

A middle-aged man with rash and systemic inflammation: Diagnostic challenges revealing an occult dental abscess; Case report

Mohammad Rahimi^{1,*}, Pooya Eini²

1- Student Research Committee, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2- Infectious Disease Research Center, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Article type:
Case Report

Article History:
Received: 28 Jan 2025
Accepted: 8 May 2025
Published: 16 May 2025

Corresponding Author:
Mohammad Rahimi

Student Research Committee, School of
Medicine, Hamadan University of
Medical Sciences, Hamadan, Iran

(Email: mmdr9999@gmail.com)

Abstract

This article presents a challenging case of a 64-year-old man with episodic fever, urticarial rash, and arthralgia, prompting a detailed diagnostic process. Despite initial considerations of adult-onset Still's disease, the atypical symptoms led to further investigations, revealing a periapical abscess through a dental examination. The patient's symptoms significantly improved following dental intervention, challenging the initial diagnostic inclination towards a rheumatological disorder. This case underscores the importance of thorough physical examinations and interdisciplinary collaboration in reaching accurate diagnoses. The ultimate diagnosis of systemic presentation due to an occult dental abscess, highlights the need for a comprehensive approach to medical evaluations, considering various clinical aspects and avoiding diagnostics biases. This case study serves as a reminder of the evolving landscape of medical diagnostics and the continued significance of holistic patient assessments and physical examination as valuable practicing skills.

Keywords: Oral health, Periodontal abscess, Exanthema, Fever, Physical examination

Cite this article as: Rahimi M, Eini P. A middle-aged man with rash and systemic inflammation: Diagnostic challenges revealing an occult dental abscess; Case report. J Dent Med-TUMS. 2025;38:7. [Persian]



رائش و التهاب سیستمیک: کشف یک آبسه دندانی نهفته در یک مرد میانسال؛ گزارش موردی

محمد رحیمی^{۱*}، پویا عینی^۲

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲- مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: گزارش مورد</p>	<p>این مقاله به بررسی یک مورد چالش برانگیز از مردی ۶۴ ساله می‌پردازد که با علائمی شامل تب دوره‌ای، بثورات کپیری و درد مفصلی (Arthralgia) می‌پردازد. با وجود در نظر گرفتن بیماری استیل بزرگسالان (Still's disease) در ابتدا، علائم غیر معمول بیمار منجر به بررسی بیشتر شد و از طریق معاینه دندانپزشکی، آبسه پری اپیکال (Periapical abscess) شناسایی شد. علائم بیمار پس از مداخله دندانپزشکی به طور قابل توجهی بهبود یافت که این موضوع تشخیص اولیه به سمت یک اختلال روماتولوژیک را به چالش کشید. این مورد اهمیت معاینات فیزیکی کامل و همکاری بین رشته‌ای را در دستیابی به تشخیص دقیق برجسته می‌کند. تشخیص نهایی از تظاهرات سیستمیک ناشی از آبسه دندانی پنهان، نیاز به رویکرد جامع در ارزیابی‌های پزشکی را نشان می‌دهد که باید جنبه‌های مختلف بالینی را در نظر گرفت و از سوگیری‌های تشخیصی پرهیز کرد. این مطالعه موردی یادآور چشم انداز در حال تحول تشخیص‌های پزشکی و اهمیت مداوم ارزیابی‌های جامع بیمار و معاینات فیزیکی به‌عنوان مهارت‌های عملی ارزشمند است.</p>
<p>دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۹ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۸ انتشار: ۱۴۰۴/۰۲/۲۶</p> <p>نویسنده مسؤوّل: محمد رحیمی</p> <p>کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران</p> <p>(Email: mmdr9999@gmail.com)</p>	<p>کلید واژه‌ها: سلامت دهان، آبسه دندانی، بثورات، تب، معاینه فیزیکی</p>

مقدمه

سلامت دندان به طور پیچیده‌ای با سلامت عمومی مرتبط است، به طوری که ارتباط بین بهداشت ضعیف دهان و افزایش عوارض و مرگ و میر قلبی عروقی مشاهده شده است (۱). از پیامدهای عفونت‌های پریودنتال می‌توان به اندوکاردیت عفونی (Infective endocarditis)، سندرم لمیر (Lemierre Syndrome) و تظاهرات سیستمیک آبسه‌های دندان‌نی اشاره نمود (۲).

