

Guz Potta u dorosłych – opis przypadków

Pott's puffy tumor in adults – cases report

Monika Makarowicz¹, Bartosz Maćkowiak¹, Anna Majewska², Natalia Zagozda²,
Dorota Miętkiewska-Leszniwska², Małgorzata Wierzbicka²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Prezentujemy dwa przypadki guza Potta jako powikłania przewlekłego zapalenia zatok przynosowych. Guz Potta to zapalenie szpiku kości czołowej z towarzyszącym ropniem podokostnowym, objawiające się jako ciastowaty obrzęk tkanek okolicy czołowej. Powstaje wskutek szerzenia się stanu zapalnego z zatoki czołowej bezpośrednio lub drogą krwionośną. Przy charakterystycznych objawach, takich jak obrzęk tkanek miękkich nad zajęty kością, tkliwość, gorączka, zły stan ogólny, należy zachować czujność. Wczesna diagnostyka obrazowa i celowana antybiotykoterapia mogą pozwolić na uniknięcie interwencji chirurgicznej oraz powikłań wewnątrzczaszkowych.

Słowa kluczowe: guz Potta, zapalenie zatok, endoskopowa operacja zatok przynosowych.

Abstract

We present two cases of Pott's puffy tumor as a complication of chronic rhinosinusitis. Pott's puffy tumor is a osteomyelitis of the frontal bone accompanied by subperiosteal abscess. It is caused by an inflammation spreading directly or via blood vessels from the frontal sinus. Typical symptoms such as swelling of the forehead, tenderness, fever and poor general condition are a reason for alertness. Early imaging and targeted antibiotic therapy may eliminate the risk of intracranial complications and the need for surgical intervention.

Key words: Pott's puffy tumor, sinusitis, functional endoscopic sinus surgery.

(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2019; 2: 7–10)

Wprowadzenie

Guz Potta to zapalenie szpiku kości czołowej z towarzyszącym ropniem podokostnowym, objawiające się jako ciastowaty obrzęk tkanek okolicy czołowej [1, 2]. Występuje u dorosłych znacznie rzadziej niż u dzieci, stwierdza się go częściej u mężczyzn [1]. Czynnikiem ryzyka zachorowania są m.in. stany zapalne zatoki czołowej, urazy twarzoczaszki i cukrzyca typu 2 [2]. Proces zapalny może szerzyć się z wnętrza zatoki do tkanki podskórnej przez ciągłość lub za pośrednictwem naczyń żylnych [3]. Jest to stan, który wymaga pilnego leczenia, ponieważ wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań wewnątrzczaszkowych [1, 3].

Prezentujemy przypadki dwojga pacjentów z guzem Potta leczonych w Katedrze i Klinice Otolaryngologii

i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Opisy przypadków

Przypadek 1.

Kobieta, lat 73, została przyjęta w grudniu 2019 roku do Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z powodu obrzęku okolicy czołowej, wytrzeszczu i łzawienia oka prawego od 9 dni.

Pacjentka stwierdziła w wywiadzie, że w maju 2018 roku zgłosiła się do izby przyjęć z wytrzeszczem oka prawego, podając zaburzenia widzenia, niedrożność prawej jamy nosa i nawracające zapalenia zatok. W badaniu przedmiotowym wykazano dużą ilość ropnej wydzieliny w prawej jamie nosa. Podczas hospitalizacji u pacjentki



wykonano endoskopową operację zatok przynosowych (*functional endoscopic sinus surgery* – FESS) z dojścia zewnętrznego do zatoki czołowej z powodu podejrzenia *mucocele*.

W czerwcu 2018 roku kobieta zgłaszała ból w okolicy czołowej po stronie prawej promieniujący do okolicy ciemieniowej, bez gorączki. W ośrodku regionalnym wykonano drenaż okolicy czołowej prawej. W międzyczasie pacjentka otrzymała trzy antybiotyki – amoksylicylinę z kwasem klawulanowym oraz prawdopodobnie cefuroksym i azytromycynę.

Z powodu braku poprawy zgłosiła się 16 lipca 2018 roku do izby przyjęć Kliniki. W badaniu przedmiotowym okolicy czołowej prawej w linii cięcia stwierdzono wydobywającą się białawą treść i bolesność przy palpacji. W trybie pilnym wykonano badanie metodą tomografii komputerowej zatok obocznych nosa, w którym wykazano obecność masy miękkotkankowej i gęstego płynu w prawej zatoce czołowej, ścieńczenie jej ścian oraz brak blaszki ściany tylnej na odcinku około 10 mm, prawdopodobnie w bliskim kontakcie z oponą twardą przedniego dołu czaszki, ścieńczenie i przerwanie ściany górnej oczodołu prawego na odcinku około 25 mm z przesunięciem gałki ocznej bocznie i w dół. Pacjentka została hospitalizowana w celu wykonania otwarcia zatoki czołowej z dojścia podwójnego.

