

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за орална хирургија

ФАТАЛЕН МЕДИЈАСТИНИТИС КАКО КОМПЛИКАЦИЈА НА АКУТНА ОДОНТОГЕНА ИНФЕКЦИЈА

Муровска Марија

Авторот презентира случај на фатален супуративен медијастинитис кај 43-годишен маж, настанат како компликација на десцендирана акутна одонтогена инфекција од субмандибуларниот фасцијален простор.

Акутната одонтогена инфекција сè уште претставува значаен дел од секидневната стоматолошка каузистика. Модерната антибиотска терапија овозможи во најголем број случаи таа да биде санирана пред да се прошири во соседните фасцијални простори, со што се спречува развојот на животнио загрозувачките компликации (сепса, тромбоза на кавернозниот синус, интракранијални апсцеси, медијастинит и сл.). Ние сите добро ја познаваме можноста за нивно настанување, меѓутоа реткоста на појавувањето на овие компликации во современата практика, како да го намали вниманието на лекарите практичари во однос на акутната одонтогена инфекција. Се има впечаток дека честопати изостанува грижата на лекарот за потенцијалната тежина на гнојните инфекции во максилофацијалното подрачје и за животните опасности кои може да резултираат од нив.

Во литературата и денес сретнуваме соопштенија за тешки компликации, често со фатален крај, како последица на инфекција од одонтогено потекло. Така Mc Curdy⁴ и Hendler² сооптуваат за два случаја на фатален медијастинитис, Cogan¹ опишува случај на дифузен цервикален целулитис, а Roser⁵ публикува случај на некротизирачки фасцитис.

Сакајќи да го насочиме кон сериозноста и тежината на гнојните одонтогени инфламации во лицевовратното подрачје, презентиравме еден случај на одонтогена инфекција, придружена со медијаститис и фатален крај.

Пациентот Н.В. роден 1937 год., на 25 април 1980 г. се јавил кај стоматолог во своето место заради болка и оток во пределот на виличниот агол од десната страна и неможност за от-

ворање на устата. Ординирано е Penicillini 800 000 ЈЕ, Crystacillin а 500 000 ЈЕ и Novalgetol а 2ссм. Контрола е закажана за наредниот ден. Консултиран е орален хирург кој се сложил со терапија. Не е нотирано кој заб е причинител на отокот и нема рентгенска документација. Наредниот ден состојбата знатно се влошила и со слика на една тешка флегмона, болниот е упатен на одделението за уво, грло и нос, во матичниот медицински центар. (Овие податоци се земени од стоматолошката служба во местото на живеење на пациентот Н. В.).

Во преписот на историјата од ова одделение забележан стои: Во историјата бр. 2498 на кл. за хируршки болести, пациентот е примен поради висока фебрилност и јак оток на лицето и вратот од десната страна. Претходно пациентот барал на два пати помош од стоматолог заради јака забоболка. Направени се две инцизии на вратот со обилна дренажа, но поради ширење на флегмоната и на левата страна од вратот и градниот кош, како и поради попуштање на кардиоваскуларниот систем, болниот се испраќа на клиниката за хируршки болести во Скопје.

Во историјата бр. 2498 на хируршката клиника во Скопје, нотиран е следниот status praesens: При приемот поциентот оддава впечаток на тежок болен. Сомнолентен е, силно интоксциран, фебрилен, со филиформен, одвај пиплив пулс (114/мин.), ТА 110/60. Видливи лигавици бледи, кожа ладна, облеана со студена пот.

Врат: на вратот преврска. По симнување на истата се гледаат две попречни инцизии во должина од 2 см, на предна и десна страна од вратот. Од инцизијата се цеди обилна количина на смрдлив, зеленкаст и густ гној.

Граден кош: дишење со напор, забрзано, со смрдлив здив. Аускултаторно силно забрзана и одвај чујна работа на срцето. На белите дробови базално се слушаат влажни кркори. Меките ткива на горниот дел од градниот кош се отечени.

Пациентот сместен во шок соба, направена нативна графија на врат и граден кош. Во операциона сала извршена тоалета на инцизионите рани, поставени се два латекс дрена, направена е mediastinotomia дренажа на медијастинум, преку која се добива обилен, густ, зеленкаст смрдлив гној.

Лабораториски испитувања: Нв 13 гр⁰/₀, Ер 3.800.000, Le 17 200, хематокрит 38 Vм⁰/₀, протеини 7,5 гр⁰/₀, glycemia 120 мг⁰/₀, urea 100 мг⁰/₀, електролити во граница на нормала.

