

Ropień ślinianki przyusznej

Abscess of the parotid gland

Jagna Nyckowska, Piotr Chęciński, Ewa Osuch-Wójcikiewicz,
Antoni Bruzgielewicz, Paweł Szwedowicz, Oksana Wojas, Rafał Brzeziński

SUMMARY

Inflammatory processes developing in the region of parotid gland can be specific or non-specific. Non-specific inflammation of bacterial or viral origin, which almost always are secondary to inflammatory processes in the region of oral cavity and pharynx, can be caused by presence of sialoliths in parotid gland or in the excretory duct. In the paper we presented 11 patients treated for the reason of parotid gland abscesses. Etiology, the course of the disease, and the method of treatment were analyzed.

Hasła indeksowe: ropień ślinianki przyusznej

Key words: abscess parotid gland

Otolaryngol Pol 2009;
63 (2): 118-121

©by Towarzystwo

Otolaryngologów –
Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymano/Received:
20.11.2008

Zaakceptowano do
druku/Accepted:
02.01.2009

Katedra

i Klinika Otolaryngologii

Warszawskiego

Uniwersytetu

Medycznego

Kierownik: prof. dr

hab. n. med. Kazimierz

Niemczyk

Wkład pracy autorów/
Authors contribution:

według podanej kolejności

Konflikt interesu/
Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają

konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/
Address for

correspondence:

imię i nazwisko:

Jagna Nyckowska

adres pocztowy:

ul. Rolna 65

05-830 Kajetany

tel. 603 77 95 36

e-mail jagna1@tlen.pl

Wstęp

Ślinianki przyuszne należą do dużych, parzystych gruczołów ślinowych. Wytwarzają one ślinę, która przez przewód Stenona wydzielana jest do przedsonka jamy ustnej. Ślina działa ochronnie na błonę śluzową jamy ustnej i gardła, poprzez zawarte w niej immunoglobuliny i lizozym oraz oczyszcza ją mechanicznie. Dzięki nawilżeniu pokarmów ułatwia połykanie, a amylaza występująca w ślinie zapoczątkowuje trawienie węglowodanów. W ciągu doby wszystkie gruczoły ślinowe wytwarzają około półtora litra śliny.

Ropień w obrębie ślinianki przyusznej może rozwinąć się jako powikłanie stanu zapalnego, ale może również wystąpić w przebiegu guzów zarówno łagodnych, jak i złośliwych, a także w kamicy ślinianki.

Objawy chorobowe rozwijają się w podobnej do siebie sekwencji zdarzeń, różnica dotyczy czasu trwania. Początkowo pojawia się bolesne obrzmienie ślinianki z cechami stanu zapalnego. Ujście ślinianki jest obrzęknięte i zaczerwienione. Z przewodu wyprowadzającego może wydostawać się treść ropna. Następnie dołączają się objawy tworzącego się ropnia. W przypadku nacieku zapalnego zwaczy dochodzi do szczękocścisku. W diagnostyce ważne są badanie kliniczne, USG tradycyjne i dopplerowskie, tomografia komputerowa tradycyjna i spiralna, rezonans magnetyczny. Leczenie to intensywne antybiotykoterapia, najlepiej według antybiogramu oraz chirurgiczny drenaż ropnia. W przypadku kamicy usunięcie kamienia lub parotidektomia całkowita zachowawcza. W przypadku rozrostów nowotworowych usunięcie guza poprzez parotidectomię częściową zachowawczą bądź całkowitą zachowawczą lub radykalną, zależnie od oceny histopatologicznej i cech nacieczenia nerwu twarzowego.

Materiał i metoda

W latach 1998–2007 w Klinice Otolaryngologii WUM leczonych było 11 chorych z powodu ropni ślinianek

przyusznych, w tym 7 kobiet i 4 mężczyzn w wieku 24–92 lat (średnia wieku 63 lata). Przeanalizowano: przyczyny powstania ropnia, przebieg choroby, wyniki badań bakteriologicznych oraz badań obrazowych, sposób leczenia.

Wyniki

U 5 chorych ropień powstał jako powikłanie kamicy ślinianki (46%), u 3 chorych jako powikłanie złego stanu uzębienia i zapalenia błony śluzowej jamy ustnej (27%), u 3 chorych stwierdzono guz nowotworowy (27%): u 1 chorego guz łagodny (9%), u 2 chorych guz złośliwy (18%).

