

گزارش یک مورد عفونت موکورمایکوزیس در بیمار سالم

جواد یزدانی: گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
سعید نضافتی: گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
سید احمد آرتا: گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
محمد علی قویمی: دانشکده دندانپزشکی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: ghavimim@gmail.com

آرزو قریبشی زاده: دانشکده دندانپزشکی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۸/۸/۳۰ پذیرش: ۸۹/۲/۲۲

چکیده

موکورمایکوزیس یک عفونت شدید مهاجم قارچی است که بیشترین تهاجم را در بین تمام بیماریهای قارچی دارد و مرگ و میر ناشی از آن ۶۹٪-۳۰٪ گزارش شده است. این عفونت، اغلب بیماران دچار نقص ایمنی را درگیری می‌کند و در افراد سالم نادر است. شاید وجود جسم خارجی در زخم‌های باز مهمترین عامل ایجاد موکورمایکوزیس در بیماران سالم باشد. تشخیص صحیح بیماری مستقیم مشکل است. تشخیص زودهنگام برای درمان موفق بسیار حیاتی است. در این مقاله موکورمایکوزیس در یک خانم ۵۲ ساله بدون بیماری سیستمیک گزارش شده است که حدود یک ماه قبل دندان مولر بالای وی خارج گردیده بود که با علائم درد در ناحیه ساکت دندان مذکور، تورم در ناحیه آلونول فوقانی همراه با اریتم منتشر و ترشحات از حفره دندان، استخوان نکروتیک و اکسپوز استخوان همراه بود. بیمار تحت درمان و دبریدمان، فلوکونازول، ساپورت تغذیه ای و هیدراتاسیون قرار گرفت و بهبودی حاصل شده است. به نظر می‌رسد وجود جسم خارجی مثل جرم دندان و تأخیر در اپی تالیازبه شدن حفره دندان عامل مستعد کننده برای ایجاد بیماری بوده است.

کلید واژه‌ها: موکورمایکوزیس، عفونت قارچی، کشیدن دندان

مقدمه

خون‌رسانی کم رشد کند، همچنین وجود جسم خارجی در زخم به گسترش عفونت کمک می‌کند (۴) عفونت قارچی حاد در بیماران سالم بسیار نادر است. شاید وجود جسم خارجی در زخم، مهمترین عامل ایجاد آن در افراد سالم باشد (۴-۶). اغلب تشخیص صحیح بیماری مشکل است و تشخیص زودهنگام برای درمان موفق و جلوگیری از مشکلات بعدی بسیار حیاتی است (۱). موارد محدودی از عفونتهای قارچی بعد از کشیدن دندان گزارش شده است. در این گزارش مورد، نوع نادری از عفونت قارچی در حفره بعد از کشیدن دندان در یک فرد سالم گزارش شده است.

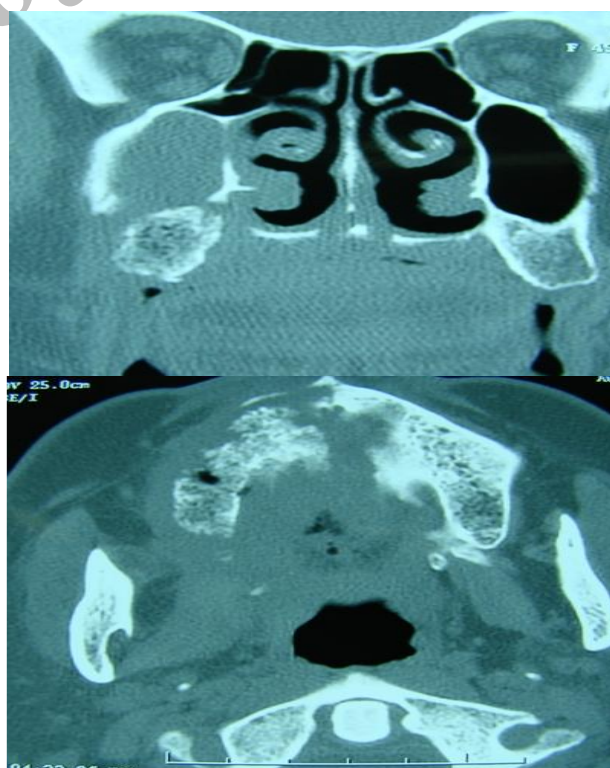
موکورمایکوزیس عفونت شدید مهاجم ناشی از *zygomycetes* می‌باشد. عفونت قارچی به علت رشد قارچ به درون بافت‌ها و در نتیجه تخریب و التهاب موصفی و سیستمیک ایجاد می‌شود. این عفونت مهاجم است و رشد سریع دارد و اغلب بیماران با نقص ایمنی را درگیر می‌کند. الگوهای کلینکی متعددی در موکورمایکوزیس دیده شده است. ریسک فاکتورهای عمده آن نقص ایمنی، بیماری کلیوی، دیابت و تروما می‌باشد (۳-۱). در بیماران سالم، سیستم ایمنی از عفونت قارچی جلوگیری می‌کند. با تخریب مکانیسم ایمنی، عفونت قارچی مهاجم می‌تواند بیمار را مبتلا سازد (۵-۴). اسپور قارچ می‌تواند در زخم باز با

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۲ ساله بدون بیماری سیستمیک، به بخش جراحی فک و صورت تبریز در مرداد ماه ۱۳۸۸ معرفی شد. وی از درد در ناحیه ساکت دندان مولر اول بالا سمت راست شکایت داشت. در معاینه بالینی تورم در ناحیه آلوئول فک فوقانی، وجود فیستول دهانی-سینوسی در همراه با ارتیم منتشر و ترشحات از حفره دندان، قطعات استخوانی نکروتیک و استخوان آکسپوز در استخوان آلوئول ماگزینا مشهود بود (شکل ۱).



