

گزارش موردی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۸، ۱۵۸-۱۵۱

گزارش یک مورد جراحی آندوسکوپی ماکورمایکوزیس بینی و سینوس پارانازال با حفظ عملکرد اعضاء حیاتی

علی گلشیری اصفهانی^۱، زیبا شعبانی^۲، فاطمه لری گوئینی^۳، محمدرضا مختاری^۴

دریافت مقاله: ۸۶/۷/۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۷/۶/۲۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۸/۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: ماکورمایکوزیس یک بیماری نادر و کشنده است که بر اثر قارچ‌هایی از خانواده ماکوراسه ایجاد می‌شود. شایع‌ترین محل بروز آن بینی و مغز می‌باشد. هدف از گزارش این مورد تأکید بر تشخیص و درمان سریع برخی عفونت‌های فرصت‌طلب در بیماران دیابتی یا بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی و نیز تأکید بر عمل جراحی با حفظ عملکرد اعضاء حیاتی و نقاط ضعف برخی آندوسکوپ‌ها در اعمال جراحی بینی است.

شرح مورد: بیمار خانمی ۷۶ ساله و دیابتی که به علت درد شدید سر و صورت و کاهش شنوایی با تشخیص ماکورمایکوزیس سینوس‌های پارانازال در بیمارستان مرادی شهرستان رفسنجان بستری گردید و پس از دو مرحله عمل جراحی (آندوسکوپی سینوس و مدیال ماگزیکلکتومی) و درمان طبی با آمفوتریسین B پس از ۴۵ روز بستری، بهبودی یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: در بیمارانی که با سردرد یا درد ناحیه صورت مراجعه می‌کنند معاینه دقیق و گرفتن شرح حال از نظر وجود بیماری‌های زمینه‌ای و مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، حفظ اعضاء حیاتی ضمن عمل جراحی جهت برداشتن بافت‌های درگیر و انجام آندوسکوپی به روش کالدول لوک (Caldwell-luc) جهت دسترسی بهتر به دیواره قدامی سینوس ماگزیکلا باید مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ماکورمایکوزیس، سینوزیت، جراحی آندوسکوپی

مقدمه

قارچ‌ها قادرند طیف وسیعی از بیماری‌های مختلف از

یک نوع ساپروفیت تا سینوزیت قارچی آلرژیک [fungus

۱- (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی جراحی، متخصص گوش و گلو و بینی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۳۰۰۸۰، دورنگار: ۰۳۹۱-۵۲۲۵۸۰۰، پست الکترونیکی: a_golshiri@rums.ac.ir

۲- استادیار گروه آموزشی داخلی، متخصص بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۳- استادیار گروه آموزشی جراحی، متخصص گوش و گلو و بینی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۴- کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی مرادی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

می‌باشد [۲]. موکورمایکوزیس سینوس پارانازال و رینوربیتوسربرال یک بیماری قارچی است که متخصصان گوش، گلو و بینی، چشم، مغز و اعصاب، داخلی و عفونی هر کدام به نوعی با آن برخورد دارند. شناخت این بیماری از این نظر مهم است که تشخیص دیر هنگام آن منجر به فوت بیمار می‌گردد. شروع این بیماری بی سر و صدا و تشخیص آن مشکل است [۸]. در موکورمایکوزیس رینوسربرال بیمار تقریباً همیشه از درد ناحیه صورت یا سردرد یا هر دو شکایت دارد. در پاره‌ای موارد ممکن است تب و درجات متغیری از سلولیت اربیت رخ دهد [۹]. اولین علامت داخل بینی، تورم و التهاب می‌باشد که معمولاً غیر اختصاصی است و شامل پرخونی توربینیت‌ها و انسداد بینی می‌باشد. تشخیص در این مرحله نیازمند ظن بالینی قوی است. در افراد در معرض خطر، رینیت مقاوم ممکن است اولین علامت درگیری با موکورمایکوزیس باشد [۱۰].