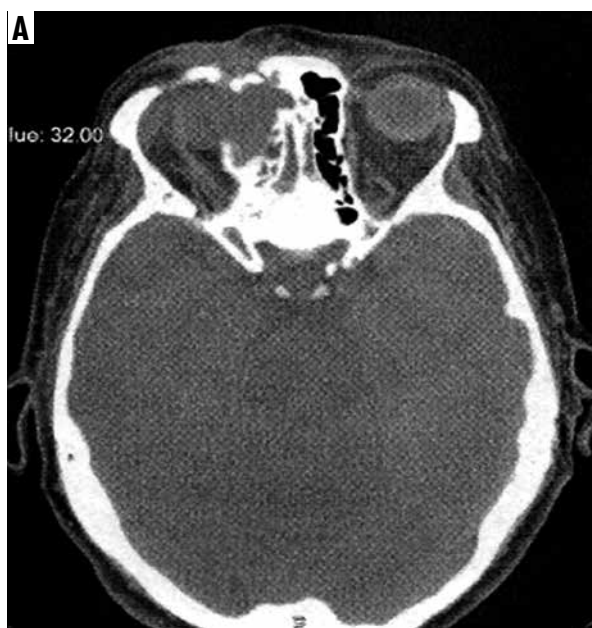
Objawy obrzęku okolicy czołowej i łzawienie oka prawego wystąpiły ponownie w listopadzie 2019 roku. Wówczas pacjentka przyjmowała klindamycynę (2 × 1 tabletka). Zlecono badanie metodą tomografii komputerowej, w którym stwierdzono obecność masy rozdympowanej ściany kostnej zatoki w prawej zatoce czołowej (ryc. 1 A, B).

3 grudnia 2019 roku wykonano zabieg otwarcia zatoki czołowej z dojścia podwójnego. Usunięto małżowinę nosową środkową prawą, komórki grobli nosa, odsonięto wejście do zatoki czołowej prawej, z której wydobyła się treść ropna pod ciśnieniem (pobrano wymaz). Wykonano funkcjonalną septoplastykę górnego odcinka przegrody nosa po stronie prawej. Następnie z cięcia zewnętrznego stwierdzono szczelinę w okolicy nadoczodołowej, którą poszerzono. Poszerzono przewód czołowo-nosowy. Założono szeroki dren do światła zatoki czołowej. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań, pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniami kontynuacji antybiotykoterapii zgodnie z antybiogramem (cefuroksym 2 × 500 mg przez 7 dni) i kontroli w poradni rynologicznej.

Przypadek 2.

Mężczyzna, lat 47, zgłosił się 28 listopada 2019 roku na ostry dyżur laryngologiczny z powodu bólu głowy w okolicy czołowej oraz stanu podgorączkowego. Po wykonaniu diagnostyki został przyjęty do Kliniki.

Pacjent od wielu lat chorował na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami. Kilukrotnie został poddany punkcji zatok; po pierwszej punkcji nastąpiło nasilenie dolegliwości. W kwietniu 2019 roku przeszedł leczenie operacyjne – septoplastykę z polipektomią. W listopadzie 2019 roku dolegliwości się nasiliły i pojawił się obrzęk tkanek miękkich okolicy czołowej po stronie lewej oraz policzków. W badaniu metodą tomografii komputerowej stwierdzono masywne zmiany zapalne zatok obocznych nosa z przewagą po lewej



Rycina 1. Tomografia komputerowa zatok





Rycina 2. Tomografia komputerowa zatok; zaciemnienie lewej zatoki czołowej, ubytki kostne w jej przedniej ścianie oraz obrzęk okolicy czołowej



Rycina 3. Tomografia komputerowa zatok

stronie, zatoki czołowe były całkowicie bezpowietrzne. Wykonano punkcję obu zatok szczękowych oraz biopsję tkanek miękkich okolicy czołowej – rozpoznano zmiany zapalne. W kolejnym badaniu metodą tomografii komputerowej wykazano ubytki w ścianie przedniej, tylnej i dolnej lewej zatoki czołowej (ryc. 2, 3).

W badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność strupów w prawej jamie nosa oraz ograniczoną drożność lewej jamy nosa z obecnością białawożółtej wydzieliny. W okolicy czołowej lewej wyczuwalne było miękkie zgrubienie o wymiarach około 4 × 3 cm.

Pacjent został przyjęty do Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z powodu powikłania zapalenia zatok przynosowych w postaci guza Potta w celu leczenia operacyjnego.

28 listopada 2019 roku przeprowadzono FESS. Wykonano septoplastykę, uzyskując szeroki wgląd do jamy nosa. Usunięto masy polipowate z sitowia przedniego i tylnego po stronie lewej. Szeroko otwarto zatokę szczękową lewą, którą następnie przepłukano, usuwając liczne skrzepy. Uwidoczniono zachyłek nosowo-czołowy z wypływającą treścią ropną. Założono dren do lewej zatoki czołowej. Po stronie prawej wykonano meatoantrostomię oraz usunięto polipy z sitowia przedniego i tylnego. Wykonano ponowną implantację chrząstki przegrody nosa oraz obustronną podśluzówkową konchoplastykę.