Objawy chorobowe rozwijały się 2–15 dni. U jednej chorej, która została przywieziona do naszego szpitala nieprzytomna jako NN ze względu na ciężki stan ogólny oraz brak danych z wywiadu nie było możliwe ustalenie przebiegu choroby. U 10 chorych najwcześniej wystąpiło powiększenie bądź obrzmienie ślinianki, w następnej kolejności: ból u 9 chorych, u 7 chorych zaczerwienienie skóry, u 1 chorego doszło do wytworzenia ropnej przetoki na skórze nad ropniem. Wszyscy chorzy mieli podwyższoną ciepłotę ciała. Czwerej chorzy byli leczeni z powodu cukrzycy, 2 osoby insuliną, 2 osoby doustnymi środkami przeciwcukrzycowymi. Nieprzytomna chora miała również bardzo wysokie wartości glikemii. Stwierdzono u niej niewydolność krążeniowo oddechową, znaczne odwodnienie, niedożywienie oraz ciężkie zapalenie płuc. Zmarła w drugim dniu hospitalizacji.

Objawy chorobowe u pozostałych chorych rozwijały się 2–15 dni. Były to: u 10 osób (100%) najwcześniej wystąpiło powiększenie, bądź obrzmienie ślinianki, w następnej kolejności ból u 9 chorych (90%), u 7 (70%) chorych zaczerwienienie skóry, u 1 chorego (10%) doszło do wytworzenia ropnej przetoki na skó-

rze nad ropniem. Wszyscy chorzy mieli podwyższoną ciepłotę ciała.

Czterej chorzy byli leczeni z powodu cukrzycy, 2 osoby insuliną, 2 osoby doustnymi środkami przeciwcukrzycowymi. Jeden pacjent spośród tych chorych miał stwierdzony kamień w mięszu ślinianki, doszło u niego do wytworzenia przetoki ropnej na skórze, chory ten był diabetikiem insulinozależnym. Jeden pacjent z ropniem, u którego stwierdzono guz Warthina, miał cukrzycę typu II.

W badaniach bakteriologicznych wymazów z ujścia naturalnego ślinianki (u 2 chorych), punktatów z jamy ropnia (u 8 chorych), bądź z treści sączącej się z przetoki (u 1 chorego) w 2 przypadkach uzyskano posiew jałowcy (18%), w 6 przypadkach wyhodowano *Staphylococcus aureus* (55%), w 3 przypadkach *Streptococcus pyogenes* (27%).

W diagnostyce obrazowej wszyscy chorzy mieli wykonane USG w którym rozpoznano ropień ślinianki przyusznej, u 3 chorych oprócz ropnia stwierdzono guz ślinianki. Badanie TK wykonano u 9 chorych. We wszystkich przypadkach badanie potwierdziło występowanie ropnia ślinianki oraz w trzech przypadkach guzy (w jednym zmianę torbielowato-litą dobrze odgraniczoną od otoczenia, w dwóch przypadkach zmiany naciekające o nierównych powierzchniach z powiększonymi węzłami chłonnymi).

U 2 chorych nie wykonano drenażu ropnia ze względu na brak zgody na leczenie chirurgiczne w 1 przypadku oraz konieczność odstąpienia od leczenia chirurgicznego ze względu na ciężki stan ogólny (chorzy leczeni w klinice internistycznej). U 3 chorych, u których w badaniu TK uwidocznił się guz ślinianki, po leczeniu przeciwpalnym zastosowano leczenie chirurgiczne – usunięcie ślinianki wraz z guzem. U chorych, u których stwierdzono kamień ślinianki, w 3 przypadkach wykonano parotidektomię, a w 2 przypadkach usunięto kamień z przewodu wyprowadzającego ślinianki przyusznej z dojścia od strony jamy ustnej.

Przedstawieni chorzy mieli wdrożone leczenie od razu w postaci antybiotykoterapii – cefuroksym z metronidazolem. W 9 przypadkach dodatnich posiewów wybór antybiotyków został potwierdzony w antybiogramie. 8 chorych miało wykonany drenaż ropnia, 1 chory, który miał przetokę na skórze nad ropniem, miał założony dren przez miejsce przetoki. Wszyscy chorzy mieli płukane jamy ropni 2 x dziennie 0,9% NaCl i rozcieńczoną wodą utlenioną. Po 5 dniach u 3 chorych nie uzyskano treści ropnej podczas płukania, u 4 chorych taki efekt uzyskano po 7 dniach, u 1 chorego płukanie trzeba było kontynuować przez 9 dni, a u 1 chorego przez 10 dni. U 2 chorych nie wykonano drenażu ropnia ze względu na brak zgody na leczenie chirurgiczne w 1 przypadku bądź konieczność odstąpienia od leczenia chirurgicznego ze względu na ciężki stan ogólny (chorzy leczeni w klinice internistycznej).