تشخیص بر اساس علایم کلینیکی همراه با وجود بیماری زمینه‌ای و تشخیص قطعی با بیوپسی می‌باشد. کشت، علی‌رغم ماهیت تهاجمی بودن بیماری، فاقد ارزش است و اکثر اوقات منفی خواهد بود [۱۱]. پیشرفت بیماری سبب بروز ایسکمی، ترومبوز، نکروز توربینیت‌ها و ایجاد ترشحات خونی از بینی می‌گردد و توربینیت‌ها نیز سیاه رنگ می‌شوند. به تدریج بیماری به سمت مرحله تهاجمی رفته و علایمی چون پتوز، پروپتوز، سلولیت اربیت، افتالموپلژی و درگیری زوج‌های پنجم و هفتم اعصاب مغزی بروز خواهد نمود. از دیگر علایم می‌توان کاهش قدرت بینایی (در صورت عدم درمان منجر به نابینایی می‌شود) و تغییر در سطح هوشیاری (که علامتی شوم است) را نام برد [۱۲].

[ball] و در نهایت سینوزیت مهاجم قارچی را در سینوس‌ها ایجاد نمایند. سینوزیت مهاجم قارچی در اکثر موارد توسط قارچ‌هایی از خانواده آسپرژیلوس و موکوراسه ایجاد می‌شود که شایع‌ترین آن موکور می‌باشد [۱]. موکورمایکوزیس عفونت حاد و فرصت طلب قارچی است که اولین بار در سال ۱۸۸۵ توسط Paltauf شرح داده شد و توسط Harris در سال ۱۹۵۵ اولین مورد موکورمایکوزیس که زنده مانده بود گزارش گردید [۳-۲]. موکورمایکوزیس معمولاً توسط اعضاء خانواده موکوراسه [Mucoraccae] ایجاد می‌شود و زیر گروه‌های آن عبارت از Absidis, Mucor, Rhizopus می‌باشند [۱]. از میان این زیر گروه‌ها Rhizous Oryzae شایع‌ترین گروهی است که ایجاد موکورمایکوزیس می‌نماید [۴]. این ارگانیسم‌ها به طور عمده از راه هوا منتقل می‌گردند، به سهولت رشد کرده و به فراوانی در طبیعت یافت می‌شوند. بر روی نان، میوه‌ها، مخمرها، گرد و غبار، خاک، مواد غذایی فاسد و در بخش‌های مختلف بیمارستان وجود دارند [۵]. اسپور آن‌ها در هوا پراکنده می‌شود و لیکن این اسپورها معمولاً بیماری‌زا نیستند و تنها در صورت وجود عوامل مساعدکننده زمینه‌ای تولید بیماری می‌کنند [۶]. عفونت از حفرات بینی و سینوس‌های پارانازال و یا از حلق و کام شروع شده و به صورت رینوسینوزیت و یا فارنژیت و سلولیت چشمی همراه با نکروز، زخم و ترشحات سیاه‌رنگ پیشرفت می‌نماید [۷].

عوامل مساعدکننده ابتلا به بیماری شامل ضعف سیستم ایمنی، دیابت کنترل نشده، بدخیمی‌های خونی، سوختگی‌های شدید، بیماری کلیوی، ایدز و ضعف سیستم ایمنی به دنبال پیوند اعضاء، نوتروپنی، مصرف کورتیکواستروئید، شیمی‌درمانی، آنمی و سوء تغذیه

تظاهرات کلینیکی بیماری را می‌توان به شکل‌های: رینوسربرال، ریوی، جلدی، گوارشی، درگیری سیستم عصبی و سایر اشکال مانند عفونت‌های موضعی در استخوان و غیره تقسیم نمود. اما درگیری رینوربیتوسربرال و به تبع آن سیستم عصبی مرکزی شایع‌ترین فرم بالینی آن است.

معرفی بیمار

خانمی ۷۶ ساله با درد چشم راست، سردرد، درد صورت و ناحیه گونه و فرونتال راست، احساس درد شدید و خنجری و کاهش شنوایی گوش راست که از ۵ روز قبل شروع شده به کلینیک تخصصی بیمارستان مرادی شهرستان رفسنجان مراجعه نمود. وی سابقه دیابت و بیماری ایسکمی قلب و فشار خون داشت که تحت درمان با داروهای خوراکی ضد دیابت و پرفشاری خون بوده است. در معاینه، ترشح چرکی بینی، PND و سابقه سینوزیت و علایمی از سرماخوردگی دیده نمی‌شد. روی گونه و گوشه داخلی چشم راست تندرns (Tenderness) داشت. مخاط بینی سمت راست به خصوص کورنه‌آی تحتانی و میانی سیانوتیک و چروکیده بود. در معاینه و تیمپانوگرام اوتیت سرروز تشخیص داده شد و با شک به موکورمایکوزیس در بخش گوش و حلق و بینی بستری گردید. در زمان بستری درجه حرارت بدن بیمار ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد، فشار خون ۱۶۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۹۲ ضربه در دقیقه بود. در سی‌تی اسکن کدورت در سینوس‌های اتموئید و ماگزایلای راست مشاهده گردید. علایمی از تخریب چشم و درگیری استخوان‌ها دیده نشد. در روز اول بستری، بیمار تحت عمل جراحی آندوسکوپي سینوس (با آندوسکوپ‌های صفر و سی درجه) قرار گرفت. کورنه‌آی تحتانی و میانی، سینوس‌های اتموئید و لامینا پاپیراسه

