

معرفی یک مورد کزاز سفالیک

دکتر فرشیده دیدگر*

چکیده

کزاز سفالیک یک شکل موضعی کزاز است و در این بیماری اغلب فلج عصب کرانیال قبل از تریسموس ظاهر می‌کند. در این مقاله یک مورد کزاز سفالیک در یک مرد ۵۷ ساله گزارش می‌شود که شروع آن بصورت فلج فاسیال راست بدنبال ترومای صورت بوده است. سه روز قبل از ایجاد فلج فاسیال بیمار دچار زخم بر روی پیشانی در همان سمت شده است.

بیمار ۷ روز پس از ضربه دچار تریسموس، تنگی نفس، دیسفاژی، گرفتگی صدا و سپس تشنج عمومی پیشرونده بدون اختلال در سطح هوشیاری و علائم شاخص بیماری کزاز می‌شود. سی‌تی‌اسکن مغزی و یافته‌های آزمایشگاهی نرمال بودند. بیمار با تشخیص کزاز در آی‌سی‌یو تحت درمان قرار گرفته و پس از ۳۵ روز با بهبودی کامل مرخص گردید.

کل واژگان: کزاز، کزاز سفالیک، تریسموس

مقدمه

کزاز بیماری مهلکی است که در اثر آلودگی زخم به باسیل کزاز بوجود می‌آید. این بیماری با مشاهده بالینی تشخیص داده می‌شود و از نظر علائم بالینی به ۴ گروه تقسیم می‌شود: عمومی، موضعی، مغزی و نوزادی (۱).

کزاز سفالیک یک فرم اختصاصی بیماری است که اعصاب کرانیال را درگیر کرده و تقریباً در $\frac{۲}{۳}$ موارد به سمت کزاز عمومی پیشرفت می‌کند (۲ و ۳). بروز این فرم کزاز از ۰.۳٪ تا ۰.۹٪ گزارش شده است. اگر چه گزارشات قبلی پیش آگهی بدی را برای بیماری کزاز سفالیک نشان داده‌اند، مطالعات اخیر موارد خفیف‌تری را گزارش نموده‌اند (۱ و ۳).

شرح حال

بیمار مرد ۵۷ ساله، متأهل، اهل و ساکن اراک است.

بیمار با شکایت فلج یکطرفه صورت و بدنبال آن قفل شدن دهان مراجعه نموده است. ۷ روز قبل از بستری شدن دچار تروما به سر در ناحیه فرونتال راست شده و تحت درمان سرپایی با آنتی بیوتیک قرار گرفته است. در زمان مراجعه واکسن و ایمونوگلوبولین ضد کزاز دریافت نکرده است. سابقه بیماری خاصی نداشته است و در سابقه فامیلی نیز هیچگونه بیماری را متذکر نبود. بیمار داروی خاصی مصرف نمی‌کرده و سابقه واکسیناسیون وی نامعلوم بود. ۶ روز قبل از بستری دچار زخم در ناحیه پیشانی سمت راست می‌شود. روز سوم پس از تروما، دچار فلج عصب فاسیال می‌شود و روز هفتم بیمار از دیسفاژی، گرفتگی صدا و قفل شدن دهان شاکی می‌گردد.

معاینه بالینی: بیمار هوشیار و بی قرار بوده، علائم

*عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک

بحث و نتیجه گیری

کزاز یک بیماری سیستم عصبی است که بوسیله اسپاسم تونیک مداوم مشخص می شود. کزاز سفالیک با فلج عصب کرانیال بویژه عصب فاسیال ظاهر نموده و در اکثر موارد به سمت کزاز عمومی پیشرفت می کند. بیماران اغلب سابقه تروما، کشیدن دندان یا التهاب مزمن پرده صماخ را دارند.

در تشخیص افتراقی این بیماری: مسمومیت با استریکنین، اختلال تنوس عضلانی در اثر داروهای نورولپتیک یا سایر آنتاگونیست های دوپامین، عفونتهای دندانی، تشنج تونیک دردناک بعلت MS و سندرم اسپاسم پیشرونده عضلانی (۳) (۵ و ۶). موارد نادری از این بیماری بدون سابقه تروما گزارش شده در نتیجه زمانی که یک بیمار با فلج عصب فاسیال حتی در فقدان سابقه تروما مراجعه می کند تشخیص افتراقی کزاز سفالیک باید مطرح شود (۷ و ۸). با توجه به اینکه محل ورود باسیل کزاز از جراحات بدن می باشد برخورد مناسب بازخم مهمترین قدم پیشگیری از کزاز است.

حیاتی درحد نرمال بودند. درجه حرارت ۳۷/۵ بود. نکته مثبت معاینه (سفتی ماضغه) (۱) بود. بیمار سفتی گردن نداشت و سایر معاینات نورولوژیک طبیعی بود. معاینه دهان، دندانها و مفصل تمپورومانندیولار طبیعی بود و در معاینه بالینی سایر قسمتها مورد غیر طبیعی مشاهده نشد.

۲ روز پس از بستری بیمار دچار تشنج تونیک پیشرونده، اسپاسم منتشر و علایم کزاز عمومی بدون اختلال در سطح هوشیاری شد و بتدریج تشنجهای مداوم گردیده و تشدید یافتند.

نتایج آزمایشات: در آزمایشات انجام شده نتایج زیر بدست آمد: $L=23\%$, $P=78\%$, $W.B.C=12300$ سایر تست های بیوشیمیایی خون و ادرار طبیعی بودند. کشت های خون منفی بود. رادیوگرافی ریه طبیعی بود و در CT اسکن مغزی نکته مثبتی مشاهده نشد. CSF (مایع مغزی نخاعی) طبیعی بود.

درمان: بیمار با تشخیص کزاز در آی سی یو بستری شد. داروهای آنتی کولینرژیک جهت واکنش دیستونیک تجویز شد. برای کنترل تشنج، تجویز داخل وریدی و مداوم بنزودیازپین ها شروع شد. به علت عدم کنترل تشنج، بیمار تحت درمان با یک داروی مسدود کننده پیوند عصبی عضله، پانکرونیوم (۲) به صورت تزریق متناوب قرار گرفت.

درمان آنتی بیوتیکی با مترونیدازول شروع شد. ایمونیزاسیون غیر فعال با ایمونوگلوبولین انسانی ضد کزاز و ایمونیزاسیون فعال با واکسن کزاز نیز انجام شد. در سیر بیماری تغییرات اتونوم بصورت افت فشارخون ایجاد شد که با تجویز سالین برطرف گردید. میزان بنزودیازپین ها در طی ۲ هفته بتدریج کاهش یافت. تشنجهای بتدریج از بین رفتند و پانکرونیوم و سپس دیازپام قطع شد. در حدود یکماه بعد حال عمومی بیمار بتدریج بهبود یافت و از تهویه مکانیکی جدا شد. بیمار ۳۵ روز پس از شروع فلج عصب فاسیال با بهبودی کامل مرخص شد.

REFERENCES

- 1- Mandel, D., Bennett, M., Principles and practice of infectious diseases, New York, Saunders, 1995, 2, 3th ed., PP: 44-45.
- 2- Fauci, B., Harrison's principles of internal medicine, Philadelphia, Mosby, 1998, 2, 16th ed., PP: 643-645.
- 3- Miller, R.I., Tetanus after cranial trauma in ancients, Egypt. J. Neurol. Psych., 1997, 63(6), 760-6.
- 4- Orwitz, J.I., Galetta, S.L., Teener, J.W.B, lateral trochlear nerve palsy and downbeat nystagmus in a patient with cephalic tetanus, Neruology, 1997, 49(3), 904-5.
- 5- Sudoh, A.C., Tetanus: a case report, med. Res., 1997, 80(8), 43-6.
- 6- Kradimov, F., Demircheva, I., A case of tetanus (facial form) following combined form of soffia, 1996, 49(4), 47-8.
- 7- Yanagi, F., Sawada, N., Cephalic, tetanus in nontromatic patient with left facial palsy, Med. Res., 83(2), 423-4.
- 8- Chocarr, S., Martinez, A., Facial paralysis as first man, facilitator of tetanus, An. Med., 1995, 12(2), 5-66.

