

Petrosní apicitis – vzácná komplikace otitíd

Vyhnánková S.^{1,2}, Onderková A.¹, Poláková E.¹, Fuksa J.¹, Chovanec M.¹

¹Otorinolaryngologická klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady,

²Anatomický ústav, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Praha, Česká republika

Úvod

Petrositida (petrous apicitis) je vzácná, avšak potenciálně závažná infekčně-zánětlivá komplikace středoušního zánětu [1-5]. Je charakterizovaná postižením hrotu pyramidy spánkové kosti [3]. Její incidence se v antibiotické éře významně snížila, opožděná diagnostika však může vést k postižení hlavových nervů a rozvoji závažných intrakraniálních komplikací [1-3]. Klinický obraz je značně variabilní. Klasický Gradenigův syndrom, tvořený triádou oteřey, retroorbitální či faciální bolesti a parézy n. abducens, se v současnosti vyskytuje pouze u menšiny nemocných. V publikovaných souborech je kompletní triáda popisována přibližně u 14–21 % pacientů. Časté jsou proto neúplné a atypické formy, které mohou vést k diagnostickému prodlení [1-3].

Diagnostika je založena na klinickém podezření a zobrazovacích metodách. CT a MRI mají komplementární úlohu – CT umožňuje přesné zhodnocení pneumatizace a kostní destrukce, zatímco MRI je citlivější pro posouzení zánětlivých změn kostní dřeně, měkkotkáňového a intrakraniálního šíření a diferenciální diagnostiku lézí hrotu pyramidy [1, 3-5].

Základem léčby je prolongovaná antibiotická terapie, optimálně cílená podle mikrobiologického nálezu. Chirurgická léčba je individualizována a je indikována zejména při nedostatečné odpovědi na konzervativní terapii, přítomnosti abscesu nebo jiných komplikací či potřebě drenáže infekčního ložiska. Moderní série dokumentují posun od rutinní rozsáhlé chirurgie k selektivnějšímu chirurgickému přístupu [1-3].

Metody

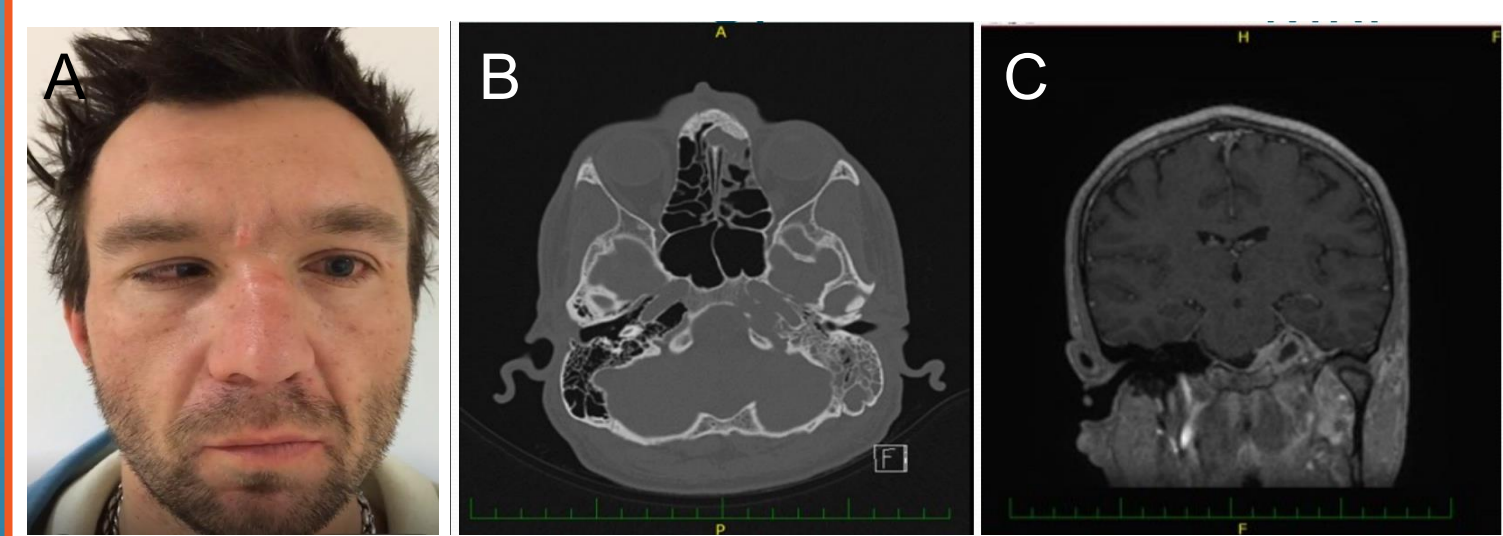
Byla provedena retrospektivní monocentrická observační studie pacientů s diagnózou petrosní apicitidy v období 2015–2025. Hodnoceny byly klinické projevy, diagnostický postup, zobrazovací nálezy a způsob léčby.

