

معرفی یک مورد مایستومای سینوس ماگزیلاری ناشی از اسپرژیلوس

دکتر محسن میدانی^۱، دکتر حمید رضا ابطحی^۲، دکتر نوشین افشار مقدم^۳، دکتر نوشین احمدی^۴،
محمد جواد ریخته‌گر^۵، محمد حسن ریخته‌گر^۵

خلاصه

مقدمه: گرانولوم اسپرژیلوس سینوس‌های پاراناژال یک عفونت مزمن و نادر سینوس‌ها می‌باشد که به شکل سینوزیت نمایان می‌شود. تشخیص این بیماری به طور تبیین امکان پذیر نمی‌باشد مگر این که تصویر برداری و بیوپسی از سینوس صورت گیرد. در این گزارش یک مورد مایستومای ناشی از اسپرژیلوس که تنها با سردرد و ترشحات پشت حلق تظاهر کرده بود، معرفی می‌شود که در ابتدا به صورت یک سینوزیت باکتریال حاد درمان می‌شده است. معمول بودن علایم این بیمار باعث ۶ ماه تأخیر در تشخیص و درمان بیماری گردید.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۵۳ ساله‌ای مبتلا به دیابت وابسته به انسولین غیر کنترل بود که با سردردهای ۶ ماهه به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کرده است. برای وی رینوسکوپی انجام شد و پس از انجام سی‌تی اسکن از سینوس ماگزیلاری در طی آندوسکوپی چندین بیوپسی از ضایعات گرفته و عمل دبریدمان انجام شد و نمونه‌ها برای پاتولوژیست ارسال گردید. گزارش پاتولوژی نمونه‌ها، گونه‌ی اسپرژیلوس را تأیید نمود و بر اساس آن بیمار تحت درمان با ایتراکونازول قرار گرفت. بعد از یک هفته، سردردهای بیمار بهبود نسبی پیدا کرد و مرخص شد و پس از ۶ ماه پی‌گیری بهبودی کامل حاصل گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به شباهت علایم سینوزیت قارچی به سینوزیت مزمن و افزایش بروز اسپرژیلوزیس پیشنهاد می‌گردد در مواردی که علایم بالینی و یافته‌های پاراکلینیک به نفع سینوزیت مزمن است، این تشخیص نیز مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اسپرژیلوما، مایستومای سینوس، سینوزیت قارچی.

مقدمه

باکتریایی مزمن بوده است و تعدادی از بیماران نیز بدون علامت هستند. بیماران، علایمی نظیر گرفتگی بینی، ترشحات چرکی و درد صورت دارند. علایم به طور معمول یک طرفه است (۲). توپ قارچی در سینوس اسفنوئید پر مخاطره بوده، احتمال گسترش خونی مغزی و تخریب بافتی حین عمل جراحی وجود دارد (۳). در مطالعات انجام شده مهم‌ترین عامل بیماری، اسپرژیلوس فومیگاتوس گزارش شده است. تصاویر سی‌تی‌اسکن در این بیماران کدورت نسبی یا کامل سینوس‌ها و

اسپرژیلوما سینوس‌های پاراناژال بیماری است که گاهی به عنوان مایستومای سینوسی نیز مطرح می‌باشد (۱). در این بیماری توده‌ای از میسلیم‌های قارچی در حفره‌ی سینوس افراد مبتلا به سینوزیت مزمن تجمع یافته، گرفتگی بینی، درد صورت یا شرایط حاد دیگری به وجود می‌آید. تهاجم قارچی به مخاط و عروق خونی یا استخوان وجود ندارد. افراد مسن نسبت به بیماری حساس‌تر هستند. علایم بیماری مشابه رینوسینوزیت

^۱ استادیار، گروه و مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، گروه جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دانشیار، گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ دستیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۵ دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