Ординирана терапија: Mefoxin 3x4 амп. (1 гр.), Naemacel 500 ссм, Hartman 1000 ссм, Dextrosa 1000 ссм, Sanqus 350 ссм, Lanicor 1 амп., Streptomycin 2x0,5 гр., Cedilanid 1 мс., Glucosa 37⁰/₀ 20 ссм.

И покрај интензивната и соодветна терапија, состојбата и натаму се влошува.

Exitus настапи по 3 дена од приемот на клиника (на 9.V.1980 г.), под дијагноза: Phlegmona faciei et colli, mediastinitis suppurativa, insuffitientio cardio-vasculatoria.

Mediastinotomia et drainage.



Сл. 1



Сл. 2

Дискусија

Екстензијата на гнојните инфекции од фасцијалните простори на максило фацијалното подрачје во медијастинумот е со многу ниска инциденција, но тоа не значи дека сме ослободени од најсериозен приод и грижа во третманот на овие инфекции, независно од тежината на клиничката слика.

Инфекциите кои се развиваат во субмандибуларниот, масетеричниот, птеригомандибуларниот и перитонзиларниот простор, десцендираат во медијастинумот по најчестата анатомска патека — парафарингеалниот и ретрофрингеалниот простор.

Имајќи на располагање стотици моќни антибиотски средства, паѓаме во искушение премногу да се потпреме на нив, да им дадеме водечко место во терапијата, а да го запоставиме хируршкиот третман. Уште од времето на Хипократ, инцизијата и дренажата се основниот принцип на лекување на гнојните инфекции; натаму екстракцијата на забот причинител и трепанацијата потпомогнати со избор на антибиотик, според веројатноста на етиолошкиот микроорганизам, во услови на неможност да направиме био и антибиограм.

Познато ни е дека од повторното користење на антибиотици, во голем број случаи резултира промена на микробната флора. Денеска вообичаени се мешовити бактериски култури, со преваленција на стрептококи, стафилококи и грам негативни бактерии. Во поновата литература, при длабоките одонтогени гнојни инфекции, значителна етиолошка улога им се припишува на анаеробните микроорганизми. Затоа во случаите

каде културата од пурулентниот материјал останува негативна, треба да побуди сомнение за анаеробна инфекција и во таа смисла да се насочи и терапијата.

Кај супуративниот медијастинит, како компликација на акутна одонтогена инфекција, битен е брзиот хируршки третман, високи дози на антибиотици и битка за зачувување на виталните функции. Меѓутоа, и покрај навремениот и соодветен пристап и лекување, морталитетот од оваа компликација и на тоа останува висок.

Заклучок

Гнојните инфекции од одонтогено потекло што се развиваат во субмандибуларната, масетеричната и птеригомандибуларната регија преку парафарингеалниот и ретрофарингеалниот простор, можат да се прошират во медијастинумот. Супуративниот медијастинит е поретка компликација на одонтогената инфламација, која и покрај современиот третман, во голем процент завршува смртно. Иако животна загрозувачките компликации во денешната стоматолошка практика се ретки, лекарот мора да е свесен за можноста за нивно настанување и затоа на секоја гнојна инфекција од максилофацијалното подрачје треба да ѝ пријде со најголема професионална сериозност и грижа.

FATAL MEDIASTINITIS — ACUTE ODONTOGENIC INFECTION COMPLICATION

Summary

Purulent infections of odontogenic origin that develop in the submandibular, masseteric and pterygomandibular area can invade mediastinum through the parapharyngeal and retropharyngeal space. Suppurative mediastinitis is a rare complication due to odontogenic inflammation, which, beside the contemporary achievements in treatment is lethal in the greatest majority of cases. Although life threatening complications in to days' stomatologic practice are rare, physicians must be aware of their possibility and for that reason each purulent infection in the maxillofacial area should be faced with the greatest professional seriosity and care.

Л и т е р а т у р а

1. Cogan, J.C.: Necrotising Mediastinitis Secondary to Descending Cervical Cellulitis, J. Oral Surg. 36:307 Sept. 1973
2. Hendler H. B.: Fatal Mediastinitis Secondary to Odontogenic Infection, J. Oral Surg. 36:308 April 1978
3. Kruger, G.O.: Textbook of Oral Surgery, Ed. 4. St. Louis, C.V. Mosby Comp. 1974
4. Mc Curdy, A.J.: Fatal Mediastinitis after a Dental Infection J. Oral Surg. 35:726 Sept. 1977
5. Roser, M.S.: Necrotizing Fescitis, J. Oral Surg 35:730 Sept. 1977
6. Spilka, C.J.: Pathways of Dental Infections, J. Oral Surg. 24:111 March 1966
7. Thoma, K.H.: Oral Pathology, Ed. 6, St. Lous, C.V. Mosby Comp.