

باسمه تعالی
وجود آب، شرط مداوم زندگیست، مصرف آب، نصف

هشدار ۹

بیمار ۴۷ ساله اهل و ساکن که در تاریخ ۱۵ مرداد ۱۴۰۲ با شکایت درد و تورم یک طرفه صورت و چشم به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است. وی بدون هیستوری خاص، از ۱۵ روز قبل دچار سردرد یک طرفه با ارجحیت ناحیه فرونتال و چشم راست شده و از ۴ روز قبل از مراجعه تورم و اریتم پری اوربیتال داشته که به صورت پیشرونده بوده است به طوری که NLP سمت راست و همی پارزی در سمت چپ بدن نیز در روز مراجعه ایجاد شده بود. بیمار از ۱۰ مرداد به بیمارستانی در شهرستان مراجعه و با تشخیص احتمالی periorbital cellulitis و cavernous sinus تحت درمان با وائیکوماپسین و سفتازیدیم و مترونیدازول قرار می گیرد که در نهایت با توجه به بدتر شدن شرایط بالینی با نامه پزشک ارجاع داده شده و با وسیله شخصی به این مرکز مراجعه کرده





است. در بدو ورود بسیار بی‌قرار و تبادر بود و سردرد و ایپستاکی داشت. هیپوستزی و پارستزی سمت راست صورت هم وجود داشت. در معاینه چشمها در سمت راست، پتوز،

پروپتوز و کموز داشت. تورم یک طرفه صورت در سمت راست و در معاینه دهان نکروز وسیع کام سخت رویت شد. وی جهت سایر معاینات عصبی همکاری لازم را نداشت. رزیدنت محترم عفونی برای بیمار با تشخیص موکورمایکوز رینوسربرال درخواست مشاوره گوش و حلق جهت نمونه برداری داده و درمان مدیکال را شروع نمود. در نمونه پاتولوژی تشخیص موکورمایکوز رینوسربرال قطعی شد.

نکات طلایی:

اگرچه فاکتورهای

مستعد کننده نقص ایمنی یا پیوند و دیابت ... زمینه ساز موکورمایکوز می باشد ولی در موارد نادر ممکن است زمینه واضحی پیدا نشود و لذا در بیماری که از لحاظ بالینی منطبق است نباید پزشک از این تشخیص دور شود.

در بیمار نقص

ایمنی که با سردرد یک طرفه و یا تورم یا پروپتوز یکطرفه چشم مراجعه کرده باید معاینه دقیق مجاورت مثل داخل بینی و داخل دهان و محل دندان کشی، برای وجود زخم، نکروز و خونریزی دیده شود و نمایی مثل خون خشک شده؟ در بینی در چنین بیماری بایستی نکروز تلقی شود.

معمولاً سلولیت

اوربیتال و یا پرسپیتال در موارد معمول منجر به نکروز سیاه رنگ مخصوصاً در مجاورت مثل داخل بینی یا دهان و کام، مثل بیمار مورد بحث، نمی شود و چنین چیزی باید پزشک را به سمت تشخیص موکورمایکوز رینوسربرال ببرد.



باید به همگان

تذکر داد که سینوزیت و عفونت‌های صورت و چشم بخصوص در بیمار با زمینه‌های نقص ایمنی و دیابت که با درمان مناسب بهبود نمی‌یابد بایستی ظن عفونت‌های خاص و از جمله موکور را به ذهن بیاورد. عدم توضیح به بیمار در مورد ادامه علایم و برگشتن جهت معاینه مجدد پزشک یکی از دلایل تشخیص دیر هنگام است. هرچند بعضا دیده شده که با برگشت بیمار با تصور حضور "التهاب شدید در یک سینوزیت معمولی" به وی استروئید داده شده و کار تشخیص به تاخیر افتاده و بیمار با فاجعه سنگین تر به پزشک دیگری مراجعه نموده است؟!

در هر سینوزیت

به ویژه با زمینه‌های فوق الذکر وجود ترشحات خونا به‌ای بینی، درد یک طرفه پیشانی و چشم، قرمزی و پروپتوز، بیحسی گونه و زخم کام و دهان باید مضمون به این عفونت تلقی گردد.

دکتر علی اکبر حیدری
مدیر گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری