

## گزارش یک مورد جسم خارجی باقی مانده در تنگی اول مری منجر به آبسه پارافارنکس

حسن آبشیرینی\*

### چکیده

آبسه‌های حلقی شامل آبسه‌های رتروفارنکس و پارافارنکس جزو بیماریهای خطرناک و تهدید کننده حیات می‌باشند که در صورت عدم تشخیص و درمان سریع می‌تواند منجر به بروز عوارض متعدد و مرگ شود. علت بسیاری از این آبسه‌ها در افراد بزرگسال عفونتهای دندانی یا ضربه‌ها و در سنین کودکی، عفونتهای دستگاه تنفسی فوقانی می‌باشد. یکی از علل ذکر شده در مراجع برای تشکیل آبسه‌های فوق، فرو رفتن اجسام خارجی در جدار مسیر راه غذایی فوقانی می‌باشد که در مورد ذکر شده در مقاله یک قطعه استخوان ماهی در تنگی اول مری باقی مانده بود. این آبسه‌ها می‌تواند به دنبال رد شدن جسم خارجی و یا در حضور جسم خارجی تشکیل شود که در نمونه مورد بحث در مقاله آبسه پارافارنکس همراه با گرفتاری فضای رتروفارنکس به دنبال بلع استخوان ماهی و توقف آن در تنگی اول مری ایجاد شده بود. افراد مسن خصوصاً افرادی که از دندانهای مصنوعی استفاده می‌کنند در معرض خطر بیشتری از بلع اجسام خارجی و یا بلع اتفاقی دندان مصنوعی در حین غذا خوردن می‌باشند و بروز آبسه‌های حلقی در آنها خطرات و عوارض بیشتری از افراد جوانتر دارد. در این گزارش ما به مطالعه یک مورد خانم ۴۶ ساله با بلع استخوان ماهی تشخیص داده نشده علیرغم دارا بودن علائم بلع جسم خارجی و عدم بهبودی مثل تب، درد گلو، عدم توانایی در بلع و تورم گردن که ایجاد آبسه پارافارنکس و گسترش به فضای رتروفارنکس نموده پرداخته و علائم اولیه، سیر بیماری، نحوه درمان و سرانجام آن شرح داده می‌شود.

**کلید واژه‌گان:** تنگی اول مری، جسم خارجی، پارافارنکس، آبسه

### مقدمه

شده است (۳). ضربه‌های غیر نافذ و یا نافذ خصوصاً در اثر بلع اجسام خارجی یکی دیگر از دلایل ذکر شده برای بروز آبسه‌های پارافارنژیال می‌باشد (۳، ۶۸). بیمارانی که به دلایلی دچار نقص در سیستم ایمنی می‌باشند مانند افراد مبتلا به ایدز، دیابت شیرین، بیماریهای مزمن کلیوی و بیماریهای مادرزادی سیستم ایمنی در معرض خطر بیشتری برای مبتلا به این گونه آبسه‌ها می‌باشند (۳). یکی از عوارض بالقوه آبسه‌های پارافارنکس گسترش عفونت به مدیاستن و بروز مدیاستینیت چرکی می‌باشد که یک وضعیت فوق العاده خطرناک و کشنده می‌باشد (۹).

با به وجود آمدن عصر آنتی بیوتیک و روشهای جدید و بهتر دندانپزشکی و بهتر شدن بهداشت دهان و دندان، آبسه‌های عمقی گردن امروزه کمتر دیده می‌شوند (۱). بروز آبسه پارافارنکس به دنبال عفونتهای دندانی ناشایع تر از بقیه انواع آبسه‌های دیگر فضاهای عمقی گردن می‌باشد (۳، ۶۸). در کتابهای مرجع شایع ترین علت بروز آبسه پارافارنکس در کودکان زیر ۵ سال، عفونتهای دستگاه تنفسی فوقانی از جمله تانسیلیت و در بزرگسالان عفونتهای با منشاء دندانی ذکر شده است (۲، ۳، ۶۸). طبق مطالعه Gerdj و Ridder میانگین سنی ۴۴ سال و در مطالعه فرنکیس و گورین میانگین سنی ۴۰ تا ۵۰ سال ذکر

