

617.52/.53-005.98-002

**PŘÍSPĚVEK K ZÁNĚTLIVÝM OTOKŮM OBLIČEJE A KRKU
(ANGINA LUDOVICI)**

Plk. MUDr. Miloš FIALA

Oddělení pro nemoci nosní, krční a ušní vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: plk. MUDr. Miloš Fiala)

Úzká spolupráce se stomatologickým oddělením, kterému hospitalizujeme v posledních 5 letech nemocné, nás přivádí k tomu, že vyšetřujeme a podílíme se na léčení uvedených odontogenních afekcích.

Vlastní pozorování**Skladba nemocných**

Od poloviny r. 1979 do poloviny r. 1984 jsme hospitalizovali 63 nemocných se zánětlivými

otoky obličeje a krku. Z uvedených šlo 17krát o onemocnění vycházející od zubů horní čelisti, 46krát bylo ohnisko v dolní čelisti. Toto rozdělení odpovídá zkušenostem, že horní čelist je odolnější prostupu infekce kostí.

Diagnostika

Stanovení ohniska infekce není vždy jednoduché, protože orofaciální patologie obsahuje v těsné blízkosti sféru otolaryngologickou a stomatologickou (1, 3, 15).

Tab. 1
Odontogenní příčina zánětlivého zduření obličeje a krku

	Horní čelist	Dolní čelist
1. Dentitio difficilis	1	8
2. Periostitis	7	4
3. Flegmóna tváře	1	–
4. Absces tváře	2	–
5. Absces subperiostální	3	–
6. Absces perimandibulární	–	5
7. Absces perimaxilární	3	–
8. Absces submentální	–	2
9. Zánět submandibulární	–	8 1krát Z
10. Flegmóna submandibulární s propagací (A. Ludovici)	–	1 1krát Z
11. Absces submandibulární	–	15 2krát Z
12. Flegmóna báze bez propa- gace	–	3
	17	46

Poznámka: Nemocní, u kterých byla(y) provedena(y) zevní incize (Z).

Nemocní nepřicházeli vždy s diagnózou (dg.) vystihující etiologii onemocnění. Ani naše příjmací dg. se někdy nekryla s konečnou. Flegmóna tváře, kde byl v nepřítomnosti starších stomatologů opakovaně vyloučen dentální původ a kde jsme našli incizí v řase bukogingivální hnis, byla při operaci započatá jako op. sec. Caldwell-Luc prokázána dentální cysta bez souvislosti s čelistní dutinou. U nemocného, kterého jsme přijali jako pozdní komplikace po op. sec. CL. s otokem tváře, se naopak prokázala periostitida 4–5]. Sběhlý submandibulární absces jsme přijali jako sialolithiasis. Nejčastější naše nesprávná dg. byla abscessus či phlegmona paratonsillaris, lymphadenitis submandibularis, a to při šíření onemocnění zadních molárů dolní čelisti do paratonsilárního a submandibulárního prostoru.

Antibioticko-chirurgická (AB) léčba

AB léčba byla téměř vždy zahajována PNC, většinou již u útvaru, někdy i STM bez kultivace. Tato byla ponechávána při zlepšujícím se

klinickém stavu i při negativní kultivaci. Při stavu zhoršujícím se a vzbuzujícím obavy byl podáván u 3 nemocných Dalacin, 1krát Linkomycin s Biseptolem, 2krát Gentamycin, 1krát PNC krystal 20 mil. j. v infúzích denně.

Extrakce a zákroky v lůžku stačily k vyléčení u 18 nemocných, incize a drenáž dutiny ústní u 45, zevní a vnitřní incize u 2, toliko zevní incize rovněž u 2 nemocných. U těchto šlo o závažné abscesy podčelistní krajiny po extrakci zubu dolní čelisti s kontrakturou takového stupně, že intraorální zákroky byly vyloučeny.

O nemocném s Anginou Ludovici (dále pouze AL), který budil naše největší obavy, uvedeme pár slov.