Pacient	Pohlaví	Věk	významné faktory	symptomatika						zobrazovací metody		Přidružené komplikace	Kultivace	ATB	Operační zákrok
				OMA	Bolest v obl. n.V	Paréza n. VI	Paréza n. VII	vertigo/nystagmus	Porucha sluchu	CT	MRI				
Pacient 1	F	63	-	+	-	-	-	+	+	+	+	dehiscence PSC, labyrinthitis	Negat.	Xorimax	TM-MFA
Pacient 2	F	31	předchozí mastoidektomie	+	+	+	+	-	+	+	+	-	St. coaguláza neg.	Dalacin + Ciprofloxacin → Ceftriaxon → Moxifloxacin	TM-MFA + TST
Pacient 3	F	26	RS - léčba Ocrelizumab	+	+	+	-	+	+	+	+	epidurální absces	Ent. faecalis Str. agalactiae St. aureus (MRSA)	Ciprofloxacin + Ampicilin/Sulbactam → Ciprofloxacin + Sulfamethoxazol/Trimethopri m	TM-MFA + TST
Pacient 4	M	38	iv abuser drog	+	+	+	-	-	+	+	+	epidurální absces	St. aureus Str. pneumoniae	Amoxicilin/Klavulanát Ampicilin/Sulbactam Clindamycin	TM-MFA + TS
Pacient 5	F	35	-	+	-	+	-	+	-	+	+	-	Negat.	Amoxicilin/Klavulanát	TM-MFA
pacient 6	M	85	DM II, clostridiová enetrocolitis	+	+	-	-	-	+	+	+	epidurální absces, cerebritis, retrofaryngeální absces	St. haemolyticus Acinetobacter pittii	Ceftriaxon	TM-MFA + TST drenáž retrofaryngeálního abscesu
pacient 7	F	35	-	+	-	-	-	+	+	+	+	dehiscence PSC, labyrinthitis	Negat.	Cefuroxim	RLA

Tab. 1. Soubor pacientů s petrositidou. (F: žena, DM II: diabetes melitus 2. typu, iv: intravenosní, OMA: akutní středoušní záněť, M: muž, RLA: retrolabyrinthální sanace, RS: roztroušená skleróza, TM-MFA: transmastoidální-subtemporální sanace, TST: tympanostomie)

