

Preaurikulárna zabscedovaná fistula

MUDr. Jana Chovanová, MUDr. Irina Šebová, CSc., MPH

Detská otorinolaryngologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Preaurikulárna fistula je vrodená vývinová chyba mäkkých tkanív lokalizovaná v preaurikulárnej oblasti. Môže byť po celý život asymptomatická, k jej manifestácii dochádza zvyčajne pri infekovaní. Uvádzame prípad 3,5-ročnej pacientky so zabscedovanou preaurikulárnou fistulou, ktorá sa prejavila typickými symptómami, ako sú opuch, bolesť a začervenanie, čo viedlo k antibiotickej a chirurgickej liečbe. Následne bola indikovaná úplná exstirpácia fistuly v pokojovom štádiu.

Kľúčové slová: preaurikulárna fistula, absces, incízia, exstirpácia

Preauricular abscessed fistula

Preauricular sinus is a congenital malformation of soft tissue localised at the preauricular region. It can be asymptomatic throughout life, while it manifests during infection. We report the case of a 3,5-year old patient with an abscessed preauricular fistula who showed typical symptoms such as swelling, pain and erythema, which requires the usage of antibiotic treatment and surgical drainage. Subsequently, complete extirpation of the fistula was indicated after the infection was health.

Key words: preauricular sinus, abscess, incision, extirpation

Pediatr. prax, 2020;21(6):263-265

Úvod

Preaurikulárna fistula je vrodená vývinová chyba (VVCH) mäkkých tkanív lokalizovaná v preaurikulárnej oblasti. V literatúre ju po prvý raz opísal Van Heusinger v roku 1864 (1). Predstavuje vstup do slepo končiacich úzkych chodbičiek, ktoré prebiehajú v podkoží v blízkosti ušných chrupiek (obrázok 1). Fistula je vystlaná viacvrstvovým dlaždicovým epitelom. Vzniká na podklade chybného alebo nedostatočného splynutia 6 mezenchýmových hrboľčiek z 1. a 2. faryngového oblúka v 12. gestačnom týždni, z ktorých sa tvorí základ definitívnej ušnice v 20. gestačnom týždni (2).

Preaurikulárna fistula môže byť celý život asymptomatická, k manifestácii dochádza pri jej infekcii, keď sa baktérie dostávajú cez ústie fistuly dovnútra. Medzi včasné príznaky patrí opuch, bolesť a začervenanie v oblasti okolo ústia fistuly. Diagnózu stanovíme na základe anamnestických údajov o prítomnosti fistuly, objektívneho vyšetrenia, pri ktorom je viditeľné jej ústie v podobe jamky na typickom mieste tesne pred ascendentnou časťou helixu ušnice, ale sú aj zriedkavé variácie vchodu fistuly pred ušnicou, na ušnici či vo zvukovode. Niekedy pozorujeme z ústia secernáciu. V prípade zápalovej aktivity zistíme zvýšené zápalové parametre v krvi. Rozlíšenie medzi flegmónou

Obrázok 1. Preaurikulárna fistula v typickej lokalizácii v ascendentnej časti helixu ušnice (zdroj: archív Detskej ORL kliniky LF UK a NÚDCH, Bratislava)



a abscedujúcim zápalom nám umožní sonografické vyšetrenie. Liečba je v takom prípade medikamentózna, s následnou exstirpáciou fistuly v pokojovom štádiu (obrázok 2).

Kazuistika

3,5-ročnú pacientku sme prijali ako akútny stav na naše otorinolaryngologické (ORL) pracovisko pre štyri dni trvajúci opuch a začervenanie v oblasti ascendentnej časti helixu ľavej ušnice s cieľom ďalšej diagnostiky a liečby. Pri

Obrázok 2. Infikovaná preaurikulárna fistula so sformovaným abscesom, prítomný opuch a začervenanie okolo ústia fistuly (zdroj: archív Detskej ORL kliniky LF UK a NÚDCH, Bratislava)



objektívnom vyšetrení sme pozorovali pri odstupe helixu zapálené ústie preaurikulárnej fistuly, v jeho okolí bol opuch, koža bola začervenaná, oblasť bola na dotyk bolestivá, teplá, v dolnej časti opuchu bola hmatateľná malá fluktuácia, celkove boli prítomné subfebrilie. V osobnej anamnéze sme zaznamenali sledovanie v ortopedickej ambulancii pre nesprávnu polohu bedrových kĺbov v novorodeneckom veku, bez iných pridružených ochorení či syndrémov, bez poruchy sluchu, bez ochorenia obličiek. Fistula mala pacientka

prítomné obojstranne na typickom mieste pred ascendentnou časťou helixu ušnice, nikdy predtým sa nezapálili, občas sa v minulosti objavil hlienový výtok z ústia fistúl. V laboratórnych parametroch sa neprejavila zvýšená zápalová aktivita. Liečbu sme začali podaním systémových antibiotík parenterálne, konkrétne išlo o Amoksiklav, ktorý pacientka užívala po období 7 dní. Doplnili sme sonografické vyšetrenie preaurikulárnej oblasti vľavo s nálezom ložiska s hypoechogénnou skolkivovanou časťou veľkosti 0,377 ml, ktorá bola v podkoží. Echogénnejšie okolie zodpovedalo zápalovým zmenám. Pri pediatrickom predoperačnom vyšetrení bolo dieťa kardiopulmonálne kompenzované, bez známkov akútnej respiračnej infekcie. Na druhý deň hospitalizácie sme v celkovej anestézii vykonali incíziu a drenáž abscesového ložiska mimo vyústenia fistuly a uvoľnili hnisový obsah. Výter z abscesu sme odoslali na kultivačné mikrobiologické vyšetrenie, pôdy ostali sterilné. Po preliečení lokálneho nálezu sme s odstupom 2 mesiacov v pokojovom štádiu fistulu exstirpovali v celkovej anestézii. Použili sme štandardný postup – cez ústie fistuly sme ju nasondovali, okolo ústia sme viedli elipsovité kožný rez a postupnou tupou preparáciou sme fistulu oddelili od jej okolia (obrázok 3) bez poranenia tvárového nervu a príušnej slinnej žľazy spolu s kúskom chrupky ušnice, na ktorú adherovala. Materiál sme poslali na histologické vyšetrenie, ktoré potvrdilo prítomnosť preaurikulárnej fistuly a cysticky formovanej steny tvorenej vrstevnatým dlaždicovým rohovatejúcim akantotickým a hyperplastickým epitelom, v okolitej stróme bol prítomný chronický zápalový komponent. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, pacientke sme podávali analgetickú a rehydratačnú liečbu. Na 2. pooperačný deň sme odstránili rukavicový drén a pacientku prepustili domov. Rana sa zhojila per primam intentionem. Počas 6 mesiacov po operácii nedošlo k recidíve fistuly.

Diskusia

V uvedenej kazuistike išlo o typický priebeh ochorenia, keď sa prítomnosť preaurikulárnej fistuly komplikuje zápalom a vyžaduje liečbu. Neinfikovaná fistula je častokrát len asymptomatickou

Obrázok 3. Nasondované ústie fistuly, elipsovité rez cez kožu okolo ústia fistuly a natupo vypreparovaná časť fistuly (zdroj: archív Detskej ORL kliniky LF UK a NÚDCH, Bratislava)



jamkou v preaurikulárnej oblasti a predstavuje iba kozmetický defekt. Zápal fistuly prebieha pod obrazom flegmóny alebo abscesu, s príznakmi začervenania, bolestivosti a opuchu kože okolo ústia fistuly, niekedy aj spontánnej purulentnej drenáže a vzniku granulácií. V prípade sformovania abscesu je indikovaná incízia, drenáž a antibiotická liečba (1), takýto postup volíme štandardne aj na našom pracovisku. Akonáhle dôjde k infekcii fistuly, riziko recidívy akútnych exacerbácií je zvýšené, preto má byť indikovaná jej totálna exstirpácia (3). To znamená, že už prvá infekcia fistuly je dôvodom na jej chirurgické odstránenie.

Incidencia preaurikulárnej fistuly v nesyndrómnej populácii predstavuje 0,1 – 0,9 %, obojstrannej 0,3 % (1), u černošskej rasy je vyššia 4 – 10 % (4). Podľa Yua a kol. (2016) sa preaurikulárne fistuly vyskytli v kanadskom súbore 1 106 detských pacientov častejšie u mužského pohlavia v porovnaní so ženským v pomere 2 : 1 (5).

V pediatrickej praxi sa môžeme pomerne často stretnúť s preaurikulárnymi asymptomatickými fistulami. Je potrebné zaznamenať ich prítomnosť v zdravotnej dokumentácii.

