

مقاله موردی

گزارش یک مورد اکتینومیکوز پری اپیکال فک بالا

دکتر جواد فاریابی^۱ و دکتر شهریار دبیری^۲

خلاصه

اکتینومیکوز عفونت مزمن و غیرشایعی است که توسط میکروارگانیزم *Actinomyces Israilii* ایجاد می‌شود. ابتلاء ناحیه گردنی صورتی از ابتلاء نواحی سینه‌ای و احشایی بسیار شایع‌تر است و به صورت تیبیک در ناحیه زاویه فک پایین بروز می‌کند اما فک بالا نیز ممکن است با شیوع کمتر توسط این پروسه عفونی مبتلا شود. ضایعات آماسی پری اپیکال در فک بالا که توسط باکتری *Actinomyces Israilii* ایجاد می‌شود نادر بوده و شایع‌ترین محل بروز آنها ناحیه ثنایای میانی این فک می‌باشد. در گزارش حاضر خانمی ۳۱ ساله معرفی می‌شود که متعاقب چندین بار مداخله اندودنتیک و جراحی در ناحیه قدام فک بالا سرانجام با جراحی دقیق ناحیه و بررسی آزمایشگاهی با تشخیص اکتینومیکوز پری اپیکال به مدت ده هفته با پنی‌سیلین تحت درمان قرار گرفت و پس از اتمام دوره درمانی در معاینات بعدی هیچ گونه علایمی از عفونت در ناحیه وجود نداشته و بهبودی کامل به دست آمد.

واژه های کلیدی: اکتینومیکوز، عفونت ناحیه پری اپیکال، عفونت فک بالا

۱- استادیار جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، ۲- دانشیار گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۴/۲۲ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۲/۸/۶ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۸/۲۸

مقدمه

اکتینومیکوز می‌تواند به صورت یک عفونت سریعاً پیش رونده حاد و یا ضایعه‌ای که به کندی گسترش یافته و همراه با ایجاد فیروز در ناحیه تظاهر کند. ارگانیزم عامل آن به صورت تپیک اکتینومیکوز اسرائیلی (*Actinomyces Israilii*) می‌باشد اما سایر باکتری‌ها هم ممکن است مسؤول آن باشند. این باکتری جزو فلور طبیعی دهان افراد بوده و در شیار لثه‌ای، پوسیدگی‌های دندانی، کانال ریشه دندانی غیرزنده، پلاک دندانی، جرم دندانی و چین‌های لوزه اکثر افراد سالم وجود دارد (۲،۹،۱۰).

شایع‌ترین محل‌های ابتلا به اکتینومیکوز به ترتیب نواحی گردنی صورتی (۵۰٪ موارد)، ریه و قفسه سینه (۳۰٪) و احشاء شکمی (۲۰٪) می‌باشند (۴،۹،۱۲،۱۳). اکتینومیکوز ناحیه پری‌اپیکال دندان‌ها یافته‌ای بی‌نهایت نادر است (۴) اما با توجه به گزارش Sakellariou در سال ۱۹۹۶ به نظر می‌رسد که عفونت ناحیه مذکور از آنچه تا بحال فکر می‌شده شیوع بیشتری داشته باشد (۱۱). در این مقاله نیز یک مورد ابتلاء ناحیه پری‌اپیکال دندان‌های قدامی فک بالا به اکتینومیکوز گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانمی است ۳۱ ساله که کاندید ترمیم دندان‌های ناحیه قدامی فک بالا توسط متخصص پروتزهای دندانی بوده و جهت درمان آبسه مزمن دندان ۲ ارجاع شده بود. وی تاریخچه جراحی اپیکواکتومی همین دندان را در پنج ماه قبل توسط همکار دیگری و کشیدن دندان ۱ به علت لق بودن شدید را می‌داد. در معاینه داخل دهانی آبسه محدود و مزمن در ناحیه پری‌اپیکال ۱/۲ و محل کشیده شده ۱ به همراهی لقی دندان‌های ۱/۲ و در رادیوگرافی پری‌اپیکال تهیه شده دو ضایعه لوسنت با قطر تقریبی ۳ میلی‌متر در ناحیه اپکس ۱/۲ مشاهده می‌شد. بیمار سابقه بیماری سیستمیک خاصی را نداشت لذا تحت بی‌حسی

موضعی اقدام به خارج کردن دندان‌های ۱/۲ همراه با فلپ و کورتاژ ناحیه نموده و محل عمل کاملاً دبریدمان شد و به مدت یک هفته تحت درمان دارویی با قرص پنی‌سیلین ۷ به میزان ۲ گرم در روز (چهار نوبت) قرار گرفت. در ویزیت یک هفته پس از عمل ترشح چرکی در ناحیه عمل وجود نداشت، اما پنجاه روز متعاقب عمل جراحی یاد شده بیمار با شکایت مجدد ترشح چرک از سمت چپ قدام فک بالا مراجعه نمود.