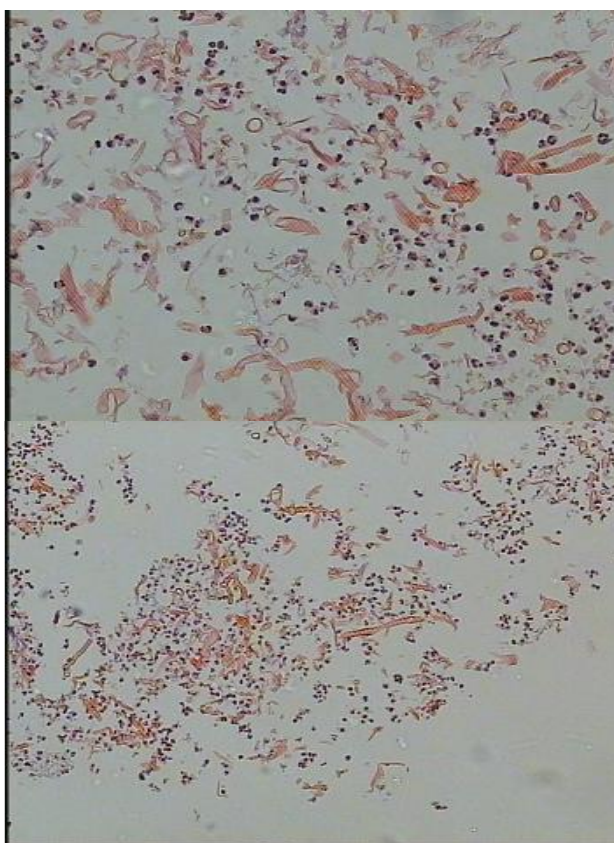
شکل ۱: نمای بالینی



شکل ۲: سی تی اسکن آگزینال و کرونال

سیلین و مترونیدازول به صورت خوراکی و پنی‌سیلین تزریقی استفاده کرده بود- پس از تهیه سی تی اسکن اسپیرال آگزینال و کرونال، خوردگی منتشر استخوان با حدود نامشخص و کدر شدن سینوس ماگزینال سمت راست همراه با تکه های جدا شده استخوان دیده شد (شکل ۲).

در آزمایشات لابراتواری کمی لکوستیتوز، افزایش ESR و CRP همراه با مقدار نرمال قند خون، هموگلوبین، هماتوکریت اوره و کراتینین و تستهای کبدی نرمال نشان داده شد. تحت بی حس موضعی از زخم به صورت بیوپسی اینسیژنال، نمونه تهیه شد و در مطالعه هیستوپاتولوژیک، موکورمایکوزیس گزارش گردید (شکل ۳).



شکل ۳: نواحی نکروز و فارچ دیده می شود

بیمار تحت درمان دبریدمان و فلوکونازول ۲۰۰ میلی گرم روزانه به مدت ۲ ماه و ساپورت تغذیه ای، و هیدراتاسیون قرار گرفت (شکل ۴).

پس از بهبودی علائم، بیمار ترخیص شد. در معاینات بعدی ۳ ماهه بیمار از لحاظ کلینیکی و رادیوگرافی علائم عفونت دیده نشد (شکل ۵).

در شرح حال، سابقه کشیدن دندان مولر اول بالا را یک ماه قبل از مراجعه ذکر کرد. وی به مدت ۳ هفته از آنتی بیوتیکهای آموکسی

