

617.53:616.428-002.1-089.8

## CHIRURGICKÁ LÉČBA PERAKUTNÍCH ZÁNĚTŮ KRČNÍCH MÍZNÍCH UZLIN

Plk. MUDr. Oldřich TOBRMAN, pplk. MUDr. Michal MIKOLAJ  
Ústřední vojenská nemocnice, Praha  
(ředitel: plk. MUDr. Zdeněk Heinzl)  
Ušní, nosní a krční oddělení  
(primář: plk. doc. MUDr. Mojmir Zelený, CSc.)

Akutní záněty krčních uzlin jsou častým onemocněním dětí i dospělých. Vyznačují se různě velkým zduřením jedné nebo více uzlin na krku; bývá tužší konzistence a palpačně bolestivé. V dalším průběhu onemocnění může dojít ke zhnisání uzlin a jejich kolikvaci. Většinou jde o reakci uzlin na současně probíhající zánětlivá onemocnění mízního lltanového kruhu, horních dýchacích cest, vedlejších nosních dutin a jiné. Mnohdy však vstupní bránu infekce nenajdeme. Vyvolávajícím činitelem mohou být infekce virové, bakteriální nebo smíšené. Nejčastěji jsou to *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta haemolyticus* skupiny B, *Haemophilus influenzae* a jiné. Těžký průběh mohou vyvolat anaerobní infekce (Chládek, Veselý, Šíbl) a smíšené infekce (Đuriška a Letko).

Většina akutních lymfadenitid odezní po lokální a odpovídající celkové antibiotické léčbě. U zhnisaných uzlin s kolikvaci je nezbytná zevní incize s dostatečnou drenáží.

V některých případech dochází k perakutnímu průběhu tohoto onemocnění s rychle narůstajícím zduřením na krku, s výrazným zhoršováním celkového stavu nemocného a s možností vážných komplikací. Vyvíjející se zánětlivý edém hrtanu, přestup infekce na velké cévy s následkou sepsí nebo vzdálenějšími

hnisavými projevy bezprostředně ohrožují život nemocného i v dnešní době (např. Đuriška a Letko, Šlapák a spol. aj.). Zde nevystačíme s výše uvedenou léčbou a stav nemocného může zlepšit jedině radikální chirurgický postup.

Chceme referovat o 3 nemocných s perakutně probíhajícím zánětem krčních mízních uzlin, kteří byli hospitalizováni na ORL oddělení ÚVN Praha v posledních dvou letech. Včasnou chirurgickou léčbou jsme u nich docílili zásadní zvrát v průběhu tohoto vážného zánětlivého onemocnění.

První nemocný - 19letý. Týden se léčil s angínou na ošetrovně útvaru. Měl bolesti v krku při polykání vlevo. Po léčbě oxymykoinem se mu obtíže zmírnily, avšak úplně nevymizely. Cítil se dobře, a proto byl propuštěn. Záhy nato se bolesti v krku opět obnovily a vystupňovaly se v urputnou bolest v celé levé polovině krku, a to za stále zvětšujícího se otoku této krajiny. Nemohl vůbec přijímat potravu. Horečka vystoupila na 39 °C a byla provázena zimnicí a třesavkou. Objevil se chraptot a hůře se mu dýchalo. Na ORL oddělení OÚNZ, kam byl převezen, byla diagnostikována parafaryngeální flegmona vlevo s podezřením na počínající trombózu v. jugularis. Proto byl odeslán ihned na naše oddělení. Při příjmu si nemocný stěžoval

na velké bolesti při polykání, celkovou slabost a malátnost. Teplotu měl 37,5 °C. Místní nález: zduření krční krajiny vlevo s maximem v horní polovině kývače, s výraznou palpační bolestivostí v průběhu v. jugularis. Hltanový nález: trismus, levá tonsila zvětšená, paratonzilární prostor prosáklý. Laryngoskopicky byla nalezena paréza levé poloviny hrtanu, s bledou edematózní sliznicí. Laterální stěna hypofaryngu byla zarudlá, prosáklá a mírně vyklenutá. Laboratorní výsledky: FW 57/90, leukocytóza  $15,9 \cdot 10^9/l$ , RTG hrudníku bez chorobných změn.