Desátník absolvent H. V., číslo chorobopisu 537/84, byl dovezen stomatologem útvaru několik dní po extrakci moláru dolní čelisti s tvrdým otokem pravé podčelistní krajiny, lehce prosáklou spodinou ústní téže strany, těžce celkově alterován s horečkou. Ústavní stomatolog incidoval intraorálně při čelisti, našel kapku hnisu. Do druhého dne nastal prudký obrát k horšímu. Jazyk elevován k patru, spodina ústní flegmonózní v celém rozsahu, prknovité zduření obou podčelistních krajin, teplota 39 °C. Provedeny 3 incize v dutině ústní, vpravo vytéká řídká sekrece a vločky hnisu. Ve střední čáře a vlevo bez sekrece. V dalším ihned incize zevně na krku 2 cm pod dolním okrajem mandibuly v místním umrtvení, proniknuto tupě peanem do hloubky 5–6 cm. Vpravo řídká sekrece s bublinkami plynu, vlevo sekrece s hnisem podobně jak bylo v ústech. V dalším 2krát denně převazy, výplachy persterilem, trubkové drény. Další den přidána zevní incize vertikálně ve střední čáře krku, objevena další kapsa hnisu, drény protaženy skrz naskrz. V průběhu docházelo k edému laryngu, zatahování při dýchání, pac. asi hodinu amentní. Kyslíkem intranazálně krize překonána. Laryngoskopické vyšetření bylo pro nález v ústech vyloučeno, endolaryngeální intubaci náčelník ARA odmítl.

Aerobní i anaerobní kultivace: viridující koky. Pro podezření na anaerobní infekci byl léčen Dalacinem na počátku v maximálních dávkách, Gentamycinem a PNC krystalem 20 mil. j. v infúzích denně. Všechna AB 14 dní. V dalším zajištěn podáváním glukózy, inzulinu, vitamíny. To již byl pro nutnost intenzivní léčby na JIP interního oddělení. Zjištěno přechodné poškození jater, FW: 30/50, 62/88, 31/75.

Leukogram: seg 0,66, tyč 0,02, mmy 0,01, my 0,03, Eo 0,03, Mo 0,05, Ly 0,18, PLB 0,02, toxické granulace.

Projevy sepse a flegmóna krku po 3 dnech ustoupily, několik dní trvala slinná píštěl po incizích na krku, i tato se uzavřela. Spodina ústní mocně zjizvena, zatvrdlá a semiretence slin budila podezření na možnost vzniku nových abscesů. Proto přeložen na otorinolaryngologické oddělení ÚVN Praha. Hospitalizace u nás: 13 dní.

Diskuse

Wilhelm von Ludwig (1790—1865), profesor chirurgie v Tübingenu, popsal klinický obraz charakterizovaný tuhým otokem submandibulárních prostorů, spojených se zánětlivým otokem ústní spodiny. Kombinace cervikálních a intraorálních příznaků vytváří charakteristický obraz této léze.

AL není samostatnou nozologickou jednotkou, nýbrž jde o difúzní zánět sublinguálních a submandibulárních spací, přecházející často do prostoru parafaryngeálního, eventuálně dalších prostorů. Kolaterální edém hrtanu, mající za následek sufokaci, dal podklad pro označení „škrtící, rdousící chorobu“ — angínu.

Hnisavá, smíšená, především anaerobní infekce vniká do tkání drobnými slizničními oděrkami z lymfatických uzlin, zánětů slinných žláz a jejich vývodů, z jazykové mandle a vykotlaných zubů a rychle se šíří per kontinuitatem ve volném pojivu ústní spodiny, kde jsou prostory submentální a submandibulární pod m. mylohydeus a sublinguální nad ním. Krom toho se může infekce šířit do několika spací současně.

Diagnostika: AL je některými dosud užívána (2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 20), jinými je považována za anachronismus (1, 4, 5, 13, 14, 19, 21, 22) a tito dávají přednost specifikaci flegmóno postižených lokalizací.

V písemnictví jsme našli 4 stanoviska, dle kterých je užívána dg. AL. Citujeme vždy starší i současné autory:

1. Flegmóna ústní spodiny primárně vzniklá. Hlaváček 1948, Jirásek 1950 (7): „AL je zánětlivé onemocnění ústní spodiny, které často končí exitem“. Janke 1977 (6) označuje AL jako flegmónu báze s tromboflebitidou, jeví se prknavitým zduřením, na kterém se charakteristickým způsobem podílí jazyk.
2. Tatáž jako 1), ale teprve s postupem směrem distálním. Pelnář 1946 (12): „Hnisavý zánět v podslizničním řídkém vazivu se snadno rozmáhá a šíří a může ohrozit život, když se rozšíří na krk a do mediastina jako tzv. AL.“ Moser 1971 (8): „Jestliže se flegmóna ústní spodiny přidruží absces slinných žláz nebo podčelistních uzlin, máme před sebou obraz AL.“
3. Flegmóna ústní spodiny sekundárně vzniklá vzestupem z nižších lokalizací. Wessely 1944 (20): „Jde o hlubokou flegmónu na vnitřní straně podčelistní slinné žlázy, kde v lehkých případech dochází ke tvorbě abscesu, v těžkých flegmóna klesá do mediastina a do krajiny velkých cév. Současně dochází k zánětlivému zduření ústní spodiny.“ Tichý 1983 (18): „Dnes se soudí, že komplikace vychází z abscesu lymfatických uzlin v okolí gl. submandibularis nebo ze zubního onemocnění. Absces se propaguje do spodiny ústní a tak vzniká AL.“