شناسایی به موقع بیماری‌های سیستمیک ناشی از آسیب‌های دهانی نیازمند یک رویکرد بالینی دقیق و ارزیابی جامع بیمار است. معاینه حفره دهانی به‌عنوان یک مؤلفه ضروری در معاینه فیزیکی مطرح است و اهمیت مشورت با یک دندان‌پزشک متخصص را برجسته می‌کند. در این مقاله، یک مطالعه موردی ارائه می‌دهیم که شامل مردی میانسال با تظاهرات سیستمیک ناشی از یک آبسه دندان‌نی است و اهمیت حیاتی سلامت دهان و دندان را در سلامت عمومی نشان می‌دهد.

شرح حال بیمار

بیمار آقای ۶۴ ساله، در فصل تابستان با علائم تب دوره‌ای، بثورات کپیری و درد و التهاب در مفاصل کوچک مراجعه کرد. وی گزارشی از بثورات پراکنده، شدیداً خارش‌دار و به‌رنگ سالمون (صورتی مایل به نارنجی-salmon-colored) داشت که عمدتاً ناحیه پشت و تنه را تحت تأثیر قرار داده بود و اندام‌ها به ندرت درگیر بودند. این بثورات طی دوره‌ای سه هفته‌ای به‌صورت متناوب ظاهر می‌شد و شدت آن در بعد از ظهرها بیشتر بود. این بثورات هیچ ارتباطی با فعالیت فیزیکی، تغییرات دما یا قرار گرفتن در معرض نور خورشید نشان ندادند. علاوه بر این، بیمار گاهی تب‌هایی را تجربه می‌کرد که هم‌زمان با بثورات، به ویژه در شب‌ها، برجسته‌تر بودند. علائم مفصلی شامل درد در مفاصل کوچک هر دو دست (DIPs, PIPs, MCPs) و زانوی راست بود که با سفتی صبحگاهی، ناراحتی مداوم و بدتر شدن با استراحت همراه بود.

هیچ گزارشی از علائمی نظیر سردرد، دوبینی، درد گردن و پشت، خشکی چشم و دهان، گلودرد، سرفه، تنگی نفس، درد قفسه سینه، درد شکم، تهوع، استفراغ، اسهال، سوزش ادرار، تغییر رنگ انگشتان، تعریق شبانه یا کاهش وزن ناخواسته وجود نداشت. این مرد ۶۴ ساله که از نظر جسمی فعال بود، با همسر و فرزندانش زندگی می‌کرد، تماس اخیر با

افراد بیمار نداشت و یک رابطه تک همسری با همسرش گزارش می‌داد. سابقه پزشکی او شامل پرفشاری خون، اختلال چربی خون (دیس لیپیدمی Dyslipidemia)، پیش‌دیابت، آنژین پایدار و یک پولیپ روده خوش خیم بود که یک دهه قبل به‌صورت آندوسکوپی برداشته شده بود. داروهای کنونی وی شامل متوپرولول فومارات، آتورواستاتین و آسپرین روزانه بودند. همچنین بیمار سابقه تزریق واکسن اخیر را ذکر نکردند.

سابقه خانوادگی نشان داد که برادر کوچک‌تر بیمار به دلیل سرطان مجرای صفراوی (کلانژیوکارسینوم Cholangiocarcinoma) متاستاتیک فوت کرده، برادر بزرگتر او به پرفشاری خون و پیش‌دیابت مبتلاست، مادرش به دلیل کهولت سن پس از شکستگی لگن فوت کرده و پدرش احتمالاً به دلیل عفونت جذام در سن نامشخص فوت کرده است. بیمار یک هفته قبل از شروع علائم، در فعالیت‌های کوهنوردی در منطقه مرکزی ایران شرکت کرده بود و هیچ گونه مصرف الکل یا دخانیات را گزارش نکرد. تغییراتی در رژیم غذایی یا برنامه دارویی وی گزارش نشد. علائم حیاتی بیمار شامل فشار خون و ضربان قلب و تعداد تنفس در دقیقه در محدوده طبیعی بودند و دمای بدن ۳۹/۱ درجه سانتی‌گراد گزارش گردید. در معاینه فیزیکی، بثورات به رنگ سالمون در ناحیه پشت بیمار مشاهده شد که غیر قابل لمس بودند و هیچ گونه اسکار یا تغییر رنگ محسوس نداشتند (شکل ۱).



