

پری کوندریت - کوندریت عفونی اوریکول و همراهی آن با هرپس زوستر و گزارش یک مورد آن

دکتر محمدحسین تازیکی*، دکتر بابک سلطانی**

چکیده

پری کوندریت و کوندریت عفونی از بیماری‌های نادر ناحیه اوریکول می‌باشند که ممکن است به دنبال سوختگی‌ها و یا اعمال جراحی و آسیب‌ها اتفاق افتند و باعث علائمی از جمله درد شدید و تورم و سرخ‌شدگی (اریتم) شوند. همچنین هرپس زوستر نیز که به علت فعال شدن مجدد ویروس‌های نهفته در ریشه‌های عصبی ایجاد می‌شود، می‌تواند ضمن ایجاد ضایعات و زیکولرگروهی در زمینه آریتماتو، در امتداد ریشه‌های اعصاب کرانیال و یا نخاعی، باعث درد و سوزش شدید گردد، و بعضی از عوامل از جمله استرس و یا شیمی درمانی، و ندرتاً اعمال جراحی می‌تواند در ایجاد آن نقش داشته باشد. در این مقاله وضعیت یک بیمار مبتلا به پری کوندریت و کوندریت عفونی که همراه با هرپس زوستر بود، و به نخ جراحی نیز واکنش نشان می‌داد گزارش می‌شود. در نهایت، بیمار، با انجام درمان طبی و دیردمان وسیع بهبود یافت و سکال کمی به جای گذاشت. با توجه به توأم شدن چند آسیب‌شناسی با همدیگر و اشتباهی که همراهی آنها برای درمانگر ایجاد می‌کند، تصمیم به معرفی این مورد گرفته شد.

واژه‌های کلیدی: پری کوندریت - کوندریت - اوریکول - ماستوییدکتومی - هرپس زوستر

* - استادیار گوش و حلق و بینی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

** - استادیار پوست و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

مقدمه

با توجه به خون رسانی مناسب و وسیع در ناحیه سرو گردن و از جمله اوریکول، احتمال ایجاد عفونت در آن نادر است ولی در مواردی که بیمار دچار سوختگی شده باشد و یا به دنبال آسیب‌ها و یا اعمال جراحی احتمال عفونت، زیادتر می‌شود. اصولاً پری کوندریت مقدمه‌ای بر کوندریت است. در حال اول، بیمار دچار درد، سرخ‌شدگی (اریتم) و تندرئس می‌شود که در صورت عدم مهار بیماری به سمت کوندریت پیش می‌رود. در این صورت، درمان بیماری، مشکل‌تر و پیچیده‌تر می‌گردد و بی‌توجهی به آن، می‌تواند به عوارض ناگواری منجر شود. تشخیص به موقع و درمان صحیح، اصولی، بهترین کمک را به بیمار خواهد نمود.

در این مقاله به بیماری با تابلوی گمراه‌کننده بالینی اشاره می‌شود که معرفی آن می‌تواند کمکی در جلوگیری از این اشتباهات باشد.

معرفی بیمار

بیمار، مردی ۵۲ ساله با رنگ پوست (Robeosis) بود که به علت التهاب مزمن گوش میانی تحت درمان طبی قرار داشت و با توجه به سوراخ‌شدگی وسیع پرده تمپان، نسج جوانه‌ای در ورای پرده تمپان، و ترشحات استئویتی، لازم بود که مورد عمل جراحی قرار گیرد. وی در مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گسرگان، تحت عمل جراحی تمپانوماستوئیدکتومی قرار گرفت. شرایط میکروبی‌زدایی (استریلیتی) در اتاق عمل رعایت شد و بیمار تا ۲۴ ساعت بعد از عمل، با آنتی‌بیوتیک وریدی (آمپی‌سیلین، یک گرم وریدی، هر ۶ ساعت) تحت درمان قرار گرفت. بیمار در زمان ترخیص هیچ مشکلی نداشت ولی ۴۸ ساعت بعد یا



عکس ۱: محل انسزیون عمل جراحی و مقدار دفورمیتی

را نشان می‌دهد (گوش چپ)



عکس ۲: گوش چپ که گوش مورد نظر می‌باشد که در

مقایسه با گوش مقابل (گوش راست) دچار دفورمیتی

کمی شده است.