Vzhledem k celkovému stavu nemocného a místnímu nálezu jsme přistoupili k neodkladnému chirurgickému řešení. Provedli jsme tracheotomii. Při revizi v. jugularis interna vlevo jsme zjistili, že tkáň byla prosáklá a vytékala z ní serózní tekutina. Nad v. jugularis jsme našli pruh různých velikých uzlin. Dvě největší (velikosti 2x3 cm) jsme odstranili a dali na histologické a hematologické vyšetření. Hnisavou sekreci jsme nezjistili. Přesto jsme odebrali sěr z rány na bakteriologii, včetně anaerobní flóry. V. jugularis byla palpačně měkká a při její punkci jsme nasáli krev. Drenáž rány jsme zajistili silným rukavicovým drénem. Ránu jsme sešili po vrstvách. Operační výkon jsme doplnili antibiotickou léčbou gentamycinem a penicilínem. Bakteriální nález z rány byl sterilní. Příčinou toho byla pravděpodobně předchozí léčba širokospektrými antibiotiky. Histolog i hematolog uzavřeli stav jako silně vystupňovanou reaktivní lymfadenitidu a doporučili pravidelné hematologické sledování. Po výše uvedené léčbě se klinický stav nemocného zlepšoval. Místní zánětlivé změny na krku, v hypofaryngu a laryngu ustoupily. Hybnost levé hlasivky a arytenoidního hrbolu se v plné míře obnovila. Pátý den byla odstraněna tracheotomická kanyla. Nemocného jsme propustili v dobrém stavu a po lázeňském doléčení se vrátil zpět k útvaru. Pravidelné dispenzární hematologické kontroly lymfom neprokázaly.

Druhý nemocný - 22letý. Byl přeložen na naše oddělení pro 6 dní trvající septické teploty s vrcholem 40 °C, dysfagie a otok pravé poloviny krku. Obtíže mu začaly z plného zdraví zimnicí, malátností a únavou. Za dva dny se objevilo bolestivé zduření vpravo na krku, a proto byl přijat na ORL oddělení spádové vojenské nemocnice. Vzhledem k zarudnutí a vyklenutí v oblasti pravého předního patrového oblouku s přetlačením tonsily ke střední čáře byl incidován paratonzilární prostor a dilatován. Hnisavý obsah nebyl zjištěn. Celkově byl aplikován PNC a STM. Pro zvětšující se zduření podél kývače vpravo byla provedena ještě zevní incize a dilatace rány. Hnisavý obsah nebyl rovněž prokázán. Byl aplikován ještě krystalický PNC v infuzích (v dávce 20 ml. j. denně). V dalších dnech byla dále incidována flegmona epiglottis, rovněž s negativním nálezem, stejně jako opakované dilatace předchozích incizí. Ani změna antibiotické léčby na ampicilin a oxacilin v infuzi nepřinesla zlepšení klinického stavu nemocného. Proto byl šestý den přeložen na naše oddělení.

Při přijetí byl nemocný výrazně schvácený, s antalgickým držením hlavy. Teplota byla 39,4 °C. Místní nález: zarudnutí a bolestivý infiltrát s maximem v horní třetině kývače vpravo, postupující směrem dolů až na horní část hrudníku. Ve střední části krku byla sešita rána po incizi. Oblast velkých krčních cév byla mírně bolestivá. Hltanový nález: trismus, vyklenutí předního patrového oblouku vpravo. Pravá tonsila byla prosáklá a přetlačena mediálně. Paratonzilárně zela rána po incizi. Laryngoskopicky byla nalezena zarudlá a edematózní sliznice na epiglottis a pravém arytenoidním hrbolu. Hlasivky byly volně pohyblivé, dýchací štěrbina prostorná. Laboratorní a pomocná vyšetření: FW 105/130, leukocytóza  $12,8 \cdot 10^9/l$ . Hemokultivace opakovaně sterilní. RTG hrudníku a mediastina bez chorobných změn.

