

©Коллектив авторов, 2020

Онкопатология под «маской» urgentных осложнений хронического тонзиллита

Т.А. Лазарчик, И.В. Пономарев

ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП Российской Федерации, Москва, Россия
Контакты: Лазарчик Татьяна Анатольевна – e-mail: zvere_va_tanya@list.ru

Oncopathology under the “mask” of urgent complications of chronic tonsillitis

T.A. Lazarchik, I. V. Ponomarev

FSBI «Clinical hospital №1» of the Russian President Administration, Moscow, Russia
Contacts: Lazarchik Tatyana – e-mail: zvereva_tanya@list.ru

慢性扁桃体炎紧急并发症“掩盖”下的肿瘤病理

T.A. Lazarchik, I. V. Ponomarev

FSBI «Clinical hospital №1» of the Russian President Administration, Moscow, Russia
通讯作者: Lazarchik Tatyana – e-mail: zvereva_tanya@list.ru

Doi: 10.25792/HN.2020.8.4.77-80

В статье представлен клинический случай острого гнойного заболевания ЛОР-органов, послуживший причиной госпитализации пациента в стационар, в результате лечения которого диагностирована злокачественная опухоль ротоглотки с первичным очагом в правой небной миндалине. Отобрана клиническая картина заболевания, описаны этапы обследования пациента, на основании которого выставлен диагноз. Представлены результаты лабораторных и инструментальных методов исследования в динамике до и после операции, результаты гистологического исследования.

Ключевые слова: небные миндалины, хронический тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, новообразование

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки

Для цитирования: Лазарчик Т.А., Пономарев И.В. Онкопатология под «маской» urgentных осложнений хронического тонзиллита. Голова и шея. Российский журнал=Head and neck. Russian Journal. 2020;8(4):77–80

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

Abstract

The article presents a clinical case of acute purulent disease of the ENT organs, which caused the hospitalization of this patient in a hospital, and as a result of treatment, a malignant tumor of the oropharynx with a primary focus in the right palatine tonsil was diagnosed. The clinical picture of the disease is displayed, the stages of the examination of the patient are described, on the basis of which the diagnosis was made. The results of laboratory and instrumental methods of research in the dynamics before and after surgery, the results of histological assessment are presented.

Key words: palatine tonsils, chronic tonsillitis, peritonsillar abscess, tumor

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding. There was no funding for this study.

For citation: Lazarchik T.A., Ponomarev I.V. Oncopathology under the “mask” of urgent complications of chronic tonsillitis. Head and neck. Russian Journal. 2020;8(4):77–80 (In Russian).

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, figures, photographs of patients.

摘要

本文报告一例耳鼻喉科急性化脓性疾病的临床病例，经治疗后确诊为口咽部恶性肿瘤，原发灶在右侧腭扁桃体。显示了该病的临床图像，描述了患者的检查阶段，并在此基础上作出了诊断。给出了手术前后的实验室和仪器方法的动力学研究结果，以及组织学评估的结果。

关键词：腭扁桃体、慢性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、肿瘤

利益冲突: 作者没有利益冲突要声明。

基金: 这项研究没有资金。

引用: Lazarchik T.A., Ponomarev I.V. *Oncopathology under the “mask” of urgent complications of chronic tonsillitis. Head and neck. Russian Journal. 2020;8(4):77–80 (In Russian).*

作者负责提供的数据的原创性和出版说明性材料的可能性—表格、数字、患者的照片。

Введение

Ангина и хронический тонзиллит занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости взрослых и детей: среди детей составляет 15–63%, среди взрослого населения до 40 лет – 4–37% [6]. По данным Н.М. Кисловой и соавт., за последние десятилетия в 2,1 раза увеличилось число пациентов с паратонзиллитом. Кроме того, в 10,8% случаев хронический тонзиллит вызывает такие опасные осложнения, как паратонзиллит, парафарингит, флегмону клетчаточных пространств шеи, медиастенит [2]. В различных литературных источниках делается акцент на увеличение за последние несколько лет экстренных операций по хирургическому дренированию паратонзиллярного абсцесса [1–4] и вторичных тонзиллогенных флегмон шеи [5].