4. Tatáž, vznikající sestupem z vyšších lokalizací. Tichý 1983 (18): „Řídkou komplikací parafaryngické a retrofaryngické flegmóny a abscesů při přestupu zánětu do hlubokých krčních fascií je AL.“

Podobně označuje za AL flegmónu báze vzniklou při peritonizilárním abscesu Netoušek 1949 (9). Wiškovský 1950 (21), Hybášek 1966 (4, 5), Seifert 1953 (14) a jiní u flegmóny spodiny ústní o AL nemluví. První učebnice Přecechtěl a kol. se z pera Ningra (11) ještě o AL zmiňuje; Přecechtěl sám dg. AL neužívá, neuvádí ani dg. flegmóna ústní spodiny právě tak jako Sedláček, Eckert-Möbius 1964 a další.

Podle uvedeného máme za to, že je možno dg. AL použít pro těžkou formu flegmóny spodiny ústní a dalších spací hroící propagací, sepsí, sufokací, a to bez ohledu na to, kde flegmóna vznikla.

Jde o onemocnění, které bylo v předantibiotické éře nepochybně častější. Kotyza (12) v materiálech Přecechtělovy kliniky v r. 1931 uveřejnil zkušenosti s léčbou 83 nemocných, kdy 55,5 % AL vycházelo z jazyka, 25 % z chrupu, 13 % ze slinných žláz, 3 % z traumatu, v 5 % se ložisko nedalo určit. Z uvedených 3 zemřeli, u jednoho přešel proces do mediastina.

Šlo převážně o streptokokovou infekci, která je antibiotiky rázně potlačována, dnes jde na prvním místě o anaerobní infekci. Nebezpečí mediastinitidy není nikterak odstraněno. Viděli jsme kolární mediastinotomii pro komplikace po extrakci zubu v r. 1956 na ORL klinice v Hradci Králové (Černý).

V témže roce přednášel své zkušenosti z našeho oddělení Flax (2). Měl na 10 000 nemocných, tj. přibližně za 10 let, 15krát (0,15 %) AL. V 11 případech šlo o infekci odontogenní, 2krát při furunkuloze, 2krát při sialolithiase podčelistních slinných žláz. Až na 1 případ vystačil s intraorálními incizemi. Podle toho se nám zdá, že šlo o nemocné, pro které jsme v naší sestavě použili jiné diagnózy, především asi flegmóna báze bez propagace.

V tomto sdělení jsme měli 1krát AL (0,02 %) na 5000 nemocných. Intraorální incize, drenáže a AB, jakož stomatologické ošetření až po extrakci zubu stačily v 93,3 % k vyhojení zánětlivých otoků obličeje a krku. I lehké flegmóny spodiny ústní se dají léčit chirurgicky (14) intraorální incizí, avšak při přestupu flegmóny do submandibulárního prostoru nebo při kontraktuře znemožňující intraorální vyšetření, natož výkon, jsou zevní incize a drenáže nezbytné. Někteří dávají zevním incizím přednost zásadně pro lepší manipulační možnosti a stavění případného krvácení. Zárok se provádí v celkové nebo místní anestézii, kdy inhalace je pro trizmus obtížná. Musela by totiž být provedena nosem a zavedení do dýchacích cest naslepo.

Incize je třeba provádět i když není hmatná fluktuace (14), na tvorbu abscesu nelze čekat. Převazy a bedlivé posuzování místního nálezu

je nutno provádět 2krát denně, aby při postupu flegmóny se nepropásl čas k další chirurgické intervenci. Vždy je nutno AB léčbu chápat jako důležitou součást léčby, která však sama o sobě není s to postupující flegmónu vyléčit. Uvádí se, že v některých případech je nutno i v tomto stavu provést extirpaci podčelistní slinné žlázy a uzlin. Výkon je v případě nutnosti možno provést i oboustranně.