V den přijetí jsme provedli tracheotomii, revizi povodí velkých krčních cév vpravo, ligaturu f. jugularis interna a tonzilektomii vpravo. Při pronikání k velkým krčním cévám byly tkáň prosáklé zánětlivým čirým infiltrátem. Stěna v. jugularis interna byla bělavá, tužší a nad i pod ní byla řada uzlin. Největší uzliny (v průměru 2 cm) na soutoku a paravertebrálně jsme odstranili a dali je na histologické vyšetření. Ligovali jsme v. jugularis interna, i když z ní bylo možné aspirovat krev. Potom jsme pronikli do horního mediastina a vzhůru k bázi, avšak hnisavé ohraničené ložisko jsme nenašli. Longetou jsme vystýlali prostor podél cév a nešli žádnou vrstvu, ani kolem tracheostomatu. Z řezu v předním pravém patrovém oblouku jsme převážně tupě uvolnili a odstranili rozředlou pravou tonsilu. Zahnutým péanem a prstem jsme rozhrnuli paravertebrální prostor. Hnis jsme rovněž nenašli, z rány byl po pomnožení vykultivován enterobakter a anaerobní stafylokok. Zahájili jsme léčbu klindamycinem a cefalotinem, který jsme za 3 dny nahradili linkomycinem. Histologické vyšetření uzlin: nespecifická reaktivní lymfadenitida, tonsily - lakunární amygdalitida. Třetí den po výkonu teploty ustoupily. Longeta byla z rány odstraněna pátý den a osmý den jsme provedli sekundární suturu rány. Po lázeňském doléčení byl nemocný propuštěn k útvaru.

Třetí nemocný - 18letý. Byl přijat na naše oddělení pro 4 dny trvající a stále se zhoršující bolesti při polykání vlevo, narůstající bolestivé zduření vlevo na krku a vysoké teploty s třesavkami. Při přijetí jsme zjistili tuhou infiltraci levé krční krajiny, palpačně výrazně bolestivou. Hltanový nález: levá tonsila byla prosáklá a přetlačena do střední čáry. Přední hltanový oblouk byl méně pohyblivý. Jeho vyklenutí sahalo až na měkké patro. Laterální stěna mezofaryngu byla prosáklá, mírně vyklenutá. Velký edém ovuly a trismus znemožňovaly laryngoskopické vyšetření. Dýchání bylo volné. Laboratorní výsledky: FW 46/83, leukocytóza  $33,8 \cdot 10^9/l$ . RTG hrudníku bez chorobných změn.

Provedli jsme tracheotomii, tonzilektomii vlevo, revizi povodí velkých krčních cév a parafaryngeálního prostoru vlevo a extirpaci nekrotických krčních uzlin.

vlevo. Levá tonsila měla normální vzhled; byla přetlačena ke středu orofaryngu. Okolní tkáň byla výrazně edematózní a prosáklá. Za tonsilou i v jejím okolí jsme při tupé preparaci v lůžku nenalezli hnisavé ložisko. Stomatochirurg extrahoval retinovanou osmičku vlevo dole. V lůžku a kolem něj rovněž nebyl zjištěn hnis. Při revizi velkých cév jsme pronikli edematózní tkání, z které vytékala serózní tekutina. Největší zánětlivé změny byly v horní a střední třetině kývače, směrem dolů se výrazně zmenšovaly. Po odtažení m. sternocleidomastoideus jsme našli a. carotis communis. Identifikace v. jugularis interna byla obtížná, jelikož ji překrýval pruh různě změněných uzlin táhnoucí se od m. omohyoideus až do subkrania. Horní část uzlin byla nekrotická. Nejhořejší uzliny byly vyjmuty z parafaryngeálního prostoru, z něhož po dilataci a propojení s lůžkem po TE vytékala serózní tekutina. V. jugularis interna i a. carotis byly pokryty tenkým, stříbřitě bělavým a pevně adhezujícím pouzdem bez větších zánětlivých projevů. V. jugularis nevykazovala známky trombózy. Dále byly krční tkáň uvolněny až do nadklíčkové jamky. Nikde jsme nezjistili abscesové ložisko. Ránu jsme na obou pólech drénovali rukavicovými drény. Šli jsme volnou suturou po vrstvách. Operační výkon byl zajištěn gentamycinem a linkomycinem. Výtěr z rány byl bakteriologicky sterilní. Histologicky byla zjištěna zánětlivě aktivovaná lymfatická tkáň. Po chirurgické léčbě a nasazení antibiotik (linkomycin a gentamycin) se klinický stav zlepšil. Šestý den jsme odstranili kanylu. Po měsíci jsme nemocného propustili do spádové vojenské nemocnice.

