

بیماری با تب، تورم، اریتم و گرمی در بازوی چپ به دنبال ترومای جسم خارجی

دکتر مهناز آریان^۱، دکتر علی اکبر حیدری^{۲*}

۱. استادیار، دکتری تخصصی بیماریهای عفونی و گرمسیری، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشیار، دکتری تخصصی بیماریهای عفونی و گرمسیری، گروه بیماریهای عفونی، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسؤول: دکتر علی اکبر حیدری

نشانی نویسنده مسؤول: مشهد، میدان امام رضا (ع)، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، مرکز تحقیقات کنترل عفونت و بهداشت دست - تلفن: ۰۵۱۳۸۵۱۵۰۰۱

پست الکترونیکی: HeydariAA@mums.ac.ir

خلاصه

نکروزه انجام شد. بیمار با تشخیص نهایی عفونت نکروزان نسج نرم پس از چندین نوبت دبریدمان جراحی همراه با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و نهایتاً با حال خوب و زخم تمیز و فاقد نکروز از بیمارستان مرخص شد.

پزشکی فقط اعتیاد به اوبیوئید استنشاقی را ذکر می‌کند و سابقه مصرف دارو ندارد.

معاینه فیزیکی

در زمان بستری تب داشت. حال عمومی بیمار خوب و سایر علائم حیاتی پایدار بود. در معاینه هوشیار و اوربانته بود. علائم حیاتی بیمار عبارت بودند از فشار خون ۱۲۰/۷۵ میلی‌متر جیوه، دمای بدن ۳۸٫۲ درجه سانتی‌گراد، ضربان قلب ۱۰۵ ضربه در دقیقه و تعداد تنفس ۱۵ در دقیقه بود. در معاینه، قلب و ریه نرمال بود و در معاینه سیستمیک مشکل خاصی نداشت؛ جز این‌که در معاینه اندام فوقانی چپ در ناحیه بازو ادماتو بود به طوری که بافت سفت و ادماتو شده، گرمی و اریتم واضح که تقریباً تا ناحیه اگزیلری گسترش یافته بود و از طرفی حرکات آرنج به دلیل ادم شدید محدودیت داشت و اکستانسیون کامل دست مقدور نبود. در محل سوچورها ترشح چرکی مشهود نبود.

در معاینه کریپیتاسیون لمس نشد و ادم در بازو و ساق داشت که به

بیمار، مردی ۳۰ ساله، با شکایت از تورم و گرمی و سفت شدن محل زخم ترومای شیشه به همراه تب مراجعه کرده است. وی دچار تورم در محل بازوی راست در محل سوچور زودهنگام در محل ترومای عمیق، همراه با ادم و اریتم و گرمی پیشرونده در ناحیه مربوط شده است. با احتمال عفونت نکروزان نسج نرم و فاشییت، اکسپلور جراحی انجام شد. چرک فراوان از بازو خارج شده و شستشو و دبریدمان بافت

گزارش مورد

بیمار مردی ۳۰ ساله، متاهل، با شکایت از تورم و گرمی و سفت شدن محل زخم ترومای شیشه به همراه تب به اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مراجعه کرده است. او سه روز پیش از بستری دچار تروما به صورت سقوط شیشه و بریدن بازوی راست در سطح قدامی و داخلی شده است. زخم بیمار در دو محل به طول ۴ سانتی‌متر و ۶ سانتی‌متر بوده که با مراجعه به کلینیک سرپایی سوچور زده شده است. طبق اظهارات وی از روز بعد از حادثه دچار تورم در محل بازوی راست در محل سوچور همراه با ادم و اریتم و گرمی پیشرونده در ناحیه مربوط شده که همراه با تب بوده است. با گسترش تورم و گرمی و سفت شدن محل زخم به ما مراجعه کرد. سردرد، تهوع، استفراغ و درگیری سایر اعضا را نداشت.