\* استادیار گروه گوش و گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

## معرفی بیمار

خانم ۶۶ ساله، با شکایت اولیه عدم توانایی در بلع جامدات و مایعات به اورژانس گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی اهواز مراجعه نمود، وی سابقه‌ای از بلع قطعه‌ای استخوان ماهی را از حدود یک هفته قبل داشت، طی مراجعات اولیه بیمار به پزشکان مختلف برای بیمار مصرف مایعات و آنتی بیوتیک خوراکی توصیه شده بود. درد و تندرns که ناحیه گلو و اودنیوفازی و دیسفاژی بیمار در روزهای بعد بیشتر شده بود به گونه‌ای که در حین مراجعه بیمار توانایی بلع آب دهان خود را نداشت. تب ۳۸/۹ درجه دهانی و عدم توانایی در انجام حرکات آزادانه گردن از علائم دیگر بیمار در حین مراجعه بود. در معاینه گردن یک تورم و سفتی واضح در ناحیه گردن در قدام عضله استرنوکلوئیدوماستوئید در مثلث کاروتید سمت راست به دست می‌خورد که قرمزی و تموج نداشت ولی دردناک بود و در معاینه دهان نیز جابجایی و بالژینگ دیواره جانبی اوروفارنکس در همان سمت مشاهده شد که نشانه وجود چرک در فضای پارافارنکس است. و در معاینه لارنگوسکپی غیر مستقیم بیمار ترشحات بزاق فراوان در حلق و هیپوفارنکس مشاهده می‌شد. در بررسی عکس برداری انجام شده، طی عکس برداری جانبی گردن علاوه بر یافته های فوق ضخم شدن دیواره خلفی حلق از محاذات مهره ۳ الی ۶ گردن دیده می‌شد که هیپودانسیتی مختصری در ناحیه C6 نشانگر وجود هوا در نسج نرم آن ناحیه بود (عکس ۱).

## روش بررسی

بیمار با تشخیص آبنه پارافارنکس تحت عمل جراحی به روش برش پوست در ناحیه مثلث کاروتید و دیسکسیون در ناحیه پارافارنژیال راست تا حد فضای رتروفارنکس و نیز برش داخل دهان بر روی عضله منقبض کننده حلقی تحتانی قرار گرفت که مقدار زیادی چرک غلیظ و بدبو از محل برشها خارج گردید. فضاهای مذکور با سرم سالین فراوان شستشو شد و در برش گردن درن پن رز گذاشته شد. همزمان ازوفاگوسکپی Rigid انجام گرفت که یک قطعه استخوان پهن ماهی از ناحیه کریکوفارنکس در فاصله ۱۵ سانتی متر از دندانهای پیشین فوقانی خارج گردید. از محل فرورفتن جسم خارجی در تنگی اول مری چرک مختصری خارج می‌شد که ساکشن شد. نمای نیمرخ گردن در روز بعد از جراحی نشانگر از بین رفتن هوا و کم شدن ضخامت در نسج نرم رتروفارنکس بود (عکس ۲). بیمار تحت درمان آنتی بیوتیک وریدی با پنی سیلین جی سه میلیون واحد هر ۴ ساعت مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت Ceftriaxon ۲ گرم هر ۱۲ ساعت قرار گرفت و روزانه ۳ بار شستشوی محل آبنه با سرم سالین مخلوط با آب اکسیژن ۲ درصد انجام گردید. درن بیمار در روز چهارم بعد از عمل خارج شد، بیمار بعد از ۸ روز بستری با داروی کوآموکسی کلاو خوراکی ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای مدت ۷ روز مرخص شد. در پی گیری بیمار در یک ماهه بعد هیچ عارضه و مشکلی مشاهده نگردید.



شکل ۲: نمای لترال گردن بیمار بعد از درناژ و شستشوی آبنه



شکل ۱: نمای لترال گردن بیمار در بدو ورود به اورژانس

## بحث

می‌باشد که شایع‌ترین باکتری هوازی سوشهای استریتوکوکی مثل استریتوکوک و ایریدانس و اپیدرمیدیس

بوده و شایع‌ترین جرم بی‌هوازی گونه‌های باکتریوئید می‌باشد. جرمهای گرم منفی مثل پروتئوس و Ecoli نیز در کمتر از ۴ درصد موارد کشتها گزارش شده است (۱،۳،۵). با مصرف ۳ داروی پنی سیلین جی، سفتری اکسون و مترونیدازول پوشش مناسب ضد باکتری برای تمام سوشهای ذکر شده فراهم می‌شود. تخلیه جراحی در این بیماران قدم اول شروع درمان می‌باشد (۳). می‌توان این تخلیه از روی پوست از قدام عضله استرونکلوئید و ماستوئید و یا از طریق دهان به وسیله برش روی عضله منقبض‌کننده حلقی تحتانی انجام داد. در موارد درگیری فضای پارافارنژیال بهتر است ترکیبی از هر دو روش انجام گردد (۸). وجود هیپودانسیته در عکس برداری جانبی گردن نشانه‌ای از وجود عفونت با ارگانسمهای تولید کننده هوا بوده و نیاز به عمل جراحی را مسجل می‌کند (۳). CT اسکن یک وسیله مهم و کمک کننده برای تعیین فضاها درگیر سطح عفونت و میزان گسترش عفونت می‌باشد و در موارد شک به مدیاستینیت چرکی می‌تواند بهترین رویکرد جراحی را تعیین نماید (۴،۷). مصرف آنتی بیوتیک وسیع الطیف خوراکی بعد از ترخیص برای تکمیل دوره درمان ۱۴ روزه می‌تواند در کنترل هرچه بهتر عفونت کمک کننده باشد.