Na závěr bychom poukázali na některé shodné rysy před a v průběhu onemocnění našich nemocných:

- Nepříznivé hygienicko-epidemické podmínky výkonu vojenské služby vedou k trvalému promoření bakteriálních a virových infekcí ve velkých kolektivech. Častější fyzické vyčerpání (na cvičeních) a téměř neustálé podchlazení v zimních měsících mohlo vést pravděpodobně k dočasnému snížení obranyschopnosti lidského těla. (Kompletní imunologické vyšetření jsme u těchto osob neprovedli, jelikož tehdy jsme ještě neměli možnost vykonávat u většího počtu nemocných okamžitě podrobná náročná vyšetření stavu imunity.)
- U všech mělo onemocnění rychlý nástup a rozvoj zánětlivých změn. U dvou z nich tomuto rozvoji předoperačně nezabránila ani léčba širokospektrými antibiotiky.
- Všichni měli výrazné bolestivé zduření na krku s maximem v horní třetině kývače.
- Trismus, prosáknutí nebo vyklenutí předního patrového oblouku spíše svědčilo pro postižení paratonzilárního a parafaryngeálního prostoru. U dvou

pacientů po tonsilektomii jsme zjistili paratonzilární hnisavé ložisko.

- Laryngoskopicky jsme našli vždy zánětlivé změny na epiglottis a arytenoidních hrbolech postižené strany. U jednoho pak i přechodnou parézu poloviny hrtanu.
- Chirurgický náález vykazoval mohutnou zánětlivou infiltraci krčních tkání se serózní sekrecí po provedené drenáži. Hnisavé ložisko nebylo nalezeno. Dominantní byl náález pruhu různě velkých zánětlivě změněných, u jednoho nemocného až nekrotických hlubokých krčních uzlin.
- Histologický náález svědčil pro značně reaktivní zánětlivé změny v uzlinách.
- Předpokládáme, že vstupní branou infekce byl orofarynx s rychlým průnikem infekce do regionálních uzlin. U jednoho nemocného byla zjištěna anerobní flóra, u dvou bakteriologické vyšetření neprokázalo infekční agens, pravděpodobně v důsledku léčby širokospektrými antibiotiky.
- Ani moderní léčba vysoce účinnými antibiotiky nestačila k zvládnutí těžké infekce a teprve v kombinaci s chirurgickým výkonem znamenala výrazný zvrat v průběhu nemoci.

### Souhrn

Autoři popisují 3 případy chirurgické a antibiotické léčby vojáků základní služby s perakutním zánětem krčních uzlin. Zdůrazňují, že i při malém nálezu v oblasti vstupu infekce může být velká reakce na regionálních uzlinách, která vyžaduje jejich chirurgické odstranění a zevní drenáž. Poukazují na to, že tento perakutně postupující zánět se může vyskytovat u vyčerpaných chronicky podchlazených mladých jedinců s přechodně sníženou imunitou.

### Literatura

1. ĎURIŠKA, J. - LETKO, T.: Gangréna hltanového lymfoepitelového tkaniva a následná plynová flegmóna krku. Čs. Otolaryngol., 35, 1986, č. 2, s. 106-110.
2. CHLÁDEK, V.: Phlegmóny krční vyvolané anaerobní infekcí. Čas. Lék. čes., 89, 1950, č. 7, s. 189-195.
3. ŠLAPÁK, I. - KOSTŘICA, R. - KUČERA, P.: Případ nekrotické infekce obličej. Čs. Otolaryngol., 35, 1986, č. 4, s. 266-296.
4. VESELÝ, J. - ŠÍBL, O.: Méně obvyklé hnisavé komplikace v ORL oblasti. Čs. Otolaryngol., 37, 1988, č. 4, s. 213-216.

Klíčová slova: Perakutní zánět krčních uzlin; Chirurgická léčba perakutního zánětu krčních uzlin.

Do redakce došlo 12. 4. 1994