

گرچه ناشایع اما مرگبار

آنژین لودویگ

ترجمه: دکتر حسام جهانمندی

یکی از دندان‌های مولار پایین سمت چپ مردی سالم ۳۳ ساله با سابقه ابتلا به دیابت شیرین نوع ۱ کشیده می‌شود. دو روز بعد بیمار به علت تورم در ناحیه ساب‌مندیبولار چپ به اورژانس مراجعه نمود و درمان با میریدین، کدیین و پنی‌سیلین G برایش تجویز شد. دو روز بعد از آن به دنبال عدم بهبودی، بیمار با تورم ساب‌مندیبولار دوطرفه و اشکال در بلع و تنفس مجدداً به اورژانس مراجعه کرد. نشانه‌های حیاتی بیمار بدین شرح بود: ضربان قلب ۱۴۰ بار در دقیقه، سرعت تنفس ۲۸ بار در دقیقه، فشار خون ۲۲۰/۱۲۰ mmHg و دمای بدن ۳۹°C. پس از بستری، بیمار برای انجام تراکئوستومی اورژانس و تخلیه آبسه به اتاق عمل برده می‌شود. درمان آنتی‌بیوتیکی با پنی‌سیلین G و کلیندامایسین ادامه می‌یابد و بیمار بدون بروز مشکلی بهبود پیدا می‌کند.

مقدمه و تاریخچه

«ankhone» به معنی اختناق ریشه گرفته است. در مورد کلمه آنژین لودویگ، کلمه آنژین بر احساس خفقان و خفه شدن ناشی از انسداد راه هوایی به علت جابه‌جایی زبان که خطرناک‌ترین عارضه بالقوه این بیماری محسوب می‌شود، دلالت دارد.

بیماران مبتلا معمولاً ۶۰-۲۰ سال سن دارند و مردان بیش از زنان به این بیماری مبتلا می‌شوند. این بیماری در کودکان ناشایع است و گاهی بدون علت مشخصی روی می‌دهد. بیش از کشف پنی‌سیلین به وسیله الکساندر فلمینگ و تولید انبوه آن در دهه ۱۹۵۰ میلادی، مرگ‌ومیر ناشی از آنژین لودویگ بیش از ۵۰٪ بود. در حال حاضر با استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های موجود و روش‌های جراحی در دسترس، میزان مرگ‌ومیر فعلی آنژین لودویگ حدود ۸٪ است.

پاتوفیزیولوژی

عفونت‌های دندانی مسئول ۷۰٪ از موارد آنژین لودویگ هستند. دندان مولار ۲ فک پایین شایع‌ترین منشا این عفونت است اما دندان مولار ۳ فک پایین نیز به طور شایع نقش دارد.

فضای ساب‌مندیبولار به وسیله عضله میلوهایوئید به فضای زیر زبانی در بالا و فضای ساب‌ماکزیلاری در پایین تقسیم می‌شود. پس از

آنژین لودویگ امروزه به ندرت در طبابت روزمره مشاهده می‌شود. آنژین لودویگ بالقوه مرگبار و نیازمند مداخلات فوری است، از این رو تشخیص فوری این بیماری غیرشایع در شرایط اورژانس از اهمیت فوق‌العاده برخوردار است. آنژین لودویگ، سلولیت به سرعت پیشرونده فضای ساب‌مندیبولار است که با جابه‌جایی زبان به بالا و عقب همراه است و در بزرگسالان مبتلا به عفونت‌های دندانی همزمان دیده می‌شود. پس از آنکه پزشک اشتوتگارتی کارل فردریش ویلهلم فن لودویگ در سال ۱۸۳۶ این بیماری را توصیف کرد، این بیماری به نام آنژین لودویگ نام‌گذاری شد. توصیف لودویگ مبتنی بر مشاهدات ۵ بیمار بود که دچار «اندوراسیون گانگرنی بافت‌های همبند گردن که به سمت درگیری بافت‌های پوشاننده عضلات کوچک بین حنجره و کف دهان پیشرفت کرده بود» شده بودند. نام‌های مترادف زیادی از جمله سینانچ (Cynanche)، کاربوکولوس گانگرنوسوس (Carbuculus gangranosus)، آنژین بدخیم، موربوس استرانگولاریس (Morbus Starangularis) و گاروتیلو (garotillo) برای آنژین لودویگ وجود دارد.