در رادیوگرافی OPG در این مرحله از سیر بیماری (شکل ۱)،

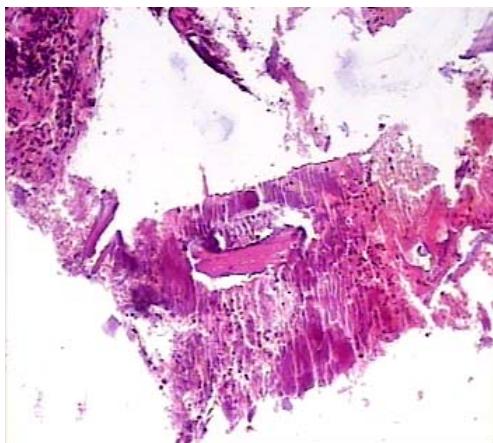


شکل ۱: رادیوگرافی OPG بیمار قبل از درمان نهایی

مجدداً دو عدد ضایعه لوسنت با قطر تقریباً ۵ میلی‌متر در محل تقریبی اپکس دندان‌های کشیده شده ۱/۱ وجود داشت. بیمار با تشخیص کلینیکی استئومیلیت فک بالا تحت بی‌حسی موضعی مورد عمل جراحی ناحیه قرار گرفت. پس از کنار زدن فلپ موکوپریوستیال ناحیه قدام فک بالا مشخص گردید که این ناحیه مملو از بافت گرانوله و قطعاتی از استخوان نکروزه می‌باشد که بزرگترین آنها ۳×۵ mm بود و به همین دلیل ناحیه عمل به دقت دبریدمان و کورتاژ و سکسترکتومی شده و نمونه‌های بافت نرم و سخت ناحیه جهت بررسی هیستوپاتولوژیک به آزمایشگاه ارسال گردید. گزارش پاتولوژی حاکی از ابتلاء بیمار به استئومیلیت اکتینومیکوزی (*Actinomycotic osteomyelitis*) بود و با توجه به این موضوع درمان دارویی با مصرف قرص پنی‌سیلین ۷ (هر ۶ ساعت ۵۰۰ میلی‌گرم) به مدت ده هفته انجام و پس از

است (۱). سن ابتلاء به آن به طور متوسط ۴۰ سالگی و نسبت درگیری مردان به زنان در حد ۳:۴ بوده و نژاد و شغل در افزایش خطر ابتلاء به آن دخالت نداشته و در سرتاسر جهان گزارش شده است (۲،۱۳). اکتینومیکوز ناحیه گردنی صورتی (Cervicofacial form) به صورت تپیک در ناحیه زاویه فک پایین بروز می کند که می تواند مشابه یک عفونت Pyogenic (چرکزا) باشد. ضایعه ممکن است Indurated شده و نهایتاً از یک یا چند سینوس درناژ شونده تشکیل شود که از فضاهای مغز استخوان فک تا پوست ناحیه گردن ادامه دارد و با شیوع کمتر فک بالا می تواند گرفتار شود که در نتیجه ایجاد استئومیلیتی می گردد که ممکن است از طریق لته درناژ داشته باشد. چرک ترشح شده از ضایعات مزمن می تواند حاوی گرانولهای کوچک زرد رنگی بنام گرانولهای سولفور باشد که نشان دهنده تجمع ارگانیزم این بیماری است (۶،۱۰،۱۲،۱۳).

