

مدیاستینیت حاد به دنبال عفونت فضاهای عمقی سر و گردن

اصغر اخوان* M.D.، محمد باستانی** M.D.

چکیده

هدف: شناخت مدیاستینیت ناشی از عفونت فضاهای عمقی گردن و انتخاب روشهای درمانی موثر جهت کاهش میزان ابتلاء به این عارضه خطرناک و کاهش میزان مرگ و میر در صورت مواجهه با این بیماران می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه ۵ ساله ۱۳۸۱-۱۳۷۶ تعداد ۴۷ بیمار با تشخیص عفونت فضاهای عمقی سر و گردن از طریق اورژانس بیمارستان بقیه‌الاعظم «عج» بستری گردیدند. در سیر درمان چنانچه بیماری از نظر بالینی دچار علائم درد قفسه سینه یا تنگی نفس تاکیکاردی یا تاکی پنه می شد به بخش مراقبتهای ویژه منتقل شده و تحت بررسی رادیولوژیک و سی تی اسکن، قفسه سینه قرار می گرفت و در صورت دیدن هوا و یا وسیع شدن فضای مدیاستین با تشخیص مدیاستینیت حاد تحت جراحی سر و گردن و توراکوتومی و درمان طبی قرار می گرفت.

یافته‌ها: از ۴۷ بیمار بستری ۳ بیمار تحت درمان طبی و ۴۴ بیمار تحت درمان طبی و جراحی قرار گرفتند. که ۷ بیمار مبتلا به عوارض جدی شدند و تحت عمل جراحی مجدد و بستری در ICU قرار گرفتند. ۴ بیمار با میانگین سنی ۲۸ سال (۱ زن و ۳ مرد) مبتلا به عارضه مدیاستینیت حاد همراه با میوکاردیت و آبسه ریوی دنبال گسترش عفونت از فضای پارافارنژیال شدند، که با درمان جراحی مدیکال مناسب بهبودی کامل حاصل شد.

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط میان شروع علائم و زمان شروع درمان و ابتلا به مدیاستینیت با کاهش زمان تریاژ میزان ابتلا بیماران به عفونت‌های عمقی سر و گردن به عوارض جدی و مدیاستینیت حاد کاهش می یابد و در صورت ابتلاء به مدیاستینیت حاد با تشخیص سریع و درمان جراحی وسیع سر و گردن همراه با توراکوتومی و درمان چند آنتی بیوتیکی میزان مرگ و میر به حداقل می رسد.

واژه‌های کلیدی: مدیاستینیت، عفونت‌های عمقی گردن

مقدمه

شده است. این فضاها با یکدیگر و همینطور با ارگانهای موجود در قفسه سینه مثل قلب و ریه در ارتباط می باشند. دنبال عفونت‌های دندانی، لوزه ها، غدد لنفاوی، و یا غدد

ارگانهای آناتومیک سر و گردن، عروق، عضلات و فاشیای دربرگیرنده آن باعث ایجاد فضاهای سطحی و عمقی متعددی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۰/۷، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۸/۱۲

*نویسنده مسئول: استادیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه. . «عج»،

تهران - ایران، **گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه فوق

آدرس پست الکترونیکی: dr_ent_Akhavan@yahoo.com

گرفتند که در صورت دیدن هوا و یا وسیع شدن فضای مدیاستین، با تشخیص قطعی مدیاستینیت حاد تحت درمان قرار گرفتند.

یافته‌ها

از ۴۷ بیمار مورد مطالعه ۳۲ بیمار مرد و ۱۵ بیمار زن با میانگین سنی ۳۵ سال از نظر محل عفونت اطراف لوزه (Peritonsillar) ۱۲ مورد (۲۵٪)، اطراف حلق (Parapharyngeal) ۷ مورد (۱۵٪)، تحت فکی (Submandibular) ۲۲ مورد (۴۷٪)، فضای جونده (Masticator) ۶ مورد (۱۳٪) بود. از نظر علل ایجاد کننده عفونت‌های دندانی ۲۱ مورد (۴۵٪)، عفونت لوزه ۱۲ مورد (۱۵٪)، عفونت‌های غدد لنفاوی ۷ مورد (۱۶٪) تروما ۳ مورد (۶٪) و کیست‌های مادرزادی ۴ مورد (۸٪) بود. درمان دارویی انتخاب شده با توجه به میکروبیهای متعدد هوازی و بی‌هوازی استفاده از آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف از ۲ تا ۴ دارو متغیر بوده است. میانگین زمان بستری ۳ ± ۶ روز بوده است و میانگین زمان ظهور علائم و شروع درمان ۱/۲ ± ۱/۸ روز بوده است. ۷ بیمار (۱۵٪) به علت وسعت زیاد عفونت و تهدید راه هوای نیاز به جراحی وسیع‌تر تراکتوستومی و بستری در ICU پیدا کردند میانگین زمان ظهور علائم و شروع درمان در این بیماران به ۴ روز افزایش یافته که دو برابر میانگین بیماران بدون عارضه جدی می‌باشد. از ۴ بیمار مبتلا به مدیاستینیت، ۲ بیمار بدنال عفونت لوزه و ۲ بیمار بدنال عفونت دندانی دچار گسترش عفونت به فضای پارافارنژیال شدند و که طی ۱۲ الی ۲۴ ساعت علائم مدیاستینیت حاد شروع و بعد از تشخیص قطعی با سی‌تی‌اسکن بیماران تحت درمان جراحی گردن با انسزیون Collar گردنی دبریدمان وسیع تمام بافتهای مبتلان و شستشوی زخم به صورت باز همراه با توراکتومی و شستشوی زیاد و مداوم و افزایش پوشش آنتی‌بیوتیک ۴ دارویی شامل پنی‌سیلین+آمینوگلیکوزید، مترونیدازول و کلیندامایسین قرار گرفتند. در سیر بیماری یک بیمار به علت آبسه‌های ریوی نیاز به جراحی مجدد و تخلیه آبسه پیدا کرد و