اگرچه واژه «آنژین» اغلب برای درد قلبی استفاده می‌شود، کلمه آنژین از واژه لاتین «angere» به معنی خفگی و واژه یونانی

بخش عمده‌ای از موارد آنژین لودویگ در بیمارانی روی می‌دهند که فاقد بیماری‌های همراه هستند، با این حال مبتلایان به دیابت شیرین، ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)، سوء تغذیه و الکلسیم در معرض خطر افزایش یافته ابتلا به این بیماری قرار دارند. وجود همبستگی بین سیگار کشیدن و بهداشت دهانی نامناسب، با ایجاد آنژین لودویگ نشان داده شده است.

نشانه‌ها و علائم

علائم آنژین لودویگ بسته به بیمار و شدت عفونت، متفاوت است. بسیاری از علائم عمومی شامل تب، ضعف و احساس خستگی به دنبال بروز واکنش ایمنی نسبت به عفونت باکتریایی ایجاد می‌شوند. واکنش التهابی باعث بروز ادم گردن و بافت‌های موجود در فضاهای تحت فکی، ساب‌ماگزیلاری و زیرزبانی می‌شود. ادم شدید می‌تواند باعث ایجاد تریسموس و عدم توانایی در فرو دادن بزاق شود. درد، خصوصاً به هنگام حرکت دادن زبان در آنژین لودویگ شایع است. علائم نشان‌دهنده پیشرونده بودن بیماری همراه با انسداد قابل توجه راه هوایی شامل دیسترس تنفسی همراه با تنگی نفس، تاکی‌پنه یا استریدور هستند. گیجی یا سایر تغییرات ذهنی ممکن است به علت

ایجاد عفونت به علت وجود ارتباط بین این فضاها، امکان گسترش آزاد عفونت از طریق فضاهای بافتی وجود دارد. این ارتباطات باز بین فضاها علت دوطرفه بودن آنژین لودویگ است. به علاوه عفونت می‌تواند به فضاهای فارنگوماگزیلاری و رتروفارنژیال نیز گسترش پیدا کند.

اگرچه عفونت‌های دندانی شایعترین راه ورود باکتری‌ها به فضای تحت فکی هستند، این عفونت علل دیگری نیز دارد. شکستگی‌های فک تحتانی، سوراخ کردن فرونولوم زبان و خود زبان (برای اشیای زینتی) و تزریق به داخل ورید ژوگولار می‌توانند راه ورود باکتری باشند. نئوپلاسم‌ها و سنگ‌های بزاقی نیز می‌توانند با تغییر در آناتومی طبیعی باعث بروز عفونت‌های پایدار و نهایتاً بروز آنژین لودویگ شوند.

عامل بروز بیماری، اغلب عفونت‌های باکتریایی چند میکروبیی مشتمل بر گونه‌های استرپتوکوک گروه A هستند. سایر ارگانیزم‌هایی که به طور شایع در کشت رشد می‌کنند شامل استافیلوکوک، فوزوباکتریوم و گونه‌های باکتریویدس می‌شوند. بیماران دچار نقص ایمنی معمولاً با ارگانیزم‌های غیر معمول مثل پسودومونا، اشریشیاکولی، کاندیدا و کلستریدیوم آلوده می‌شوند.

دکتر شمس‌المنیع خانم
 (تخصص زبان، فک و صورت)

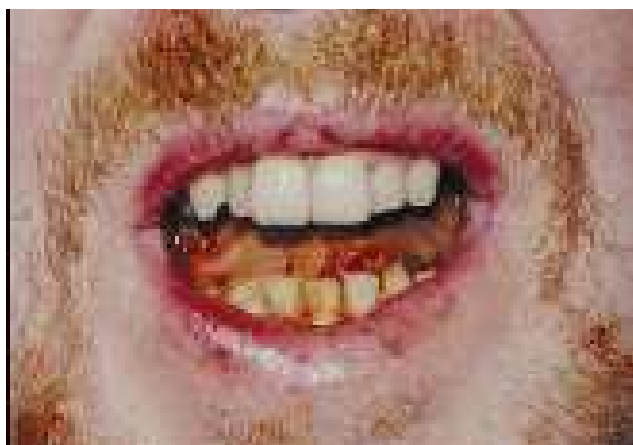
مکان: تهران، خیابان ولیعصر و خیابان جمهوری
 آدرس: پلاک ۱۱۱، پلاک ۱۱۱، تهران، خیابان ولیعصر، تهران، ۱۹۱۱۱۱
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸
 Email: g_samane@yahoo.com



