

# Guz szyi czy powikłanie usznopochodne

## Neck tumor whether otogenic complication

Andrzej Balcerowiak, Krzysztof Piwowarczyk, Joanna Napierała, Witold Szyfter

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Autorzy przedstawiają opis przypadku 53-letniego mężczyzny skierowanego z podejrzeniem guza szyi. W trakcie diagnostyki przedoperacyjnej (tomografia komputerowa szyi i głowy z kontrastem) stwierdzono utajone zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowatego prawego, ropień szyi Bezolda i ropień prawego płata skroniowego mózgu. Chorego leczono w trybie pilnym – jednoczesna operacja uszna z ewakuacją ropnia szyi oraz nakłuciem i drenażem ropnia mózgu pod kontrolą neuronawigacji. W przedstawionym przypadku podkreślono konieczność przedoperacyjnej oceny radiologicznej w diagnostyce patologii głowy i szyi.

**Słowa kluczowe:** guz szyi, powikłanie usznopochodne, utajone zapalenie wyrostka sutkowatego.

### Abstract

Authors present the case of 53 years old man referred with suspicion of neck tumor. Preoperative head and neck computed tomography scanning showed mastoiditis latens, Bezold's neck abscess and brain abscess of temporal lobe. The patient was operated as a matter of urgency: simultaneous ear surgery with Bezold's neck abscess evacuation and puncture with drainage of brain abscess under the control of neuronavigation. This case highlights the indispensability of preoperative radiological assessment in the head and neck pathology diagnostics.

**Key words:** neck tumor, otogenic complication, mastoiditis latens.

(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2017; 1: 1–5)

## Wstęp

Proces zapalny przestrzeni ucha środkowego może występować w każdym wieku. Przewlekłe zapalenie ucha środkowego może mieć różny obraz kliniczny. Nie ma jednakowych przypadków zmian w uchu środkowym, a wykładniki stanu zapalnego z brzeźną perforacją błony bębenkowej, takie jak perlak, ziarnina zapalna, polipy czy próchnica kości, powodują niszczenie nie tylko wyściółki jamy bębenkowej, lecz także struktur ucha środkowego i kości skroniowej. Stwarzają one także ryzyko rozwoju powikłań usznopochodnych. Nieleczone lub nieprawidłowo leczone zapalenie ucha środkowego może prowadzić do groźnych dla życia i zdrowia powikłań. Najczęściej dochodzi do nich w przypadku przewlekłego zapalenia ucha środkowego, rzadziej w przypadku zapalenia ostrego lub utajonego. Do powikłań wewnątrzskroniowych (zewnątrczaszkowych) zapalenia ucha środkowego należą: obwodowe porażenie nerwu twarzewego, zapalenie wyrostka sutkowatego

z wytworzeniem ropnia tkanek głębokich szyi – ropień Bezolda, zapalenie błędnika, zapalenie kości skroniowej. Do powikłań wewnątrzczaszkowych zapalenia ucha środkowego zalicza się: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ropień nadtwardówkowy, ropniak podtwardówkowy, ropień mózgu i mózdzku, zakrzepowe zapalenie zatoki esowatej, wodogłowie usznopochodne.

Utajone zapalenie ucha środkowego (*otitis media latens*) cechuje się skąpością objawów typowych dla choroby w pełnym obrazie klinicznym. Jego rozpoznanie często ustalane jest w trakcie rozwinięcia się powikłań usznopochodnych i poprzedzone wielodniową antybiotykoterapią empiryczną, która tłumy charakterystyczne objawy ostrego zapalenia ucha środkowego, takie jak silny ból ucha, niedosłuch, gorączka, wymioty czy biegunka u dzieci. Otoskopowo stwierdza się nietypowy dla ostrego zapalenia obraz pogrubiałej, matowej, mierznie przekrwionej błony bębenkowej. Nieleczone lub nieprawidłowo leczone utajone zapalenie może skutkować



wystąpieniem powikłań usznopochodnych z burzliwym obrazem klinicznym, a niezmiernie rzadko może przejść w powikłanie o utajonym charakterze.