سوابق پزشکی

بیمار مهندس کامپیوتر و شاغل در یک شرکت است. در سوابق

آنتی‌بیوتیکی اضافه شد. نمونه حین جراحی جهت اسمیر و کشت منفی بود. بیمار با تشخیص نهایی عفونت نکروزان نسج نرم پس از چندین نوبت دبریدمان جراحی همراه با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و نهایتاً با حال خوب و زخم تمیز و فاقد نکروز از بیمارستان مرخص شد.

بحث

فاشیت نکروزان یکی از چالش‌برانگیزترین عفونتهای پوستی است که متخصصین بیماریهای عفونی و جراح ارتوپدی با آن روبرو هستند.

فاشیت نکروزان، هر گونه عفونت بافت نرم است که در طول فاسیا گسترش می‌یابد و به سرعت پیشرونده و با توکسی‌سیتی شدید سیستمیک همراه است. میزان بروز این عفونت حدود ۴ در یک میلیون نفر است و در دهه گذشته افزایش یافته است (۱).

شیوع فاشیت نکروزان در بعضی مطالعات در مردان بیشتر گزارش شده است که دلیل آن می‌تواند به علت افزایش شیوع تروما در مردان باشد. فاشیت نکروزان در طیف وسیعی از سنین ۹ تا ۸۱ سال گزارش شده است که البته در گروه سنی پایینتر بسیار کمتر است.

منشا اولیه عفونت متفاوت است، اما معمولاً پس از تروما یا اعمال جراحی گزارش شده است. گاهی بیمار هیچ سابقه‌ای از تروما ذکر نمی‌کند. فاشیت نکروزان ممکن است توسط هر گونه ترومایی به پوست یا از طریق هماتوزن ایجاد شود. این تروما می‌تواند ترومای مائور یا جزئی باشد که باعث از بین رفتن یکپارچگی پوست شده است. امروزه نقش داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی در ایجاد و تشدید عوارض آن بیش از پیش شناخته شده است (۲-۳).

افراد مسن، افراد مبتلا به دیابت، مصرف‌کنندگان مواد مخدر داخل وریدی و افراد با نقص ایمنی بیشتر مستعد پیشرفت عفونت پوستی به سمت فاشیت نکروزان هستند؛ لذا بایستی توجه بیشتری در مورد عفونتهای بافت نرم در این بیماران داشت. پاتوژن فاشیت نکروزان پیچیده است و اکثراً علت چندمیکروبی مطرح است. بر اساس عوامل میکروبی ایجادکننده، فاشیت نکروزان به انواع I و II یا III طبقه‌بندی می‌شود. نوع I عفونت، ترکیبی از باکتریهای هوازی و بی‌هوازی است؛ نوع II توسط استرپتوکوک گروه A بی‌هوازی و

علت تورم نسج نرم نبض بر اکیال قابل لمس نبود ولی نبض رادیال و مدیال نرمال بود. در معاینه، مختصر قرمزی و گرمی در قسمت لترال قفسه سینه داشته که همراه با درد پلورتیک نبود (شکل ۱). ۱۲ ساعت بعد از بستری بیمار ذکر می‌کند که محدودیت حرکت بهتر شده است و علائم حیاتی بیمار در روز دوم بستری نیز نرمال بود.



شکل ۱: فاشیت نکروزان بازو و التهاب قفسه مجاور به دنبال تروما

به علت تظاهرات بالینی منطبق با Skin and Soft tissue Infection و با توجه به سیر پیشرونده ضایعه، با دو تشخیص احتمالی سلولیت و عفونت نکروزان نسج نرم، بستری و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف شامل مروپنم و وانکومايسين تجویز شد. یافته‌های آزمایشگاهی شامل لکوسیتوز ۱۱۳۰۰ با ارجحیت نوتروفیلی، آنمی نرموکروم نرموسیتیک، پلاکت ۴۹۰ هزار، سرعت رسوب گلبولهای قرمز (ESR) معادل ۷۸ میلی‌متر در ساعت، CRP برابر ۱۰۵، سدیم ۱۳۳ و پتاسیم ۴٫۲ و کراتینین ۰٫۷ بود. خون منفی، CPK برابر ۱۴۶ و کشت ترشحات عمومی، مایعات و نمونه برداری از محل دبریدمان منفی بود. پروکلستینونین ۸٫۲ بود. سونوگرافی انجام شده ادم زیر جلدی در بافت مدیال بازوی چپ همراه با وجود مختصر گاز در محل سوچور رویت شد و کالکشن گزارش نشد.