در ناحیه گردنی- صورتی باکتری اکتینومیست از طریق بافت‌هایی که قبلاً به طریقی دچار آسیب شده‌اند مثل صدمه بافت نرم، حفره دندان کشیده شده، انجام جراحی دهانی، جراحی لته، وجود شکستگی در فک، انجام درمان ریشه دندان عفونی، پاکت پریودنتال، لوزه‌های عفونی و وجود عفونت دندانی قبلی



شکل ۳: وجود دانه‌های گوگرد در مرکز سلول‌های التهابی نمونه

اطمینان کامل از بهبودی درمان بیمار قطع گردید. در مدت یادشده و در معاینات بعدی هیچ گونه شکایتی از ترشح چرکی ناحیه و یا سایر علائم عفونت وجود نداشت. ترمیم ناحیه عمل بخوبی انجام شده و در رادیوگرافی OPG که ۳ ماه بعد از عمل جراحی انجام شد، نشانه‌های ترمیم استخوان ناحیه به وضوح قابل مشاهده بود (شکل ۲).



شکل ۲: رادیوگرافی OPG بیمار ۳ ماه پس از درمان نهایی

هستینو پاتولوژی

در بررسی میکروسکوپی ضایعه مخاطی و استخوانی فک بالا نمای انفیلتراسیون منتشر سلول‌های التهابی به صورت پرولیفراسیون سلول‌های هستوسیتی، لنفوسیتی، پلاسموسیتی همراه با نوتروفیل در آستر مخاطی و نیز لابلاهی استخوان‌های اسفنجی مشاهده شد. در میان انفیلتراسیون منتشر یا چند کانونی تجمع اشکال رشته‌ای و دانه‌های گوگرد (Sulfur granules) در مرکز سلول‌های التهابی وجود داشت. در قسمتی از نمونه واکنش گرانولومی همراه سلول‌های ژانت چند هسته‌ای تیپ لانگهانس همراه با سلول‌های التهابی مزمن و نوتروفیلی نیز مشاهده شد (شکل ۳).

بحث

اکتینومیکوز دارای شانس وقوع بسیار کم بوده و تقریباً به میزان یک مورد در سال در مراکز پزشکی بزرگ گزارش شده

درگیری ناحیه پری اپیکال دندان‌ها به اکتینومیکوز سانترال های فک بالا و در مرحله بعد مولرهای فک پایین می‌باشد (۹،۱۴). با وجود اینکه کانال‌های دندانی راهی را برای ورود اکتینومیست به بافت‌های پری اپیکال مهیا می‌کند اما اکتینومیکوز پری اپیکال بی نهایت نادر است و در یک مطالعه شانس وجود آن در ضایعات جراحی شده نوک ریشه ۱/۸ درصد گزارش شده است (۵،۱۱).

با توجه به اینکه تشخیص اکتینومیکوز مشکل است انجام جراحی به عنوان هم تشخیص و هم درمان از اهمیت خاصی برخوردار بوده و بایستی دبریدمان استخوان‌های مرده، بافت گرانوله و دبری‌های نکروزه جهت کاهش محیط مساعد بی‌هوازی و افزایش نفوذ آنتی‌بیوتیک به عنوان یک قدم اساسی انجام شود. عود ضایعه متعاقب جراحی به تنهایی خیلی شایع است و تجویز آنتی‌بیوتیک به عنوان قسمتی از درمان الزامی است که بایستی به صورت طولانی مدت و با غلظت بالای دارو جهت نفوذ به مناطق وسیع‌تری از کانون‌های چرکی و فیبروزه تجویز شود (۹،۱۰،۱۳).

اکتینومیکوز گردنی صورتی اولیه به صورت تیبیک به ۵ تا ۶ هفته دوره درمانی با پنی‌سیلین پاسخ می‌دهد و بیماران دارای عفونت عمقی ممکن است به درمان با پنی‌سیلین به مدت ۱۲ ماه نیاز داشته باشند (۲،۹،۱۳).

با توجه به سیر بیماری در بیمار گزارش شده و با توجه به آنچه که در این مقاله به آن اشاره شد، خصوصاً در مواردی که بیمار سابقه ترشح چرکی مزمن داخل دهانی دارد و با روش‌های معمول درمان ریشه و جراحی و مصرف آنتی‌بیوتیک بهبودی نمی‌یابد بایستی اقدام لازم درخصوص کنار گذاشتن (Rule out) اکتینومیکوز انجام شود.

وارد ناحیه می‌شوند (۲،۹،۱۰،۱۲،۱۳). همچنین از بهداشت ضعیف دهانی، دیابت شیرین، سرکوب شدن سیستم ایمنی، سوء تغذیه، اشعه درمانی و ابتلا به استئورادیونکروز نیز به عنوان عوامل مستعدکننده ابتلاء فرد به اکتینومیکوز یاد شده است (۸).