Особое место в медицине занимает проблема злокачественных опухолей головы и шеи, среди которых рак ротоглотки составляет 0,7% у мужчин и 0,09% у женщин России. Чаще всего онкологический процесс локализуется в области небных миндалин – 63,7%, у 20,8% – в корне языка, у 9,1% – в области задней стенки глотки, у 5,2% – в области мягкого неба [9].

В свою очередь микроорганизмы, вызывающие воспалительные заболевания в полости рта, имеют широкий клинический спектр, от легких инфекций до образования гнойных процессов и сепсиса. Это происходит в результате нарушения барьерной функции орофарингеальной области при наличии предрасполагающих факторов [10].

Тонзиллогенный сепсис развивается на фоне ангины или хронического тонзиллита в результате распространения возбудителя лимфогенным или гематогенным путем [7, 8, 11]. Способствовать распространению инфекции могут состояния, сопровождающиеся нарушением кровообращения и угнетением иммунной системы, такие как сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, и другие сопутствующие хронические инфекции, прием иммунодепрессантов [8]. При молниеносном сепсисе клиническая симптоматика стремительно нарастает, на протяжении нескольких часов развивается инфекционно-токсический шок и в течение 1–3 суток заболевание заканчивается летальным исходом [4–6].

Материал и методы

Больной С., 64 лет поступил по неотложным показаниям – в приемное отделение ФГБУ «КБ №1» УДП РФ. При поступлении предъявлял жалобы на сильную боль в горле, преимущественно справа, болезненность при глотании, затруднение приема жидкой, твердой пищи, ощущение удушья, ограничение открывания рта.

Анамнестически было известно, что болевой синдром в горле и субфебрилитет беспокоили на протяжении 2 дней. Ранее пациент наблюдался у врача-оториноларинголога по поводу хронического тонзиллита, проходил курсы промывания лакун миндалин с положительным эффектом (ремиссия была около 6 месяцев). Далее более 10 лет не наблюдался по данному заболеванию. За 2 дня до госпитализации при появлении болей

в горле самостоятельно начал принимать ибупрофен, без положительного эффекта. Утром, в день поступления, появилось ощущение удушья. Пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи, был доставлен в ФГБУ «КБ №1» УДП РФ.

Из анамнеза жизни известно, что аллергологический анамнез не отягощен. Около 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Ежедневно принимает назначенную эндокринологом терапию, глюкометрию проводит нерегулярно. Постоянно принимает Глибомет по 1 таблетке (утро, вечер), Галвус мет, небиволол 1 таблетку 1 раз в сутки (утро).

При поступлении был произведен оториноларингологический осмотр. При передней риноскопии преддверие носа было свободным, перегородка носа искривлена вправо, слизистая оболочка полости носа розовая, в носовых ходах отделяемого не было, нижние носовые раковины увеличены с двух сторон.

При фарингоскопическом исследовании отмечалась асимметрия мягкого неба за счет выраженного отека и инфильтрации мягкого неба, язычка мягкого неба, правой передней небной дужки, а также имелись незначительный отек левой передней небной дужки и сужение просвета ротоглотки. Правая небная миндалина была рыхлая без налетов, отмечена гиперемия задней стенки глотки.

Пациенту была проведена фиброларингоскопия, в ходе которой был выявлен стекловидный отек язычной поверхности надгортанника, слизистой оболочки черпаловидных хрящей. Голосовые складки серые, подвижные, при фонации смыкаются полностью.

На основании жалоб пациента, данных анамнеза, объективно-го осмотра, фиброларингоскопии поставлен предварительный диагноз. Основной: Правосторонний паратонзиллярный абсцесс. Хронический тонзиллит. ТАФ II. Сопутствующие: Сахарный диабет 2 типа. Гипертоническая болезнь.

Пациент был дообследован в экстренном порядке. Результаты приведены ниже.

Пациенту было проведено инструментальное обследование: компьютерная томография (КТ) шеи и ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей шеи. При проведении УЗИ мягких тканей шеи были выявлены признаки подчелюстного, шейного лимфаденита, более выраженного справа. При проведении КТ шеи с контрастным усилением (контраст: Омнискан 0,5 ммоль/мл 20 мл) обнаружены признаки правостороннего паратонзиллярного абсцесса и выраженной двухсторонней лимфаденопатии (см. рисунок).