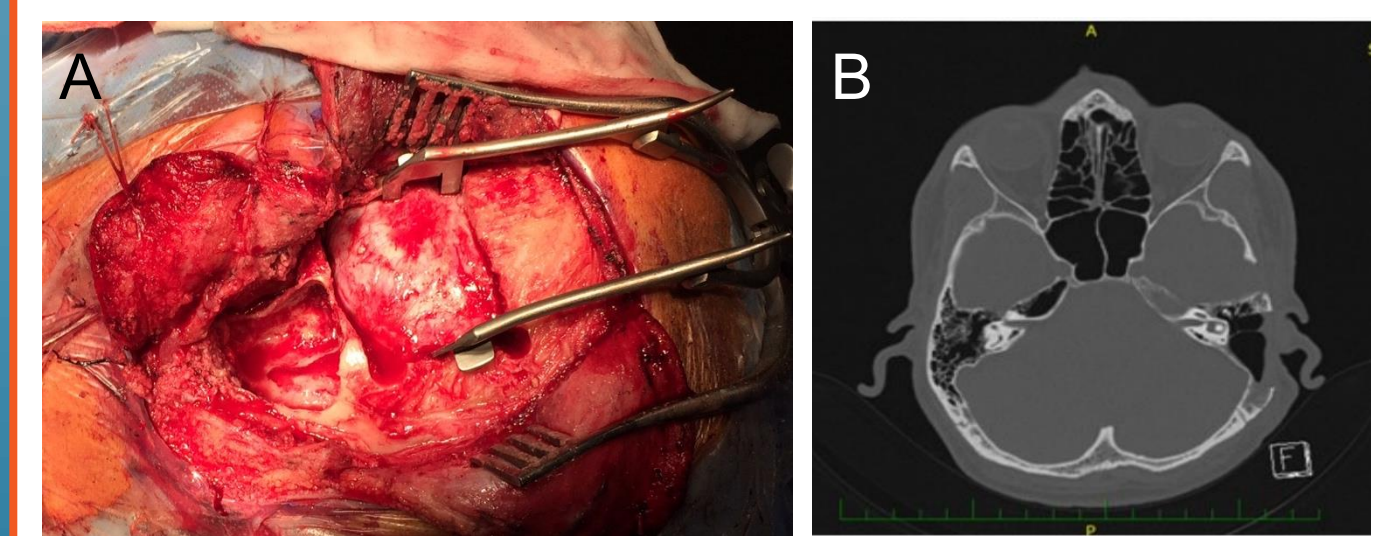
Výsledky

Soubor tvořilo 7 pacientů (5 žen, 2 muži), medián věku 35 let (26–85 let) (Tab. 1). Klinický obraz byl variabilní; porucha sluchu byla přítomna u 6/7 (86%), trigeminální bolest a paréza n. VI shodně u 4/7 (57%) a vertigo/nystagmus u 3/7 (43%) pacientů. CT i MRI byly provedeny u všech nemocných. Komplikace byly zaznamenány u 5/7 (71%) pacientů, z toho u 3/7 (43%) intrakraniální – vždy epidurální absces, v jednom případě doprovázený cerebritidou a retrofaryngeálním abscesem. Kultivace byla pozitivní u 4/7 (43%) pacientů. Všichni nemocní byli léčeni antibiotickou terapií a byli indikováni k sanaci.



Obr. 1. Petrositida – klinický obraz a nález v CT/MRI

Pacient po ATB terapii OMA se spontánní perforací. Bolesti, teplota i oteřea ustoupily. S odstupem 3 týdnů při setrvalém praskání v uchu nástup parézy n.VI vlevo (A), retrobulbární cefalea a vertigo. Dle CT (B) obraz zastřešení pneumatického systému spánkové kosti s osteolýzou v oblasti hrotu pyramidy. MRI (C) potvrzuje petrositidu a formaci epidurálního abscesu.



Obr. 2. Sanace petrositidy a pooperační CT

Sanace petrositidy a drenáž epidurálního abscesu transmastoidálním-subtemporálním přístupem (A). Též provedena tympanostomie. Po sanaci došlo do dvou týdnů k úplnému ústupu symptomatiky (bolestí hlavy a parézy n.VI). Kontrolní CT (B) s odstupem 6 týdnů po operační revizi a ATB terapii.

Závěr

Petrositida představuje vzácnou, potenciálně závažnou komplikaci středoušního zánětu s výrazně variabilní klinickou manifestací.

Klinický obraz může být nenápadný a nemusí zahrnovat typickou symptomatologii (Gradenigův syndrom), což může vést k opoždění diagnózy. Na petrositidu je nutné myslet i při nespecifických či minimálních obtížích – zejména v kontextu probíhající či recentní otitidy.

Včasná diagnostika založená na cíleném zobrazovacím vyšetření je zásadní pro časně zahájení adekvátní terapie a prevenci všech komplikací.

Zdroje

1. Talmor G, Vakil M, Tseng C, et al. Petrous Apicitis: A Systematic Review and Case Presentation. Otol Neurotol. 2022;43(7):753–765. doi:10.1097/MAO.0000000000003600.
2. Gadre AK, Chole RA. The changing face of petrous apicitis – a 40-year experience. Laryngoscope. 2018;128(1):195–201.
3. Isaacson B, Kutz JW, Roland PS. Lesions of the petrous apex: diagnosis and management. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40(3):479–519. doi:10.1016/j.otc.2007.03.003.
4. Chapman PR, Shah R, Curé JK, Bag AK. Petrous apex lesions: pictorial review. AJR Am J Roentgenol. 2011;196(3 Suppl):WS26–WS37. doi:10.2214/AJR.10.7229.
5. Lee YH, Lee NJ, Kim JH, Song JJ. CT, MRI and gallium SPECT in the diagnosis and treatment of petrous apicitis presenting as multiple cranial neuropathies. Br J Radiol. 2005;78:948–951. doi:10.1259/bjr/71475327.

Poděkování

Práce byla podpořena výzkumným projektem Univerzity Karlovy Cooperatio 43 Surgical Disciplines.