درگیر شده بودند که برداشته شدند و مخاط سینوس ماگزایلا پاکسازی شد. مخاط کف، خلف و لترال سینوس ماگزایلا، مخاط کف بینی و مخاط دیواره سپتوم در سمت راست به طور کامل برداشته شد. اسفنوئید درگیر نشده بود. تغییر رنگ تا حدود دهانه شیپور استاش وجود داشت و رنگ اطراف آن کبود بود ولی به شیپور استاش دست‌اندازی نشده بود. کام نرم قرمز رنگ بود ولی با دست‌کاری خونریزی می‌کرد و برداشته نشد. دهانه سینوس فرونتال باز و گشاد گردید و تمام مخاط بینی تا وستیبول برداشته شد. نمونه جهت پاتولوژی فرستاده شد که تشخیص موکورمایکوزیس را تأیید نمود. پس از ۲ روز درد بیمار کاهش یافت ولی درد روی گونه هم‌چنان باقی ماند. لذا جهت بررسی بیشتر و با احتمال درگیری دیواره قدامی ماگزایلا به علت نداشتن دید مستقیم با آندوسکوپ در جراحی اول و برای رزکسیون کامل‌تر، عمل مدیال ماگزایلکتومی با انسزیون لترال رینوتومی انجام شد (۴ روز پس از عمل اول). بار دیگر سقف بینی و سینوس اسفنوئید بررسی شد که پاک بود. کیسه اشکی انسزیون داده شد و لبه‌های آن به دو طرف بخیه گردید. دیواره قدامی سینوس ماگزایلا بررسی شد. رنگ استخوان سیانوتیک بود لذا دیواره قدامی سینوس ماگزایلا و عصب اینفرا اریبتال که مشکوک به درگیری بود برداشته شد. قسمتی از بافت نرم روی دیواره قدامی سینوس ماگزایلا دبرید گردید. مدیال ماگزایلکتومی کامل انجام شد. در بقایای مخاط روی دیواره قدامی در بیوپسی، موکورمایکوزیس گزارش شد.

قند خون بیمار هر ۶ ساعت اندازه‌گیری شد و با پروتکل انسولین، کنترل گردید. با توجه به سابقه بیماری قلبی بیمار، توسط کاردیولوژیست ویزیت و داروهای ضد فشارخون تجویز شد. علایم نورولوژیک وجود نداشت. در

احساس پری داشت. تیمپانومتري، اوتیت سرروز را تأیید کرد. اوتیت سرروز چند ماه پس از عمل بهبودی یافت. یک هفته پس از عمل جراحی قسمتی از انسزیون وستیبول فوقانی دهان باز شد و فیستول دهانی به سینوس ماگیلا پیدا کرد. قسمتی از انسزیون لب و انسزیون مدیال کانتوس داخلی پس از کشیدن بخیه ها باز گردید. لب و قسمت داخل دهان دوباره ترمیم گردید. انسزیون گوشه چشم پس از چندین بار به صورت موضعی بخیه زده شد ولی دوباره باز می شد. تا چند ماه انسزیون مدیال کانتوس داخلی باز بود که نهایتاً ترمیم شد.

یک ماه پس از بستری، راش های ریز روی تن بیمار ایجاد شد که با تجویز لوراتادین و هیدروکسی زین بهبودی یافت. سرانجام بیمار پس از ۴۵ روز بستری با حال عمومی خوب مرخص شد. هجده ماه پس از ترخیص بیمار CT اسکن انجام شد که اثری از بیماری مشاهده نگردید.