کانال) با عنایت به عدم پاسخ درمان مناسب و خروج ترشحات چرکی از محل کونکا بیمار بستری گردید و سه آنتی‌بیوتیک (سفتی زوکسیم - آمیکاسین - پنی‌سیلین) شروع شد و بعد از آن بیمار جهت دبریدمان به اتاق عمل منتقل گردید. تحت GA با برش در ناحیه کونکا تمامی نسوج نکروزه غضروفی و نسج نرم دبریدمان شدند و از محل عمل کشت تهیه شد. محل عمل بیمار هر ۱۲ ساعت یک بار کاملاً با بتادین و سرم شستشو داده و پانسمان خشک انجام می‌شد. با انجام این اقدامات درد بیمار کاهش یافت اریتم هم کم می‌شد. جواب کشت باسیل گرم منفی (پسودوموناس) گزارش شد که به سیپروفلوکساسین - آمیکاسین - توبرامایسین حساس و به بقیه آنتی‌بیوتیک‌های تست شده مقاوم بود لذا داروهای دیگر قطع و آمیکاسین ۵۰۰mg هر ۸ ساعت همراه قرص سیپرو ادامه یافت بعد از یک هفته از دبریدمان اول از آنجا که مقداری دیگر در ناحیه کونکا اریتم و ترشح ادامه داشت مجدداً دبریدمان شد که نحوه دبریدمان به این صورت بود که ضمن حذف نسوج نکروزه غضروفی به غضروف سالم رسیده و گزارش پاتولوژیست مبین وجود حاشیه سالم می‌باشد.

بعد از حدود ۱۲ روز دریافت آنتی‌بیوتیک وریدی خوراکی، دو بار دبریدمان وسیع و اقدامات لوکال بیمار بدون درد و اریتم و ترشح مرخص گردید و تا حدود ۶ ماه بعد از عمل هیچ مشکل دیگری به جز مختصری تنگی کانال ناشی از نسج فیروزه ندارد.

بحث

ناحیه سر و گردن از جمله لاله گوش از اعضای هستند که خون‌رسانی وسیعی در آنها انجام می‌شود. عمده خون

درد نسبتاً متوسط مراجعه نمود که بعد از تعویض پانسمان و بررسی محل عمل مشکلی دیده نشد. روز هفتم بخیه‌های نایلون بیمار خارج شدند. تا ۱۰ روز بعد از عمل همچنان آنتی‌بیوتیک خوراکی و مسکن (آموکسی‌سیلین، هر ۸ ساعت، و قرص سرماخوردگی بزرگسالان) تحت درمان قرار گرفت. با وجود آن هنوز مقداری درد داشت که در محل برش جراحی مشخص شد که بیمار واکنش به نخ کرومیک دارد و اریتم همراه با خروج مقداری ترشح از محل زخم مشاهده گردید.

حدود دو هفته بعد از عمل، بیمار با درد شدیدتر مراجعه نمود که مشخص گردید اریتم نسبتاً شدیدی در ناحیه گردن و پاروتید چپ دارد ولی ترشح از محل برش جراحی مشهود نبود. با احتمال بروز التهاب سلولی، بیمار با آنتی‌بیوتیک خوراکی و مسکن تحت درمان قرار گرفت ولی دو روز بعد از آن، ضایعات وزیکولر گروهی، در نواحی دارای اریتم ظاهر شدند که تشخیص هرپس زوستر گذاشته شد و پس از مشاوره با متخصص پوست، تشخیص فوق تأیید شد.