Перед операцией у пациента в клиническом анализе крови наблюдался лейкоцитоз $25,51 \times 10^9$ с палочкоядерным сдвигом, повышение неспецифических показателей острого воспаления. Кроме того, при иммунологическом исследовании показатель прокальцитонина (кол.) составил 12,25 нг/мл (норма 0,05).

В связи с нарастанием у пациента удушья, одышки, данными лабораторно-инструментальных методов обследований, диагностированием сепсиса был проведен врачебный консилиум, в ходе которого было принято решение о проведении хирургического лечения в экстренном порядке по жизненным

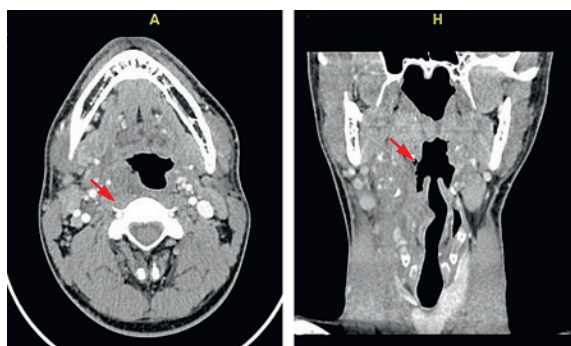


Рис. КТ шеи с контрастным усилением перед операцией
Figure: CT of the neck with contrast enhancement before surgery

показаниям в объеме правосторонней абсцессотонзиллэктомии. В ходе оперативного пособия выполнена ревизия паратонзиллярного и парафарингеального пространств, парафарингеально получено обильное гнойное отделяемое, интраоперационно установлен назогастральный зонд. Удаленный макропрепарат отправлен на патогистологическое исследование, препарат подготовлен и окрашен гематоксилином и эозином.

В послеоперационном периоде, учитывая системную воспалительную реакцию, пациенту была назначена медикаментозная терапия: амикацин 1 г/сут, меропенем 1 г 2 раза в сутки, флуконазол 50 мг/сут, кетопрофен 2,0 при болях. Местно ротовые ванночки с раствором антисептика – Октенисепт в разведении 1:6.

Результаты

Боль в горле, учитывая хирургический фактор, у пациента уменьшилась на 5-е сутки после операции, на 14-е сутки болевой синдром практически был купирован. В данном клиническом случае болевой синдром оценивали ежедневно с помощью визуально-аналоговой шкалы от 0 до 10, где 0 – болевой синдром отсутствует, 10 – болевой синдром очень сильный. При необходимости в обезболивании пациенту вводили кетопрофен 2 мг в/м. Постепенно необходимость в анальгетиках уменьшилась, также применяли местно антисептические препараты с местным анестетиком. На 14-е сутки было восстановлено пероральное питание. Температура тела нормализовалась. Состояние оценивалось как удовлетворительное.

Объективно на 14-е сутки после операции реактивные явления в ротоглотке уменьшились, правая ниша миндалины зажила вторично под фибрином. В клиническом анализе крови на 1-е сутки после операции отмечалась положительная динамика в лабораторных анализах: снижение уровня лейкоцитов до $17,78 \times 10^9$, уровень прокальцитонина снизился до 9,73 нг/мл. В связи с тяжестью состояния контроль лабораторных анализов пациента проводили ежедневно. Далее в течение всего раннего послеоперационного периода в лабораторных анализах отмечалось постепенное снижение уровней лейкоцитов и прокальцитонина. На 14-е сутки после операции лейкоцитарная формула крови была в пределах нормы, сохранялась повышенная СОЭ (34 мм/час). При иммунологическом исследовании на 14-е сутки после операции показатель прокальцитонина составил 0,11 нг/мл (норма 0,05 нг/мл).

Гистологическое исследование операционного материала выявило низкодифференцированный плоскоклеточный рак небной миндалины с инвазией в паратонзиллярную клетчатку.

Пациента выписали на 15-е сутки после хирургического лечения, далее он был отправлен на консультацию к онкологу для дальнейшего обследования и лечения. Далее данному пациенту было проведено стадирование заболевания в соответствии с классификацией TNM 2009 г. – T3N0M0 III стадия. Пациенту было назначено лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению рака ротоглотки от 2018 г.: была выполнена резекция ротоглотки с односторонней шейной лимфодиссекцией и конкурентная химиолучевая терапия.

