بین ۵ تا ۱۳٪ این عفونت‌ها ممکن است دچار عارضه عفونت ثانویه باکتریال شوند. اوتیت میانی حاد باکتریال و سینوزیت باکتریال حاد، شایعترین عوارض عفونت تنفسی فوقانی بوده و احتمالاً شایعترین اندیکاسیون تجویز آنتی‌بیوتیک هستند. قابل ذکر است که از آنجا که حفره گوش میانی توسط لوله استاش با نازوفارنکس ارتباط دارد، حفره گوش میانی نیز به نوعی، یک سینوس پارانازال محسوب می‌شود. پاتوژن‌ها و میکروبیشناسی اوتیت میانی حاد و سینوزیت باکتریال حاد مشابه یکدیگرند. این تشابه به ما اجازه می‌دهد درمان شناخته شده اوتیت حاد میانی را برای سینوزیت حاد باکتریال نیز استفاده نماییم که این مساله بویژه برای تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها و نیز بررسی مقاومت‌های آنتی‌بیوتیکی بسیار کمک کننده است.

باکتری پنوموکوک (استرپتوکوک پنومونیه) از عوامل مهم بیماری و مرگ و میر در تمام سنین است و باعث بروز بیماری‌های مختلف مانند اوتیت میانی، پنومونی، سپسیس، مننژیت و... می‌شود.

این میکروب غالباً در دستگاه تنفسی فوقانی کلونیزه شده و شایع‌ترین علت پنومونی باکتریال غیر بیمارستانی (Community-acquired pneumonia or CAP) و اوتیت میانی است. در مطالعات مختلف، میزان ناقلین حلقی با پنوموکوک در ایران بین ۷-۳٪ و کمتر از میزان شیوع در کشورهای توسعه‌یافته گزارش شده است.