بحث

۴۰ تا ۵۰ درصد بیمارانی که مبتلا به موکورمایکوزیس هستند دیابت ملیتوس دارند که نیمی از آنها هنگام مراجعه دچار کتواسیدوز هستند. به نظر می رسد کتواسیدوز و نقایصی که در نوتروفیل های افراد دیابتی ایجاد می گردند زمینه را برای پیدایش عفونت آماده می سازند. در مطالعات انجام شده بر روی موش های مبتلا به دیابت نشان داده شده است که ماکروفاژهای آلوئولر در موش های دیابتی کمتر از موش های سالم قادر به پیشگیری از رشد قارچ هستند. البته بر اساس مطالعات انجام شده تاکنون موارد موکورمایکوزیس بدون فاکتور مستعدکننده هم گزارش شده است [۱۳].

MRI علایمی از دست اندازی به مغز و چشم وجود نداشت. ولی با این وجود توسط چشم پزشکی ویزیت و پماد تتراسایکلین چشمی تجویز شد. حرکات چشم طبیعی اما دردناک بود. با توجه به رؤیت ضایعه سیانوتیک نکروزه ذکر شده و بیماری زمینه ای، با ظن قوی بالینی به موکورمایکوزیس، آمفوتریسین B با مقدار ۱/۳ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن روزانه شروع شد. طی هفته اول درمان همراه با آمفوتریسین B، قرص استامینوفن و شربت دیفن هیدرامین تجویز شد. پس از قطعی شدن تشخیص موکورمایکوزیس توسط پاتولوژیست، آمفوتریسین ادامه داده شد. در انتهای سیر درمان، آمفوتریسین B یک روز در میان تجویز شد. در چند روز ابتدای بستری، سفتریاکسون و وانکومایسین نیز شروع شد که پس از انجام بررسی ها و تشخیص قطعی، قطع گردید. فشار خون بیمار با انفوزیون نیتروگلیسرین به طوری که فشار سیستول بیمار پایین تر از ۱۶۰ میلی متر جیوه نیاید کنترل شد. به علت تهوع و لرز بیمار در زمان تزریق آمفوتریسین، قبل از تزریق، شربت دیفن هیدرامین تجویز می شد. روزانه اوره و کراتینین خون کنترل می گردید. بعد از عمل جراحی، روزانه بینی بیمار با آندوسکوپ بررسی شده، لخته ها برداشته می شد و با محلول آمفوتریسین B شستشو داده می شد. یک ویال ۵۰ میلی گرم آمفوتریسین در ۱ لیتر نرمال سالین حل شده و روزانه ۵ بار و هر بار حدود ۵۰ میلی لیتر از این محلول داخل بینی اسپری می گردید. پس از عمل دوم به علت احساس درد در عضلات پشت ساق پا هپارین نیز برای بیمار شروع گردید. پس از عمل جراحی دوم درد بیمار کاهش یافت ولی درد گوش ادامه داشت. در گوش راست کاهش شنوایی و

روزانه تجویز می‌شود که عارضه کلیوی کمتر دارد اما گران قیمت‌تر و کمیاب‌تر از آمفوتریسین دوکسی‌کلات است که به طور معمول استفاده می‌گردد [۱۰]. استفاده از مقدار کم‌هپارین از طریق انفوزیون داخل وریدی، احتمال فلبیت حاصل از آمفوتریسین B را کاهش می‌دهد. میزان بقاء بیماران مبتلا به این عارضه در موارد فقدان بیماری زمینهای یا وجود دیابت ۸۰٪ و برای بیماران با علت زمینهای جدی ۵۰٪ است [۱۷]. Vazir Nezami و همکاران در مطالعه خود در بیماران دچار رینوسینوزیت مزمن با یا بدون پولیپوز اقدام به شستشوی داخل بینی با محلول آمفوتریسین B با مقدار ۱۰۰ میکروگرم در میلی‌لیتر دو بار در روز (۲۰ میلی‌لیتر در هر سوراخ بینی) نموده و بیان داشتند که به نظر می‌رسد تجویز آمفوتریسین B داخل بینی از عوامل کمکی در درمان رینوسینوزیت مزمن باشد [۱۸].