شکل ۱- راش بیمار

(بثورات تا حد زیادی محدود به نیم تنه بوده و صورتی، خارش‌دار و غیر قابل لمس بودند).

جدول ۱- یافته‌های آزمایشگاهی بیمار در بدو ورود و در بررسی مجدد

بررسی مجدد	بدو ورود	
۱۴۳۰۰	۱۱۸۰۰	WBC (10 ⁹ /L)
۷۵٪ نوتروفیل	۷۸٪ نوتروفیل	
۱۳/۲	۱۳/۳	Hemoglobin (g/dl)
۵۱۰	۳۳۷	Platelets (10 ³ /uL)
۳۰	۶۳	ESR (mm/hr)
۲۱۰/۳	۱۸۲/۶	CRP (mg/L)
منفی	-	Wright
منفی	-	2ME
(۰/۱۶۸ منفی)	-	HCV-Antibody (IU/mL)
(۰/۲۸۸ منفی)	-	HBs-Antigen (ng/mL)
(۲۷۰/۸ مثبت)	-	HBs-Antibody (IU/L)
(۲/۰۱ منفی)	-	HBc-IgM Antibody
منفی	-	VDRL (non-reactive or reactive)
منفی	-	HIV p24 Ag
منفی	-	HIV Antibody
(۴/۱ منفی)	-	RF (U/mL)
(۱/۳۲ منفی)	-	Anti-CCP (U/mL)
(۱/۲۰ < منفی)	-	P-ANCA (titer)
(۱/۲۰ < منفی)	-	C-ANCA (titer)
(۱/۸۰ < منفی)	-	ANA (titer)
(۱۱۶/۷ < نرمال)	-	C3 (mg/dL)
(۲۶/۴ < نرمال)	-	C4 (mg/dL)
۲۹۵	۲۸۰	LDH (U/L)
۳۱۰	۲۵۰	Ferritin (ng/mL)
۳۰	۲۲	AST (U/L)
۴۱	۴۴	ALT (U/L)
۱۸۰	۱۹۰	ALK-P (U/L)
۱۹	۱۷	BUN (mg/dL)
۱/۴۲	۱/۵۱	Creatinine (mg/dL)
۱۳۸	۱۳۶	Sodium (mEq/L)
۴/۲	۴/۲	Potassium (mEq/L)
۹/۸	۱۰	Calcium (mg/dL)
۱/۱	-	Urine Protein (mg/24 hr)
100% Albumin	-	Urine Protein Electrophoresis
(Albumin: 50.7 پایین)		
Alpha 1: 5.5		
Alpha 2: 9.4		
Beta 1: 6.2	-	Serum Protein Electrophoresis
Beta 2: 5		
(Gamma: 23.2 بالا)		
No M component		
Polyclonal Hypergammaglobulinemia		
RBC 0-1		
WBC 1-2		
Bacteria rare	-	Urine Analysis
Protein منفی		
Blood منفی		
منفی	-	CMV IgM
مثبت	-	CMV IgG
منفی	-	EBV VCA IgM
مثبت	-	EBV VCA IgG
(۰/۰۹ < منفی)	-	HAV IgM
(۲/۵ مثبت)	-	HAV IgG

