

Orofaciálne kožné fistuly

Orofacial cutaneous fistulas

MUDr. Peter KIZEK, PhD.

MDDr. Zuzana KOTULIČOVÁ

MDDr. Karolina Kamila GLIŇSKA

MDDr. Branislav BORZA, PhD.

Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UPJŠ LF a UN L. Pasteura v Košiciach

ABSTRAKT

Extraorálne kožné fistuly sa v orofaciálnej oblasti nevyskytujú často, ale nie sú ani raritou. Mnohokrát sú odontogénneho pôvodu, napriek tomu pacienti primárne vyhľadajú pomoc u iných odborníkov. V prípade, že sa správne identifikuje vyvolávajúca príčina, je liečba jednoduchá. Naopak, nepresná a nesprávna diagnostika má za následok recidívu ochorenia, opakované sú excízie a protiahovaná je medikamentózna liečba. Prezentované kazuistiky dokazujú, že každá patologická kožná lézia v orofaciálnej oblasti má byť v úvode vyšetrená stomatológom.

ABSTRACT

Extraoral skin fistulas do not often occur in the orofacial region, but they are not rare either. Despite the fact that they are often of odontogenic origin, patients seek help from other specialists. If the underlying cause is correctly identified, the treatment is not difficult. On the contrary, imprecise and incorrect diagnosis results in recurrence of the disease, repeated excisions and prolonged medical treatment. The presented case studies prove that every pathological skin disorder in the orofacial area should be initially examined by a dentist.

ÚVOD

Orofaciálna kožná fistula sa prejavuje ako prominujúca lézia, lokalizovaná v strednej alebo dolnej tretine tváre, z ktorej intermitentne vyteká serózný, purulentný alebo sanguinopurulentný obsah. Iné klinické príznaky, manifestujúce zápalové ochorenia, bývajú veľmi nenápadné. Preto bývajú kožné orofaciálne fistuly mnohokrát zamieňané s inými ochoreniami a následne aj nesprávne liečené. Napriek tomu, že najčastejšou príčinou býva odontogénna infekcia, pacienti často primárne hľadajú pomoc u iných špecialistov, než u zubného lekára.

DEFINÍCIA A PRÍČINY

Medicínsky je fistula definovaná ako patologické spojenie dvoch prostredí, ktoré spolu za normálnych okolností nekomunikujú. Nejedná sa o samostatnú nozologickú jednotku, ale vždy vzniká iba ako príznak. Orofaciálne kožné fistuly vznikajú v oblasti dutiny ústnej a kanálom sú drénované cez kožu navonok (3). Kanál fistuly môže byť rôzne dlhý a preto kožná manifestácia nemusí byť v bezprostrednej blízkosti príčinnej lézie. Preto môže vzniknúť diagnostický problém a následne započatá neadekvátna liečba.

Odontogénne fistuly sa vyskytujú ako jedny z najčastejších. Vznikajú ako následok akútnej alebo chronickej periapikálnej infekcie odontogénnych cyst, alebo ako komplikácie dentálnej implantológie.

Osteogénne fistuly sú manifestáciou ostitídy, osteomyelitídy, osteonekrózy, či metabolických kostných ochorení.

Sialogénne fistuly sa môžu vyskytovať ako následok vývinových ochorení, migrujúcich sialolitov, traumatického alebo iatrogénneho poškodenia slinných žliaz alebo ich vývodov.

Špecifické fistuly sú dôsledkom granulomatózneho zápalu. V orofaciálnej oblasti je to najčastejšie aktinomykóza. Zriedkavo sa vyskytuje aj tuberkulóza, syfilis a blastomykóza.

Neoplastické fistuly sú asociované s malígnymi ochoreniami v oblasti horného aerodigestívneho traktu a ich šírením.

DIAGNOSTIKA A LIEČBA

Každá orofaciálna kožná lézia by mala byť primárne vyšetrená stomatológom. Po dôkladnom fyzikálnom a inštrumentárnom vyšetrení by malo nasledovať vyšetrenie zobrazovacími metódami. Popri natívných snímkach je možnosť fistulografie za pomoci jódových kontrastných látok. V prípade nutnosti dopĺňame aj CT vyšetrenie (2). Primárna terapia všetkých orofaciálnych fistúl, bez ohľadu na etiológiu, je chirurgická. Fistula je však iba manifestáciou ochorenia a odstránenie iba jej samotnej takmer vždy vedie k recidíve. Chirurgické odstránenie príčiny je v niektorých prípadoch vhodné rozšíriť o antibiotickú liečbu. Chirurgické odstránenie fistuly sa môže realizovať v jednom kroku s odstránením samotnej príčiny, alebo až následne. V niektorých prípadoch, po adekvátnom odstránení vyvolávajúcej príčiny, fistula zanikne sama.

