

Rak płaskonabłonkowy migdałka podniebiennego rozpoznany jako ropień okołomigdałkowy – trudności diagnostyczne

Squamous cell carcinoma of the palatine tonsil presenting as peritonsillar abscess – diagnostics difficulties

Zofia Machyna¹, Maciej Krawczyk¹, Małgorzata Leszczyńska¹

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Ropień okołomigdałkowy to powikłanie ostrego zapalenia migdałków podniebiennych i jeden z częstszych powodów zgłaszania się pacjentów do laryngologicznej izby przyjęć. W rzadkich przypadkach obraz kliniczny ropnia może maskować zmianę o charakterze złośliwym. Prezentujemy przypadek 49-letniej pacjentki, u której problem kliniczny rozpoznany początkowo jako ropień okołomigdałkowy okazał się zaawansowanym rakiem płaskonabłonkowym migdałka podniebiennego.

Słowa kluczowe: rak migdałka podniebiennego, ropień okołomigdałkowy, drenaż ropnia, rak płaskonabłonkowy.

Abstract

Peritonsillar abscess is a complication of acute tonsillitis and a common reason for patients' admission to the otolaryngology emergency department. In rare cases clinical manifestation of an abscess may obscure a tumor of malignant origin. We present a case of a 49-year-old female patient, whose clinical issue initially diagnosed as peritonsillar abscess turned out to be advanced squamous cell carcinoma of the palatine tonsil.

Key words: palatine tonsil carcinoma, peritonsillar abscess, abscess drainage, squamous cell carcinoma.

(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2023; 2: 32–36)

Wprowadzenie

U pacjentów zgłaszających się do laryngologa z dolegliwościami bólowymi w obrębie głowy i szyi w pierwszej kolejności lekarz bierze pod uwagę zmiany zapalne, ponieważ to one stanowią jeden z częstszych powodów zgłaszania się pacjentów do laryngologicznej izby przyjęć [1]. Znane są jednak przypadki, w których obraz kliniczny ropnia ukrywa zmianę o charakterze złośliwym [2, 3]. Należy pamiętać o możliwości występowania w tym regionie nowotworów złośliwych i konieczności rozważenia dalszej diagnostyki w razie

nieustępowania objawów pomimo wdrożenia odpowiedniego leczenia stanu zapalnego [4, 5].

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 49 lat zgłosiła się na ostry dyżur laryngologiczny z powodu bólu gardła po lewej stronie podczas przełykania, kluskowatej mowy, bólu ucha lewego od 3–4 dni. W wywiadzie 2 tygodnie wcześniej podała usunięcie zęba 36, bez okołozabiegowej antybiotykoterapii. W badaniu otolaryngologicznym opisano: migdałki podniebienne z retencją treści ropnej, obniżenie lewego łuku podniebieno-językowego. W bada-



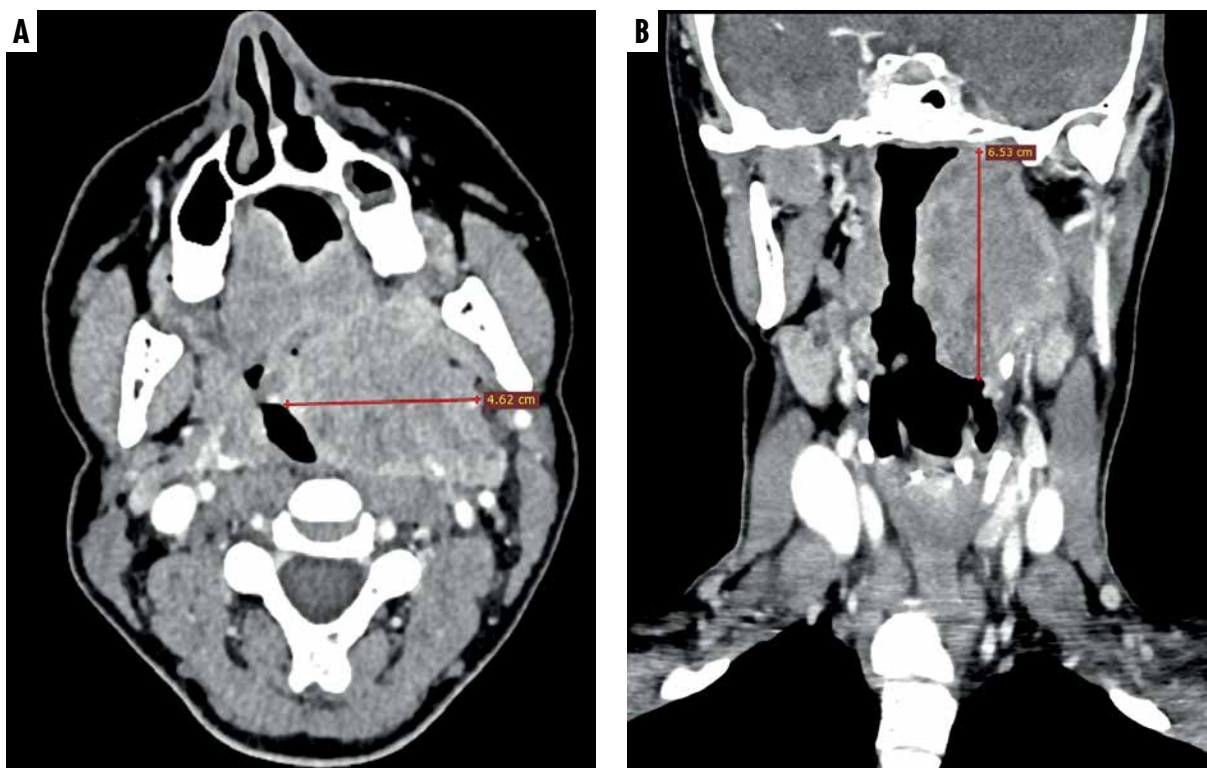
niach laboratoryjnych stwierdzono: białko C-reaktywne (CRP) 14,5 mg/l (norma < 5), białe krwinki (WBC) 9,61 tys./ μ l (norma: 3,9–11,0). Wysłano podejrzenie ropnia okołomigdałkowego po lewej stronie, tę okolicę spunktowano, jednak nie uzyskano treści ropnej. Dyżurna laryngolog wykonała badanie ultrasonograficzne (USG) szyi, w którym stwierdziła w regionie II szyi i w rzucie migdałka podniebiennego lewego litą masę bez cech płynu. Zlecono przeprowadzenie tomografii komputerowej (CT) szyi z kontrastem. Badanie wykonano, jednak pacjentka odmówiła czekania na opis badania, opuściła szpital na własne żądanie. Z uwagi na różnicowanie między zmianą ropną a litą pacjentce zalecono uzyskanie opisu CT, zgłoszenie się do lekarza rodzinnego w celu uzyskania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) oraz antybiotykoterapii doustnej amoksylicyną z klawulanianem przez 7 dni.

Po 4 dniach pacjentka zgłosiła się ponownie z powodu utrzymywania się objawów. W opisie CT wykonanej podczas poprzedniego pobytu: “W zakresie śluzówkowej przestrzeni gardła rozległy, formujący się ropień przygardłowy po stronie lewej – na obszarze 46 × 41 × 65 mm, dochodzący dolnym biegunem do poziomu krztaniowej części gardła, ku górze ku przestrzeni okołogardłowej. Silnie modeluje światło poziomu ustnej oraz krztaniowej części gardła. Ropień wychodzi najprawdopodobniej z migdałka gardłowego po stronie lewej. Po-

większonych węzłów chłonnych nie stwierdza się” (ryc. 1 A, B). Opis ten został wykonany przez lekarza w systemie teleradiologii dopiero kolejnego dnia po wykonaniu badania. W badaniu przedmiotowym stwierdzono asymetrię podniebienia po stronie lewej, twarde nacieki zapalny sugerujący ropień. W związku z potwierdzeniem w opisie radiologicznym podejrzenia ropnia spunktowano podniebienie miękkie po lewej stronie, stwierdzono obecność treści ropnej. Nacięto miejsce punkcji, uzyskując wyciek treści krwisto-ropnej. Zalecono kontynuację antybiotykoterapii oraz kontrolę następnego dnia w celu poszerzenia nacięcia ropnia.

