

Aktinomykoza zatoki szczękowej – opis przypadku

Actinomycosis of sinus maxillaris – case report

Jolanta Biszewska, Małgorzata Różańska-Kudelska,
Marek Rogowski, Izabela Michalczuk

Klinika Otolaryngologii AM w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. med. M. Rogowski

Summary

The authors present the case of primary actinomycosis of maxillary sinus. The frequency of the disease, differential diagnosis and treatment we present.

Hasła indeksowe: promienica, zapalenie zatok szczękowych

Key words: actinomycosis, maxillary sinusitis

Otolaryngol Pol 2008; LXII (6): 782–783 © 2008 by Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

WSTĘP

Aktinomykoza (promienica) jest najczęściej występującym przewlekłym zapaleniem swoistym tkanek miękkich [1]. Wywołana jest przez Gram-dodatnie bakterie z rodzaju *Actinomyces* – *Ac. bovis*, *Ac. izraeli*, *Ac. odontolyticum*, m.in. bytującymi jako saprofity w jamie ustnej, gardle i przewodzie pokarmowym człowieka. Są to patogeny oportunistyczne, do rozwoju promienicy dochodzi pod wpływem urazów, np. usunięcie zęba, złamanie, zranienie oraz w przypadku obniżonej odporności (AIDS, niedobory immunologiczne) [1–3]. Ze względu na umiejscowienie wyróżnia się postać twarzowo-szyjną promienicy (najczęstsza), piersiową, brzuszłą, moczowo-płciową i skórą. Proces chorobowy charakteryzuje się tworzeniem ropnia, włóknieniem i deskowatym naciekiem tkanek miękkich oraz tworzeniem przetok, a w surowiczono-ropnej wydzielinie znajdują się druzycy zawierające kolonie promieniowca [4]. Rozpoznanie promienicy opiera się na badaniu histopatologicznym, bakteriologicznym lub serologicznym [3–5]. Leczeniem z wyboru w przypadku promienicy jest długotrwałe stosowanie (2–12 miesięcy) antybiotyków z grupy penicylin [4], a w niektórych przypadkach leczenie chirurgiczne, polegające na usunięciu martwiczej tkanki, przetoki, nacięciu i drenażu ropnia tkanek miękkich. Rokowanie zazwyczaj jest dobre [5, 6]. W obrębie głowy i szyi opisywane przypadki aktinomykozy dotyczą migdałków

podniebiennych, ucha środkowego, żuchwy, zatok przynosowych, przyusznic, woreczków łzowych [1, 3, 6]. Aktinomykoza zatok przynosowych jest rzadkim schorzeniem, a objawy kliniczne nie zawsze pozwalają na jej rozpoznanie. Powinna być brana pod uwagę w diagnostyce różnicowej nowotworów i schorzeń ziarniniakowych regionu głowy i szyi [7].

OPIS PRZYPADKU

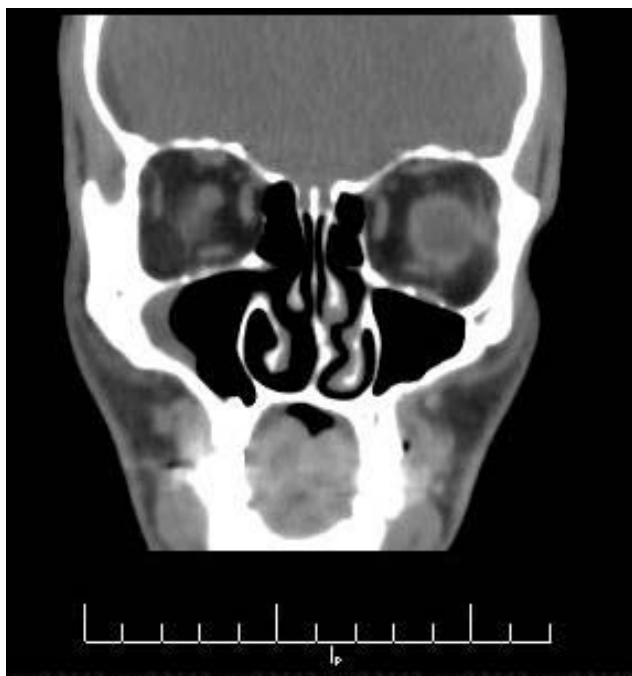
Pacjent G.K., lat 23, został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii z powodu trudności w oddychaniu przez nos oraz spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła od około 2 lat. Leczony był ambulatoryjnie bez poprawy.

W wywiadzie – wypadek komunikacyjny z urazem twarzoczaszki przed kilkoma laty. W badaniu laryngologicznym stwierdzono skrzywienie przegrody nosa w postaci listwy chrzęstnej na stronę lewą, błona śluzowa przekrwiona, bez patologicznej wydzieliny. Drożność nosa dobra. Pozostałe narządy bez zmian. W tomografii komputerowej zatok opisano przerost błony śluzowej zatoki szczękowej prawej z przejaśnieniem sugerującym obecność metalicznego ciała obcego (ryc. 1). Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Dn. 04.09.2007 – FESS. Infundibulotomia bilateralis. Revisio sinus maxillaris bil. Extirpatio tu (aspergilloma sinus maxillaris dex susp.) Obustronnie wykonano infundibulotomię, otwarto zatoki

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.



Ryc. 1. Tomografia komputerowa przedoperacyjna



Ryc. 2. Tomografia komputerowa kontrolna

szczękowe – lewa bez zmian patologicznych, prawa wypełniona przerośniętą błoną śluzową i brudnymi masami sugerującymi aspergillozę. Materiał przekazano na badanie histopatologiczne i mykologiczne. W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym nr BD 5935-5938, uzyskano wynik: obfity materiał plechy *Actinomyces* oraz fragmenty błony śluzowej wraz z podścieliskiem w stanie zapalnym. W okresie pooperacyjnym zastosowano antybiotykoterapię, uzyskując ustąpienie dolegliwości. Pacjent pozostaje pod opieką

poradni laryngologicznej. W kontrolnym badaniu TK bez zmian patologicznych (ryc. 2).

WNIOSKI

1. Promienica zatok obocznych nosa jest stosunkowo rzadkim schorzeniem.
2. W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę ciała obce (materiał stomatologiczny), grzybicę, procesy nowotworowe.
3. Leczeniem z wyboru jest chirurgiczne usunięcie plechy promieniowca z następową długotrwałą antybiotykoterapią.
4. Rokowanie jest dobre w przypadku odpowiednio wczesnego rozpoznania i wdrożenia leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Więch A, Lipiński L, Janicki K. Przypadek promienicy migdałka podniebiennego – trudności diagnostyczne, *Otolaryngol Pol* 2002; 56(3): 377–380.
2. Oostman O, Smego RA. Cervicofacial Actinomycosis: Diagnosis and Management. *Curr Infect Rep* 2005; 7(3): 170–174.
3. Składzie J, Trąbka-Zawicki P, Wierzchowski W, Maciejak K. Promienica ucha środkowego, *Otolaryngol Pol* 2002; 56(3): 369–371.
4. Kolebach B, Stryjewska-Makuch G, Grzegorzek T. Postać twarzowo-szyjna promienicy – opis przypadku. *Otolaryngol Pol* 2004; 58(5): 1019–1022.
5. Harris LF, Kakani PR, Selah CE. Actinomycosis. Surgical aspects. *Am Surg* 1985; 51(5): 262–264.
6. Ozcan C, Talas D, Gorur K, Aydin O, Yildiz A: Actinomycosis of the middle turbinate: an unusual cause of nasal obstruction. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262(5): 412–415.
7. Damante JH, Sant'Ana E, Soares CT, Moreira CR. Chronic sinusitis unresponsive to medical therapy: a case of maxillary sinus actinomycosis focusing on computed tomography findings. *Dentomaxillofac Radiol* 2006; 35(3): 213–216.

Adres autora:

Jolanta Biszewska
ul. Skłodowskiej-Curie 24 A
15-276 Białystok

Pracę nadesłano: 10.04.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 04.08.2008 r.