

Ropowica szyi – opis przypadków

Phlegmon of the neck – cases reports

Marta Pietraszek, Joanna Witkiewicz, Dorota Miętkiewska-Leszniwska, Małgorzata Wierzbicka

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

W ostatnich latach znacznie zmniejszyła się częstość występowania ropowicy szyi, jednak powikłanie to ciągle jest spotykane. W niniejszej pracy przedstawiono 3 przypadki ropowicy szyi, które oprócz zastosowanej antybiotykoterapii, wymagały również interwencji chirurgicznej.

Słowa kluczowe: ropowica szyi, zapalenie tkanek głębokich szyi, leczenie, drenaż chirurgiczny.

Abstract

In recent years, the incidence of phlegmon of the neck is significantly reduced. Although this complication is still encountered. This report describes 3 cases of deep neck infection, that despite the antibiotic treatment, also required surgical intervention.

Key words: neck phlegmon, deep neck infection, treatment, surgical drainage.

(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2019; 1: 1–3)

Wprowadzenie

Ropowica szyi jest groźnym rodzajem zakażenia szyi, które może występować zarówno u dzieci, jak i u dorosłych [1, 2]. Do najczęstszych jej przyczyn należą: zapalenie gardła i migdałków podniebiennych, zapalenia zębopochodne spowodowane próchnicą zębów oraz zapalenie ślinianki przyusznej [1, 3–7]. Czynniki predysponującymi do zakażeń ropnych szyi są stany obniżonej odporności w przebiegu chorób ogólnoustrojowych, cukrzyca, otyłość oraz zła higiena jamy ustnej. Wskaźnik śmiertelności w przebiegu ropowicy szyi jest wysoki i może wynosić nawet 40%, zwłaszcza gdy rozwinię się martwicze zapalenie śródpiersia [1, 8].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie 3 przypadków ropowicy szyi leczonych w naszej Klinice w czasie ostatniego miesiąca, co pokazuje, że pomimo stosowania szerokowidmowej antybiotykoterapii i poprawy higieny jamy ustnej ropowice szyi są ciągle często spotykane.

Opisy przypadków

Przypadek 1

Mężczyzna, 54 lata, leczony przez kilka dni klindamycyną (2 × 1 tabletki) i metronidazolem (3 × 1 ta-

bletka 500 mg) z powodu podejrzenia obrzęku popromiennego po stronie prawej szyi został przyjęty na ostry dyżur (29 września 2019 r.) ze względu na bolesny, rozległy obrzęk szyi po stronie prawej, schodzący na prawą stronę klatki piersiowej, wysoką temperaturę oraz podwyższone parametry stanu zapalnego. W wywiadzie stwierdzono stan po radiochemioterapii (zakończony 13 maja 2019 r.) z powodu raka płaskonabłonkowego prawej połowy trzonu i części nasady języka po stronie prawej, stan po tracheotomii i założeniu przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG) (luty 2019 r.). Mężczyzna był hospitalizowany 1,5 tygodnia wcześniej w naszej Klinice z powodu podejrzenia guza resztkowego. Pobrano wycinek z kąta językowo-migdałkowego po stronie prawej – wynik częściowy: w podścielisku ognisko ropnego zapalenia z obecnością dość licznych kolonii bakteryjnych, zmian nowotworowych nie napotkano. Z chorób przewlekłych pacjent podał nadciśnienie tętnicze i cukrzycę.

U pacjenta przeprowadzono badanie metodą tomografii komputerowej szyi oraz klatki piersiowej w trybie dyżurowym. Stwierdzono rozległy obszar zatarcia tkanki tłuszczowej z pęcherzykami powietrza rozciągający się od podstawy czaszki przez obszar przygardłowy w okolicy kąta żuchwy, wzdłuż pogrubiałego mięśnia