Aj keď je exstirpácia preaurikulárnej fistuly malým chirurgickým výkonom, jeho špecifikom je anatomická lokalizácia fistuly. Vyplývajú z nej potenciálne operačné riziká v súvislosti

s možným poranением tvárového nervu (niekedy je potrebné použiť neuromonitoring) a príušnej slinnej žľazy. Operačné riešenie patrí preto do rúk skúseného chirurga, ktorý má adekvátnu anatomickú znalosť preaurikulárnej oblasti a pozná možné varianty polohy fistúl vzhľadom na ich vznik počas embryogenézy. Poznáme viaceré chirurgické techniky s cieľom znížiť početnosť pooperačných recidív fistúl, pričom kvantitatívne sa údaje v literatúre ohľadne možných recidív výrazne líšia (0 – 42 %) (1). U nás štandardne používame exstirpáciu fistuly z elipsovitého rezu cez kožu okolo ústia s následným odstránením adherujúcej chrupky vonkajšieho ucha. V literatúre dominuje supraaurikulárny prístup s preparáciou až na temporálnu fasciu a s odstránením časti chrupky podľa Prasada (6). V práci Bruijnzeela a kol. (2016) zaznamenali pri jednoduchej exstirpácii spolu s časťou chrupky (5,5 % recidív) v porovnaní s exstirpáciou supraaurikulárnym prístupom (2,2 % recidív) dvojnásobný počet recidív (7).

VVCH vonkajšieho ucha môžu byť spojené s VVCH stredného a vnútorného ucha, prípadne v oblasti sluchových dráh (sluchové kostičky, kochlea, sluchový nerv), preto treba myslieť aj na tieto malformácie spojené s možnou poruchou sluchu. Fistuly môžu byť súčasťou niektorých kraniofaciálnych dysmorfizmov. Pri branchio-oto-renálnom syndróme (BOR) nachádzame preaurikulárnu fistulu, laterálne krčné fistuly, poruchu sluchu, štrukturálne defekty vonkajšieho, stredného, vnútorného ucha a obličkové anomálie. V literatúre sa preto odporúča, aby sa ultrazvuk obličiek vykonával u všetkých pacientov s preaurikulárnou fistulou a pridruženou ďalšou malformáciou, s dysmorfickými rysmi tváre, s rodinnou anamnézou hluchoty, s renálnou malformáciou či anamnézou gestačného diabetu u matky (1). Niektorí autori v prípade pridružených syndrómov odporúčajú doplniť aj vyšetrenie sluchu (8). Týmito odporúčaniami sa riadime aj na našom pracovisku.

Záver

Prítomnosti fistúl v oblasti hlavy a krku treba venovať v pediatrickej praxi zodpovedajúcu pozornosť a ich výskyt

a správanie zaznamenávať v zdravotnej dokumentácii pacienta. Preaurikulárna fistula môže byť po celý život asymptomatická, a v takom prípade u inak zdravého pacienta nevyžaduje špecializované otorinolaryngologické vyšetrenie. Ak sú prítomné komorbidity (pridružená ďalšia malformácia, fistuly na krku, dysmorfické rysy tváre, rodinná anamnéza poruchy sluchu, renálna malformácia či anamnéza gestačného diabetu u matky), ktoré navádzajú na doplňujúce vyšetrenie sluchu a obličiek, je návšteva ORL ambulancie nevyhnutná aj pri bezpríznakovom priebehu. Ďalšou indikáciou na ORL vyšetrenie je opakovaná secernácia

hlienového obsahu z ústia fistuly alebo rozvoj akútneho zápalu s potrebou antibiologickej a chirurgickej liečby.

Autor nie je v konflikte záujmov.

Literatúra

1. Kumar Chowdary KVS, Sateesh Chandra N, Karthik Madesh R, Preauricular Sinus: A novel approach. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jul;65(3):234-236.
2. Jakubíková J. Vrotené anomálie hlavy a krku. Praha: Grada Publishing; 2012:191-192.
3. Kai-Chieh Ch, Han-Tse K, Wai-Yee H, Wen-Yu Ch, Zung-Chung Ch. A modified supra-auricular approach with helix cartilage suture for surgical treatment of the preauricular sinus. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;114:147-152.
4. Scheinfeld NS, Silverberg NB, Weinberg JM, Nozad V. Preauricular sinus: a review of its clinical presentation, treatment, and associations. Pediatr Dermatol. 2004;21:191-196.

5. Yu CHV, Khera KD, Pauwels J, Chadha NK, Prevalence and ethnic variation of pre-auricular sinuses in children, Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;80:43-48.
6. Prasad S, Grundfast K, Milmore G. Management of congenital preauricular pit and sinus tract in children. Laryngoscope. 1990;100:320-321.
7. Bruijnzeel H, T. van den Aardweg M, Grolman W, Stegeman I, L. van der Veen E, A systematic review on the surgical outcome of preauricular sinus excision techniques, Laryngoscope. 2016;126:1535-1544.
8. El-Anwar MW, ElAassar A S, Supra-auricular versus sinusotomy approaches for preauricular sinuses, Int Arch Otorhinolaryngol. 2016;20(4):390-393.

MUDr. Jana Chovanová

Detská otorinolaryngologická
klinika LF UK a NÚDCH
Limbová 1, 833 40 Bratislava
jana.chovanova@nuch.eu