با توجه به سیر بیماری و اینکه فاشیت نکروزان هنوز در اولویت تشخیصهای افتراقی بیمار بود، مشاوره ارتوپدی درخواست شد. پس از مشورت متخصص ارتوپدی، فاشیوتومی روی بازو و ساعد داده شد. بافت کاملاً اکسپلور شده و چرک فراوان از بازو خارج، شستشو و دبریدمان بافت نکروزه انجام شد. به طوری که در ۵ نوبت جراحی بافتهای نکروزه دبریدمان شده و با نرمال سالیان فراوان شستشو داده شد. علاوه بر مروپنم و وانکومايسين، کلیندامایسین نیز به رژیم

که تشخیص فاشییت نکروزان مطرح شد exploration اورژانس و دبریدمان فوری ضروری است. آنتی بیوتیکهای وریدی بایستی به صورت امپریک تجویز شوند، به طوری که بتواند طیف وسیعی از ارانیسمهای هوازی و بی‌هوازی را پوشش دهد. در اکثر موارد دبریدمانهای مکرر لازم و ضروری است. تمام بافتهای نکروتیک بایستی برداشته شود و برشهای جراحی باید فراتر از ناحیه نکروتیک را دربرگیرد. به این ترتیب، عوارض بیماری با دبریدمان بافتهای آلوده و نکروزه و شستشوی محل و پاکسازی محل از ارگانیسرها به حداقل می‌رسد. در واقع سنگ بنای درمان در فاشییت نکروزان تشخیص زودهنگام و درمان تهاجمی و زودهنگام است، به طوری که تاخیر در تشخیص و درمان با افزایش مرگ و میر همراه است. به هر حال تجویز آنتی بیوتیک وسیع‌الطیف علاوه بر آماده‌سازی بیمار برای جراحی جزء اصول اولیه درمان است.

نرخ مرگ و میر بالا از دهه ۱۹۲۰ کاهش یافته است. بیماران جوان غیردیابتی که دچار عفونت اندام هستند، پیش‌آگهی بهتری دارند. مرگ و میر در بیماران بالای ۵۰ سال بیشتر است و تاخیر در تشخیص، بیماری دیابت و درگیری پرینه از عوامل کاهش میزان بقای بیماران شناخته شده است. مرگ معمولاً به علت سپسیس، نارسایی تنفسی و نارسایی کلیه و نارسایی چند ارگان رخ داده است. چاقی و سوء تغذیه نیز از عوامل خطر بالا در افزایش مرگ و میر در فاشییت نکروزان هستند. درگیری اندامها در فاشییت نکروزان پیش‌آگهی بهتری نسبت به سر و گردن و تنه دارد.

در این مطالعه ما یک بیمار با تظاهرات بالینی عفونت بافت نرم را گزارش می‌دهیم که به رغم داشتن تظاهرات بالینی سلولیت ولی با توجه به شک قوی به فاشییت نکروزان و تأیید تشخیص در حین جراحی، تحت دبریدمانهای جراحی مکرر و آنتی بیوتیک وسیع‌الطیف قرار گرفت؛ لذا با اقدامات لازم و به‌موقع پیامد بیمار بهبود یافت.