Ze względu na jedynie częściową poprawę stanu ogólnego i miejscowego 1 grudnia 2019 roku wykonano ponowną operację z dojścia zewnętrznego. Uwidocznio-

no niewielki ubytek przedniej ściany lewej zatoki czołowej, zniesiono przednią ścianę zatoki czołowej lewej, odsłaniając znacznie przerośniętą błonę śluzową w stanie zapalnym oraz masy treści ropnej. Pobrano wymaz do badania bakteriologicznego, a następnie usunięto przerośniętą błonę śluzową i treść ropną, pobierając materiał do badania histopatologicznego. Za pomocą wiertła poszerzono przewód nosowo-czołowy i umocowano dren. Odpreparowano okostną na czole w linii pośrodkowej i ewakuowano treść ropną.

Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami antybiotykoterapii zgodnie z antibiogramem (cyprofloksacyna 2 × 500 mg przez 10 dni). Po miesiącu mężczyzna zgłosił się na wizytę kontrolną i podał jedynie okresowe bóle okolicy czołowej lewej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono niewielki obrzęk okolicy czołowej lewej bez objawu chęłbotania. Podczas wizyty usunięto dren z lewej zatoki czołowej oraz zalecono kolejną wizytę za miesiąc.

Podsumowanie

Guzy Potta występują obecnie coraz rzadziej dzięki powszechnej dostępności antybiotyków [4]. Wciąż jednak zdarzają się pacjenci z tym schorzeniem. Dlatego chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych zgłaszający się z ciastowatym obrzękiem okolicy czołowej wymagają pilnej diagnostyki. Istotnym narzędziem diagnostycznym podczas kwalifikacji do leczenia jest



tomografia komputerowa, która umożliwia określenie dokładnej lokalizacji zmian oraz stwierdzenie obecności ubytków kostnych [5]. Szybka diagnostyka obrazowa oraz wdrożenie celowanej antybiotykoterapii mogą pomóc uniknąć interwencji chirurgicznej, a także zapobiec powikłaniom wewnątrzczaszkowym, takim jak ropień nadwardówkowy, ropień mózgu i zapalenie mózgu [1, 5, 6]. Częstość ich występowania według różnych autorów wynosi 29–85% [1, 5]. Niekiedy skuteczne jest leczenie zachowawcze w postaci systemowej antybiotykoterapii, ale zazwyczaj konieczna okazuje się również interwencja chirurgiczna [5]. Korzystna z punktu widzenia pacjenta jest mniej inwazyjna chirurgia endoskopowa, jednak często z powodu zaawansowania zmian wskazana jest również interwencja z dojsćcia zewnętrznego [7]. W przedstawionych przypadkach u pacjentki wykonano zabieg z dojsćcia podwójnego, z kolei pacjent początkowo przeszedł zabieg endoskopowy, jednak po 3 dniach zdecydowano o ponownej operacji z dojsćcia zewnętrznego. Celem zabiegu jest drenaż zatoki czołowej i zapewnienie jej upowietrznienia, usunięcie zmienionej zapalnie tkanki kostnej, zmienionej zapalnie błony śluzowej oraz ewakuacja ropnia [3]. Należy pamiętać, że pacjenci po zabiegu wymagają antybiotykoterapii o szerokim spektrum oraz uważnej opieki pooperacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Tatsumi S, Ri M, Higashi N, et al. Pott's puffy tumor in an adult: a case report and review of literature. *J Nippon Med Sch* 2016; 83: 211-4.
2. Morris MS, Wilkins SE. Pott puffy tumor. *J Am Osteopath Assoc* 2018; 118: 55.
3. Dusu K, Chandrasekharan D, Al Yagihchi C, et al. A huge Pott's puffy tumor secondary to pansinusitis. *BMJ Case Rep* 2019; 12: 1-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2019-229755>
4. Horakova Z, Smilek P, Gal B, et al. Pott's puffy tumour in adult. *Otolaryngol Case Rep* 2019; 11: 100106.
5. Olmaz B, Cingoz M, Akdogan E, et al. Correlation of imaging and intraoperative findings in Pott's puffy tumour. *Scott Med J* 2019; 64: 25-9.
6. Szyfter W, Bartochowska A, Borucki Ł, et al. Simultaneous treatment of intracranial complications of paranasal sinusitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2018; 275: 1165-73.
7. Leong SC. Minimally invasive surgery for Pott's puffy tumor: is it time for a paradigm shift in managing a 250-year-old problem? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2017; 126: 433-7.

Adres do korespondencji:

Monika Makarowicz
Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice
Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
tel.: +48 61 869 13 87
e-mail: monika.makarowicz@gmail.com