WBC: White Blood Cell Count, ESR: Erythrocyte Sedimentation Rate, CRP: C-Reactive Protein, 2ME: 2-Mercaptoethanol, HCV-Antibody: Hepatitis C Virus Antibody, HBs-Antigen: Hepatitis B Surface Antigen, HBs-Antibody: Hepatitis B Surface Antibody, HBc-IgM Antibody: Hepatitis B Core IgM Antibody, VDRL: Venereal Disease Research Laboratory (test for syphilis), HIV p24 Ag: Human Immunodeficiency Virus p24 Antigen, HIV Antibody: Human Immunodeficiency Virus Antibody, RF: Rheumatoid Factor, Anti-CCP: Anti-Cyclic Citrullinated Peptide, P-ANCA: Perinuclear Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody, C-ANCA: Cytoplasmic Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody, ANA: Antinuclear Antibody, C3: Complement Component 3, C4: Complement Component 4, LDH: Lactate Dehydrogenase, AST: Aspartate Aminotransferase, ALT: Alanine Aminotransferase, ALK-P: Alkaline Phosphatase, BUN: Blood Urea Nitrogen, CMV IgM: Cytomegalovirus Immunoglobulin M, CMV IgG: Cytomegalovirus Immunoglobulin G, EBV VCA IgM: Epstein-Barr Virus Viral Capsid Antigen IgM, EBV VCA IgG: Epstein-Barr Virus Viral Capsid Antigen IgG, HAV IgM: Hepatitis A Virus Immunoglobulin M, HAV IgG: Hepatitis A Virus Immunoglobulin G

در معاینه مفاصل، حساسیت، محدودیت دامنه حرکتی و تورم مشاهده گردید. هیچ صدای غیرطبیعی قلب یا تنفس، تورم غدد لنفاوی (لنفادنوپاتی Lymphadenopathy)، هپاتواسپلنومگال (Hepatosplenomegaly) یا تورم اندامها (ادم Oedema) مشاهده نشد.

نتایج آزمایشگاهی در بدو ورود به دست آمدند (جدول ۱). بیمار تحت درمان با داکسی سایکلین، لوراتادین و یک دوز وریدی دگزامتازون قرار گرفت. با این حال، در پیگیری یک هفته بعد، بیمار تشدید درد مفاصل و کاهش شدت بثورات خارش‌دار را گزارش داد. دوره‌های تب قطع شده بودند. ارزیابی‌های بیشتری به دلیل نگرانی از یک بیماری سیستمیک انجام شد (جدول ۱). تصویربرداری‌های طبیعی شامل عکس قفسه سینه، سی‌تی‌اسکن شکمی - لگنی و سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی بودند. همچنین کولونوسکوپی، هموروئیدهای درجه ۲ را به عنوان تنها یافته مهم نشان داد. آزمایش IGRA برای تشخیص عفونت سل منفی و اسمیر خون طبیعی گزارش شدند.

ارزیابی تشخیصی

مردی ۶۴ ساله با سابقه سندرم متابولیک و بیماری عروق کرونر با علائم راش کهیری نوسانی، تب دوره‌ای و درد مفاصل مراجعه کرد. بیمار سابقه تزریق واکسن اخیر را ذکر نمی‌کرد. نتایج آزمایشگاهی شامل لکوسیتوز خفیف، افزایش قابل توجه CRP، افزایش ESR، هیپرگاماگلوبولینمی پلی‌کلونال (hypergammaglobulinemia polyclonal) ALT بالا و کراتینین سرمی کمی افزایش یافته بود (جدول ۱). این یافته‌ها همراه با علائم سیستمیک، منجر به بررسی تشخیصی دقیق شد.

ملاحظات کلیدی در کار تشخیصی بر اساس نتایج بالینی و آزمایشگاهی

۱- راش کهیری
تشخیص راش کهیری نیازمند برآورده کردن پنج معیار است: خارش، عدم ایجاد اسکار، رنگ صورتی (نه بنفش)، گذرا بودن (رفع یا حرکت یک راش در کمتر از ۲۴ ساعت)، و عدم وجود علائم سیستمیک است (۳).

در این بیمار، وجود علائم سیستمیک مانند تب و افزایش CRP نشان می‌دهد که این راش فراتر از یک راش کهیری ساده است.