Обсуждение

При поступлении у пациента наблюдалась типичная клиническая картина правостороннего паратонзиллярного абсцесса, осложненного парафарингеальным абсцессом, вероятнее всего, на фоне сопутствующей патологии: сахарного диабета 2 типа в стадии декомпенсации. Диагноз был подтвержден показателями клинико-инструментального обследования, выявлена системная воспалительная реакция в ответ на местный инфекционный процесс, что, вероятнее всего, возникло на фоне иммуносупрессивного состояния – декомпенсации сахарного диабета. По результатам патогистологического исследования, выявлен низкодифференцированный плоскоклеточный рак небной миндалины с инвазией в паратонзиллярную клетчатку.

В литературе встречаются упоминания о сепсисе, как осложнении лечения злокачественных опухолей головы и шеи. Согласно исследованию B.D. Pulgar и соавт. (Rev. Med. Chil., 2019), в котором изучалась смертность в течение 30 дней после получения системной химиотерапии, 52,9% смертей были связаны с лечением и сепсис был наиболее частой причиной.

По данным других исследований, проводившихся в Индии ретроспективно с 2013 по 2017 г., сепсис был основной причиной смерти у пациентов, получавших лучевую и химиотерапию в соответствии со стандартными рекомендациями [11].

В литературе практически отсутствуют упоминания о сепсисе как об осложнении непосредственно рака орофарингеальной области. R. Garcia-Carretero из Мадридского госпиталя представлен клинический случай пациентки с распространенной опухолью орофарингеальной области, послужившей источником бактериемии с формированием абсцессов в печени [10].

Клиническая значимость данного наблюдения состоит в том, что предоперационное обследование пациента при проведении дифференциальной диагностики позволило с уверенностью поставить диагноз правостороннего паратонзиллярного абсцесса как осложнения хронического тонзиллита в стадии декомпенсации. Однако морфологическое исследование выявило неопластический процесс. В данном клиническом случае, несмотря на роль хронического тонзиллита в развитии гнойных и опухолевых процессов, у пациента гнойно-септическое воспаление и опухолевый процесс следует рассматривать как два самостоятельных процесса одной анатомической локализации и не являющихся осложнением одного другим.

Выводы

1. У пациента на фоне хронической сопутствующей патологии, такой как сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации, развилось иммуносупрессивное состояние. В свою очередь

наличие у пациента хронического тонзиллита в анамнезе в стадии декомпенсации способствовало развитию его местного осложнения. В данном случае эти две сопутствующие патологии в комплексе способствовали быстрой генерализации бактериальной инфекции и развитию септических осложнений на 2-е сутки после начала заболевания.