mostkowo-obojczykowo-sutkowego (MOS) po stronie prawej i przechodzący na przednią ścianę klatki piersiowej, szerzący się w tkance podskórnej ku przodowi od mostka oraz prawej połowy klatki piersiowej. Z tego powodu pacjent został poddany zabiegowi chirurgicznemu nacięcia ropowicy szyi po stronie prawej z dojścia zewnętrznego. Jamę zdrenowano, ewakuując dużą ilość treści ropnej. W posiewie z usuniętej wydzieliny wyhodowano *Escherichia coli* i *Citrobacter koseri*. Po operacji zlecono podanie dożylnie antybiotyków zgodnie z antybiogramem (piperacylina z tazobaktem 3 × 4,5 g *i.v.*) oraz codzienne płukanie jamy pooperacyjnej gentamycyną. Po 10 dniach intensywnego leczenia stan ogólny pacjenta znacznie się poprawił, a parametry stanu zapalnego się obniżyły (ryc. 1, 2).

Przypadek 2

Mężczyzna, 37 lat, od 2 dni leczony bez poprawy cefuroksymem z powodu zapalenia ślinianki podżuchwowej lewej. Pacjent został przyjęty do Kliniki w trybie ostrodyżurowym (26 września 2019 r.) ze względu na duży, bolesny obrzęk szyi w okolicy kąta żuchwy po stronie lewej oraz znacznie podwyższone parametry zapalne. W badaniu przedmiotowym oprócz wspomnianego powyżej obrzęku na szyi po stronie lewej stwierdzono w jamie ustnej liczne zęby zniszczone próchnicowo. Po badaniu metodą tomografii komputerowej, w którym wykazano rozległy naciek w obrębie tkanek lewej okolicy podżuchwowej oraz na całej długości szyi symetrycznie w przestrzeni powierzchownej i przednich partii głębokiej, chorego w ramach ostrego

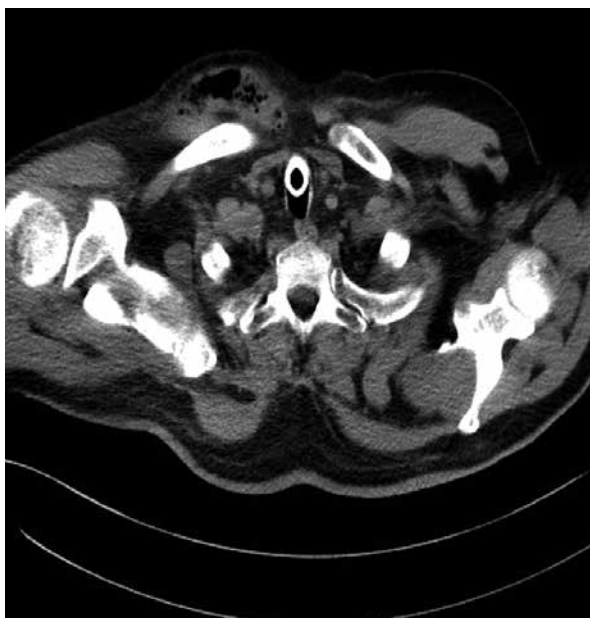
dyżuru poddano zabiegowi chirurgicznemu. Wykonano cięcie symetrycznie w okolicy podżuchwowej wzdłuż trzonu żuchwy oraz wzdłuż MOS. Uzyskano obfitą ilość cuchnącej treści ropnej. W drugim etapie zabiegu dokonano ekstrakcji 24 zębów. Pacjent został przekazany na oddział intensywnej terapii (OIT).

Z wymazu pobranego w trakcie zabiegu wyhodowano *Streptococcus mitis/oralis*. Włączono cyprofloksacynę. W związku z brakiem poprawy klinicznej ponownie pobrano wymaz z rany. Wyhodowano *Aeromonas punctata*. Zmieniono antybiotyk na meropenem w dawce 3 × 2,0 g *i.v.* i uzyskano poprawę kliniczną oraz zmniejszenie wartości parametrów zapalnych (ryc. 3, 4).

Przypadek 3

Kobieta, 62 lata, została przekazana ze szpitala wojewódzkiego, z oddziału kardiologii inwazyjnej i chorób wewnętrznych do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z powodu ropowicy szyi (5 września 2019 r.). W wywiadzie stwierdzono ból gardła, powiększenie obwodu i zaczerwienienie szyi od kilku dni. W badaniu przedmiotowym wykazano bolesny obrzęk szyi oraz powiększony lewy migdałek podniebienny z retencją treści ropnej. Z chorób przewlekłych pacjentka podała nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2 oraz ziarnicę złośliwą.