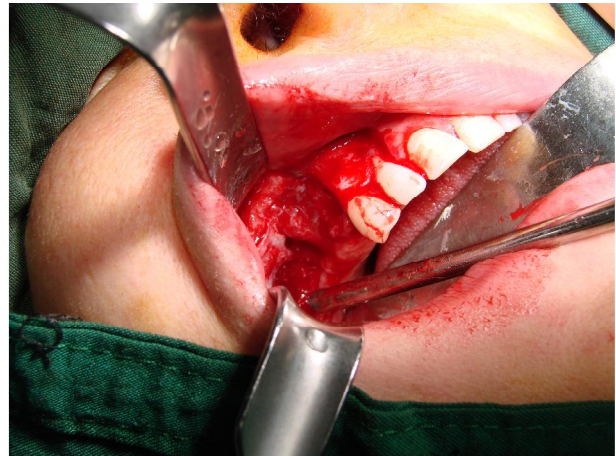
مشخصه رشد این قارچ در بافتها انسداد عروق ناحیه و ایجاد نکروز می باشد (۸). موکورمایکوزیس بیشترین مهاجم را از بین تمام بیماریهای قارچی دارد و شیوع مرگ و میر ناشی از آن ۶۹٪-۳۰٪ گزارش شده است (۵). تشخیص و درمان زود هنگام موکورمایکوزیس در ناحیه سینوسهای پارانازال فاکتور مهمی در جلوگیری از مشکلات و مرگ و میر ناشی از بیماری می باشد. موکورمایکوزیس می تواند به سرعت به پالات، فارنکس و ارییت گسترش یابد و باعث درد صورت و ارییتال، کاهش دید و سردرد در اثر درگیری سینوسها شود (۸، ۵، ۲). تشخیص دیر هنگام (بیشتر از ۶ روز)، می تواند منجر به درگیری داخل کرانیوم، درگیری دو طرفه سینوس، درگیری ارییت شود و پیش آگهی بیماری را ضعیف کند (۹). این عفونت در افراد سالم بسیار نادر است. اسپور قارچ می تواند در زخم باز با خونرسانی کم رشد کند، همچنین وجود جسم خارجی در زخم به گسترش عفونت کمک می کند. در حضور جسم خارجی دفاع میزبان به صورت موضعی مختل می شود (۲، ۴). هرچند این بیماری بسیار نادر است ولی با توجه به عوارض جدی آن، توجه زودهنگام ضروری است. با توجه به اینکه این بیماری در یک فرد سالم و بدون بیماری سیستمیک ایجاد شده است، به نظر می رسد وجود جسم خارجی مثل جرم دندان و تأخیر در اپی تلیالیزه شدن حفره دندان و عدم شستشوی مناسب ساکت عوامل مستعد کننده برای کاهش ایمنی به صورت موضعی و ایجاد بیماری بوده است. تشخیص زود هنگام و استفاده از داروهای ضد قارچ فلوکنازول برای ۲ ماه و دبریدمان تهاجمی باعث بهبودی کامل بیمار شده اند.

نتیجه گیری

در موارد وجود درد و تورم و وجود استخوان اکسپوز پس از کشیدن دندان در بیماران سالم باید احتمال عفونت قارچی را در نظر داشت.

References

1. Arnáiz-García ME, Alonso-Peña D, González-Vela MD, García-Palomo JD, SanzGiménez-Rico AM. Cutaneous mucormycosis: report of five cases and review of the literature. *J of Plast Reconst & Aesthet Surg* 2008, [Http://www. Science direct. com](http://www.Science direct.com) (Accessed September 2009).
2. Sandeep Bansal, Gogia Grover, Mohnish Grover, Ashok K. Gupta. Isolated sphenoid mucormycosis presenting as visual impairment: changing trends? *Amer J of Otolaryng* 2009, <http://www. science direct.com> (Accessed September 2009).
3. Prado FJ, Borges F, Perez-Montoto LG, Gonza H. Multi-target spectral moment: QSAR for antifungal drugs vs. different fungal species. *Eur J of Medicine Chemist* 2009; **44**(10): 4051-4056.
4. Hadju S, Obradovic A, Prester IE, Vecsei V. Invasive mycosis following trauma. *Injury* 2009; **40**(5): 548-554.



شکل ۴: دبریدمان



شکل ۵: رادیوگرافی ۳ ماه بعد از درمان

بحث

عفونت قارچی اکثراً در بیماران با نقص ایمنی دیده می شود، و موکورمایکوزیس در سینوسهای پارانازال و آلوتول در بیمار سالم نادر است (۲، ۷). این قارچ در سبزیجات و خاک وجود دارد و به سرعت رشد می کند و اسپورهای آن در هوا پخش می شود.

5. Takahashi S, Horiguchi T, Mikami S, Kitamura Y, Kawase T. Case report: Subcortical intra cerebral hemorrhage caused by mucormycosis in a patient with a history of bone-marrow transplantation. *J of Stroke and Cerebrovasc Disease* 2009; **18**(5): 405-406.
6. Aycicek A, Kenar F, Demirdal T, Asik G, Haktanir A, Sargin R, etal. Facial paralysis due to invasive Aspergillus of the temporal bone in an immunocompetent child. *Int J of Pediatr Otolaryng* 2009; **4**(4): 143-146.
7. Bansal S, Grover G, Grover M, Gupta AK. Isolated sphenoid mucormycosis presenting as visual impairment: changing trends? *American J of Otolaryng* 2009, <http://www.sciencedirect.com> (Accessed September 2009).
8. Ramos A, Curevas-Mons V, Noblejus A, Banos I, Duran P, Marcos R, etal. Breakthrough rhino cerebral mucormycosis in a liver transplant patient receiving Caspofungin. *Transplant Precede* 2009; **41**(5): 1972-1975.
9. Vetrone G, Grazi GL, Ercolani G, Ravaioli M, Facnaza S, Enrico B. Successful treatment of rhino maxillary form of mucormycosis infection after liver transplantation: a case report. *Transplant Precede* 2006; **38**(5): 1445-1447.

Archive of SID