## Opis przypadku

Mężczyzna, lat 53, został przekazany w kwietniu 2017 r. do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z oddziału neurologii szpitala powiatowego w Wielkopolsce z guzem szyi prawostronnym – podejrzenie nowotworu ślinianki przysusznej ze zmianami przerzutowymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Leczony był na oddziale neurologii, gdzie stosowano antybiotykoterapię dożylną w dużych dawkach i terapię przeciwozłonową. W chwili przyjęcia do Kliniki chory był zdezorientowany co do czasu i miejsca pobytu, nie podawał dolegliwości, w badaniu neurologicznym GCS = 12.

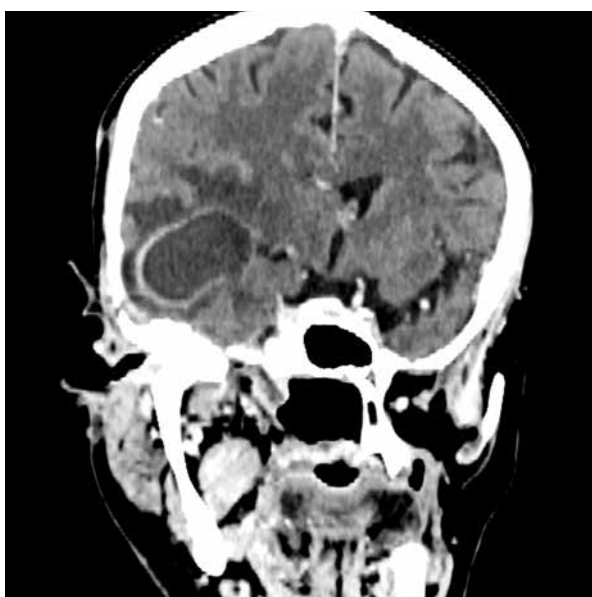


Rycina 1. Guz szyi, strona prawa – usznopochodny ropień Bezolda

W wywiadzie od 2 miesięcy narastający guz szyi po stronie prawej zlokalizowany wzdłuż 1/2 górnej części mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (ryc. 1). W badaniu laryngologicznym przedmiotowym stwierdzono bolesny palpacyjnie, nieprzesuwalny względem podłoża guz poniżej prawego wyrostka sutkowego. Otykologicznie: prawa błona bębenkowa cała, matowa, ślad treści ropnej – perforacji nie uwidocznił, lewa błona bębenkowa niezmiłniona. Próby stroikowe: Webera – centralnie,



Rycina 2. Tomografia komputerowa tkanek miękkich szyi: ropień w obrębie prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego



Rycina 3. Tomografia komputerowa głowy: ropień prawego płata skroniowego mózgu



Rycina 4. Tomografia komputerowa głowy: destrukcja komórek wyrostka sutkowego



Rinnego – ujemna dla ucha prawego, dodatnia dla ucha lewego. Nos, gardło i krtań były niezmiennione.

W trybie pilnym wykonano tomografię komputerową głowy i szyi z podaniem środka kontrastowego (ryc. 2–4).

Opis badania: „destrukcja komórek wyrostka sutkowatego z ubytkiem kostnym 5 mm – od tego miejsca ku dołowi w obrębie m-o-s rozległy ropień o wymiarach poprzecznych 32 × 26 mm i wysokości 82 mm. Uwaga: w prawym płacie skroniowym obrączkowato wzmacniająca się zmiana o wymiarach poprzecznych 40 × 31 mm i wysokości 35 mm o charakterze ropnia. W przyległej istocie białej rozległy hipodensyjny, palczasty obrzęk. Na oknie kostnym po stronie prawej: ubytek kostny 5 mm górnej krawędzi piramidy kości skroniowej, destrukcja komórek wyrostka sutkowatego z ubytkiem kostnym 5 mm – ucho środkowe częściowo bezpowietrzne, z pogrubiałą śluzówką. Wnioski: usznopochodny ropień prawego płata skroniowego”.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP) 53 mg/l, prokalcytonina – 0,1 ng/ml, białe krwinki (WBC) –  $12 \times 10^3/\mu\text{l}$ , OB – 81. Zlecono dożylnie podanie antybiotyku penetrującego do ośrodkowego układu nerwowego empirycznie.