عفونت ناشی از ابتلاء به اکتینومیکوز معمولاً از طریق فاسیای تیبیک ناحیه گسترش پیدا نمی‌کند و بدون توجه به طرح آناتومیک راه‌های لنفاتیک و عروقی پیشرفت کرده و لنف نودها فقط در صورتی که در مسیر مستقیم روند عفونی باشند درگیر می‌شوند (۷،۸،۹).

نمای رادیوگرافیک اکتینومیکوز رادیولوسنسی همراه با مرز نامنظم و حاشیه‌های نامشخص و غیراختصاصی می‌باشد (۹،۱۰،۱۳) و تشخیص قطعی بیماری توسط مشخص شدن ارگانیزم عامل است که به وسیله آزمایش مستقیم آگزودا، ارزیابی میکرسکوپی بافت‌های برداشته شده و یا کشت میکروبیولوژیک نمونه میسر می‌شود (۱۰). در دو مطالعه انجام شده گذشته‌نگر فقط در ۱۹ بیمار از ۱۸۱ بیمار و ۴ بیمار از ۵۷ بیمار تشخیص بیماری قبل از انجام بیوپسی داده شده بود. چون تشخیص اکتینومیکوز مشکل بوده و تشخیص‌های افتراقی برای آن در زمان تظاهرش وسیع است و حتی بعد از بیوپسی و یا اکسزین (excision) ضایعه تشخیص مشکل است، از آن به عنوان بیماری مقلد بزرگ (Great masquerader disease) ناحیه سر و گردن یاد شده است (۴،۱۳،۱۴).

برطرف ساختن ضایعات آماسی پری اپیکال که به وسیله این باکتری درگیر شده باشند توسط درمان‌های ریشه به صورت استاندارد مشکل بوده و از طرف دیگر این گونه درمان‌ها می‌تواند باعث القاء ورود میکروارگانیزم به بافت‌های پری اپیکال شده و نهایتاً منجر به شکست درمان شود. شایع‌ترین محل

References

1. Belmont MJ, Behar PM and Wax MK. Atypical Presentations of actinomycosis. *Head Neck* 1999; 21(3): 264-268.
2. Cawson RA, Langdon JD and Eveson JW: Surgical Pathology of the mouth and jaws. 1st ed. Scotland, Wright co., 1996; PP 29-30.
3. Friduss ME and Maceri DR. Cervicofacial actinomycosis in children. *Henry Ford Hosp Med J* 1990; 38(1): 28-32.
4. Hillman EJ. Actinomycosis of the head and neck . [http:// WWW. bcm. tmc. edu/oto/grand/41395.html](http://WWW.bcm.tmc.edu/oto/grand/41395.html) 25 may 2003.
5. Hirshberg A, Tsisis I, Metzger Z and Kaplan I. Periapical actinomycosis: A clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med oral pathol oral Radiol Endod* 2003; 95(5): 614-620.
6. Hoen MM, Downs RH, LaBounty GL and Nespeca JA. Osteomyelitis of the maxilla with associated vertical root fracture and pseudomonas infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66(4): 494-498.
7. Lerner PI. The Lumpy jaw. Cervicofacial actinomycosis. *Infect Dis clin North Am* 1988; 2(1): 203-220.
8. Liu CJ, Change KM and Ou CT. Actinomycosis in a Patient treated for maxillary osteoradionecrosis. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56(2): 251-253.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM and Bouquot JE: Oral Maxillofacial pathology. 2nd ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2002; PP 180-182.
10. Regezi JA and Scuiubba JJ: Oral pathology, clinical Pathologic correlations. 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1999; PP 41-42.
11. Sakellariou PL. Periapical actinomycosis: report of a case and review of the literature. *Endod Dent Traumatol* 1996; 12(3): 151-154.
12. Soames JV and Southam JC: Oral Pathology. 2nd ed. Oxford, Oxford Medical Publications, 1993; PP 182.
13. Stewart MG and Sulek M. Pediatric actinomycosis of the head and neck. *Ear Nose throat* 1993; 72(9): 614-6, 618-9.
14. Weir JC and Buck WH. Periapical actinomycosis. Report of a case and review of the literature. *Oral surg oral Med oral pathol* 1982; 54(3): 336-340.