KAZUISTIKA 1

56-ročný pacient poukázaný na naše pracovisko po predchádzajúcich ošetrovaniach v ambulancii plastickej chirurgie. Opakovane excidovaná lézia v submentálnej oblasti, diagnosticky uzatvorená ako furunkul. Histologicky verifikovaná iba prítomnosť nešpecifického zápalovo celulizovaného granulačného tkaniva. Lézia vždy po odstránení do 1 mesiaca recidivovala (obr. 1). U nás v rámci vstupného vyšetrenia zistená rozsiahla cystická lézia v oblasti frontálneho úseku tela sánky (obr. 2). Pre potvrdenie súvislosti kožnej fistuly s cystickou dutinou sme vykonali kontrastné RTG vyšetrenie za pomoci jódovej kontrastnej látky na vodnej báze Iomeron 400® (obr. 3). Následne sme pristúpili k chirurgickému odstráneniu cysty v celkovej anestézii (obr. 4, 5). Napriek tomu, že sa podľa

RTG snímky ako pôvod lézie javil devitálny zub, histologické vyšetrenie popísalo zárodočnú mediálnu (symfyzálnu) mandibulárnu cystu. Kožná fistula sa vyhojila bez recidívy a RTG vyšetrenie 6 mesiacov od operácie vykazuje známky kostnej prestavby defektu (obr. 6).



Obr. 1 Lézia na koži v submentálnej oblasti kde sú zjavné stopy po predchádzajúcich excíziách



Obr. 2 Natívna OPG snímka s rozsiahlou cystickou léziou v oblasti frontálneho úseku sánky



Obr. 3 Stav po aplikácii kontrastnej látky priamo do fistuly



Obr. 4 Uvoľnenie vaku cysty



Obr. 5 Odstránený vak cysty



Obr. 6 RTG snímka po 6 mesiacoch

KAZUISTIKA 2

21-ročná pacientka poukázaná k nám z kožnej ambulancie pre aktívnu hnisavú fistuláciu na koži brady. Pri vyšetrení zistená chronická apikálna parodontitída zuba 44 s aktívnou extraorálnou fistulou (obr. 7). V lokálnej anestézii vykonaná extrakcia príčinného zuba a excízia kožnej lézie aj s fistulou (obr. 8, 9). Defekt na koži sa vyhojil bez recidívy (obr. 10).



Obr. 7 Fistula na koži brady



Obr. 8
Stav po odstránení fistuly



Obr. 9 Excidovaná kožná lézia aj s kanálom fistuly



Obr. 10 Stav po 3 mesiacoch

KAZUISTIKA 3

36-ročný pacient s recidivujúcou fistuláciou v oblasti dolného okraja sánky (obr. 11). Odontogénna príčina nebola dokázaná. Napriek lokálnej i antibiotickej liečbe dochádzalo k progresii nálezu (obr. 12). Pri chirurgickej revízii idenitfikované 2 drobné žltkasté lézie, imponujúce ako aktinomykotické drúzy (obr. 13), čo bolo následne histopatologicky verifikované. Stav uzatvorený ako cervikofaciálna aktinomykóza a po intenzifikovanej antibiotickej liečbe došlo k vyhojeniu lézie (obr. 14).



Obr. 11 Kožná fistula paramandibulárne vľavo



Obr. 12 Progresia nálezu napriek liečbe



Obr. 13 Stav počas chirurgickej revízie s aktinomykotickými drúzami



Obr. 14 Stav po vyhojení lézie

ZÁVER

Napriek tomu, že sú orofaciálne kožné fistuly v literatúre dobre popísané, častokrát býva príčina chybné diagnostikovaná (4). Adekvátne liečba je možná iba po identifikovaní a odstránení príčiny (1). V prípade, že súčasťou diagnostického algoritmu nie je dôkladné stomatologické vyšetrenie, môže byť odontogénna príčina opomenutá. Nesprávna liečba potom vedie k recidíve ochorenia, opakovaným excíziám a prolongovanej antibiotickej liečbe.

LITERATÚRA

1. AL-JABOORI MJ., AL-ATTAS MA., MAGNO FILHO LC.: Treatment of chronic oroantral fistula with platelet-rich fibrin clot and collagen membrane: a case report. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2018, 10: 245-249.
2. FOSTER KH., PRIMACK PD., KULILD JC.: Odontogenic cutaneous sinus tract. *Journal of Endodontics*. 1992, 18(6): 304-306.
3. JOHNSON BR., REMEIKIS NA., VAN CURA JE.: Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tract of dental origin. *JADA*. 1999, 130:832-836.
4. VERMANI M., KALIA V., SINGH S., GARG S., AGGARWAL S., KHURANA R., KALRA G.: Orocutaneous Fistula or Traumatic Infectious Skin Lesion: A Diagnostic Dilemma. *Case Reports in Dentistry*. 2015, 1-4.

Korešpondečná adresa:

MUDr. Peter KIZEK., PhD.
Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie
UPJŠ LF a UNLP Košice
Rastislavova 43
040 01 Košice