دکتر یوزیا کاپتیان
 مشاوره تخصصی جهت اخذ وادوس
 در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها



تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸
 Email: yozia.kap@yaho.com



شکل ۲. انسداد تنفسی فوقانی حاد به علت جابجایی زبان

درگیری ساختارهای غده‌ای و در نهایت گسترش مجاورتی عفونت و عدم گسترش لنفاتیک؛ معیارهای تشخیص آنژین لودویگ در نظر گرفته می‌شوند.

درمان

پایش و حفاظت راه هوایی مهم‌ترین اجزای درمان جامع آنژین لودویگ به شمار می‌روند. در صورت تهدید راه‌هوایی، ممکن است انجام انتوباسیون یا تراکئوستومی ضرورت داشته باشد. مشاوره اورژانس با متخصص گوش و حلق و بینی یا جراح، فک و صورت برای درناژ جراحی ضروری است. شروع آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف پوشاننده ارگانسیم‌های گرم مثبت، گرم منفی و بی‌هوازی باید در بخش اورژانس آغاز شود. اگرچه نقش کورتیکواستروئیدها مورد اختلاف نظر است، می‌توان همزمان با تجویز آنتی‌بیوتیک برای کاهش ادم از کورتیکواستروئیدها کمک گرفت. بیمار باید در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شود.

نتیجه‌گیری

پزشکان باید با تظاهرات آنژین لودویگ آشنا باشند زیرا تشخیص زودهنگام و شروع سریع درمان آنتی‌بیوتیکی و درمان جراحی احتمالی برای پیشگیری از موریبدیته‌های شدیدی که می‌تواند با این بیماری همراهی داشته باشند ضروری است. ■

منبع:

Costain N, Mattie TJ. Ludwig's angina. *American Journal of Medicine* February 2011; 124: 115-7.



شکل ۱. تورم ساب‌مندیبولار دو طرفه، دیسفاژی، تنگی نفس، تاکی‌کاردی و تب

هیپوکسی طول کشیده بروز پیدا کنند. اتالژی، دیسفاژی، دیسفونی و دیس‌آرتری نیز ممکن است مشاهده شوند. همانند هر بیماری باکتریال دیگر، احتمال بروز سپسیس وجود دارد. در صورت عدم درمان فوری امکان گسترش سریع عفونت ساب‌مندیبولار به فضاهای مدیاستن یا فارنگوماگزیلاری یا به استخوان و در نتیجه استئومیلیت وجود خواهد داشت.

در معاینه سروگردن، تورم سخت فکی که حالتی سفت دارد مشاهده می‌شود (شکل ۱). گردن و نواحی زیر چانه و کف دهان به صورت ادماتو و اریتماتو است. به علت تورم بافت‌های نرم زیرزبان، زبان بزرگ به نظر می‌رسد (شکل ۲).

نشانه‌های فیزیکی همراه با بیماری پیشرونده و انسداد راه‌هوایی شامل استریدور قابل‌سمع، دیسفونی، دهیدراتاسیون شدید و بزرگی گره‌های لنفاوی گردن هستند.

تشخیص، معاینات و آزمون‌های تشخیصی

تشخیص آنژین لودویگ برپایه یافته‌های بالینی صورت می‌پذیرد. CT اسکن یا تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (MRI) در تعیین وسعت و محل عفونت کمک‌کننده هستند. در سال ۱۹۳۹، گرو دینسکی معیارهایی برای تشخیص آنژین لودویگ پیشنهاد کرد.

براین اساس وجود سلولیت (و نه آبسه) فضای ساب‌مندیبولار که همیشه بیش از یک فضا را درگیر می‌کند و معمولاً دو طرفه است؛ ایجاد گانگرن همراه با ترشحات سرور آنژیونی متعفن که چرک واقعی بسیار کمی دارد؛ درگیری بافت‌های همبند، فاشیاها و عضلات و عدم