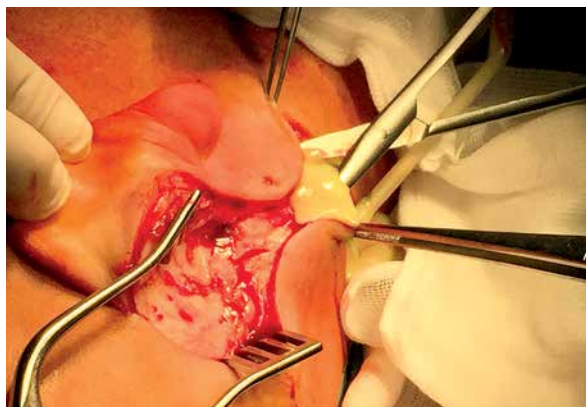
Ustalono rozpoznanie: utajone zapalenie wyrostka sutkowatego powikłane wytworzeniem ropnia Bezolda tkanek miękkich szyi i ropnia płata skroniowego mózgu. Wykluczono guz ślinianki przyusznej i guz nowotworowy szyi. Zaraz po przeprowadzeniu diagnostyki chorego przekazano na blok operacyjny i wykonano zabieg w znieczuleniu ogólnym. Przeprowadzono nacięcie i drenaż ropnia Bezolda, następnie antromastoidektomię prawostronną, a także nakłucie i drenaż ropnia płata skroniowego mózgu. Wykonano cięcie skóry okolicy zamięśniowej prawej przedłużonej na szyję wzdłuż mięśnia mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowatego. Rozcięto mięsień i zdrenowano 20 ml treści ropnej z patologicznego zbiornika. Antromastoidektomia prawostronna (przetoka na wyrostku sutkowatym), treść ropna w wyrostku sutkowatym i sadłowate masy ziarnicze, perlaka nie stwierdzono. Odślonięto szeroko oponę twardą środkowego dołu czaszki i zatokę esowatą – jej ściana była zmieniona zapalnie. Po nakłuciu stwierdzono treść płynną, krwistą. Pod kontrolą neuronawigacji poprzez wykonaną antromastoidektomię nakłuto i zdrenowano ropień płata skroniowego mózgu, uzyskując 15 ml treści ropnej – jamę ropnia wypełniono 5 ml roztworu penicyliny (100 tys. j.) (ryc. 5, 6).

Chorego po zabiegu wybudzono, był przytomny, bez ubytków neurologicznych. Dołączono leczenie przeciwobrzękowe. Posiewy bakteryjne treści uzyskanej z ropnia szyi i ropnia mózgu były jałowe – brak wzrostu bakterii można tłumaczyć wielodniową antybiotykoterapią przedoperacyjną. Badanie histopatologiczne tkanki pobranej z wyrostka sutkowatego

wykazało ziarninę zapalną. Siedem dni po leczeniu chirurgicznym wykonano kontrolne badanie metodą magnetycznego rezonansu jądrowego. Stwierdzono w nim obecność resztkowego ropnia prawego płata skroniowego mózgu, który nakłuto w znieczuleniu ogólnym, pod kontrolą neuronawigacji. Uzyskano 1,5 ml klarownego płynu. Chory w stanie ogólnym dobrym, zorientowany co do miejsca i czasu, bez ubytków neurologicznych został przekazany na oddział neurologii macierzystego szpitala w celu kontynuowania antybiotykoterapii przez następne 10 dni.