۲- هیپرگاماگلوبولینمی پلی‌کلونال (hypergammaglobulinemia polyclonal)
تشخیص‌های افتراقی برای هیپرگاماگلوبولینمی پلی‌کلونال بسیار گسترده است و شامل هشت گروه اصلی می‌شود: بیماری‌های کبدی، بیماری‌های خود ایمنی و واسکولیت، عفونت‌ها، بدخیمی‌های غیرخونی، اختلالات خونی، بیماری‌های مرتبط با IgG4، سندرم‌های نقص ایمنی، علل یاتروژنیک (مثلاً ناشی از درمان‌های ایمونوگلوبولین) می‌باشد (۴)

۳- تشخیص‌های افتراقی مرتبط با افزایش شدید CRP:
شامل عفونت‌ها، بدخیمی‌ها و بیماری‌های خودایمنی هستند.

- عفونت‌ها

آزمایشات سرولوژیک برای HIV، HBV، HCV، CMV و EBV منفی بود که احتمال عفونت‌های ویروسی را کاهش می‌دهد. در حالی که عفونت پاروویروس B19 به دلیل درد مفاصل قابل توجه مدنظر قرار گرفت. علائم مزمن در یک بیمار با سیستم ایمنی سالم (immunocompetent) و راش غیرمعمول این احتمال را رد می‌کند (۵). تشخیص سل به دلیل نبود علائم تنفسی، آزمایش IGRA منفی و رادیوگرافی طبیعی قفسه سینه بعید است. در بررسی‌های تشخیصی همولیز و اسپلنومگالی مشاهده نگردید. علائم بالینی مانند تب، عدم حضور همولیز و هپاتواسپلنومگالی و لام خونی طبیعی احتمال مالاریا را رد می‌کند (۶). نبود هپاتواسپلنومگالی و سابقه سفر، احتمال لیشمانیوز احشایی را کاهش می‌دهد. با توجه به تاریخچه کوه پیمایی بیمار، قرار گرفتن در معرض کنه و عفونت‌های مرتبط با آب آلوده در نظر گرفته شد. در حالی که لپتوسپیروز (Leptospirosis) محتمل بود، پاسخ مورد انتظار به داکسی سایکلین در یک هفته مشاهده نشد. آنپلاسماز (Anaplasmosis) و ارلیشیوز (Ehrlichiosis) نیز به دلیل کاهش نیافتن تعداد یاخته‌های خونی بالغ (سیتوپنی Cytopenia) و کارآمدی داکسی‌سایکلین در درمان این عفونت‌ها نامحتمل هستند (۷).

- اختلالات خونی

به دلیل سن بیمار، ESR بالا و کاهش عملکرد کلیه، مولتیپل میلوما (Multiple myeloma) به عنوان یک تشخیص اولیه در نظر گرفته شد. با این حال، الکتروفورز سرم منفی برای M-spike، الکتروفورز ادرار طبیعی و سطح کلسیم طبیعی این احتمال را کاهش می‌داد. لوسمی و لنفوم و همچنین اختلالات خونی غیر بدخیم مانند بیماری کاسلمان

از تریخس به این مرکز ایجاد شده بود و وی در زمان مراجعه به این مرکز شکایتی از درد دندان و یا خشکی دهان ذکر نمی‌کرد. درد دندان به صورت گهگاه بود و در طی زمان شدت درد افزایش پیدا کرده و سپس با تورم دندانی همراه شده بود. در بررسی تشخیصی که توسط دندان پزشکان انجام گرفت، آبنه پری آپیکال (Periapical abscess) تشخیص داده شد. اقدامات تخلیه و ترمیم همراه با دوره‌ای از آنتی‌بیوتیک (آموکسی سیلین) تجویز شد. یک هفته پس از این مداخله دندانپزشکی، بیمار برای پیگیری به مرکز ما مراجعه کرد.

وی گزارش داد که دیگر ضایعات خارش دار نداشته و درد مفاصل وی به طور کامل برطرف شده است. اندازه‌گیری‌های متوالی CRP کاهش چشمگیری نشان داد که در نهایت به مقدار طبیعی رسید و لکوسیتوز نیز رفع شد.