Zgodnie z zaleceniem kolejnego dnia pacjentka zgłosiła się ponownie. Pomimo zgłaszanej poprawy, z uwagi na duże wymiary opisywanej zmiany i wątpliwości w zakresie diagnostyki różnicowej podczas pierwszej wizyty, zaproponowano pacjentce przyjęcie do szpitala w celu dożylniej antybiotykoterapii i rozważenia poszerzenia diagnostyki. Pacjentka po raz kolejny odmówiła, tłumacząc się koniecznością opieki nad członkiem rodziny. Utrzymano dotychczasowe zalecenia ambulatoryjne.

Podczas 4 kolejnych dni pacjentka zgłaszała się w celu poszerzenia nacięcia ropnia okołomigdałkowego. W związku ze zgłaszaną poprawą zalecono kontrolę w poradni laryngologicznej w ciągu 2–3 dni, na którą jednak pacjentka się nie stawiła.



Rycina 1. A, B – Zmiana po lewej stronie gardła w pierwszym badaniu CT z kontrastem, opisana przez radiologa jako ropień przygardłowy

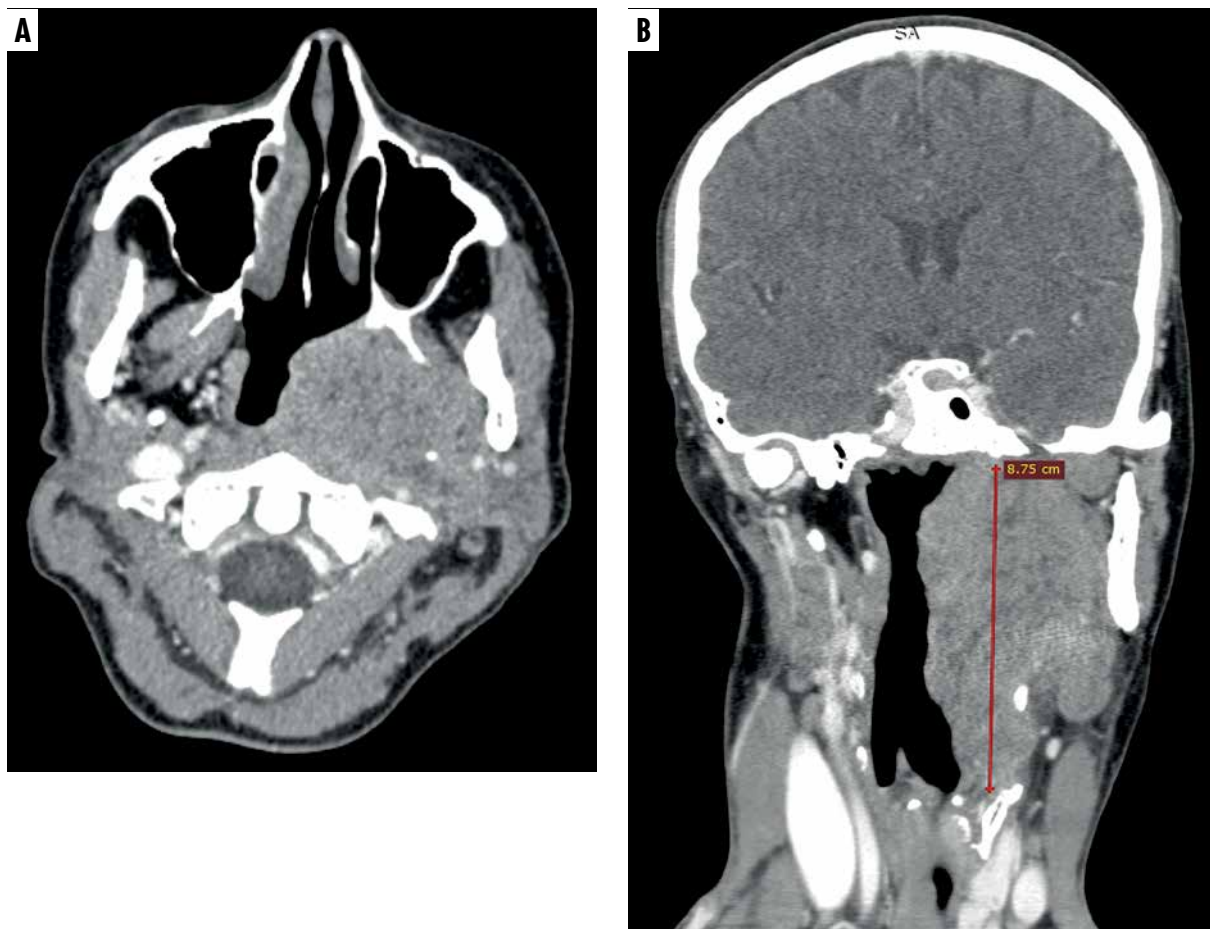


Po 5 tygodniach od pierwszej wizyty pacjentka zgłosiła się ponownie na ostry dyżur z powodu nasilenia się od tygodnia dolegliwości bólowych i szczękoscisku. W badaniu przedmiotowym stwierdzono bardzo nasilony szczękoscisk na 1/2 palca, znaczną asymetrię podniebienia – języczek przesunięty na prawo, pasaż powietrza na poziomie gardła środkowego mocno ograniczony. W badaniu fiberoskopem uwidoczono istotne ograniczenie drożności gardła górnego, środkowego i dolnego po stronie lewej; naciek rozciągający się od ujścia trąbki słuchowej do dolnej części gardła dolnego. W badaniach laboratoryjnych: CRP 33,5 mg/l (norma < 5), WBC 10,84 tys./ μ l (norma: 3,9–11,0). Wykonano nacięcie łuku podniebieno-językowego lewego, nie uzyskano wycieku treści ropnej, ale pacjentka zgłaszała poprawę w zakresie szczękoscisku. Zlecono badanie CT twarzoczaszki i szyi z kontrastem. Pacjentkę przyjęto na oddział laryngologiczny w trybie pilnym, kontynuowano antybiotykoterapię dożylnie.

