

# Ropowica głowy jako powikłanie róży powiek – dwa przypadki w jednej rodzinie

## Head phlegmon as a complication of eyelids erysipelas – two cases in one family

Agata Szoldra-Seiler, Grażyna Horbach-Jary

Oddział Otolaryngologii Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie  
Ordynator: lek. med. G. Horbach-Jary

### Summary

**Introduction.** Bacterial infections of skin and subcutaneous tissue are not rare, but they are connected with diagnostic and therapeutic difficulties. **Aim.** A case of almost simultaneous facial phlegmon in course of eyelids erysipelas in two members of one family is described. **Material, methods, results.** Differential diagnostics, clinical course and applied effective treatment are presented. **Conclusions:** Pathogen identification and application of large doses of targeted antibiotics are crucial in therapy.

Hasła indeksowe: róża, ropowica

Key words: erysipelas, phlegmon

Otolaryngol Pol 2008; LXII (6): 779–781 © 2008 by Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

### WSTĘP

Róża (*erysipelas*) to ostry stan zapalny skóry i powierzchniowych warstw tkanki podskórnej wywołany najczęściej przez paciorkowce  $\beta$ -hemolizujące gr. A, rzadziej C, G lub pałeczkę grypową oraz dwoinkę zapalenia płuc [1–3, 5, 6, 7]. Wrotami zakażenia mogą być różnego rodzaju uszkodzenia skóry. Zakażeniu sprzyjają załamanie odporności, wyniszczenie organizmu, przewlekłe choroby, takie jak: cukrzyca, choroba nowotworowa, niewydolność krążenia żylnego [1–3]. Okres wylegania choroby trwa 2–5 dni. Nagłemu początkowi z objawami ogólnymi (dreszcze, podwyższona ciepłota ciała, ogólne rozbicie, bóle głowy, mięśni) towarzyszy tworzące się, ostro odgraniczone od otoczenia, ognisko rumieniowo-zapalne skóry z wąłowato wzniesionym brzegiem. Kształt ogniska może być nieregularny, często ze smugowatymi wypustkami związanymi z szerzeniem się zapalenia drogą naczyń chłonnych. Możliwe jest pojawienie się pęcherzy, objawy krwotoczne, a także martwica i zgorzel. Obserwuje się tkliwe, powiększone okoliczne węzły chłonne [2, 3, 5, 6, 7]. Zmiany występują głównie na kończynach, twarzy, kikutach pępowinowym noworodków oraz słuzówkach, np. krtani, jamy ustnej [2, 4–6]. Choroba ustępuje bez pozostawiania blizn, z wyjątkiem po-

staci zgorzelinowej. Możliwy jest nawrót, zazwyczaj w miejscach uprzednio zajętych. Prowadzi to do zmian w naczyniach chłonnych, zaburzeń w odpływie chłonki i w efekcie do trwałego obrzęku. Inne powikłania to ropowica, zapalenie naczyń chłonnych i żylnych, paciorkowcowe, kłębkowe zapalenie nerek (głównie u dzieci), bakteryjne zapalenie mięśnia sercowego, wsierdzia, zapalenie śródpiersia, zapalenie kaletek, posocznica [2, 6].

Celem pracy jest przedstawienie przebiegu choroby i leczenia dwóch przypadków ropowicy głowy w przebiegu róży twarzy.

### OPIS PRZYPADKÓW

Chory O.R., lat 40 (Nr historii choroby 467/2008), przyjęty 07.01.08 r. na Oddział Laryngologii Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie z powodu narastającego od 4 dni obrzęku i rumienia skóry twarzy i szyi.

Gorączkujący. CRP 28,6 mg/l, OB. 46/h, leukocytoza rzędu 23 K/uL w tym 86% neutrofilii.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono masywny naciek zapalny tkanek miękkich twarzy i szyi, szczególnie lewostronnie; zaznaczony szczękocisk i próchnica wielu zębów. Narządy ORL – bez odchyień. Potężny

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

obrzęk powiek uniemożliwił ocenę ostrości wzroku i dna oczu; gałki oczne ruchome, lewa z ograniczeniem od góry. Stwierdzono ropowicę powiek OL. TK głowy nie wykazała patologii mózgowia i mózgowiczaszki; zawartość oczodołów – prawidłowa; zatoki przynosowe – powietrzne. Opisano obrzęk tkanek miękkich powiek i mózgowiczaszki. Z powodu nasilenia się nacieku zapalnego 08.01.2008 r. zdrenowano ropowicę tkanek miękkich twarzy i okolicy skroniowej lewej oraz usunięto próchniczo zmienione zęby. Pobrano także krew, ropę, wymaz z worka spojówkowego, gardła i jamy nosa na posiew i antybiogram. Z ropy wyhodowano *Streptococcus pyogenes*; z jamy nosa *Staphylococcus aureus metycylino* wrażliwy; w gardle – flora fizjologiczna; krew – bez wzrostu patogenów; beztlenu – brak wzrostu. Pacjent konsultowany przez lekarza chorób zakaźnych, dermatologa i wielokrotnie przez okulistę. Leczony: cefotaksymem i metronidazolem, a po uzyskaniu antybiogramu klindamycyną, ciprofloksacyną wraz z ketokonazolem i miejscowymi preparatami z antybiotykiem. Uzyskano powolną poprawę stanu miejscowego i ogólnego. 22.01.2008 r. wypisany do domu z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii w warunkach ambulatoryjnych.