یک سال بعد، مقادیر CRP و ESR، همراه با تعداد گلبول‌های سفید خون، طبیعی باقی ماندند. هیچ کاهش عملکرد کلیوی مشاهده نشد و نیازی به بیوپسی کلیه و مغز استخوان نبود، هر چند بیمار هرگز به انجام بیوپسی رضایت نداد. بر اساس رابطه زمانی بین رفع علائم و نبود توضیحی محتمل‌تر، تشخیص بیماری التهاب سیستمیک ثانویه به آبنه دندانی پنهان تأیید شد.

بحث

آبنه‌های دندانی می‌توانند با طیف گسترده‌ای از تظاهرات بالینی همراه باشند که منجر به چالش‌های تشخیصی و عوارض بالقوه تهدید کننده زندگی می‌شوند. این موارد اهمیت تشخیص زود هنگام و مدیریت چند رشته‌ای را در پیگیری از پیامدهای شدید برجسته می‌کنند. عفونت‌های ادونتوزیک، از جمله آبنه‌های دندانی، نه تنها در محل عفونت علائمی مانند درد، تورم و قرمزی ایجاد می‌کنند، بلکه می‌توانند منجر به التهاب سیستمیک شوند. این آبنه‌ها که اغلب چند میکروبی هستند، حاوی باکتری‌های بی‌هوازی و بی‌هوازی اختیاری مانند *Lactobacillus rhamnosus* و *Veillonella* می‌باشند (۱۲-۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که پس از جراحی‌های دندانی یا در موارد پوسیدگی شدید، باکتری‌های دهانی می‌توانند وارد جریان خون شده و واکنش‌های التهابی سیستمیک را تحریک کنند. در حقیقت، گسترش هماتوزن این عفونت‌ها می‌تواند

(Castleman disease) چند کانونی باید در نظر گرفته شود. نبود بلاستها یا عناصر خونی غیرطبیعی در لام خونی، سرطان خون (لوسمی Leukemia) را نامحتمل می‌کرد، در حالی که عدم وجود لنفادنوپاتی، هپاتواسپلنومگالی و افزایش LDH احتمال لنفوم و بیماری کاسلمان چندکانونی را کاهش می‌داد (۸). با این حال، بیوپسی مغز استخوان برنامه‌ریزی شد.

- بدخیمی‌های غیرخونی

غربالگری سرطان با توجه به سن بیمار، شامل کولونوسکوپ و تصویربرداری شکمی - لگنی، هیچ‌گونه ناهنجاری را نشان نداد. رادیوگرافی طبیعی قفسه سینه در فرد غیرسیگاری نیازی به بررسی بیشتر برای سرطان ریه ایجاد نمی‌کرد.

- اختلالات خودایمنی

جنسیت بیمار، نبود خشکی چشم (زروفالمی xerophthalmia)، خشکی دهان، سرفه، عدم وجود لنفادنوپاتی ناف ریه دو طرفه و آزمایش ANA منفی، لوپوس، سندرم شوگرن و سارکوئیدوز (Sarcoidosis) را نامحتمل می‌کرد. الگوی درگیری مفاصل DIP و منفی بودن RF و آنتی‌بادی‌های ضد CCP احتمال آرتریت روماتوئید (Rheumatoid arthritis) را کاهش می‌داد. نبود شواهدی مثل آفت مکرر دهانی و آفت در نواحی ژنتال، بیماری بهجت (Behçet's disease) را نامحتمل می‌کرد. نبود آنتی‌بادی‌های ANCA و علائم تنفسی فوقانی یا تحتانی، پورپورای قابل لمس، عدم دفع خون از ادرار، واسکولیت‌های مرتبط با ANCA را نامحتمل می‌کند (۹). با این حال، مارکرهای التهابی بالا و کمی افزایش کراتینین سرمی، نیاز به بررسی بیشتر برای فرآیند واسکولیتی دارد.

- بیماری‌های مرتبط با IgG4

افزایش قابل توجه CRP و نبود ویژگی‌های کلاسیک بیماری‌های مرتبط با IgG4 این تشخیص را نامحتمل می‌کند.