2. Абсцесс тонзиллярной области и проведение гистологического исследования в ранние сроки позволили верифицировать рак, поставить окончательный диагноз и определить план дальнейшего обследования и лечения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков А.И., Изотова Г.Н., Захарова А.Ф., Чумаков П.Л., Киселева О.А. Актуальность проблемы хронического тонзиллита. *Вестн. оториноларингологии*. 2009;5:4–6.
2. Кислова Н.М. Структура ургентной патологии и оказание неотложной помощи больным в ЛОР-стационаре. Дисс. канд. мед. наук. М., 2002.
3. Крюков А.И., Захарова А.Ф., Чумаков П.Л. Современные тенденции в лечении хронического тонзиллита. *Вестн. оториноларингологии*. 2013;5(Прил.):177–8.
4. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М., Самбулов В.И., Мусатенко Л.Ю., Пыхтеева Е.Н., Прыников П.Д. Тактика лечения больных с флегмонами шеи тонзиллогенного генеза. *Вестн. оториноларингологии*. 2012;5(Прил.):247–8.
5. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. *Руководство для врачей*. М., 2007. 286 с.
6. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. *Оториноларингология: Учебник*. М., 2007. 576 с.
7. Слесаренко А.В., Егоров В.И., Козаренко А.В. Возможности улучшения качества жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде после тонзилэктомии. *Рос. оториноларингология*. 2008;3:93–4.
8. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Паратонзиллит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении. *Вестн. оториноларингологии*. 2013;3:29–34.
9. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Клинические рекомендации. *Онкология*. М., 2009. 925 с.
10. Garcia-Carretero R. Bacteraemia and multiple liver abscesses due to *Fusobacterium nucleatum* in a patient with oropharyngeal malignancy. *BMJ. Case Rep*. 2019;12(1).
11. Muzumder S., Nirmala S., Avinash H.U., et al. Competing Deaths in Locally Advanced Head-and-Neck Cancer). *Indian J. Palliat. Care*. 2018;24(4):446–50.
3. Kryukov A.I., Zakharova A.F., Chumakov P.L. Current trends in the treatment of chronic tonsillitis. *Vestnik otorinolaringologii*. 2013; 5 (Suppl.): 177–178. (In Russ.).
4. Mustafaev D.M., Svistushkin V.M., Sambulov V.I., Musatenko L.Yu., Pykhteeva E.N., Pryanikov P.D. Tactics of treatment of patients with phlegmons of the neck of tonsillogenic genesis. *Vestnik otorinolaringologii*. 2012; 5 (Suppl.): 247–8. (In Russ.).
5. Palchun V.T., Luchikhin L.A., Kryukov A.I. *Inflammatory diseases of the pharynx; A guide for doctors*. M., 2007. 286 p. (In Russ.).
6. Palchun V.T., Magomedov M.M., Luchikhin L.A. *Otorhinolaryngol.: Textbook*. M., 2007. 576 p. (In Russ.).
7. Slesarenko A.V., Egorov V.I., Kozarenko A.V. Possibilities of improving the quality of life of patients in the early postoperative period after tonsillectomy. *Ros. Otorinolaringol*. 2008;3:93–4. (In Russ.).
8. Svistushkin V.M., Mustafaev D.M. Parapharyngitis, tonsillogenic sepsis: features of pathogenesis, clinical picture and modern concepts of treatment. *Vestn. Otorinolaringol*. 2013;3:29–34. (In Russ.).
9. Chissov V.I., Daryalova S.L. *Clinical guidelines*. Oncology. M., 2009. 925 p. (In Russ.).
10. Garcia-Carretero R. Bacteraemia and multiple liver abscesses due to *Fusobacterium nucleatum* in a patient with oropharyngeal malignancy. *BMJ. Case Rep*. 2019;12(1).
11. Sandeep Muzumder, S Nirmala, HU Avinash, Prashanth Bhat Kainthaje, MG John Sebastian, and John Michael Raj. Early Competing Deaths in Locally Advanced Head-and-Neck Cancer). *Indian J Palliat Care*. 2018;24(4):446–50.

Received 07.12.19

Accepted 02.11.20

Вклад авторов: И.В. Пономарев — концепция и дизайн исследования, обзор публикаций по теме статьи, сбор данных, оценка результатов исследования. Т.А. Лазарчик — анализ полученных данных, оценка результатов исследования, написание текста рукописи.

Contribution of the authors: I.V. Ponomarev — research concept and design, review of publications on the topic of the article, data collection, evaluation of research results. T.A. Lazarchik — analysis of the data obtained, evaluation of the research results, writing the text of the manuscript.

Информация об авторах:

Т.А. Лазарчик — врач-оториноларинголог ФГБУ «КБ №1» Волюнская УД Президента РФ, Москва, Россия; e-mail: zvereva_tanya@list.ru
И.В. Пономарев — врач-челюстно-лицевой хирург ФГБУ «КБ №1» Волюнская УД Президента РФ, Москва, Россия; e-mail: pivs1984@list.ru

REFERENCES

1. Kryukov A.I., Izotova G.N., Zakharova A.F., Chumakov P.L., Kiseleva O.A. The urgency of the problem of chronic tonsillitis. *Vestn. otorinolaringologii*. 2009; 5: 4–6. (In Russ.).
2. Kislova N.M. The structure of urgent pathology and the provision of emergency care to patients in the ENT hospital. PhD Thesis in Medical sciences. M., 2002. (In Russ.).

Information about the authors:

T.A. Lazarchik — otorhinolaryngologist of the Federal State Budgetary Institution “CH No. 1” (Volynskaya) UD of the Russian President Administration, Moscow, Russia; e-mail: zvereva_tanya@list.ru
I.V. Ponomarev — Oral and Maxillofacial Surgeon of the Federal State Budgetary Institution “CH No. 1” (Volynskaya) UD of the Russian President Administration, Moscow, Russia; e-mail: pivs1984@list.ru