همچنان به عنوان هرپس درمان می‌شود و درد بیمار به حساب هرپس منظور می‌شد که بعد از حدود یک هفته ضمن این که ضایعات وزیکولر از گردن و اطراف گوش بیمار محو شدند لیکن اریتم ناحیه گوش افزایش یافت و تندرns نیز به آن افزوده گردید.

این دردها به عنوان دردهای بعد از هرپس قابل توجه بود لیکن افزایش اریتم و تندرns ما را متوجه افزوده شدن پری‌کوندریت نمود که داروهای آنتی‌بیوتیک مجدداً شروع شدند (سفالکسین + جنتامایسین + اقدامات لوکال در داخل

سیستمیک هم می تواند ارزشمند باشد. این عارضه به دنبال اسپراج اندوآرال بیشتر از پست اوریکولر در موارد ماستوئیدکتومی اتفاق می افتد.

وارسیلا زوستر ویروسی است که بعد از عفونت اولیه، در گانگلیون ریشه خلفی برای مدت ها پنهان باقی می ماند. هرپس زوستر به دنبال واکنش ویروسی واریسیلا زوستر ایجاد می شود. این بیماری می تواند در تمام شاخه های عصبی اعصاب کrania و نخاعی اتفاق افتد. هرپس زوستر در تمام سنین رخ می دهد، ولی حداکثر شیوع آن دوره ۸-۶ زندگی است. واریسیلا می تواند در جاهای التهابی پوست شدت زیادی داشته باشد. عوامل تعیین کننده محل ضایعه زوستر اغلب نامعلوم هستند اما ممکن است، فشار ناشی از تجمع نتوپلاستیک روی یک ریشه عصبی، یا رادیوتراپی و یا اعمال جراحی آن را تسهیل کنند. همچنین این بیماری، در کسانی که به نقص ایمنی دچارند، بیشتر از سایرین بروز می کند (۶).

معمولاً اولین تظاهر زوستر درد است که ممکن است شدید، و با تب، سردرد و بی اشتها همراه باشد. زمان بین شروع درد و ظاهر شدن اولین بحران حدود ۳/۲-۱/۴ روز می باشد. در بیمارانی که مشکل پیچیده ای ندارد، بهبودی، ۳-۲ هفته برای بچه ها و ۴-۳ هفته برای بالغین طول می کشد. در بیماران مسن، ضایعات ممکن است به فساد بافت ها منجر شده و چندین هفته برای بهبودی وقت نیاز باشد و یا با اسکار شدید بروز کند.

عصب فاسیال که یک عصب مختلط است و علاوه بر شاخه های حرکتی، دارای شاخه های حسی نیز است و گوش خارجی شامل لاله و مجرا را عصب دهی می کند،

لاله گوش از شریان تمپورالیس سطحی (۱) که شاخه انتهایی شریان کاروتید خارجی، می باشد تامین می گردد. به همین علت عفونت در نواحی فوق معمولاً به دنبال عمل جراحی به ندرت اتفاق می افتد.

لاله گوش از نظر بافت شناسی از کوندریوم - پری کوندریوم پوست و نسج زیر پوستی تشکیل شده است. بافت غضروفی عروق خونی ندارد و خون مورد نیاز خود را از طریق عروق موجود در پری کوندریوم دریافت می دارد. همچنین پری کوندریوم به عنوان سد محافظتی عفونت، برای کوندریوم عمل می کند.

اصولاً احتمال ایجاد عفونت در محیط عفونی وجود بافت های غیر زنده و یا نیمه زنده زیادتر می شود. این عوامل با کاستن از دستکاری و استفاده از آنتی بیوتیک قبل و بعد از عمل و پانسمان گوش میانی با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، کاهش می یابند.

پری کوندريت که التهاب پری کوندریوم می باشد به دنبال سوختگی ها و یا آسیب به اوریکولر محتمل تر می شود (۲۳). دیابت هم می تواند در افراد بدون سابقه سوختگی، عامل زمینه ساز باشد.