Kolejnego dnia uzyskano w systemie teleradiologii opis CT: „W obrębie gardła, strona lewa, obecność rozległego obszaru, nieregularnego, dobrze odgraniczonej

zmiany litej, silnie unaczynionej, nieregularne obszary płynowe o wymiarach 64 × 46 × 87 mm – zmiana odpowiada najprawdopodobniej ropniowi. Rozciąga się podśluzówkowo od migdałka podniebiennego do poziomu kości gnykowej, znacznie przemieszcza sąsiadujące struktury, przewężenie przestrzeni powietrznej gardła na tych poziomach. Na poziomie kąta żuchwy widoczne powiększone węzły chłonne maks. 15 mm, z martwicą centralną” (ryc. 2 A, B).

Na podstawie obrazu klinicznego wysnuto podejrzenie guza gardła. Pacjentkę zakwalifikowano do operacyjnej biopsji zmiany w gardle środkowym. W znieczuleniu ogólnym stwierdzono rozpadający się guz migdałka podniebiennego lewego ciągnący się w głąb przestrzeni przygardłowej, do góry, do części nosowej gardła oraz ku dołowi na nasadę języka i kąt językowo-migdałkowy. Usunięto rozpadający się migdałek podniebienne, przesłano do badania histopatologicznego śródoperacyjnego, uzyskano wstępne rozpoznanie nowotworu złośliwego. Wysłano również wycinki z guza do rutynowego badania histopatologicznego. Z uwagi na duże prawdopodobieństwo wystąpienia duszności



Rycina 2. A, B – Obrazy z drugiego badania CT z kontrastem



w przebiegu dalszego leczenia wykonano tracheotomię. W czasie pobytu na oddziale zaopatrzone pacjentkę w przezskórną gastrostomię (PEG).