U 3 chorych, u których w badaniu USG i TK uwidocznił się guz ślinianki, po leczeniu przeciwpalnym zastosowano leczenie chirurgiczne – usunięcie ślinianki wraz z guzem z zachowaniem nerwu twarzewego i usunięcie układu chłonnego szyi metodą Jawdyńskiego Crile'a u chorych z rozpoznaniem nowotworem złośliwym (1 przypadek *carcinoma planoepitheliale*, 1 przypadek *carcinoma adenoides cysticum*), natomiast w przypadku guza łagodnego (1 przypadek – gruczolak limfatyczny) usunięto płat powierzchniowy ślinianki przyusznej z zachowaniem nerwu twarzewego. U chorych tych zastosowano uzupełniającą radioterapię. Chorzy ci obecnie nie wykazują cech wznowy (9 lat i 7 lat). U chorych, u których stwierdzono kamień ślinianki, w 3 przypadkach wykonano parotidektomię całkowitą z zachowaniem nerwu twarzewego, a w 2 przypadkach usunięto kamień z przewodu wyprowadzającego ślinianki przyusznej. Po operacjach całkowitego usunięcia ślinianki przyusznej u 2 chorych wystąpił niewielki niedowład nerwu twarzewego, który ustąpił u 1 chorego po 2 tygodniach, u 1 chorego po 4 tygodniach. Po operacjach częściowych ślinianki przyusznej u żadnego chorego nie stwierdzono niedowładu nerwu.

Omówienie

Stany zapalne z wytworzeniem ropnia w obrębie ślinianki przyusznej najczęściej występują w 6 i 7 dekadzie życia. W naszym materiale średnia wieku chorych wyniosła 63 lata. Mogą one mieć charakter pierwotny: ostry i przewlekły oraz wtórny w przebiegu chorób wirusowych (świnka, zakażenie wirusem Cytomegalii, AIDS), chorób ziarniniakowych (gruźlica, promienica, choroba kociego pazura, toksoplazmoza, sarkoidoza), kamicy ślinianek. W literaturze podkreślane jest to, że niektóre czynniki chemiczne, fizyczne i psychiczne mają wpływ na ilość i skład wydzielanej śliny, a co za tym idzie mogą prowadzić do zaburzeń skutkujących stanem zapalnym zarówno błony śluzowej jamy ustnej i gardła jak również zmianami zapalnymi w obrębie gruczołów ślinowych. Zakażenie w stanach zapalnych na ogół występuje poprzez przewód wyprowadzający ślinianki przyusznej. Niektórzy autorzy uważają, że ostre bakteryjne zapalenie ślinianek przyusznych występuje częściej niż ostre bakteryjne zapalenie innych gruczołów ślinowych na skutek braku mucynazy zawierającej czynnik bakteriostatyczny w ślinie produkowanej przez przyuszną. Ostre bakteryjne zapalenie ślinianki występuje głównie u osób w złym stanie ogólnym, przy spadkach odporności (w trakcie chorób ogólnych zmniejszających prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego, a także podczas chemio- i radioterapii), w stanach odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych prowadzących do zmian prawidłowego składu ilościowego i jakościowego śliny (zwłaszcza chorzy w wieku podeszłym, niedożywieni,

ze złym stanem uzębienia, chorzy z zaburzeniami funkcjonowania nerek, diabetycy).

W przebiegu gruźlicy w mięszu czy raczej w węzłach wewnątrzśliniankowych tworzą się rozsiane ropnie. W promienicy ropień na ogół tworzy się w obrębie płata głębokiego szerząc się na tkanki otaczające (żwacze, przestrzeń przygardłową). W toksoplazmozie i chorobie kociego pazura zmiany zapalne i martwicze występują w obrębie węzłów chłonnych wewnątrz i okołosliniankowych prowadząc do powstania ropni. Wśród naszych pacjentów nie było chorych z chorobami swoistymi. Natomiast u 3 chorych jako powikłanie złego stanu uzębienia i zapalenia błony śluzowej jamy ustnej (27%), jedna osoba, u której doszło do powstania ropnia na skutek stanu zapalnego ślinianki i błony śluzowej jamy ustnej, miała zęby próchnicze, była pracownicą schroniska dla zwierząt, 2 chore oprócz bardzo złego stanu jamy ustnej były bardzo odwodnione, niedożywione, miały znaczne zaburzenia elektrolitowe.