W trybie ostrodyżurowym wykonano nacięcie szyi, z którego wypłynęła cuchnąca treść ropna. Pobrano wymaz do badania bakteriologicznego. Wyhodowano *Streptococcus anginosus* oraz *Prevotella buccae*. Usunięto lewy migdałek podniebienny, który był prawdo-



Rycina 1. Tomografia komputerowa szyi. Naciek zapalny z pęcherzykami gazu po stronie prawej



Rycina 2. Tomografia komputerowa klatki piersiowej. Obszar zatarcia przedniej ściany klatki piersiowej po stronie prawej





Rycina 3. Tomografia komputerowa szyi. Rozległy naciek zapalny z pęcherzykami gazu

podobnym punktem wyjścia stanu zapalnego. Materiał przesłano do badania histopatologicznego. Otrzymano następujący wynik: obecne fragmenty błony śluzowej pokryte odcinkowo nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, w większości martwiczo-ropnie zmienione. Po zabiegu pacjentka została przekazana na OIT, gdzie stosowano dożylnie antybiotyki zgodne z antybiogramem (meropenem w dawce $3 \times 2,0$ g i wankomycyna w dawce $3 \times 1,0$ g). Po 10 dniach kobieta w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu.

Podsumowanie

Ropowica szyi jest obecnie rzadko występującym, chociaż ciągle spotykanym powikłaniem. Zawsze stanowi stan zagrożenia życia, dlatego często wymaga leczenia na OIT. U trzech naszych pacjentów punktem wyjścia ropowicy szyi były odpowiednio: martwicze zakażenie napromienianych tkanek (radionekroza), zakażenie zębopochodne oraz zapalenie migdałka podniebiennego. Podstawowe znaczenie w rozpoznaniu ropowicy szyi ma obraz kliniczny. W celu dokładnej lokalizacji ropnej zmiany wykonuje się badanie obrazowe – tomografię komputerową. Stwierdzenie ropnego zakażenia tkanek miękkich szyi jest wskazaniem do szybkiej interwencji chirurgicznej i drenażu tej okolicy. Po zabiegu pacjenci wymagają dożylnych antybiotykote-



Rycina 4. Tomografia komputerowa szyi

rapii o szerokim spektrum oraz uważnej opieki pooperacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Taraszkiewicz MJ, Piotrowski SM. Ropowica szyi – aktualny problem diagnostyczno-leczniczy. Opis przypadków. Forum Med Rodz 2018; 12: 149-55.
2. Kozakiewicz M, Kaliszewski K, Lubszczyk M, et al. The extensive phlegmon of the neck leading to severe complications – a case report. Pol Merkur Lekarski 2015; 39: 321-4.
3. Czecior E, Pawlas P, Ścierański W, et al. Ropowica przestrzeni przygardłowej. Otolaryngol Pol 2008; 62: 486-8.
4. Kawczyński M, Amernik K, Kelar I, et al. Zakażenia ropne głębokich przestrzeni szyi w Klinice Otolaryngologii PUM w okresie ostatnich 5 lat. Pol Przegl Otolaryngol 2012; 4: 314-8.
5. Bakir S, Tanriverdi MH, Gün R, et al. Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases. Am J Otolaryngol 2012; 33: 56-63.
6. Huang TT, Liu TC, Chen PR, et al. Deep neck infection: analysis of 185 cases. Head Neck 2004; 26: 854-60.
7. Huang TT, Tseng FY, Liu TC, et al. Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132: 943-7.
8. Janczewski G. Otolaryngologia praktyczna. Tom II. Via Medica, Gdańsk 2005.

Adres do korespondencji:

Marta Pietraszek
Katedra i Klinika Otolaryngologii
i Onkologii Laryngologicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
tel.: + 48 61 869 13 97
e-mail: pietm@o2.pl