Kultivace sekretů nám pravidelně nepodávála uspokojivé výsledky. U nejtěžších nemocných jsme obdrželi nález: viridující koky, a to u aerobní a anaerobní kultivace. Hemokultury odebrané při T-39 byly negativní. Vysvětlení nám bylo podáváno v tom smyslu, že nasazení účinných AB při obavách z prodlení mělo za následek nemožnost zjištění patogenní flóry. Leukogram s nevelkou leukocytózou, posunem doleva a toxickými granulacemi odpovídal nálezům Chládkovým u flegmón vyvolaných anaeroby (17).

AB u sepsí je nutno při příznivém průběhu podávat nejméně 14 dní. Jinde se doporučuje 3–4 týdny. Péče o celkový metabolismus a neustálá infúzní léčba je nejlépe zajištěna na JIP interního oddělení, protože intenzivní péče se vymyká možnostem běžně dotovaného, středně velkého otolaryngologického oddělení.

Za diskusi stojí ještě problematika obkladů v akutním stadiu. U našich nemocných jsme používali ledové obklady ve snaze zabránit dalšímu postupu infekce, jinde se uvádí naopak podávání teplých obkladů za účelem rychlejší kolikvace a tvorby abscesů, protože zrání flegmóny trvá někdy až 7–10 dní. Také se doporučovalo protizánětlivé rtg ozařování a antigangrenózní sérum, čehož jsme neužili.

Souhrn

Na otolaryngologickém oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích hospitalizovali v r. 1979–1984 63 nemocných s odontogenními zánětlivými otoky obličeje a krku. U nemocných s ohniskem v dolní čelisti bylo nutno vedle antibiotické léčby v 18,4 % provádět zevní incize krku s dilatacemi, drenáží.

Pojednáno o nejvážnějším nemocném s flegmónou spodiny ústní a dalších spacií, edémem hrtanu a sepsí. Konfrontovány názory na diagnózu Anginy Ludovici starších a dnešních autorů.

Literatura

1. ECKERT-MÖBIUS, A.: Lehrbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Leipzig, Tieme 1964.
2. FLAX, J.: Angina Ludovici. Přednáška pro celoarmádní shromáždění ORL. České Budějovice 1956.
3. HOŘEJŠ, J. aj.: Bolest v oblasti obličeje. Praha, Avicenum 1970.
4. HYBÁSEK J.: Otolaryngologie. Praha, Avicenum 1966.
5. HYBÁSEK, J.: X. Flegmóna spodiny ústní. In: Otolaryngologie. Čeští a slovenští otolaryngologové, redakce Přecechtěl, A. Praha, SZN, 1953, s. 173.
6. JANKE, V.: Krankheiten der Zunge. Stuttgart, Thieme 1977.
7. JIRÁSEK, A. et al.: Speciální chirurgie. Praha, Avicenum 1950.
8. MOSER, F.: Die Krankheiten an Hals, Nase, Ohr und an den oberen Luft- und Speisewegen. Jena, Fischer 1971.
9. NETOUŠEK M.: Vnitřní lékařství. Praha, Grégr a syn 1949.
10. NEUWIRT, F.: Stomatologie. Praha, Avicenum 1952.
11. NINGER, F.: Laryngitis oedematosa. In: Otolaryngologie. Čeští a slovenští otolaryngologové, redakce Přecechtěl, A. Praha, SZN, 1953, s. 112.
12. PELNÁŘ, J.: Pathologie a terapie nemocí vnitřních. 2. vyd., Praha, Bursík a Kohout 1946.
13. Přecechtěl, A.: Základy otolaryngologie, Praha, Avicenum 1959.
14. SEIFERT, A.: Die Operationen an Nase, Mund und Hals. 4. vyd. Leipzig, Barth 1953.
15. SAZAMA, K.: Nemoci slinných žláz. Praha, Avicenum 1980.
16. SOVADINA, M. aj.: Lékařské repetitorium. Praha, Avicenum 1967.
17. ŠKERÍK, P.: Náhlé příhody a úrazy cest dýchacích a polykacích. Praha, Avicenum 1978.
18. TICHÝ, S.: Otorinolaryngologie. Praha, Avicenum 1983.
19. TOMAN, J.: Ústní a čelistní chirurgie. Praha, Avicenum 1976.
20. WESSELY, E.: Hals, Nasen, Ohrenheilkunde, 4. vyd. Berlin, Wien, Urban a Schwarzenberg 1941.
21. WIŠKOVSKÝ, B.: Onemocnění hrtanu. Stručná učebnice dětského lékařství. Praha, Zdrav. nakl. 1949.
22. ZEHRM, S.: Beziehungen der Mund-Zahn-Kiefer-Heilkunde zur Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. 2. vyd. Stuttgart, Thieme 1977.

Klíčová slova: Otoky obličeje a krku; Angina Ludovici.