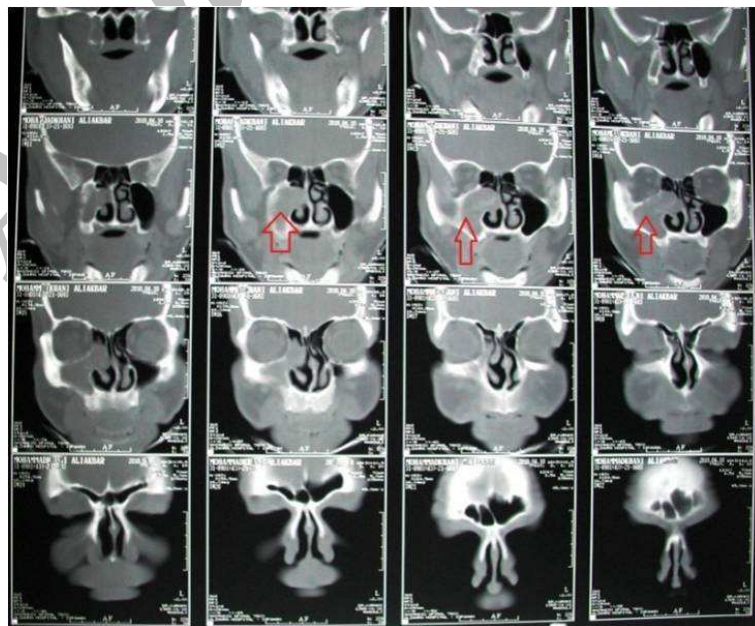
کلسیفیکاسیون را نشان می‌دهد (۴).

آزمایش‌های هیستوپاتولوژی و رنگ آمیزی مقاطع بافتی از جمله روش‌های قابل اعتماد در تشخیص اسپرژیلوزیس می‌باشد (۵). مشاهده هیف‌های شفاف با دیواره‌ی عرضی و انشعابات دو شاخه‌ای متعدد، تشخیص قارچی را مسجل می‌کند. برای درمان این فرم از اسپرژیلوزیس عمل جراحی توصیه و درمان ضد قارچی پس از دبریدمان استفاده می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۵۳ ساله‌ای مبتلا به دیابت وابسته به انسولین غیر کنترل بوده است که با سردردهای ۶ ماهه مراجعه کرده است. بیمار از ۲۰ سال پیش دیابت داشته، ۵ سال گذشته هم عمل جراحی باز قلب شده و چندین عمل لیزر روی چشم داشته است. سردردها متناوب، ضربان‌دار و عمیق و بیشتر سمت راست صورت بود که به ناحیه‌ی ابروی همان سمت تیر می‌کشیده است. شدت سردردهای بیمار هنگام راه رفتن و ایستادن تغییر نمی‌کرده است ولی هنگام خم شدن و سرفه کردن افزایش می‌یافته است. بیمار از

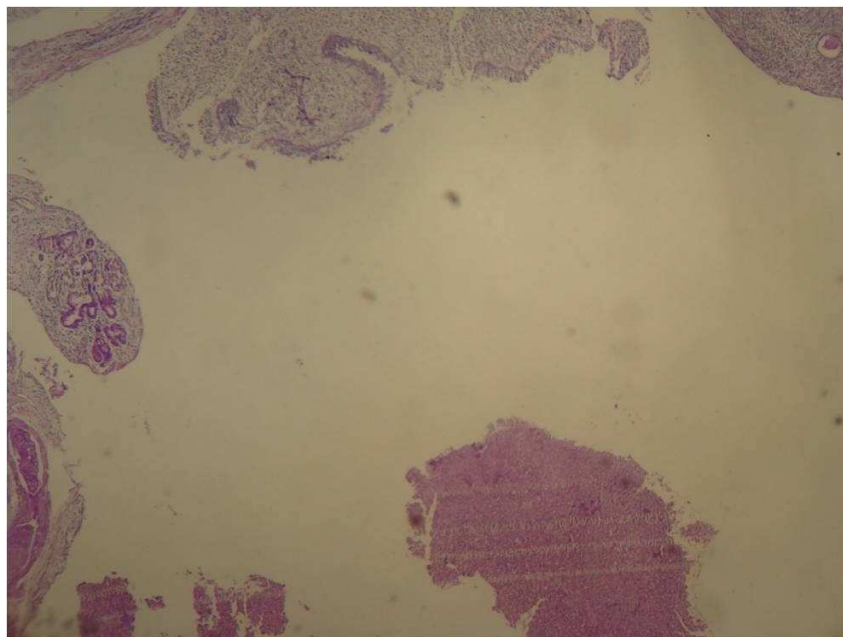
ترشحات پشت حلق بدبو و زرد رنگ شاکی بوده است ولی شرح حالی از سینوزیت‌های قبلی، اپیستاکی یا تروما به بینی را نمی‌داد. همچنین عفونت تنفس فوقانی، تب، سرفه، اتوره و سرگیجه را ذکر نمی‌کرد. در ابتدا با مراجعه به پزشکان متعدد با دریافت مسکن در ۶ ماه گذشته هیچ تغییری در شدت سردردها حاصل نشده بود. به خاطر ادامه یافتن سردردهای بیمار و افزایش شدت آن به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کرد. در معاینه‌ی فیزیکی تب نداشت، فشار خون بیمار ۱۲۴/۸۰ و ضربان قلب بیمار ۹۵ بود. سینوس ماگزیلاری سمت راست در معاینه دردناک بود. برای وی رینوسکوپى قدامی انجام شد و شواهدی به نفع ابنورمالیتی و یا عفونت مسیر سینونازال وجود نداشت و در رینوسکوپى خلفی ترشحات پشت حلق مشهود بود. تمام آزمایشات هماتولوژیک و سرولوژیک بیمار طبیعی بود. با توجه به سردهای بیمار برای وی سی‌تی‌اسکن مغز انجام شد که طبیعی بود و با شک به وجود پاتولوژی در سینوس‌ها سی‌تی‌اسکن پارانازال انجام شد که وجود کدورت در ناحیه‌ی سینوس ماگزیلاری را نمایان کرد (شکل ۱).