پری کوندريت معمولاً بین روز ششم تا هفته ششم بعد از عمل اتفاق می افتد و می تواند منجر به بدشکلی شدید لاله گوش شود. عامل مولد آن پسدوموناس آئروژنوزا می باشد (۴). در معاینه درد پیشرونده داشته و تندرئس و ضخامت شبه چوب دیده می شود. درمان شامل دبریدمان کافی - آنتی بیوتیک توپیکال و سیستمیک و عوامل اسیدی کننده محیط می باشد (۵). انسزیون تمام ضخامت را می توان به منظور شستشوی محل و آنتی بیوتیک

عصب تری ژمینال درگیر است (۶)

تشخیص به صورت روئین ، بالینی است که با شرح حال و معاینه فیزیکی صورت می‌گیرد (۷). بیمار ممکن است نسبت به نخ جراحی واکنش نشان دهد که این واکنش در مورد نخ کرومیک نسبت به بقیه نخ‌ها زیادتر است و ابتدا ممکن است هیچ پاسخی نداشته باشد اما در ادامه دوره بهبود ، حتی در بعضی موارد ، واکنش‌های حساسیتی شدیدی نشان دهد که با درد ، تورم و خروج ترشحات از محل زخم تظاهر کند (۸).

می‌تواند به علت ابتلا به واریسیلا زوستر ، در محل عصب‌گیری شده علایم بالینی نشان دهد.

شایع‌ترین و دست و پاگیرترین شکل زوستر ، درد عصبی پس از هرپس می‌باشد که به صورت دردهای ممتد و یا مراجعه‌ایی که بیشتر از یک ماه بعد از شروع زوستر طول می‌کشد ، تظاهر می‌کند. اما بهتر است بیش از سه ماه را در نظر داشت. این درد عصبی در بچه‌ها نادر است ولی با افزایش سن زیادتر می‌شود. این عارضه در ۳۰ درصد بیماران بالاتر از ۴۰ سال اتفاق می‌افتد و بیشتر در مواردی است که

منابع

- 1 - Donaldson JA. Anatomy of the ear. Paparella and shumrick (eds). Otolaryngology. 3th Ed. vol 1, Baltimore. W.B Saunders company. Harcourt Brace Jovanovich Inc. 1991. p:23
- 2 - Templer J, et al. Injuries of the external ear. Otolaryngol - Clinic of north - Am 1990; Oct 23(5) : 1003-18
- 3 - William L, et al. Trauma and infections of the external ear. Paparella et all (eds). Otolaryngology 3th Ed. vol 2, Baltimore, W.B Saunders company. Harcourt Brace Jovanovich Inc. 1991; P:1227
- 4 - Michael M, Paparella et al. Mastoidectomy and tympanoplasty. Paparella and shumrick (eds). Otolaryngology, 3th Ed, vol 2, Baltimore, W.B Saunders company. Harcourt Brace Jovanovich Inc. 1991, p:1438
- 5 - Thomas J, et al. Infections of the external ear. Cumming's C.W et all (eds). Otolaryngology, 3th Ed, vol 4, Philadelphia, St. Lourse mosby. 1998, p:2979
- 6 - Sterling JC, et all. Viral infections. Champion R.H, et all (eds). Textbook of dermatology, 6th (edt). New York, Blackwell science Ltd, vol 2, 1998, P:1016-1019
- 7 - Richard J. Varicella zoster virus. Mandell et all (edd). Principles and practice of infectious diseases. (edt) Vol 3, Philadelphia Pennsylvania, churchill Livingstone. 2000, P:1581
- 8 - Byron J. Basic principles of plastic surgery in the head and neck. Paparella and et all (edd). Otolaryngology. 3th Ed. vol 4, Baltimore, W.B Saunders company. 1991, p:1227