بر اساس شواهد موجود، تشخیص احتمالی بیماری استیل با شروع در بزرگسالی (Adult-onset Still's Disease) مطرح شد. بیمار از انجام بیوپسی مغز استخوان و کلیه خودداری کرده بود و در ادامه پیگیری‌ها قطع شده بود. طی شش ماه بعد، بیمار سه دوره خفیف‌تر راش خارش دار و تب را تجربه کرده بود. وی برای بررسی یک تورم دندانی به دندانپزشک مراجعه کرد. به گفته بیمار علائم درد دندان از یک ماه بعد

شدیدی مانند آمبولی ریوی و ترومبوز ورید عمقی پیشرفت کرد که نیازمند درمان طولانی مدت بوده است (۱۷).

در برخی موارد، آبسه‌های دندانی ممکن است سایر شرایط را تقلید کنند و منجر به تأخیر یا تشخیص نادرست شوند. به عنوان مثال، ترومبوز سینوس کاورنوس (CST) ناشی از آبسه دندانی می‌تواند با ادم پری ارییتال، بیرون زدگی چشم (پروپتوزیس Proptosis) و محدودیت حرکت عضلات خارج چشمی ظاهر شود که در ابتدا به سینوزیت یا عفونت گوش میانی نسبت داده می‌شود (۱۸). در مورد دیگری، استئومیلیت مهره‌ای به آبسه دندانی درمان نشده مرتبط بود و نشان داد که چگونه باکتری‌های دهانی مانند گونه‌های *Veillonella* می‌توانند از طریق انتشار خونی به محل‌های آناتومیک دور دست گسترش یابند (۱۹). این موارد به طور کلی طیف متنوع و پیچیده‌ای از تظاهرات آبسه‌های دندانی را نشان می‌دهند که ممکن است از عفونت‌های موضعی تا شرایط سیستمیک تهدیدکننده حیات متغیر باشند. شناسایی سریع عوارض بالقوه، همکاری بین رشته‌ای، و مراقبت جامع دندانپزشکی برای مدیریت مؤثر این موارد چالش برانگیز ضروری هستند.

رضایت‌نامه آگاهانه

رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از فرد برای انتشار هرگونه تصویر یا داده بالقوه قابل شناسایی در این مقاله اخذ شده است.

منابع مالی

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه بودجه، کمک هزینه یا حمایت دیگری در طول تهیه این مقاله دریافت نکرده‌اند.

تعارض منافع

تمامی نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تعارض مالی یا غیرمالی وجود ندارد.

References:

- 1- Meurman JH, Sanz M, Janket S-J. Oral health, atherosclerosis, and cardiovascular disease. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004;15(6):403-13.
- 2- Bumm CV, Folwaczny M. Infective endocarditis and oral health-A Narrative Review. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2021;11(6):1403-15.
- 3- Deacock SJ. An approach to the patient with urticaria. *Clin Exp Immunol*. 2008;153(2):151-61.
- 4- Zhao EJ, Cheng CV, Mattman A, Chen LYC. Polyclonal hypergammaglobulinaemia: assessment, clinical interpretation, and management. *Lancet Haematol*. 2021;8(5):e365-e75.
- 5- Heegaard ED, Brown KE. Human parvovirus B19.

منجر به بروز بیماری‌های التهابی شدید، از جمله اندوکاردیت عفونی و حتی تشدید بیماری‌های مزمن مانند دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی شود (۱۳).

عفونت‌هایی که از آبسه‌های دندانی منشأ می‌گیرند، ممکن است به فضاهای عمقی گردن گسترش یابند و منجر به عوارض نادر و شدیدی مانند گانگرن گازی (Gas gangrene) شوند. به عنوان مثال، مردی دیابتی با بهداشت ضعیف دهان و دندان دچار آبسه پارافارنژیال (parapharyngeal abscess) شد که با گانگرن گازی و شوک سپتیک ناشی از *Klebsiella pneumoniae* پیچیده همراه گردید. دبریدمان جراحی به موقع و تجویز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی برای بهبود وی حیاتی بودند (۱۴). به طور مشابه، موارد سلولیت ارییتال در کودکان ناشی از آبسه‌های دندانی، پتانسیل عوارض تهدیدکننده بینایی و حیات را نشان می‌دهد و لزوم معاینات دقیق دندان‌پزشکی در کودکانی که با تورم صورت یا نواحی اطراف چشم مراجعه می‌کنند را تأکید می‌کند (۱۵).