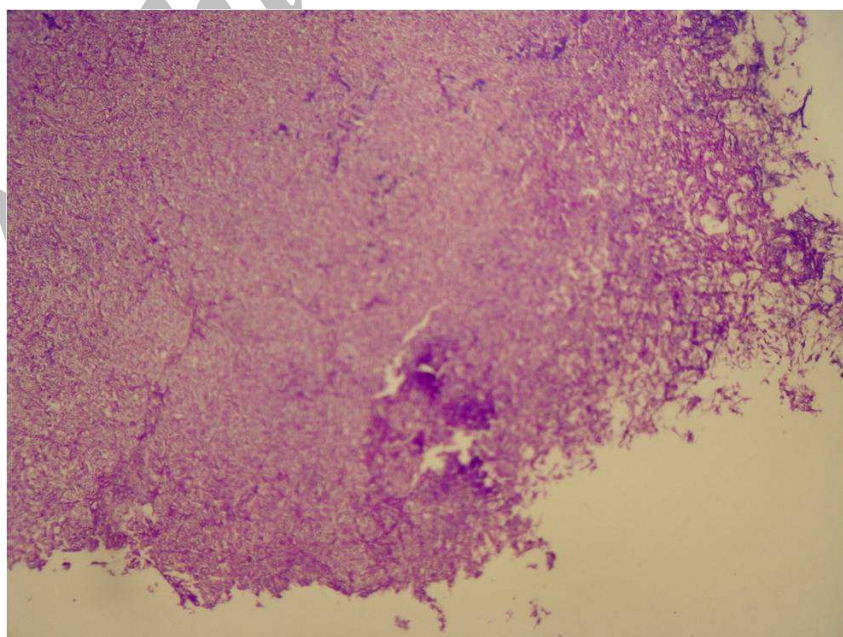
شکل ۱. سی‌تی‌اسکن سینوس‌های پارانازال و کدورت سینوس ماگزیلاری راست.

به تشخیص، بیمار تحت درمان با ایتراکونازول ۱۰۰ میلی‌گرم در هر ۱۲ ساعت قرار گرفت. بعد از یک هفته، سردردهای بیمار بهبود نسبی پیدا کرد و مرخص شد و پس از ۶ ماه پی‌گیری، بهبود کامل پیدا کرده بود و شواهدی از عود در پی‌گیری وجود نداشت.