## نتیجه‌گیری

توصیه می‌شود در کلیه بیمارانی که سابقه بلع جسم خارجی داشته و با شکایت تب و عدم بهبودی درد در ناحیه گلو و یا تورم و درد حین لمس در گردن و یا عدم توانایی در بلع مراجعه می‌کنند، امکان بروز عوارضی چون آبنه پارافارنکس و رتروفارنکس را در نظر داشته باشیم و بررسی دقیق و کامل از جهت امکان وجود آنها بعمل آید. بیمار مورد بحث ما تمامی این علائم را داشت.

فضای پارافارنژیال به شکل یک هرم می‌باشد که قاعده آن بر کف جمجمه واقع بوده و راس آن در سطح استخوان هیوئید قرار دارد حد قدامی این فضا غلاف پتریگومانندیولر بوده و از سمت داخلی خلفی توسط فاشیای جلوی مهره‌ای محدود می‌شود و آزادانه با فضای رترو فارنکس مرتبط است. محدوده داخلی این فضا را عضله منقبض کننده حلقی فوقانی تشکیل می‌دهد. این فضا به دو بخش قدامی و خلفی تقسیم می‌شود که فضای خلفی حاوی ورید ژوگولر داخلی، شریانهای کاروتید و اعصاب جمجمه ای ۹ الی ۱۲ می‌باشد (۳،۶). فضای رتروفارنکس یک فضای مجازی و بالقوه است که از قاعده جمجمه تا سطح مهره T6 که گسترش می‌یابد محدوده خلفی و جانبی آن شیت کاروتید و حد قدامی آن عضله منقبض کننده حلقی تحتانی و حد خلفی آن لایه آلاز از فاشیای جلوی مهره‌ای می‌باشد. این فضا از سمت جانبی با فضای پارافارنژیال دو طرف در ارتباط است و حاوی زنجیره‌ای از غدد لنفاوی است که درناژ لنفاوی نازوفارنکس، اوروفارنکس و سینوسهای اطراف بینی و احتمالاً گوش میانی و شیپور اسناش را به عهده دارد و بطور ثانوی عفونتهای ساختمانهای فوق به فضای پارافارنژیال گسترش می‌یابد (۳). بلع جسم خارجی و ضربه‌های غیر نافذ و یا نافذ ناشی از آن یکی از دلایل بروز آبنه‌های پارافارنکس و همینطور رتروفارنکس خصوصاً در بزرگسالان می‌باشد (۳). در مطالعاتی که در فریبرگ آلمان توسط Ridder و Gerdj در آگوست ۲۰۰۴ انجام شد شیوع سنی بین ۱ تا ۹۰ سال بوده که متوسط سن ۴۴ ساله ذکر شده و مطالعه دیگر که در اکتبر ۲۰۰۳ توسط فرانکیس و گورین انجام شده است متوسط سن ۴۰ تا ۵۰ سال بوده است (۳). نتایج کشتهای میکروبی از عفونتهای عمقی گردن اغلب نشانگر یک محیط چند میکروبی و مخلوطی از باکتریهای هوازی و بی‌هوازی

سی‌تی‌اسکن گردن با تزریق ماده حاجب وریدی برای بررسی فضاهای عمقی گردن و نیز جسم خارجی باقی مانده توصیه می‌گردد. در صورتی که طی این بررسیها جسم خارجی مشاهده نگردید ولی علائم بیمار ادامه پیدا کرد انجام یک ازوفاگوسکوپی تشخیصی پیشنهاد می‌شود.

انجام یک عکس برداری جانبی گردن برای بررسی نسوج نرم گردن و دیدن جسم خارجی باقی مانده قدم اول در این بررسیها خواهد بود در مواردی که علیرغم منفی بودن یافته‌های عکس برداری هنوز شک بالینی قوی برای وجود عارضه‌های مورد بحث وجود داشته باشد انجام

## منابع

- 1-Afshin P, Gady H. Deep Neck Abscess: A Retrospective Review of 210 Cases. *Ann Rhinollaryngol* 2001;110:1051-4.
- 2-Braunwald F, Jameson L. Principles of Internal Medicine. Philadelphia: Mc Grow- Hill; 2001.
- 3-Cummings C. Otolaryngology: Head and Neck Surgery. Philadelphia: Mosby; 2005.
- 4-Gawrychowski J, Rokicki W, Rokicki M. Descending Necrotic Mediastinitis- course and Methods of Surgical Treatment. *Pneumonol Alergol Pol* 2003;7(1-2 ):17 23.
- 5-Jean S, Itshac D, Eitan H. Non Surgical Management of Parapharyngeal Infections: A Prospective Study. *Laryngoscope* 2002 May;112:906-10.
- 6-Balenger J, James B. Otolar S, Lassandro F, Gagliard N, Romano L, et al. Regarding Three Cases of Descending Necrotizing Mediastinitis: Spiral CT Assessment. *Radiol Med (Torino)* 2003 Apr;105(4):291-5.
- 8-Ralph F, Harlan R, Trevor J. Pediatric Otolaryngology. Tehran: Thieme; 2000.
- 9-Singh I, Chanda R, Gupta K, Yadav S. Fatal Pyothorax: A Rare Complication of Retropharyngeal Abscess. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2003 Oct- Dec;45(4):265-8.