آبسه‌های دندانی همچنین می‌توانند به عفونت‌های سیستمیک نظیر سپسیس و باکتری منجر شوند. به عنوان نمونه، یک پسر ۷ که دچار تورم و درد یک‌طرفه در صورت شده بود و در بررسی‌های انجام شده یک آبسه دنتوآلوولار (dentoalveolar abscess) تشخیص داده شد. درمان با آنتی‌بیوتیک آغاز شد، بیمار تحت پالپکتومی قرار گرفت و در نهایت کشیدن دندان انجام شد که منجر به بهبود علائم شد. کشت خون دو نوع باکتری بی‌هوازی مجزا *Veillonella* و *Lactobacillus* را نشان داد (۱۶). علاوه بر این، آبسه‌های دندانی ممکن است عوارض موضعی بیشتری نظیر آبسه‌های گردنی و عفونت‌های فضای قفسه سینه ایجاد کنند، همان طور که در مورد زنی ۳۰ ساله با عفونت ناشی از *Dialister pneumosintes* مشاهده شد. بیماری وی به عوارض

Clin Microbiol Rev. 2002;15(3):485-505.

6- Mahmood K, Jairamani KL, Abbasi B, Mahar S, Samo AH, Talib A, et al. Falciparum malaria: various presentations. *Pak J Med Sci*. 2006;22(3):234-7.

7- Thomas RJ, Dumler JS, Carlyon JA. Current management of human granulocytic anaplasmosis, human monocytic ehrlichiosis and Ehrlichia ewingii ehrlichiosis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2009;7(6):709-22.

8- Herrada J, Cabanillas F, Rice L, Manning J, Pugh W. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman disease. *Ann Int Med*. 1998;128(8):657-62.

9- Hunter RW, Welsh N, Farrah TE, Gallacher PJ, Dhaun N.

ANCA associated vasculitis. *BMJ*. 2020;369:m1070.

10- Chow AW. Infections of the oral cavity, neck, and head. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 64;859-74.e2.

11- Lewis M, MacFarlane TW, McGowan DA. Quantitative bacteriology of acute dento-alveolar abscesses. *J Med Microbiol*. 1986;21(2):101-4.

12- Brook I. Veillonella infections in children. *J Clin Microbiol*. 1996;34(5):1283-5.

13- Abozaid S, Peretz A, Nasser W, Zarfin Y. Rare infection--prolonged *A. naeslundii* bacteremia caused by severe caries. *Harefuah*. 2013;152(7):379-80,435.

14- Sookdee S, Jianbunjongkit N. A 52-Year-Old Diabetic Man with Poor Dental Hygiene, Right Dental Abscess, and Parapharyngeal Abscess with Gas Gangrene Due to *Klebsiella pneumoniae* Infection, Presenting with Septic Shock and Multiorgan Failure, Who Recovered After Surgical Neck

Debridement. *Am J Case Rep*. 2023;24:e940376.

15- Abdul Satar H, Yaakub A, Shukri N Md, Ahmad Tajudin LS. Orbital Cellulitis Secondary to Dental Abscess in Children. *Cureus*. 2021;13(4):e14392.

16- Holmberg P, Hellmich T, Homme J. Pediatric Sepsis Secondary to an Occult Dental Abscess: A Case Report. *J Emerg Med*. 2017;52(5):744-8.

17- Mannan S, Ahmad T, Naeem A, Patel V. A Case of Dialister pneumosintes Bacteremia-Associated Neck and Mediastinal Abscess. *Am J Case Rep*. 2021;22:e930559.

18- Ali S. Cavernous Sinus Thrombosis: Efficiently Recognizing and Treating a Life-Threatening Condition. *Cureus*. 2021;13(8):e17339.

19- Bathini A, Maxwell CR, Hedayat H, Barrett J, Hakma Z. Case report: vertebral osteomyelitis secondary to a dental abscess. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):133.