Podjęto decyzję o powtórnym badaniu CT twarzoczaszki i szyi z kontrastem z opisem wykonanym przez radiologa w szpitalu: „Ogromny guz gardła po stronie lewej. Wymiary poprzeczne 34 × 43 mm i wysokość 95 mm. Ku dołowi wzdłuż lewej ściany gardła zajmuje gardło dolne i przedsionek krtani z naciekiem lewego zachyłka gruszkowatego. Podejrzanie nacieku chrząstki tarczowatej. Naciek rogu większego kości gnykowej po lewej oraz nasady języka z wyrostkiem skrzydłowym oraz ślinianką podżuchwową. Na poziomie lewego kąta językowo-migdałkowego tworzy rozległe owrzodzenie z naciekiem przestrzeni przygardłowej, płata głębokiego lewej ślinianki przyusznej, żyły szyjnej i LICA. Podejrzanie nacieku kanału tętnicy szyjnej i przestrzeni przykręgosłupowej. W grupie II zlewające się z masą guza przerzutowe węzły chłonne. Rozedma podskórna po wykonanej biopsji” (ryc. 3 A, B).

Ostateczne rozpoznanie histopatologiczne: rak płaskonabłonkowy nierogowaciejący G2 (p16+). Pacjentka decyzją konsylium onkologicznego została skierowana w celu próby radioterapii lub radiochemioterapii. Łącznie kobieta otrzymała na okolicę guza gardła środkowego oraz przerzutowych węzłów chłonnych grupy I–III po lewej stronie dawkę całkowitą 30 Gy (10 frakcji). W badaniu przedmiotowym w trakcie wizyty kontrolnej po zakończonej radioterapii uwidoczniło się duże zaleganie wydzieliny w gardle dolnym, obrzęk gardła po radioterapii. Na szyi po lewej stronie stwierdzono obecność dużego guza z martwicą.

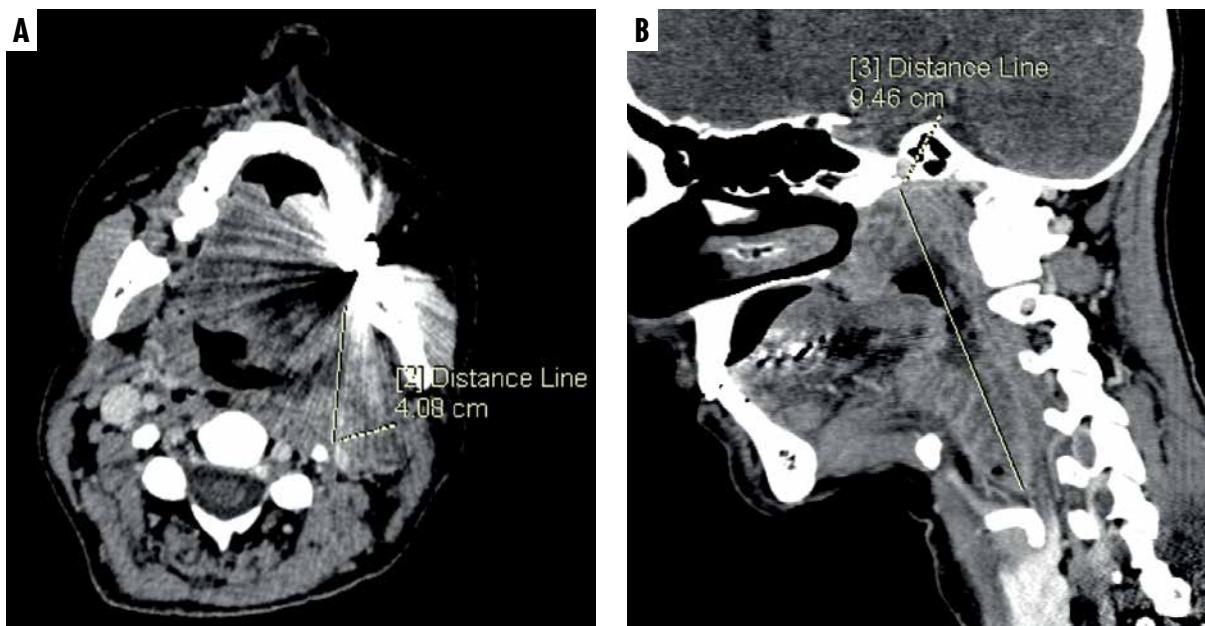
Pomimo zastosowanego leczenia nie zaobserwowano całkowitej remisji choroby. Pacjentka zmarła 6,5 miesiąca od czasu pierwszej wizyty na ostrym dyżurze, 4,5 miesiąca od momentu rozpoznania histopatologicznego i 2,5 miesiąca po zakończeniu radioterapii.