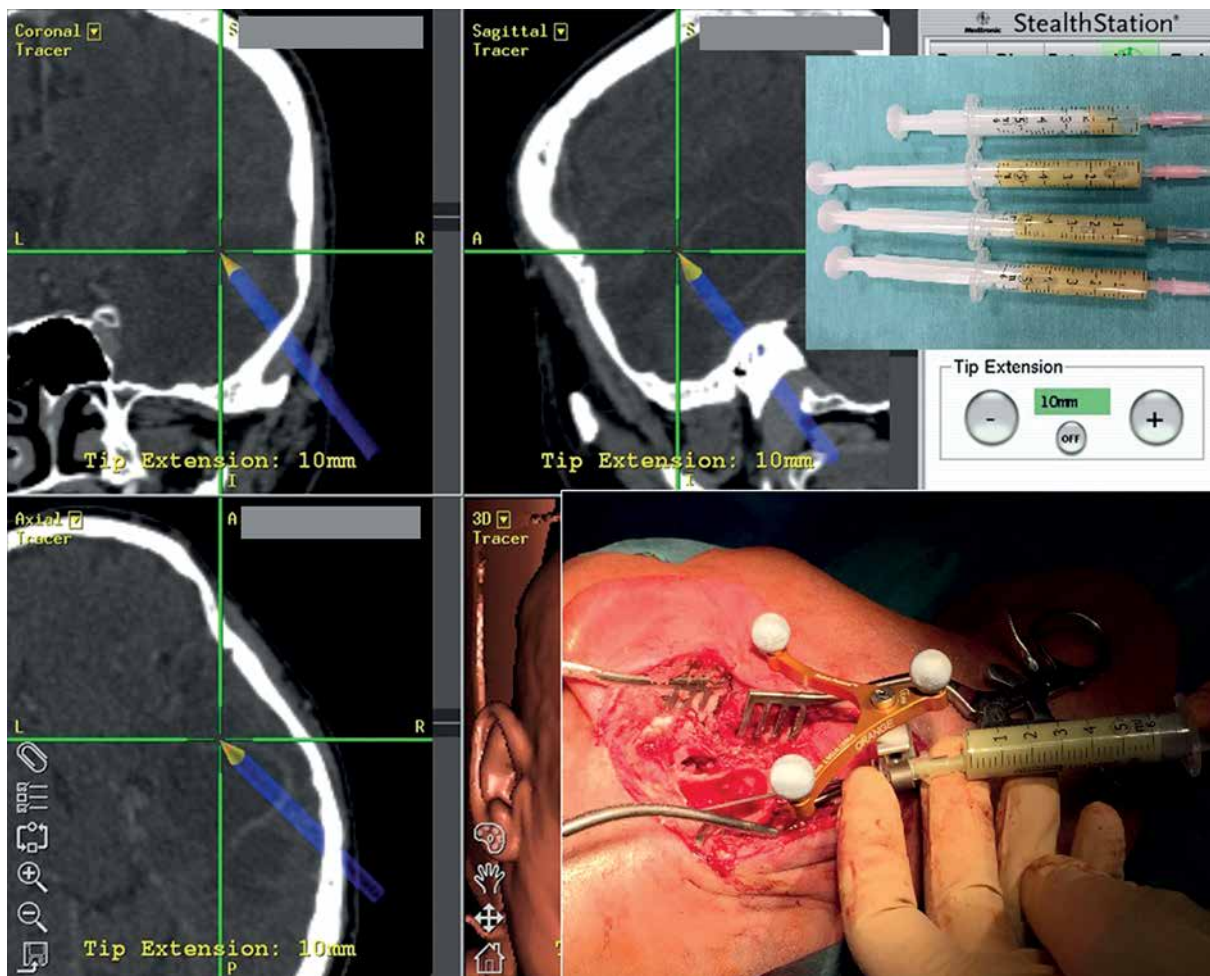
## Omówienie

Mimo stosowania coraz to nowszych generacji antybiotyków w leczeniu ostrych i przedłużających się zapaleń ucha środkowego u dzieci i dorosłych stale musimy się liczyć z występowaniem powikłań wewnątrzczaszkowych. Antybiotykoterapia w zakażeniach przestrzeni ucha środkowego nie rozwiązała całkowicie tego problemu [1]. Ostre zapalenie wyrostka sutkowatego występuje najczęściej u dzieci poniżej 2. roku życia, a niezwykle rzadko u pacjentów dorosłych. Leczenie antybiotykami ostrego zapalenia ucha środkowego może w niektórych przypadkach maskować objawy rozwijającego się powikłania usznopochodnego. Dodatkowo narastająca oporność na antybiotyki wśród wielu szczepów bakteryjnych przyczynia się do rozwoju tych powikłań. Przejście procesu ostrego w utajone zapalenie ucha środkowego może spowodować zablokowanie jamy sutkowej (antrum) przez obrzękniętą wysięwkę. Zaburzenie upowietrzenia i drenażu komórek wyrostka sutkowatego prowadzi do rozwoju infekcji w przestrzeniach wyrostka. Nieleczony proces zapalny rozprzestrzenia się na sąsiadujące z nim struktury. Zapalenie wyrostka sutkowatego z destrukcją kości i rozwijającymi się powikłaniami jest bezwzględnie wskazanym do leczenia operacyjnego. Wykonuje się szeroką antromastoidektomię z otwarciem komórek do