Do tworzenia kamieni w obrębie ślinianek dochodzi na skutek zaburzeń elektrolitowych w składzie śliny bądź zmian prowadzących do utrudnienia odpływu śliny ze ślinianek. Kamica w obrębie ślinianek przyusznych stanowi 6% kamicy gruczołów ślinowych [7]. Zakażenie ślinianki na skutek zalegającej śliny może doprowadzić do powstania ropnia. W naszym materiale stwierdzono, że u 5 chorych (46%) ropień powstał jako powikłanie kamicy ślinianki.

Ropnie przy chorobach rozrostowych dużych gruczołów ślinowych mogą być spowodowane zakażeniem na skutek zalegającej śliny poprzez ucisk skutkujący utrudnieniem odpływu śliny, a także mogą powstać bezpośrednio w obrębie samych guzów, zwłaszcza tych, w których występują przestrzenie torbielowate wypełnione śluzem. Nawracające ropnie ślinianki mogą utrudnić rozpoznanie guza nowotworowego. Wśród naszych chorych, u 3 stwierdzono obecność guza nowotworowego (27%) u 1 chorego guz łagodny, u 2 chorych guz złośliwy. Wyniki te są przybliżone do podawanych w literaturze [3, 5-7].

Jeżeli ropień dotyczy części powierzchniowej, w badaniu palpacyjnym można stwierdzić objawy chełbotania, natomiast przy głębszym położeniu ropnia objaw ten może nie wystąpić. W razie braku leczenia lub nieskuteczności leczenia może dojść do samoistnego zdrenowania ropnia przez ujście naturalne, przetokę na skórze, do przewodu słuchowego zewnętrznego przez wcięcie Santoriniego [7], natomiast przy położeniu ropnia w obrębie płata głębokiego do przestrzeni przygardłowej. U naszych chorych ropnie rozwinęły się w obrębie części powierzchniowej ślinianki, w związku z tym nie sprawiały trudności diagnostycznych i tylko w jednym przypadku doszło do wytworzenia przetoki skórnej a w 2 przypadkach ropień drenował się przez ujście naturalne.

W posiewach najczęstszym czynnikiem etiologicznym są: *Staphylococcus aureus* oraz *Streptococcus pyogenes* i *viridans*. W literaturze są również pojedyncze doniesienia o ropniu ślinianki w przebiegu zakażenia *Candida albicans* [3]. Również wśród naszych pacjentów najczęściej hodowaną bakterią był *Staphylococcus aureus* i *Streptococcus pyogenes*.

Badanie ultrasonograficzne z zastosowaniem technik dopplerowskich daje obecnie duże możliwości diagnostyczne, zajmując pierwsze miejsce wśród technik obrazowych stosowanych w chorobach ślinianek, ograniczając wykonywanie badań droższych, trudniej dostępnych i nieopozbawionych czynników szkodliwych. Do wykonywania USG wykorzystywana jest głowica liniowa o częstotliwości 7–10 MHz, chory układany jest w pozycji na plecach z głową odwróconą w stronę przeciwną do badanej. Głowicę ustawia się podłużnie i poprzecznie. Wykorzystanie obrazowania dopplerowskiego pozwala na ocenę zarówno zmian patologicznych, jak również ich unaczynienia. W diagnostyce guzów technikę tę stosuje się do monitorowania miejsca biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, określenia morfologii guza oraz do oceny naczyń żylnych i tętniczych, ewentualnego ucisku lub nacieczenia. W diagnostyce kamicy czy też zapalenia ślinianki USG może być uzupełniane zdjęciem pantomograficznym lub zdjęciem zgrzyzowym dna jamy ustnej w celu oceny uzębienia, obecności cieniujących kamieni lub ciał obcych [2]. W przypadku diagnostyki ropni ślinianki przyusznej nie zawsze można jednoznacznie odróżnić nacieki zapalne od ropni, zwłaszcza przy głębokim usytuowaniu zmian. Czułość metody dopplerowskiej, stosowanej do uwidocznienia przepływu, maleje wraz ze zwiększeniem odległości od głowicy, w związku z tym w głębiej położonym nacieku zapalnym można nie uwidocznić przepływu krwi w naczyniach widocznych w obrębie nacieku. Natomiast ropnie z gęstym płynem w środku w obrazie USG dają obraz zmiany litej o niejednorodnej echogeniczności, zatartych i nieostrych granicach. Uwidocznienie przemieszczania gęstej zawartości i brak cech przepływu krwi sugeruje, że jest to ropień. Jednocześnie obecność na obwodzie tkanki litej z naczyniami krwionośnymi może świadczyć o nacieku zapalnym, ale może być naciekiem nowotworowym. W takich przypadkach konieczna jest dalsza diagnostyka: BAC, TK, MRI [1]. W naszym materiale ropnie we wszystkich przypadkach dotyczyły płata powierzchniowego, nie spowodowały w związku z tym nieprawidłowych ocen w USG. Do oceny chorób ślinianek przyusznych niezwykle przydatna jest spiralna tomografia komputerowa z obrazowaniem 3D. Pozwala ocenić zniszczenia kostne, stosunek guzów do przebiegu nerwu twarzowego, szerzenia się guza w obrębie tkanek miękkich. Natomiast projekcja po podaniu kontrastu pozwala ocenić unaczynienie zmian, identyfikację naczyń, obecność ognisk martwicy oraz powiększonych węzłów chłonnych. Rezo-