W dniu 18.01.2008 r. przyjęto na Oddział Laryngologii ojca ww. chorego ( O.T., 74 lata, nr historii choroby 1884/2008) z obrzękiem zapalnym powiek i rozpoczynającą się martwicą skóry powiek. Pacjent gorączkujący; CRP 423 mg/L, leukocytoza 16 K/uL z neutrofilia rzędu 93%, OB. 71/h. Pobrano treść z powiek OP, worka spojówkowego OL, z jamy nosa i z gardła do badań mikrobiologicznych. W wykonanej tomografii głowy nie stwierdzono istotnych odchyłeń w mózgowiu i oczodołach; powietrzne zatoki przynosowe; opisano rozlany obrzęk tkanek miękkich twarzoczaszki, aż do pogranicza ciemieniowo-potylicznego. Wykluczono ogniska zakażenia w obrębie ORL. Z treści z powiek i worka spojówkowego wyhodowano *Streptococcus pyogenes*; pozostałe posiewy – bez wzrostu patogenów. W leczeniu zastosowano: penicylinę krystaliczną, metronidazol i cefotaksym dożylnie oraz zdrenowano ropowicę głowy w okolicy ciemieniowo-potylicznej. 04.02.2008 r. pacjent został wypisany do domu w dobrym stanie ogólnym i w trakcie postępującego gojenia zmian nekrotycznych skóry powiek, z zaleceniem kontynuowania antybiotykoterapii doustnej i miejscowej przez kilka dni.

## DYSKUSJA

Róża twarzy nie jest częstą chorobą w praktyce laryngologa [4]. Rozpoznanie ustala się na podstawie

obrazu klinicznego, leukocytozy z neutrofilia, przyspieszonego OB, wzrostu miana ASO oraz charakterystycznych zmian skórnych. Chorobę różnicuje się m.in. z zapaleniem tkanki podskórnej, rumieniem trwałym, rumieniem guzowatym, toczniem rumieniowatym noworodków, toczniem układowym u dzieci, różycą, ostrym kontaktowym zapaleniem skóry i wczesnym okresem półpaśca [2, 5, 6]. Diagnostyka mikrobiologiczna zakażeń skóry i tkanki podskórnej jest trudna. Wykonuje się wymazy, badania serologiczne, immunologiczne, a także pobiera aspiraty tkankowe [1,3].

W obu przypadkach udało się zidentyfikować patogen: *Streptococcus pyogenes*. W jednym przypadku wykluczono ogniska zapalne w obrębie ORL, w drugim – usunięto próchniczo zmienione zęby. Nie udało się ustalić wrót zakażenia. Prawdopodobnie doszło do mikrouszkodzenia skóry powiek w trakcie ich pocierania. Być może zaniedbania higieniczne spowodowały przeniesienie zakażenia z syna na ojca. Zakaźność róży nie leczonej jest duża, w trakcie leczenia – nieznaczna [2].

Leczeniem z wyboru są penicyliny lub cefalosporyny II i III generacji, a w ciężkich zakażeniach w skojarzeniu z innymi antybiotykami. Terapia trwa średnio 10–14 dni [3, 6].

U obu pacjentów szybkość narastania objawów, mimo włączonej antybiotykoterapii o szerokim spektrum działania, budziły niepokój, dopiero drenaż nacieczonych tkanek w połączeniu z farmakoterapią celowaną przyniósł poprawę i wyleczenie.

## WNIOSKI

W trakcie diagnostyki należy wykluczyć źródła endogenne zakażenia [3]. W chorobach bakteryjnych ważne jest zabezpieczenie materiału biologicznego do identyfikacji patogenu jeszcze przed antybiotykoterapią. W masywnych zakażeniach wskazane jest stosowanie antybiotyków o szerokim zakresie działania, celowanych, w dużych dawkach.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med* 1996; 334: 240–245.
2. Bowszyc J. Dermatozy ropne. Miedziński R. red. *Dermatologia*. Warszawa. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1982; s. 259–261.
3. Górkiewicz-Petkow A, Małecka K, Petkow L. Róża i inne zakażenia tkanki podskórnej – różnicowanie i leczenie. *Zakażenia* 2006; 2: 95–97.

4. Maniecka-Aleksandrowicz B. Ostre i przewlekłe zapalenie krtani. Janczewski G. red. Otolaryngologia praktyczna. Via medica 2005; s. 486.
5. Rassner G. Dermatologia – podręcznik i atlas. Wrocław: Urban i Partner; 1994. s. 50–52.
6. Szarmach M, Wilkowska A. Choroby bakteryjne skóry. Miklaszewska M, Wąsik F. red. Dermatologia Pediatryczna. Wrocław. Volumed 1999; s. 90–92.
7. Zalewska A. Róża pęcherzowa. Lekarz Rodzinny. 2005; 5: 52.

Adres autora:  
Agata Szoldra-Seiler  
Oddział Laryngologii  
Szpital Wojewódzki  
ul. Chałubińskiego 7  
75-950 Koszalin

*Pracę nadesłano: 10.04.2008 r.*

*Zaakceptowano do druku: 04.08.2008 r.*