نتیجه گیری

فاشییت نکروزان اندام فوقانی یکی از تظاهرات نادر این بیماری تهدیدکننده حیات است. به علت موربیدیتی و مرگ و میر بالای این بیماری، تشخیص زودهنگام و درمان سریع ضروری است. به علت این که تظاهرات اولیه این بیماری ممکن است گیج‌کننده باشد، لذا شک بالینی قوی و استفاده از آزمایشها و بررسیهای رادیولوژیک

احتمالاً همراه با عفونت استاف اورئوس ایجاد می‌شود و نوع III عفونت ناشیعی است که توسط gram-negative rods ایجاد می‌شود. عفونت فاشییت نکروزان هر بخشی از بدن از جمله شکم، ران، پشت و گردن را می‌تواند درگیر کند، اما شایع‌ترین موارد گزارش شده در اندامها بوده است. اندامها در دو سوم موارد درگیر می‌شوند و درگیری در اندامهای تحتانی شایع‌تر است. در یک مطالعه ده ساله از ایران دیابت شایع‌ترین ریسک فاکتور، ناحیه اینگوینال شایع‌ترین محل، انتروکوک فکالیس شایع‌ترین جرم و اریتم غیراختصاصی، یافته عمده بود(۴).

فاشییت نکروزان می‌تواند با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی دیده شود و با پیامد ضعیفی همراه است. به طوری که وقتی روند عفونت از بافت زیرجلدی و بافت عمیقتر و فاسیا شروع می‌شود، تشخیص بالینی اولیه دشوارتر و شایع‌ترین علامت اولیه به صورت یک ناحیه اریتماتو و سلولیت با حساسیت شدید است. سایر علائم شایع عبارتند از ادم، التهاب پوست و Flactuaton و گرمی در محل. این علائم به آسانی با سایر شرایطی که کمتر جدی هستند مانند سلولیت و آبسه اشتباه می‌شود. در بیماری با درد شدید که با ظاهر درگیری بافت هماهنگی ندارد بایستی پزشک را به تشخیص احتمالی فاشییت نکروزان مشکوک کند، زیرا تشخیص زودهنگام این عفونت تهدیدکننده حیات و به دنبال آن مداخله درمانی سریع، اهمیت دارد. علاوه بر این درد نامتناسب، هیپوتانسیون و نشانه‌های کلینیکی تشکیل گاز در بافت، در تشخیص فاشییت نکروزان کمک‌کننده هستند. کریپتاسیون در یک نسج ملتهب قویاً به نفع عفونت فاشییت نکروزان است و بیان‌کننده تشکیل گاز در بافت نرم است. علائم کلاسیک و hard signs نکروز پوستی و کریپیتاسیون فقط در یک دهم بیماران دیده می‌شود، لذا توجه ویژه به علائم بالینی و شک قوی به فاشییت نکروزان در تشخیص این بیماری مهم است. علائم سیستمیک سپسیس، مانند افت فشار خون، تاکیکاردی و هیپوترمی از علائم هشداردهنده در فاشییت نکروزان هستند. بررسیهای رادیولوژیک می‌تواند در تشخیص کمک‌کننده باشد؛ گرافی ساده می‌تواند حتی زمانی که هیچ علامتی از کریپیتاسیون وجود ندارد گاز را در بافت نرم تشخیص دهد؛ سی‌تی‌اسکن برای بررسی میزان گسترش بیماری مورد استفاده قرار گرفته است اما MRI به علت حساسیت بالا در تشخیص فاشییت نکروزان مورد قبول است. زمانی

می‌رسد در این بیمار بستن سریع زخم ترومای شیشه و سوچور آن
پیش از اکسپلور و دبریدمان بافت بی‌حیات عامل پیدایش این عفونت
نکروزان وخیم بوده است.

می‌تواند کمک‌کننده باشد. در نتیجه، تشخیص به موقع، درمان
جراحی در همراهی با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف در مدیریت صحیح
این بیماران و کاهش موارد مرگ و میر ضروری است. به نظر

References

- ۱) Espandar R, Sibdari SY, et al. Necrotizing fasciitis of the extremities: a prospective study. *Strategies Trauma Limb Reconstr.* 2011 Nov;6(3):121-5.
- ۲) Stevens DL. Could nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) enhance the progression of bacterial infections to toxic shock syndrome? *Clin Infect Dis.* 1995;21(4):977.
- 3) Bison AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues' *Engl J Med.* 1996;334(4):240.
- ۴) F azeli MS ,Keramati MR. Necrotizing fasciitis: an epidemiologic study of 102 cases. *Indian J Surg.* 2007;69(4):136-9