nans magnetyczny lepiej ocenia nawet małe ogniska hipotensyjne. Badanie standardowe przeprowadza się w czasie T1- i T2-zależnym z sekwencją T1-SE i T2-SE. Zastosowanie badań z użyciem środków cieniujących paramagnetycznych najlepiej obrazuje guzy w sekwencji T1-SE lub T2-GE umożliwiając ocenę granic guza i martwicy oraz obrzęku okołonowotworowego. W naszym materiale badania TK w przypadku zarówno guza łagodnego, jak i nowotworów złośliwych określiły zgodny obraz z oceną śródoperacyjną. MRI należy wykonać gdy ocena TK przy ropniu ślinianki występującym w guzie jest niezadowolająca (różnicowanie guza z tkankami otaczającymi artefakty powstałe na skutek wypełnień amalgamatowych). U naszych chorych nie przeprowadzano MRI, ponieważ badanie ultrasonograficzne w połączeniu w 9 przypadkach z tomografią komputerową było wystarczające do wyboru i zastosowania prawidłowego leczenia.

Według Kishori, połączenie TK i pantomogramu jest najskuteczniejsze w diagnostyce ropni ślinianek przyusznych [6]. Sialografia obecnie jest stosowana niezwykle rzadko ze względu na inwazyjność oraz niewielkie wartości diagnostyczne. Badania scyntygraficzne ślinianek pozwalają ocenić wydzielanie śliny za pomocą krzywych sialograficznych, w związku z tym mogą być wykorzystane do diagnostyki stanów zapalnych ślinianek, zablokowania przewodów wyprowadzających, zespołu Sjögrena [4]. Nie wykonywaliśmy u naszych chorych badania pantomograficznego oraz scyntygraficznego jak również sialografii.

Leczenie ropni ślinianek przyusznych powinno być wdrożone jak najszybciej ze względu na możliwość szerzenia się procesu zapalnego, zwłaszcza na przestrzeń przygardłową w przypadku ropni płata głębokiego, a stamtąd do wnętrza czaszki albo do śródpiersia [6].

Antybiotykoterapia i drenaż ropnia to leczenie w stanie ostrym oraz leczenie przyczyny, która doprowadziła do powstania ropnia: leczenie stomatologiczne, usunięcie kamienia z przewodu wyprowadzającego ślinianki. Natomiast parotidektomia częściowa, a w niektórych przypadkach całkowita zachowawcza, winny być zastosowane po wyleczeniu ostrego stanu zapalnego [5].

Podsumowanie

1. W każdym przypadku wystąpienia ropnia ślinianki przyusznej należy dążyć do stwierdzenia przyczyny choroby.

2. W niektórych przypadkach ostry stan zapalny może maskować rozwój nowotworu złośliwego w obrębie przyuszniczy.

PIŚMIENNICTWO

1. Białek E i in. Badanie ultrasonograficzne w diagnostyce chorób ślinianek. *Mag Otolaryngol* 2003; 6: 34-41.
2. Cieślak-Wilk G. Gruczoły ślinowe. *Radiologia diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna*. B Pruszyński (red.). PZWL 2003; 137-141.
3. Even-Tov E. i in. Candida parotitis with abscess formation. *Acta Oto-Laryngologica*, 2006; 126: 334-336.
4. Graban W i in. Diagnostyka układu pokarmowego. *Radiologia diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna*. B Pruszyński (red.). PZWL 2003; 519.
5. Graham SM. i in. Intra-operative ultrasound – guided drainage of parotid abscess. *J Laryngol Otolaryngol* 1998; 112: 1098.
6. Kishori R. i in. Radiology in Focus Unusual complication of parotid abscess. *J Laryngol Otolaryngol* 2004; 118: 388-390.
7. Przewoźny T. i in. Kamica ślinianki przyusznej. *Otolaryngol Pol* 2004; 58: 785.