بزاقی یکی از این فضاهای گردنی نظیر فضای پری تونسیلار، پارافارنژیال، ساب ماندیبولار دچار سلولیت و تورم می‌شود که شروع تظاهرات آن با بلع دردناک و تب می‌باشد که با پیشرفت بیماری و ایجاد آبسه به صورت تورم در ناحیه حلق و یا سر و گردن می‌باشد، عوامل میکروبی آن متعدد و شامل فلور دهان (میکروبیهای هوازی و بی‌هوازی) می‌باشد. از نکات قابل توجه، روند سریع عفونت و قابلیت انتقال آن به ارگانها و فضاهای مجاور و ایجاد عوارض جدی از قبیل فشار روی راه هوایی و ایجاد تنگی نفس با خطر خفگی، تخریب عروق بزرگ و خونریزی‌های کشنده و یا گسترش به فضای قفسه‌سینه، ایجاد مدیاستینیت با مرگ‌ومیر بالا می‌باشد. هدف از این مطالعه شناخت علل ایجاد مدیاستینیت بدنال عفونت فضاهای عمقی گردن انتخاب روشهای درمانی مناسب تر جهت کاهش میزان ابتلاء به این عارضه خطرناک و کاهش میزان مرگ و میر در صورت مواجه به این بیماران می‌باشد.

روش بررسی

در این مطالعه که از نوع گذشته‌نگر می‌باشد در یک دوره ۵ ساله (۱۳۷۶ الی ۱۳۸۱) تعداد ۴۷ بیمار، ۳۲ بیمار مرد و ۱۵ بیمار زن با میانگین سنی ۳۵ ± ۸ سال با علائم تب، تورم موضعی در گردن، بلع دردناک، همراه با دیسفاژی به اورژانس بیمارستان بقیه‌اله الاعظم «عج» مراجعه و با تشخیص آبسه‌های سطحی و عمقی سر و گردن بستری و تحت درمان جراحی و طبی قرار گرفتند. در این بستری بیماران از نظر محل عفونت، علت ایجاد کننده، نوع درمان انجام شده (دارویی یا جراحی) تعداد آنتی‌بیوتیک انتخابی و میانگین زمان ظهور علائم و شروع درمان در بیماران بدون عارضه و بیمارانی که مبتلا به عارضه جدی و مدیاستینیت شده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند. در سیر درمان بیمارانی که از نظر بالینی دچار تنگی نفس، تاکیکاردی، تاکی‌پنه، درد قفسه سینه می‌شدند در بخش ICU بستری و تحت بررسی رادیولوژیک و سی‌تی‌اسکن قفسه‌سینه قرار

بیمار با تشخیص قطعی عفونت های گردنی و مدیاستینیت تحت جراحی گردن و توراکس قرار گرفتند که با مورتالیتی ۱۴٪ همراه بوده است و پائین بودن میزان مورتالیتی تشخیص سریع و جراحی همزمان گردن و توراکس اعلام شده است.

طبق مطالعه انجام شده در بیمارستان دانشگاه سلامانکا اسپانیا طی سالهای ۲۰۰۲-۱۹۹۴، تعداد ۲۶ بیمار با تشخیص مدیاستینیت بستری که ۹ بیمار بعلت عفونت های فضاهاى عمقی سروگردن بوده است. ۲۵ بیمار تحت عمل جراحی توراکوتومی قرار گرفتند که با میزان مورتالیتی ۱۵٪ همراه بوده است که نتیجه درمان سریع و تهاجمی بوده است و نکته مهم و شاخص در بیماران با مدیاستینیت حاد در این مطالعه گسترش عفونت از فضای پارافارنژیال می باشد که نیاز به توجه خاص به جراحی سریع و درناژ خوب و درمان آنتی‌بیوتیکی ۳ الی ۴ دارویی می‌باشد که میزان ابتلاء به مدیاستینیت را کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شناخته شدن تأخیر در شروع درمان به علت ارجاع بیماران از مراکز دیگر به عنوان مهمترین علت مدیاستینیت با کاهش زمان تریاژ می‌توان عوارض جدی عفونت سروگردن را کاهش داد. با ظهور علائم بالینی مدیاستینیت و تشخیص قطعی مدیاستینیت درمان همزمان جراحی سروگردن و توراکوتومی و درمان چهار آنتی‌بیوتیک میزان مرگ و میر را به حداقل می‌رساند.