Omówienie

Ropień okołomigdałkowy to powikłanie ostrego zapalenia migdałków podniebiennych i jeden z częstszych powodów zgłaszania się pacjentów do laryngologicznej izby przyjęć [2, 6]. Do najczęstszych objawów zarówno ropnia okołomigdałkowego, jak i raka migdałka należą: asymetria migdałków podniebiennych, dysfagia, szczękoscisk, brzydki zapach z jamy ustnej, otalgia, jednostronny guz szyi [3, 6]. Rozpoznanie nowotworu może być opóźnione przez niespecyficzność objawów, a bogata sieć naczyń limfatycznych wokół migdałków podniebiennych przyczynia się do wczesnego pojawienia się przerzutów do węzłów chłonnych i rozsiewu choroby [4, 7].

Każde owrzodzenie lub guz w obrębie jamy ustnej, które nie ulegają gojeniu, powinny budzić podejrzenie nowotworu złośliwego [4, 5]. Do dodatkowych objawów alarmowych należy otalgia trwająca dłużej niż 2 tygodnie, szczególnie w grupie pacjentów wysokiego ryzyka, do których zalicza się: spożywających alkohol, wyroby tytoniowe, z infekcją HPV, w immunosupresji, narażonych na czynniki środowiskowe, takie jak azbest, benzen, promieniowanie jonizujące [4, 5, 7–9].

W diagnostyce nieocenioną wartość mają biopsja ze zmiany oraz badania obrazowe, zwłaszcza CT z kontra-



Rycina 3. A, B – Ostatnie badanie CT z kontrastem, w którym radiolog opisał ogromny guz gardła po lewej stronie



stem [9]. Rozróżnienie obrazu ropnia a nekrotycznego guza i konglomeratu węzłów chłonnych często jest trudne. Przykład naszej pacjentki pokazuje, że doświadczenie i umiejętności opisującego lekarza radiologa mają bardzo duże znaczenie, szczególnie w warunkach ostrego dyżuru [10].

Należy zaznaczyć, że na czas wdrożenia diagnostyki, ustalenia rozpoznania i rozpoczęcie leczenia istotny wpływ miał brak zastosowania się pacjentki do wszystkich zaleceń lekarskich: nie założyła karty DILO, nie zaczęła na opis CT, nie zgodziła się pierwotnie na hospitalizację.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Windfuhr J. Malignant neoplasia at different ages presenting as peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126: 197-8.
2. Kallel S, Hadj Taieb H, Makni S, Ghorbel A. Lymphoma presenting as a peritonsillar abscess. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2013; 130: 337-9.
3. Rokkjaer MS, Klug TE. Tonsillar malignancy in adult patients with peritonsillar abscess: retrospective study of 275 patients and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015; 272: 2439-44.
4. Fort MM, Gathings R, Domanski MC. Squamous cell carcinoma of the tonsil masquerading as a peritonsillar abscess. *Am J Emerg Med* 2013; 31: 1002.e3-e4.
5. Habib Rahman AF, Fahmi AKA, Tarmizi NEA, et al. A red flag: a case of oropharyngeal cancer masquerading as an ulcer of an infective origin. *Cureus* 2023; 15: e50411.
6. Holmes SB, Vora K, Hardee PS. Squamous cell carcinoma presenting as peritonsillar abscess. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39: 46-8.
7. Jankowska K, Śmiechura-Gańczarczyk M, Konopka W. Unilateral palatal tonsillar tumor-case report. *Otarynolaryngologia* 2018; 17: 36-40.
8. Sasaki T, Moles DR, Imai Y, Speight PM. Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 129-33.
9. Machiels JP, Rene Leemans C, Golusinski W, et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHS-ESMO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol* 2020; 31: 1462-75.
10. Capps EF, Kinsella JJ, Gupta M, et al. Emergency imaging assessment of acute, nontraumatic conditions of the head and neck. *Radiographics* 2010; 30: 1335-52.

Adres do korespondencji:

Zofia Machyna
Katedra i Klinika Otolaryngologii
i Onkologii Laryngologicznej
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
e-mail: zofia.machyna@gmail.com