Rycina 5. Nacięcie i drenaż ropnia Bezolda tkanek głębokich szyi oraz antromastoidektomia prawostronna





Rycina 6. Nakłucie i drenaż ropnia płata skroniowego mózgu pod kontrolą neuronawigacji

szczytu wyrostka, która ma na celu całkowite usunięcie zmian zapalnych i zapewnienie szerokiego drenażu. Antybiotykoterapia empiryczna powinna uwzględniać fakt, że w większości są to zakażenia mieszane z obecnością bakterii tlenowych i beztlenowych. Podawanie dożylnie antybiotyków o szerokim spektrum działania powinno trwać 10–14 dni lub dłużej [2, 3]. Zapaleniu wyrostka sutkowatego w 10% przypadków mogą towarzyszyć powikłania wewnątrzczaszkowe. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zakrzepowe zapalenie zatoki esowatej występują częściej u dzieci. U dorosłych natomiast przeważają zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i ropnie mózgowia [1, 4, 5]. Od 2007 r. w leczeniu usznopochodnych ropni mózgowia stosuje się w Klinice metodę neuronawigacji. Umożliwia ona bardzo precyzyjną lokalizację ropnia i ewakuację treści za pomocą jednego nakłucia. Neuronawigacja jest szczególnie przydatna, gdy ropień jest oddalony od opo-

ny środkowego lub tylnego dołu czaszkowego. Leczenie usznopochodnych ropni płata skroniowego mózgu i mózdzku wykonuje się zawsze transmastoidalnie, tj. od strony jamy pooperacyjnej zza małżowiny usznej, która stanowi bliską drogę do ropnia usznopochodnego [1]. Mimo postępu w ostatnich latach w zakresie diagnostyki powikłań zewnątrz- i wewnątrzskroniowych oraz wewnątrzczaszkowych, udoskonalenia technik operacyjnych ropnych zapaleń ucha środkowego, stosowania nowej generacji antybiotyków, podniesienia kwalifikacji lekarzy specjalistów i lekarzy pierwszego kontaktu oraz większego zrozumienia wśród pacjentów potrzeby leczenia ropnych zapaleń ucha środkowego – wciąż stwierdzane są powikłania usznopochodne. Z tego powodu nadal aktualne jest stwierdzenie XIX-wiecznego irlandzkiego otiatry Williama Wilde'a: „jak długo trwa proces ropny w uchu środkowym, nigdy nie wiadomo, kiedy i czym on się zakończy” [1].



## Piśmiennictwo

1. Szyfter W, Kruk-Zagajewska A, Borucki Ł. Wyniki leczenia 101 usznopochodnych ropni mózgowia na przestrzeni 56 lat. *Otolaryngol Pol* 2011; 65: 88-96.
2. Krajewska A, Śmiechura M, Strużycka M i wsp. Ostre zapalenie wyrostka sutkowego powikłane ropniem podokostnowym u dzieci. *Otolaryngologia* 2012; 11: 22-6.
3. Palma S, Fiumana E, Borgonzoni M, et al. Acute mastoiditis in children: the "Ferrara" experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 1663-9.
4. Ghadersohi S, Young NM, Smith-Bronstein V, et al. Management of acute complicated mastoiditis at an urban, tertiary care pediatric hospital. *Laryngoscope* 2016; 31. doi: 10.1002/lary.26365 [Epub ahead of print].
5. Laulajainen Hongisto A, Jero J, Markkola A, et al. Severe acute otitis media and acute mastoiditis in adults. *J Int Adv Otol* 2016; 12: 224-30.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Andrzej Balcerowiak  
Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu  
ul. Przybyszewskiego 49  
60-355 Poznań  
tel.: +48 61 869 13 87  
e-mail: andrzejbalcerowiak@wp.pl