نتیجه‌گیری

- ۱- در بیمارانی که با سردرد یا درد ناحیه صورت مراجعه می‌کنند معاینه دقیق، گرفتن شرح حال و بررسی از نظر وجود بیماری‌های زمینهای نظیر دیابت، ضعف سیستم ایمنی، پیوند کلیه و مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی باید مد نظر باشد.
- ۲- در یک بیماری پیشرونده مانند موکرومایکوزیس ضمن عمل جراحی جهت برداشتن بافت‌های درگیر، می‌توان اعضای حیاتی بیمار را حفظ نمود و به صرف تغییر رنگ مختصر مانند قرمزی، نسوج حیاتی برداشته نشود.
- ۳- در صورت درگیری سینوس ماگزایلا، اگر تکنیک جراحی، آندوسکوپي است به علت نداشتن دید روی دیواره قدامی سینوس باید عمل جراحی با روش

Cheng-Shuan یک مورد غیر عادی موکرومایکوزیس را در بیماری ۵۸ ساله گزارش نمود که با علایم، تب، سرفه، درد اپی‌گاستر و احساس پری شکم مراجعه نموده بود [۱۴]. Mitchell در گزارشی به بیان شرح حال یک خانم ۵۴ ساله پرداخت که با کاهش سطح هوشیاری و سردرد به بخش اورژانس آورده شده بود. وی از ۱۰ روز قبل شروع به کشیدن دندان‌های خود کرده بود. سی‌تی اسکن، پری نازوفارنکس راست و احتمالاً سینوزیت ماگزایلای راست را نشان می‌داد. با وجود اصلاح اختلالات دیابتی، سطح هوشیاری هم‌چنان کاهش داشت. بیمار پس از ۱۲ ساعت، دچار اپیستاکسی، برآمدگی چشم راست، دو بینی و کاهش بینایی گردیده بود. نکرز همی پالات راست به طور چشم‌گیر پیشرفت کرده و پس از مدت کوتاهی فوت نموده بود.

Mitchell بیان کرد کشیدن دندان می‌تواند منفذی برای ورود قارچ‌ها و ایجاد موکرومایکوزیس باشد [۱۵]. Epstein درمان موفق را در تشخیص زودرس، اصلاح فاکتورهای زمینهای، دبریدمان وسیع، سریع و ایده‌آل بافت نکروزه و درمان ضد قارچ می‌داند. وی، زمان را عامل حیاتی عنوان می‌دارد زیرا ضایعات کانونی و موضعی کوچک اغلب قبل از دست‌اندازی به دیگر مکان‌ها با جراحی خارج می‌گردند [۱۶].

اقدامات درمانی در موارد درگیری رینواریتوسربرال شامل درمان جراحی و اصلاح اختلالات متابولیک و درمان طبی است. درمان جراحی شامل دبریدمان تمام مناطق درگیر از جمله سینوس‌ها و چشم و درمان طبی استاندارد شامل تجویز آمفوتریسین با مقدار حداکثر ۱-۰/۵ میلی‌گرم به ازای کیلوگرم وزن روزانه می‌باشد. نوع لیپیدی آمفوتریسین B با مقدار ۵ میلی‌گرم به ازای کیلوگرم وزن

بدین وسیله از زحمات آقای دکتر اصغر خشنود و آقای دکتر امیر رهنما صمیمانه تشکر می‌گردد. هم‌چنین از پرسنل پرستاری بخش جراحی مرکز آموزشی درمانی مرادی که در امر مراقبت از بیمار تلاش بی‌وقفه نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

کالدول لوک انجام شود تا دسترسی به دیواره قدامی جهت پاک کردن سینوس ماگزایلا میسر گردد.
۴- در افراد دیابتیک به علت کندی روند ترمیم زخم، بخیه‌ها بایستی دیرتر از حد معمول برداشته شوند.
تشکر و قدردانی