References:

۱. Kiernan PD, Hernandez A, Byrne WD, Bhloom R, Diccio B, Hetrick. Descending cervical mediastinitis. *Ann Thorac Surg* ۱۹۹۸; ۶۵(۵):۱۴۸۳-۸.
۲. Mitjans MS, Sanchis JB, Padro XB, Garcia I, Garolera JM, Garay MR. Descending necrotizing mediastinitis. *Int surg* ۲۰۰۰; ۸۵(۴): ۳۳۱-۵.

یک بیمار به علت میوکاردیت و سپتی‌سمی دچار اغماء با $GCS=7$ شد که به درمان آنتی‌بیوتیکی پاسخ داد و ۲ بیمار دیگر سیر بهبودی را طی کردند و در نهایت با میانگین بستری ۲۵ روز هر ۴ بیمار با شرایط خوب از بیمارستان مرخص و در پی‌گیری تا ۶ ماه بعد مشکل خاصی نداشتند.

بحث

در این بررسی بیماران با ظهور علائم بالینی انسداد راه هوایی، سپتی‌سمی، درد قفسه سینه، تاکیکاردی و تاکی پنه را عارضه جدی تلقی و این بیماران در بخش ICU بستری شدند و تحت بررسی رادیولوژیک و سی تی اسکن قرار گرفتند. با دیدن هوا یا وسیع شدن فضای مدیاستین با تشخیص قطعی مدیاستینیت حاد اقدام به انسزیون Collar گردنی، درناژ مناسب و دبریدمان بافت‌های متبلا همراه با توراکوتومی، شستشوی مدام و درمان ۴ دارویی آنتی‌بیوتیک قرار گرفته اند. که باعث کاهش مرگ و میر در بیماران مبتلا به مدیاستینیت به دنبال عفونت‌های فضای عمقی سروگردن شد. در مطالعه انجام شده در بخش جراحی توراکس دانشگاه ویرجینیای امریکا در سال ۱۹۸۶-۱۹۹۷ میزان مورتالیتی بیماران با عفونت گردنی با گسترش به مدیاستین ۳۰ تا ۴۰٪ بوده است. در مطالعه دیگر مرکز جراحی قلب و توراکس دانشگاه تورینو سال ۲۰۰۱، ۱۳ بیمار با تشخیص قطعی عفونت گردنی و مدیاستینیت که تحت جراحی گردنی و توراکس قرار گرفتند مورتالیتی ۲۳٪ گزارش شده است. در این مطالعه علت اصلی بروز عوارض جدی در ۷ بیمار با مدیاستینیت حاد افزایش زمان ظهور علائم تا درمان جراحی دو برابر میانگین کل بیماران و ۴ روز می باشد. این تأخیر بدنال ارجاع بیماران از مراکز درمانی دیگر و درمان طبی بوده است. در مطالعات قبلی انجام شده تشخیص سریع را به عنوان کاهش مرگ و میر بیان شده است ولی در خصوص زمان شروع علائم و درمان بررسی صورت نگرفته است. مطالعه دیگری در مرکز قلب و توراکس در سال ۱۹۹۷ دانشگاه سن پائولو برزیل طی یک دوره ۷ ساله، ۷

۳. Papalia E, Rena O, Oliaro A, Cavallo A, Giobbe R, Casadio C, Maggi. Descending necrotizing mediastinitis: surgical management. *Eur J Cardiothorac Surg* ۲۰۰۱; ۲۰(۴): ۷۳۹-۴۲.

۴. P Macri, MF gimenez, N Novoay G Varela. Seccion de Cirugia, Hospital Universitario de salamanca, Salamanca, Spain. *Arch Bronconeumol* ۲۰۰۳; ۳۹: ۴۲۸-۴۳۰.

۵. Sancho LM, Minamoto H, Fernandez A, Sennes LU, Jatene FB. Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. *Eur J Cardiothorac Surg* ۱۹۹۹; ۱۶(۲): ۲۰۰-۵.

۶. Tripp HF, Pappé KL, St Martin WH. Descending necrotizing mediastinitis. *J La State Med soc.* ۲۰۰۲; ۱۵۴(۶): ۳۱۹-۲۱.