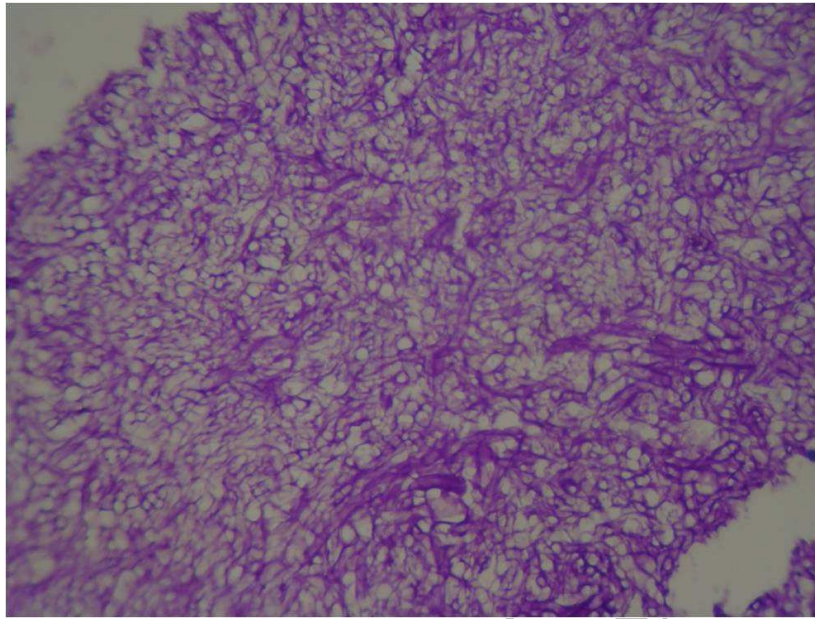
با توجه به کدروت سینوس ماگزیلاری، آندوسکوپی از سینوس‌ها انجام و بیوپسی گرفته شد. هم‌زمان عمل دبریدمان انجام گردید که نمونه‌ی بافتی به رنگ صورتی-سیاه برای پاتولوژیست ارسال شد که قارچ اسپرژیلوس گزارش گردید (اشکال ۲، ۳ و ۴). با توجه



شکل ۲. نمای موکوس سینوس نشان دهنده‌ی **Fungus ball** در رنگ آمیزی اسید شیف (۱۰۰*).



شکل ۳. نمای موکوس سینوس نشان دهنده‌ی **Fungus ball** در رنگ آمیزی اسید شیف (۴۰۰*).



شکل ۴. نمای موکوس سینوس Fungus ball در رنگ آمیزی اسید شیف نشان دهنده‌ی هایفای شاخه‌دار با دیواره‌ی عرضی

بحث

اسپرژیلوس می‌باشند پس از مرگ تشخیص داده خواهند شد (۸).

از آن جایی که علایم سینوزیت قارچی شبیه سینوزیت باکتریال مزمن می‌باشد و از طرفی با توجه به افزایش بروز اسپرژیلوزیس تشخیص زودرس و درمان به موقع حایز اهمیت می‌باشد. نتایج مطالعات مختلف نشان داد که زمانی که شواهد کلینیکی و پاراکلینیک (سیتی اسکن) مطرح کننده‌ی سینوزیت اسپرژیلوس می‌باشد، درمان زودرس بسیار اهمیت دارد. در این بیمار با وجود تظاهرات کلاسیک سینوزیت و از طرفی بیماری زمینه‌ای (دیابت) تشخیص بیماری با تأخیر صورت گرفت. باید توجه داشت که در این بیمار خوشبختانه شواهدی از تهاجم وجود نداشت.

در کل تشخیص اسپرژیلوزیس در سینوس بستگی به قضاوت کلینیکی و تهیه‌ی یک نمونه‌ی بافت از سینوس که توسط پاتولوژیست گزارش می‌شود، دارد. بنابراین تشخیص زودرس با گرفتن بیوپسی، ارسال به

عفونت سینوس‌های پارانازال با پاتوژن‌های قارچی بسیار ناشایع است (۶-۷) و از طرفی اسپرژیلوزیس سینوس‌های پارانازال به عنوان بیماری نادری محسوب می‌شود.

اسپرژیلوزیس سینوس‌های پارانازال به ۳ فرم غیر مهاجم، مهاجم و آلرژیک دیده می‌شود. فرم غیر مهاجم اسپرژیلوس که اسپرژیلوما یا اسپرژیلوس مایستوما نام دارد معمولاً در افراد سالم دیده می‌شود (۶). فرم مهاجم معمولاً در افراد با نقص ایمنی دیده می‌شود و می‌تواند منجر به تخریب استخوانی در سینوس‌های پارانازال شود.

در ۲۰ سال اخیر شیوع اسپرژیلوس مهاجم ۵ تا ۱۰ برابر شده است. از طرفی مرگ و میر آن بسته به محل و ماهیت بیماری زمینه‌ای (ایمنو ساپرس)، تشخیص و درمان زودرس آن برابر ۶۰ تا ۸۰ درصد می‌باشد. با وجودی که در ۲۰ سال اخیر پیشرفت‌های زیادی رخ داده است، ۵۰ درصد از افرادی که مبتلا به نوع مهاجم

گسترش خونی مغزی و تخریب بافتی ناشی از آسپرژیلوما و از طرفی بالا بودن میزان مرگ و میر ناشی از آن به ویژه در نوع مهاجم، تشخیص و درمان به موقع بیماری حایز اهمیت می باشد.

پاتولوژی جهت تشخیص به موقع و شروع درمان جراحی و دارو درمانی ضد قارچ در روند بهبود بیماری بسیار مؤثر خواهد بود (۹-۱۰).

با توجه به افزایش بروز این بیماری و احتمال

References

1. Babajews A. Aspergillosis mycetoma of the maxillary antrum. *British Journal of Oral Surgery* 1982; 4(20): 299-303.
2. Hora JF. Primary aspergillosis of the paranasal sinuses and associated areas. *The Laryngoscope* 1965; 75(5): 768-73.
3. Costa F, Polini F, Zerman N, Robiony M, Toro C, Politi M. Surgical treatment of Aspergillus mycetomas of the maxillary sinus: review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(6): e23-9.
4. Becker MH, Ngo N, Beranbaum SL. Mycotic infection of the paranasal sinuses. Radiographic manifesta. *Radiology* 1968; 90(1): 49-51.
5. Mensi M, Salgarello S, Pinsi G, Piccioni M. Mycetoma of the maxillary sinus: endodontic and microbiological correlations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98(1): 119-23.
6. Khongkhunthian P, Reichart PA. Aspergillosis of the maxillary sinus as a complication of overfilling root canal material into the sinus: report of two cases. *J Endod* 2001; 27(7): 476-8.
7. Zaman SU, Sarma DP. Maxillary Sinus Mycetoma Due To Aspergillus Niger. *The Internet Journal of Otorhinolaryngology* 2007; 6(1).
8. Cruz RC, Barthel EM, Piontrlli EL, Fernandez GC. Clinical reports: tested rhinosinusal infection by Aspergillus flavus and probable pulmonary infection by Emericella nidulans in immunodepressed patients. *Boletín Micológico* 2005; 20: 109-15. [In Spanish].
9. DeShazo RD, Chaplin K, Swain RE. Fungal Sinusitis. *The N Engl J Med* 1997; 337: 254-9.
10. Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, Herbrecht R, Kontoyannis DP, Marr KA, et al. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2008; 46(3): 327-60.

Maxillary Sinus Mycetoma Due to Aspergillosis: Case Report

Mohsen Meidani MD¹, Hamidreza Abtahi MD², Nooshin Afsharmoghadam MD³, Nooshin Ahmadi MD⁴, Mohammad Hasan Rikhtegar⁵, Mohammad Javad Rikhtegar⁵

Abstract

Background: Paranasal sinus aspergilloma is a rare disease of sinus which is sometimes considered as mycetoma. In this condition, there is gathering of fungal mycelium in sinus cavity without bone or vessels invasion. It presented as a chronic sinusitis with headache, nasal discharge and obstruction. Diagnosis of aspergillosis infection has often dependent on clinical judgment combined with radiologic evaluation and demonstration of the fungus in tissue specimens obtained from the presumed site of infection.

Case Report: A 53-year-old man with uncontrolled insulin dependent diabetes mellitus presented with six month history of headache. He had used various drug prescribed by different physicians in the past six months without any effect. Because of progressive headache, he was admitted in the department of otolaryngology and surgical debridement was done. Histopathological examination was suggestive of maxillary sinusitis with fungal ball of aspergilloma. The patient treated with itraconazole and after 6 months, he felt better with no clinical and paraclinical signs.

Conclusion: Since fungal sinusitis presentation is similar to chronic sinusitis and in the other hand, the incidence of aspergillosis is increasing, the early diagnosis and treatment is important especially when the clinical and paraclinical signs are suggestive.

Keywords: Sinus mycetoma, Aspergilloma, Fungal sinusitis.

¹ Assistant Professor, Department of infectious diseases, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Otolaryngology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Associate Professor, Department of Pathology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Resident, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁵ Medical Student, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mohsen Meidani MD, Email: meidani@med.mui.ac.ir