References

- [1] Javadi M, Mohammadi SH. Management & treatment of invasive fungal sinusitis. *Journal of Iran University of Medical Sciences*, 2005; 48(12):69-74. [Farsi]
- [2] Kimberly G Yen, Michael T Yen, Ron W Pelton. Mucormycosis, 2006. Dec 31, 2008; available at: www.emedicine.com.
- [3] Dave SP, Vivero RJ, Roy S. Facial cutaneous mucormycosis in a full-term infant. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008; 134(2): 206-9.
- [4] O'Hara M. Histopathologic diagnosis of fungal disease, *Infection Control*; 1986; 7(2): 78-84.
- [5] Asefzadeh M. A case report of pulmonary mucormycosis in a diabetic patient. *The journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2000; (14):96-100. [Farsi].
- [6] Javadi M, Daneshi A, Poosti SB, Mohammadi SH. Rhinocerebral Mucormycosis, report on three cases at Hazrat Rasol Akram Hospital. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2002; 12(36): 78-83. [Farsi]
- [7] Brown OE, Finn R. Mucormycosis of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg*, 1986; 44(2): 132-6.
- [8] Fati A, Noori M. The other vision to mucormycosis in Imam Reza Hospital. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2006; 92(49): 209-16. [Farsi]
- [9] Cummings CW. *Otolaryngology Head & Neck Surgery*, Volume 2, Third edition, Mosby. 1998; pp: 1113.
- [10] Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principle and practice of infectious disease*; vol 4, 6 th ed. New york: churchill living stone; 2005; pp: 2974-81.
- [11] Javadi M, Mohammadi SH, Daneshi A. Orbitorhinocerebral Mucormycosis: Report of 9 cases. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2001; 26(8):397-404. [Farsi]

- [12] Cummings W. Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 4th Ed, Mosby Inc. 2005; 1180.
- [13] Ochi JW, Harris JP, Feldman JI, Press GA. Rhinocerebral mucormycosis, results of aggressive surgical debriment and amphotericin B, *Laryngoscope*. 1998; 98: 1339-42.
- [14] Chen-Shuan Chung, Wen-Lun Wang, Kao-Lang Liu, Jaw-Town Lin, Hsiu-Po Wang. Green Ulcer in the Stomach: Unusual mucormycosis infection. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2008; 68(3): 566-7.
- [15] Mitchell GE, Reddy A, Shepherd ME. Acute oral and ocular changes in a patient with diabetic ketoacidosis. *Am FAM Physician*, 2008; 77(11): 1584, 1586-7.
- [16] Epstein VA, Kern RC. Invasive fungal sinusitis and complications of rhinosinusitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2008; 41(3): 497-524.
- [17] Finn DG. Mucormycosis of the paranasal sinuses. *Ear Nose Throat J* 1988 Nov; 67(11):813, 816-8, and 821-2. PMID: 3073939.
- [18] Vazir Nezami M, Samiei F, Moghadasi H, Gachkar L. Evaluation of Intranasal Amphotricine-B effectiveness on Chronic Rhino Sinusitis With or Without Polyposis. *Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine*. 2006; 11(33): 15-19. [Farsi]

Nasal and Paranasal Sinus Mucormycosis, Endoscopic Surgery with Protection of Vital Organs Function

A. Golshiri Isfahani¹, Z. Shabani², F. Lori Gooini³, MR. Mokhtaree⁴

Received: 25/09/07

Sent for Revision: 15/09/08

Received Revised Manuscript: 30/04/09

Accepted:

09/05/09

Background and Objectives: Mucormycosis is a rare but often fatal disease caused by a fungus from the group of Mucorales. It most commonly affects the nose and brain. The aim of this report is the quick recognition and treatment of some opportunistic infections in patients with diabetes or suppressed immune systems and emphasis on surgery with protection of vital organs functions and limitations of some endoscopes in the nasal surgery.

Case Report: This report presents a 76-year old diabetic female with severe headache, facial pain and hearing loss and recognition of paranasal sinus mucormycosis who was hospitalized in Mordad Hospital with in Rafsanjan. After two successive surgeries, (endoscopic surgery and medial maxillectomy) and medical therapy with Amphotricin B after 45 days was recovered.

Conclusion: In the patients who are referred with headache or facial pain, exact examination and history-taking about underlying disease and immunosuppressive drugs is necessary. Protection of vital organs in the surgery for removal of necrotic and infected tissues and endoscopic surgery with Caldwell-Luc procedure for better access to anterior wall of maxillary sinus must be considered.

Key words: Mucormycosis, Sinusitis, Endoscopic Surgery

1- Asistant Prof, Dept.of Surgry, Otorhinolaryngologist, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (0391)5230080, Fax: (0391) 5225800, E-mail: a_golshiri@rums.ac.ir

2- Asistant Prof, Dept.of Internal Medicine, Master of Infectious Disease, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3- Asistant Prof, Dept.of Surgry, Otorhinolaryngologist, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4- Registered Nurse, Moradi Hospital, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran