



Zevní krk a jícen

Odb. as. MUDr. Alena Rafajová

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

Přednosta: Doc. MUDr. Gál Břetislav, Ph.D.

Pekařská 53, Brno , 656 91





Choroby jícnu

klinická anatomie jícnu

vyšetření jícnu (zobrazovací metody,
endoskopie, manometrie)

kongenitální stenózy a fistuly, achalázie

poleptání jícnu

cizí tělesa v jícnu

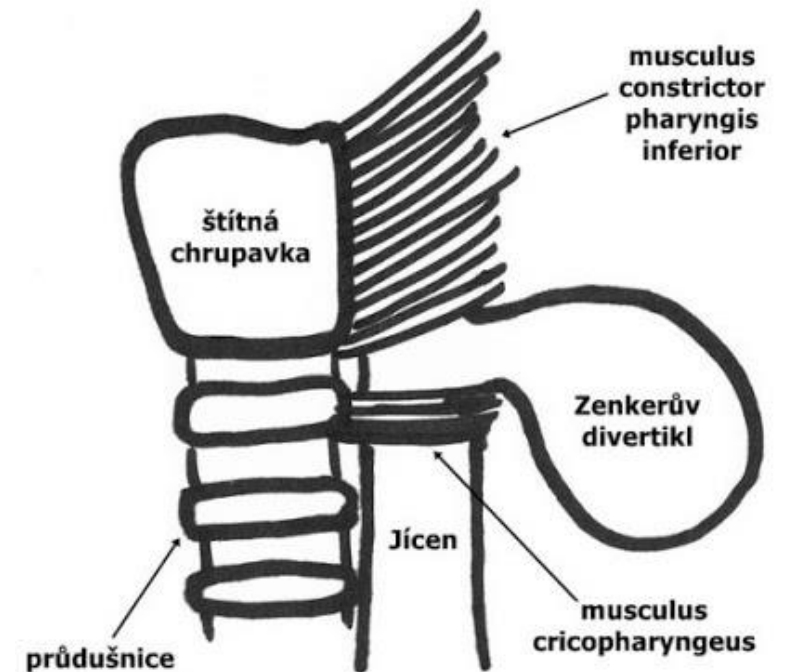
Divertikly hypofaryngu a jícnu

Krvácení z hypofaryngu a jícnu



Klinická anatomie jícnu

- **Stěna jícnu** má čtyři vrstvy: slizniční, podslizniční, svalovou a adventicii.
- **Sliznice jícnu**- podélné řasy, mnohvrstevný dlaždicový epitel
- **Svalovina jícnu** má dvě vrstvy – vnitřní cirkulární a zevní podélnou
 - Nad **horním svěračem** (Killianův) jícnu dorzálně vytváří **m. constrictor pharyngis inferior** anatomicky oslabené místo (Laimerův trojúhelník), kde může dojít tlakem potravy k vytvoření výchlípku jícnu (Zenkerův divertikl).
- Tloušťka stěny 2 do 5 mm, délka 25-30 cm u dospělého člověka
- začátek je ve výšce chrupavky prstencové a šestého krčního obratle
- probíhá před páteří k žaludku- ústí kardií ve výšce 11. hrudního obratle
- Killiánovo ústí i kardiie mají vlastní uzávěrové mechanismy se stálým tonusem, které zabraňují vnikání vzduchu při dýchání a refluxu žaludečních šťáv.



Boční pohled

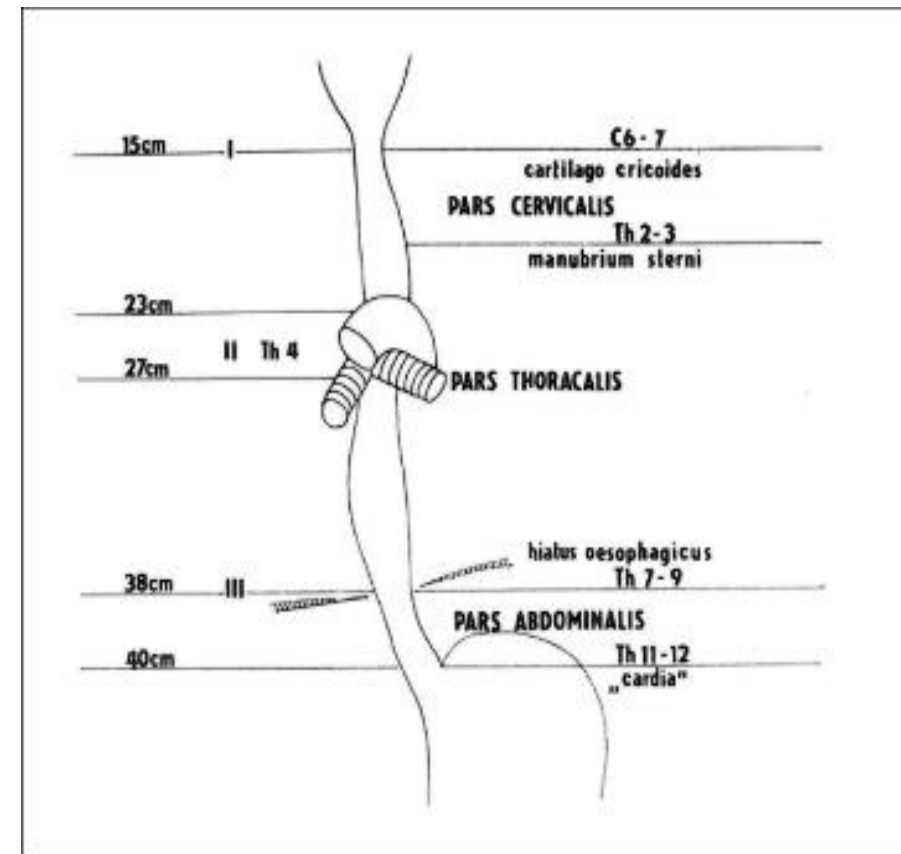
Klinická anatomie jícnu

■ Topografie jícnu

- **krční část** - od C6-Th1
- **hrudní část** - je nejdelší, probíhá mediastimem od Th1-Th7-8
- **břišní část** - je nejkratší, hiatus oesophageus je oválný nebo kruhový a je umístěn ve výši Th 9-11.

■ Zúžení jícnu:

- **Horní** - pars fundiformis hltanového svěrače a Killiánův svěrač. U kojence je vzdálen od dolního řezáku 7 cm, u desetiletého dítěte 12 cm a u dospělého 16 cm.
- **Střední** - způsobuje tlak aortálního oblouku a levého hlavního bronchu v místě překřížení s jícnem.
- **Dolní** - je na aborálním konci jícnu a je způsobeno jeho prostupem bránicí a kardií. Úžina je v místě vstupu do žaludku. U kojenců je vzdálena asi 21 cm od dolních řezáků u desetiletého dítěte 27 cm a u dospělého asi 40 cm





■ Inervace jícnu

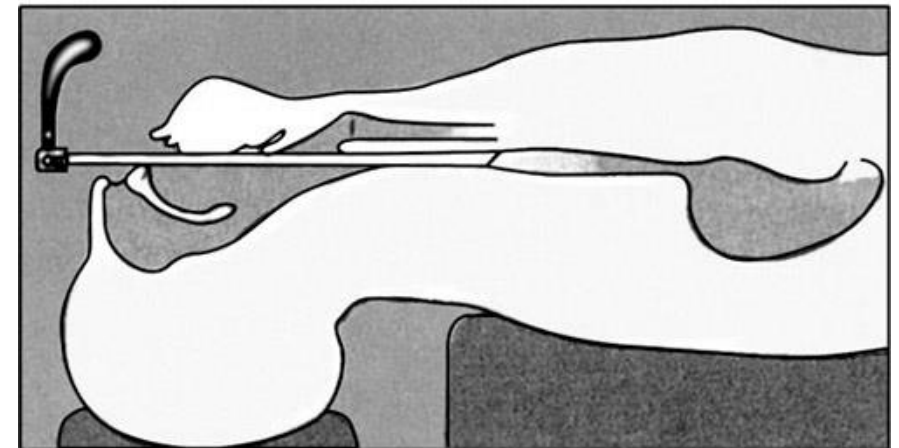
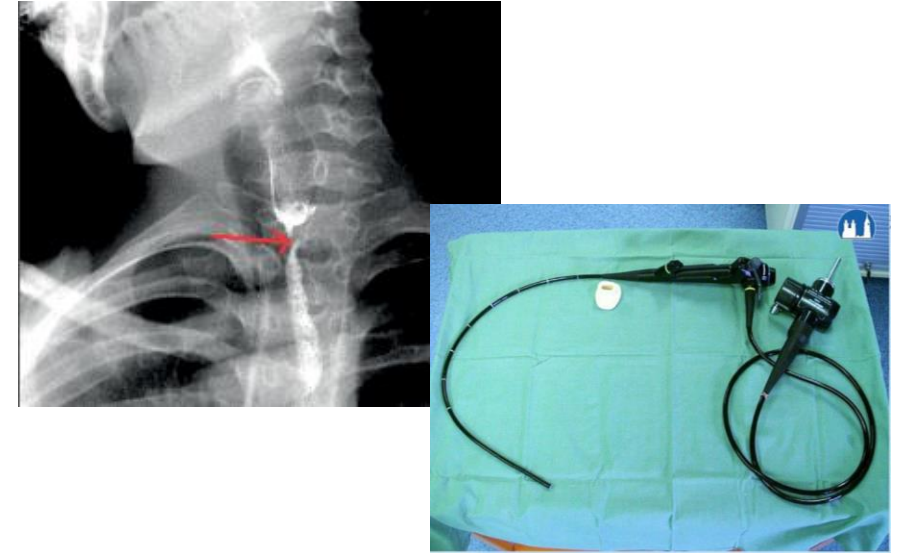
- **Nn.reccurentis** v krční části jícnu.
- Větve krčního a hrudního **sympatiku** a **nn. vagi** v části hrudní a břišní
- Kaudální úsek jícnu a kardie mají jak cholinergní tak adrenergické receptory, které podle převahy vlivu sympatiku nebo parasympatiku regulují otevírací a zavírací pochody kardie.

■ Klinická fyziologie jícnu

- Příjem potravy - polykacím reflexem je sousto přesunuto do jícnu. Stěna jícnu je do značné míry elastická a posun sousta je prováděn aktivními stahy svaloviny

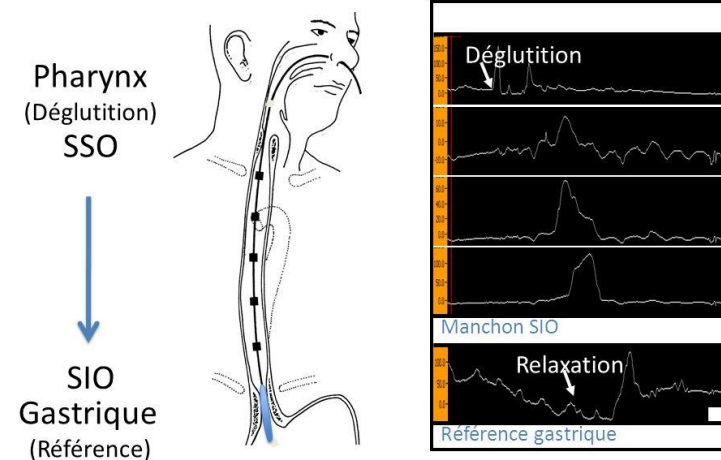
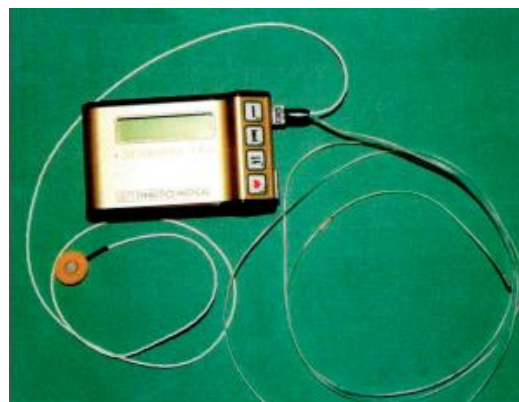
Vyšetření jícnu

- **RTG vyšetření**
 - prostý snímek- diagnostika RTG kontrastních cizích těles
 - kontrastní RTG vyšetření –
 - vyšetření **baryovou kaší** zobrazí polykací akt.
 - **jodové kontrastní látky** užíváme při podezření na poranění jícnu s možnou perforací a před následnou oesophagoskopií
- **CT, MRI** - především při expanzivních procesech
- **Oesophagoskopie**- endoskopické vyšetření
 - rigidní - především při extrakci cizích těles
 - flexibilní - především z diagnostických důvodů



Vyšetření jícnu

- **Jícnová manometrie**- k odhalení funkčních poruch jícnu
 - Nosem se do jícnu, a následně až do žaludku, zavede tenký katetr, který má ve své dolní polovině několik otvorů - ty snímají okolní tlak. Pacient je posléze uložen do vodorovné polohy a je mu stříkačkou podávána voda do úst, kterou polyká. Lékař pozoruje tlakové změny v jícnu a relaxace svěračů při průchodu tekutiny
- **pH metrie**- Pomocí zavedené sondy především při vyšetření gastroezofageálního refluxu.



Kongenitální stenóza a aplazie jícnu

- způsobené **poruchou rekanalizace** jícnu během vývoje
- U **poruch průchodnosti** novorozenec nemůže polykat sliny ani potravu. Zvrací proto ihned po narození. **Prognóza** záleží na dalších přidružených anomáliích.
- **Striktury jícnu** se projevují dysfagií většinou až při přechodu na tužší stravu. Dysfagie se vzdušností a regurgitací vyžadují vždy pečlivé vyšetření - podezření na kombinované anomálie.
- **Diagnostika:** RTG ev s kontrastní náplní (jodové kontrastní látky), CT, MR, ezofagoskopie, bronchoskopie.

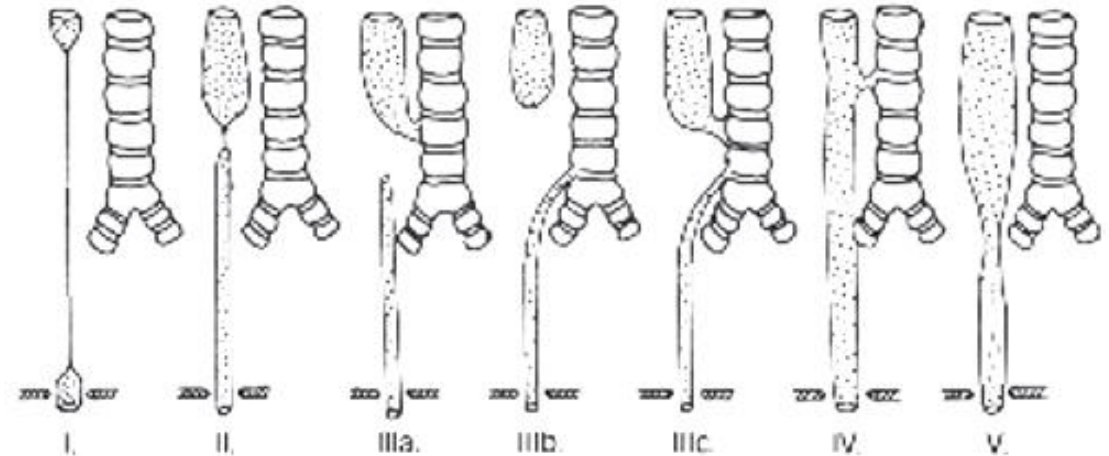


Tracheoezofageální píštěle

- **Etiologie:** dle Denkera vznikají poruchou v zaškrvcovacím procesu a ve vytváření tracheoezofageálního septa.

- **Klasifikace dle Vogta:**

- Typ I – krátký horní i dolní segment, mezi nimi dlouhý atretický úsek
- Typ II – horní i dolní slepý vak bez ezofagotrachální píštěle
- Typ IIIa – horní a dolní slepý vak s horní ezofagotrachální píštělí
- Typ IIIb – horní a dolní slepý vak s dolní ezofagotrachální píštělí
 - (nejčastější forma – až 90 %)
- Typ IIIc – horní i dolní ezofagotrachální píštěl
- Typ IV – průchozí ezofagus, ezofagotrachální píštěl – H-píštěl
- Typ V – stenóza ezofagu



- **Příznaky:** Atrézie s píštělí jsou typické přítomností nápadného zpěněného hlenu v ústech i nose, který přetrvává i po odsátí, ve zvracích není HCl, záchvaty dušení a cyanózy, asfyxie při pokusu o krmení. Někdy nápadný meteorismus. V porodní anamnéze bývá hydramnion. U nejčastějšího typu nápadná plynová náplň žaludku a střev.
- **Diagnostika:** RTG ev s kontrastní náplní (iodové kontrastní látky), CT, MR, ezofagoskopie, bronchoskopie.
- **Terapie:** chirurgická

Achalasie jícnu

- **Definice:** syndrom neorganické obstrukce kardia spojené se značnou dilatací a hypertrofií jícnu.
- **Etiologie:** chybný vývoj nebo atrofie parasimpatikosympatického plexu Auerbachova ve svalovině.
- **Příznaky:** Dysfunkce parasympatických vláken vede k převaze sympatiku - sfinkterová kontraktura kardia. Jsou buď od narození nebo později při přechodu na hutnou stravu - zvracení po několika soustech, později i starší natrávené potravy. Tlakem na bronchus vzniká stridor.
- **Diagnostika:** RTG pasáž jícnem (vakovitá dilatace jícnu), esofagoskopie - nenajdeme-li organické změny, je podezření na neurogenní příčiny dysfagie.
- **Terapie:** dilatace, kardiomyotomie dle Hellera





Poleptání jícnu- etiologie

- **Rizikové skupiny-** děti, psychicky nemocné osoby, alkoholici
- **Zásady:** pH více než 12 (převažují)
 - **kolikvační nekróza**, vyšší riziko perforace, mediastinitidy
 - Obvykle NaOH, KOH, CaOH nebo amoniak v čistících prostředcích, silikáty a karbonáty mohou zvyšovat pH.
- **Kyseliny:** pH méně než 2; působí asi 15 % poleptání především u suicidia.
 - Obsaženy jsou především v čistících WC a bazénů (HCl, H₂SO₄, H₃PO₄, HNO₃).
 - **koagulační nekróza**



Poleptání jícnu- etiologie

- **Bělidla, redoxní činidla** pH= 7
- **Korozivní cizí tělesa- diskové baterie:** většinou obsahují koncentrovaný roztok NaOH nebo KOH a působí poranění sliznice do 1 hodiny a perforaci do 4 hodin (poranění alkáliemi, elektricky a tlakem)
- **Ostatní:**
 - Diffenbachie
 - Cantharidin (puchýřník lékařský)
- **Termální poranění:** horké tekutiny (ohřev v mikrovlnné troubě), rajčata, pizza, mohou působit otok hrtanu a dušnost, postižení jícnu je vzácné.
- **Poleptání léky:** tetracyklin, protizánětlivé léky mohou působit hemorágie a striktury.



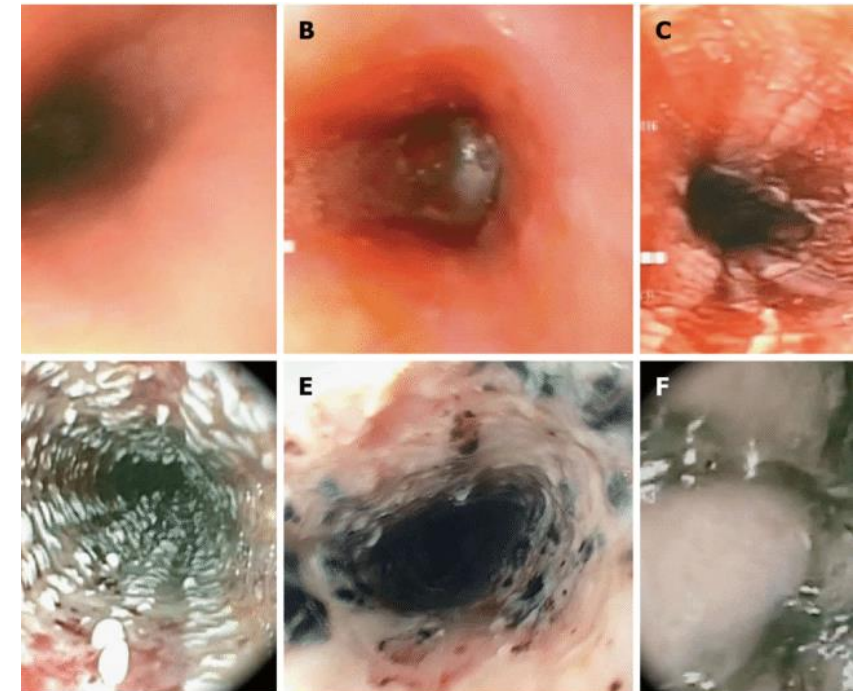
Poleptání jícnu

■ Patogeneze:

- Kritické pH působící ulcerace jícnu je 12,5 u zásad a 2 u kyselin
- Poškození tkání je závislé na koncentraci a množství požité látky.
- Kromě místních změn mohou organismus ovlivňovat i celkově:
 - intoxikace, šok (není publikován případ smrti způsobené systémovou toxicitou zásad).
- Nečastější poranění v místech fyziologických zúžení jícnu, poškození žaludku v 80%.

■ Klasifikace:

- 1. stupeň - erytém a edém sliznice
- 2. stupeň – poškození submukózy, ulcerace
- 3. stupeň – poškození svalové vrstvy - perforace





Poleptání jícnu

- **Příznaky:**

- zarudnutí sliznice úst a faryngu, odynofagie, dysfagie, zvýšená salivace, nausea a zvracení, bolest hrudníku a břicha značí možnou perforaci, otok hrtanu je neobvyklý (při poleptání oblasti vchodu do hrtanu mohou být známky dyspnoe).
- **Nepřítomnost poranění dutiny ústní nevylučuje těžké distálnější poranění.**

- **Průběh:**

- **Akutní fáze:** poškození superficiálního epitelu s možnou hlubší extenzí, trombozou cév, infiltrace polynukleáry a bakteriemi do 48hodin. Sliznice je zarudlá nebo cyanotická.
- **Reparativní fáze:** v průměru za 5 dní - tvorba granulací na okrajích ulcerace, depozita fibroblastů a kolagenu.
- **Jizevnatá fáze:** 2.-3. týden, při cirkulárním poranění hrozí striktury jícnu.



Ezofagoskopie

- Flexibilní – nutnost kontroly žaludku, rigidní - jen do prvních patolog. změn
- Časové okno: od 12 (2 hod interní dop. FNUSA) do 24 (48) hodin
- Kontrolní nejdříve za 6 týdnů
- Předchází rtg polykacího aktu
- Po odstranění sondy



Endoskopická klasifikace (provedené v době 12-24/48 hod po poleptání)

Stupeň	Endoskopický nález	následky
0	normální	
1	Hyperémie, edém	
2A	Exsudát, krvácení, puchýře, povrchové vředy	
2B	Hluboké vředy	Striktura
3A	Fokální nekróza (šedá, hnědo-černá barva)	
3B	Rozsáhlá nekróza	Perforace

Zargar, S.A: Gastrointerst Endosc 1991, 37: 165

Cheng, H.T.: BMC Gastroenerology, 2008, 8:31



Poleptání ústní dutiny, hltanu a jícnu, první lékařská pomoc I.

- protišoková opatření
- aplikují se analgetika, zmírnění bolesti přináší výplach úst anesteziujícím roztokem (například studenou vodou se 4% Tetracainem)
- nemocný se odtransportuje na chir./ORL pracoviště ve stabilizované poloze na boku
- **Žádné výplachy žaludku, ředění či neutralizace žíraviny!**



Lokalizace cizího tělesa	Typ endoskopie + časový interval provedení			
	Obturuující/ ostrá / nebezpečná tělesa - baterie, kosti, ostré předměty, zubní protézy, žiletky, sklo atd.		Měkká neobturuující / částečně obturuující tělesa (jídlo bez kosti a tuhých součástí, tableta apod.)	
Hypopharynx vč perif. sinů	Rigidní ezofagoskopie KOCHHK	Neodkladně optimálně do 2hod, max. do 6 hodin od přijetí	Rigidní ezofagoskopie KOCHHK	Až do max. 24 hod od přijetí (ale zbytečně neodkládat)
Kiliánův svěrač (C 6-7)	Rigidní ezofagoskopie KOCHHK	Neodkladně optimálně do 2hod, max. do 6 hodin od přijetí	Rigidní ezofagoskopie KOCHHK	Až do max. 24 hod od přijetí (ale zbytečně neodkládat)
Proximální polovina hrudního jícnu – pod aortobifurk. úžinu – do úrovně cca Th 5-6	Rigidní ezofagoskopie KOCHHK	Neodkladně optimálně do 2hod, max. do 6 hodin od přijetí	Rigidní ezofagoskopie (v oblasti středního jícnu ev. i flexibilní GFS – dle indiv. rozvahy) KOCHHK/ I.chir. klinika/ GE oddělení	Až do max. 24 hod od přijetí (ale zbytečně neodkládat)
Distální polovina jícnu cca Th 6-Th 10	Flexibilní GFS (obtur. neostrá, baterie apod.) I.chir. klinika/ GE oddělení	Neodkladně optimálně do 2hod, max. do 6 hodin od přijetí	Flexibilní GFS I.chir. klinika/ GE oddělení	Až do 24 hod - lze ev. ambulantně (ale zbytečně neodkládat)
	Ostrá tělesa - rig. endoskopie KOCHHK nebo GFS s využitím chráničů - overtube, košíček I.chir. klinika/ GE oddělení			
Kardie, G.-E. přechod - Th 10-12	Flexibilní GFS (obtur. neostrá, baterie apod.)	Neodkladně	Flexibilní GFS	Až do 24 hod - lze



Poleptání jícnu

- **Diagnostika:**

- flexibilní nasopharyngolaryngoskopie, KO, elektrolyty, astrup, RTG hrudníku. Esophagoskopie je vhodná 12-48 hodin po poranění. Těžší projevy poleptání v dutině ústní nemusí znamenat rozsáhlé poleptání v jícnu a naopak. Konzultace s toxikologickým centrem.

- **Terapie:**

- **Akutní péče:**

- Transport na pracoviště zabývající se léčbou těchto poranění, neutralizace a výplachy se dnes nedoporučují!

- **Intermediární péče:** ATB iv., antirefluxní terapie. Nasogastrická sonda při cirkulárním poranění 2. stupně nebo při perforaci 6 týdnů.

- 1. stupeň: nevyžaduje další terapii (malé riziko stenózy jícnu), po 3 týdnech pasáž jícnu bariem.
- 2. stupeň – ATB 2 týdny, H2 blokátory 2-4 týdny, po 3 týdnech pasáž bariem.
- 3. stupeň (perforace): chirurgie - laparotomie, gastrektomie, oesophagectomie. Oesophagoskopie a extrakce při baterii v jícnu.



Poleptání jícnu

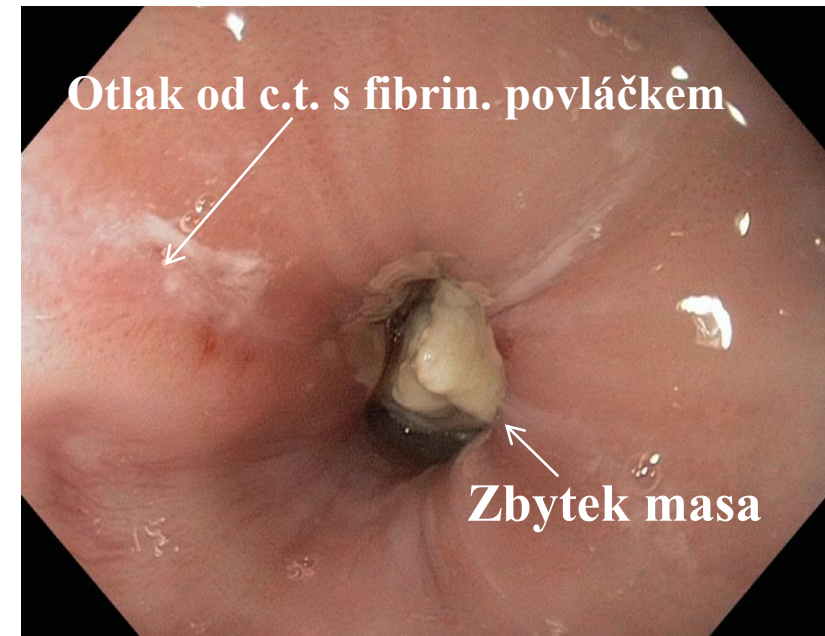
- **Pozdní péče:** dilatace stenóz jakmile jsou zjištěny v CA několikrát v týdnu anterográdně, nebo retrográdně z gastrostomie (bezpečnější)
- **Komplikace:**
 - časně: perforace a mediastinitis
 - pozdní: jizevnaté stenosity jícnu, malignity jako následek poleptání (spicellulární Ca)

Cizí tělesa v polykacích cestách - terapie a komplikace

Endoskopická extrakce cizího tělesa.

Komplikace

- Poranění až perforace jícnu
 - Obraz popčínajícího šoku, podkožní emfyzém, mediastinální emfyzém.
Miningerodův příznak = nahromadění vzduchu v zadním horním mediastinu. Větší chybou je, když má lékař podezření a zamlčí je !
- Krvácení
- Jizevnaté stenózy
- Ezofagotracheální píštěle
- Paréza rekurentu



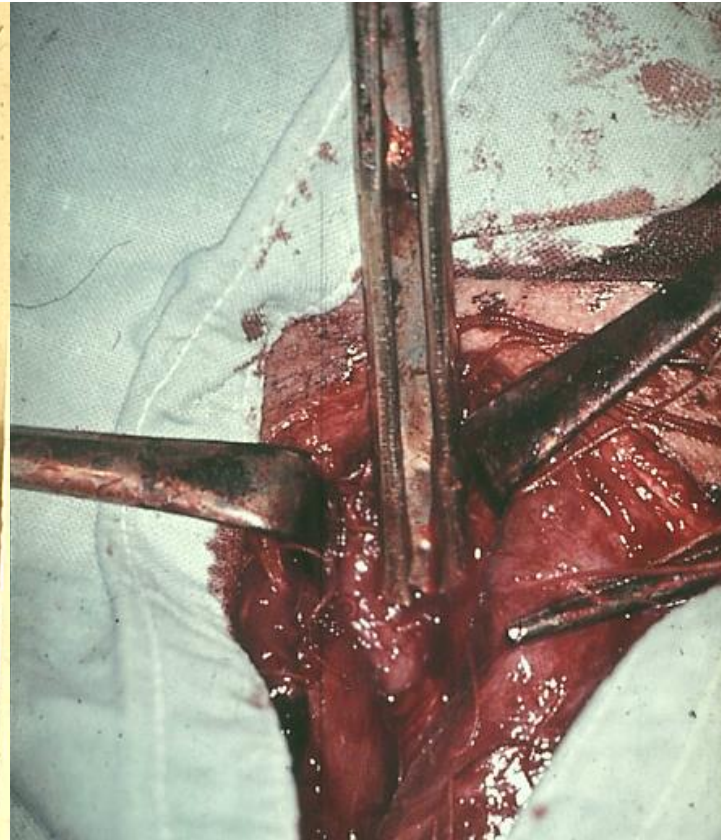
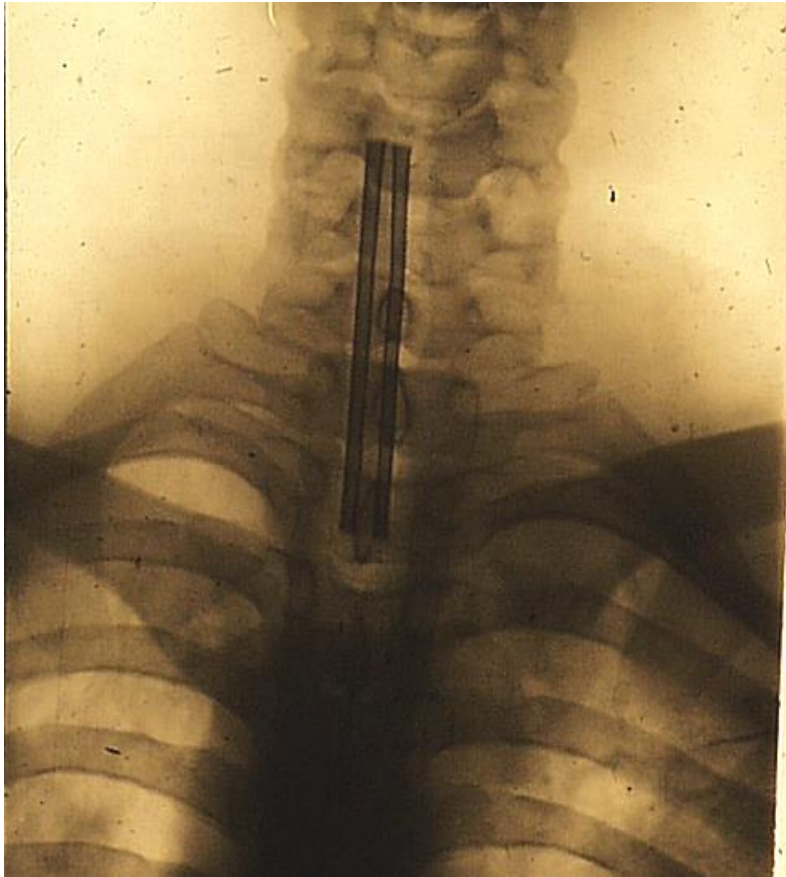
Upravený spínací
špendlík v jícnu –
účelové spolknutí u
vězně



Cizí tělesa v polykacích cestách – archiv KOCHHK



Účelové polknutí rukojeti lžičky vězněm





Hematemesis (krváčení z hypofaryngu a jícnu) - příčina, příznaky

- ezofageální varixy (při portální hypertenzi, portálním bloku atd.)
- peptický vřed jícnu (Baretův)
- korozivní ulcerózní ezofagitida
- nádory
- divertikly
- hiátová hernie

Příznaky:

- někdy bez jakékoliv symptomatologie
- vyplivování čerstvé či koagulované krve (=hematemeze)
- meléna



Hematemesis - diagnóza

Nutno rozlišit, zda jde skutečně o zvracení krve nebo je krev jen přimíšena ve slinách, vyloučit zatékání krve z nosu, či zdroj v dutině ústní.

Vyšetření :

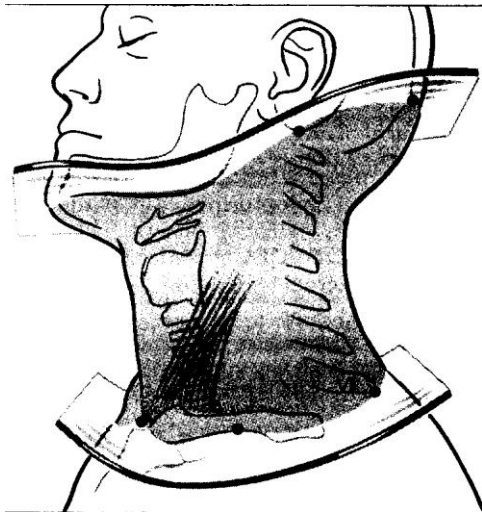
- ORL
- direktní hypofaryngoskopie
- flexibilní ezofagoskopie
- zobrazovací metody při neúspěchu endoskopie



Hematemesis - terapie

- klid na lůžku
- polykání malých kousků ledu, hemostyptik (Bismuthum subnitricum v prášku)
- malé dávky sedativ
- trojcestná balónková sonda Sengstaken-Blakemore
- sklerotizace varixů
- chirurgická léčba

Zevní krk - anatomické poznámky



Horní hranice - dolní okraj mandibuly, hrot proc. mastoideus a protuberantia occipitalis ext.

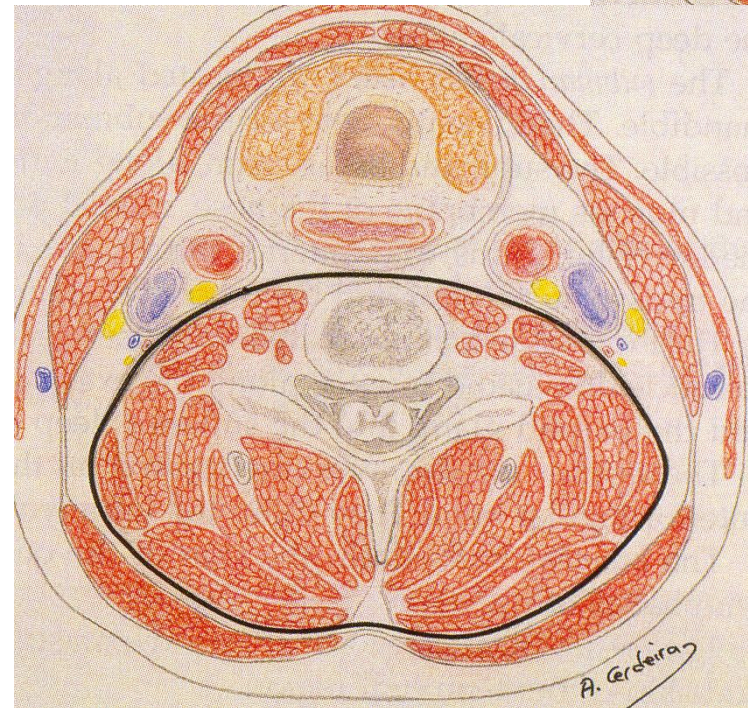
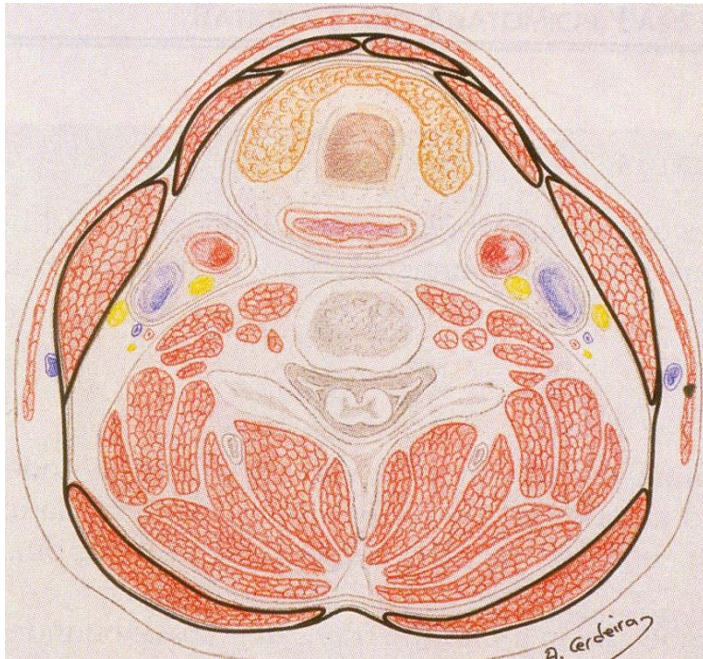
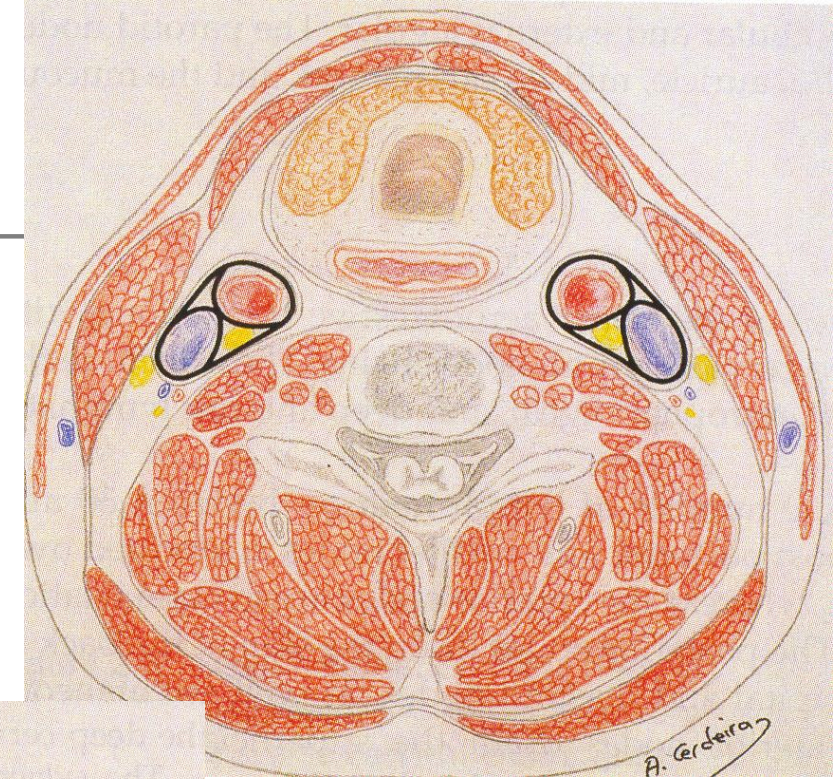
Dolní hranice - rovina proložená jugulem sterna, klíční kostí a trnem 7. krčního obratle.

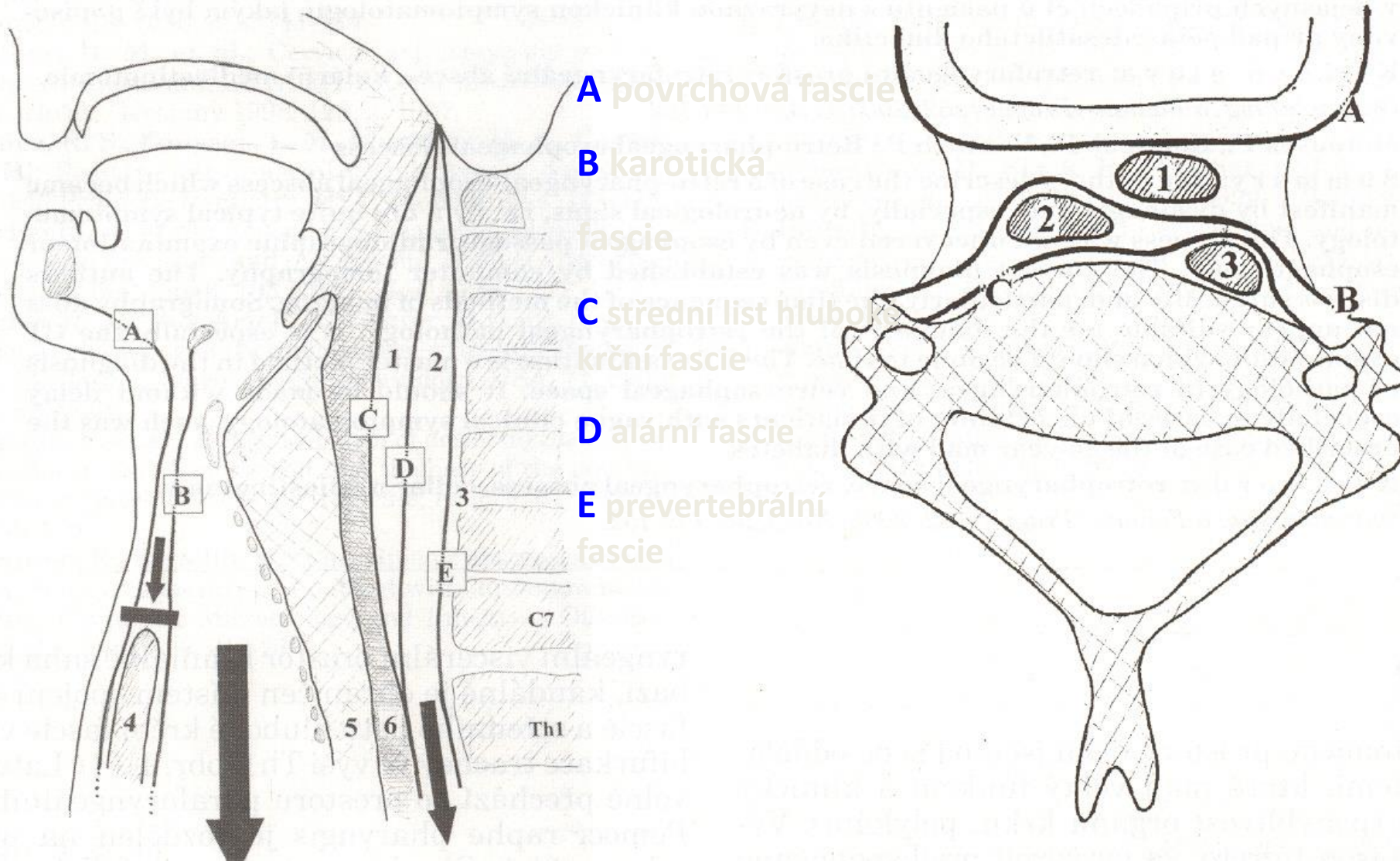
Osteomuskulární systém je adaptován k udržení vzpřímeného postoje.

Viscerální část krku obsahuje horní dýchací a zažívací trakt, pochvu velkých cév s jejich obsahem a krční lymfatický systém. Na krku je asi 200 mízních uzlin, které jsou značně variabilně uspořádány.



**Karotická pochva mezi povrchovou a
hlubokou fascií. Uzliny jsou blízko
důležitých struktur, ale fasciální
pochvy tvoří bariéru.**





Krční fasciální prostory

1.absces v retrofaryng.prostoru, 2.v „dangerous space, 3. v prevertebrálním prostoru.



Lymfatický systém krku - anatomické poznámky

- **Nodi cervicales superficiales**

Podél v. jug. ext. Drénují parotis, retraurik. krajinu, intraparotické uzliny, okcipitální uzliny.

- **Nodi lymphatici cervicales profundi**

sledují hlavní cévní krční svazek.

- **Řetěz uzlin při n. accesorius**

drénuje nosohltan, orofarynx, paranazální dutiny.

- **Řetěz uzlin podél vasa transversa colli**

nodi supraclaviculares - těsně nad klíční kostí.

- **Zvláštní skupiny uzlin**

Nodi submentales, retropharyngei (největší z nich je Rouvierova uzlina), paratracheales, nodus praelaryngicus (Poirierova uzlina).



Nodi lymphatici cervicales profundi

Horní skupina (subdigastrická)

drénuje měkké patro, tonsily, kořen jazyka, supraglotis, piriformní sinus.

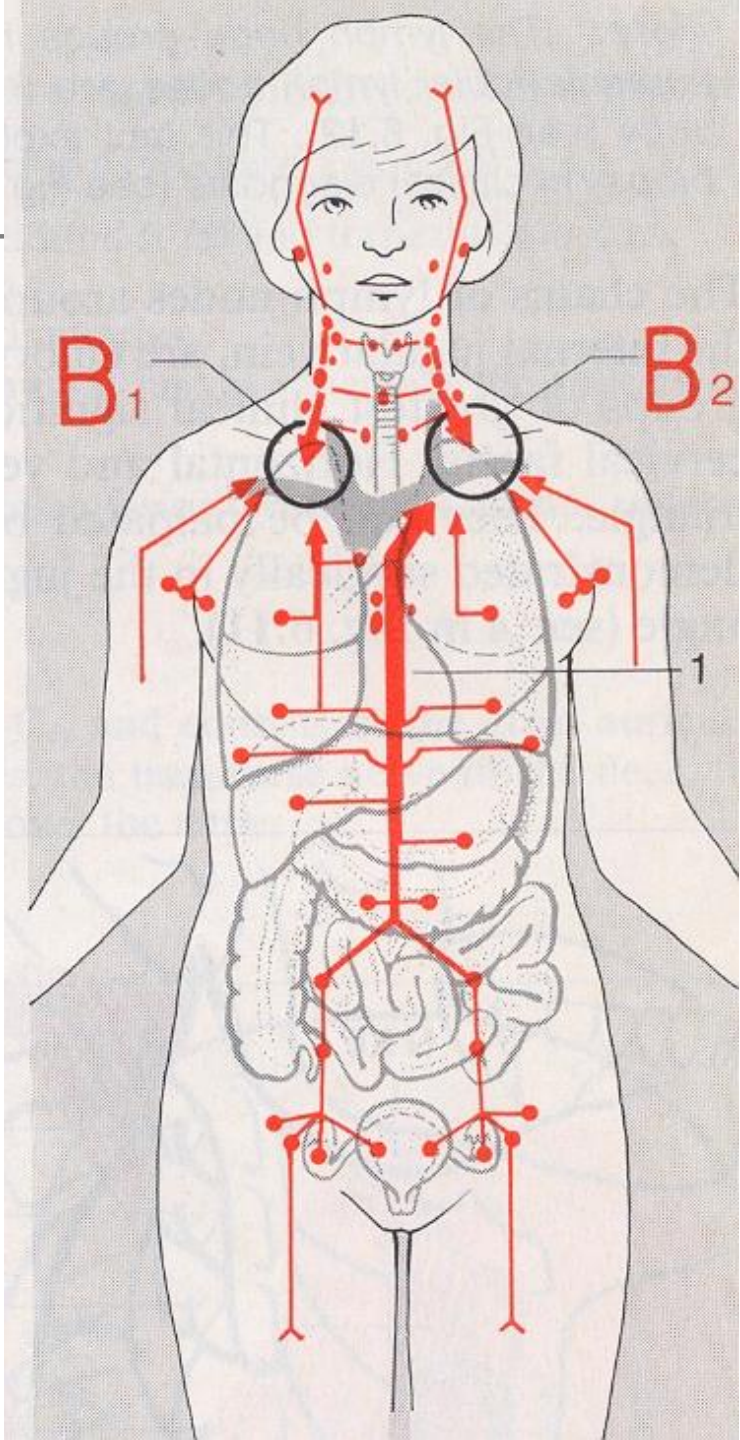
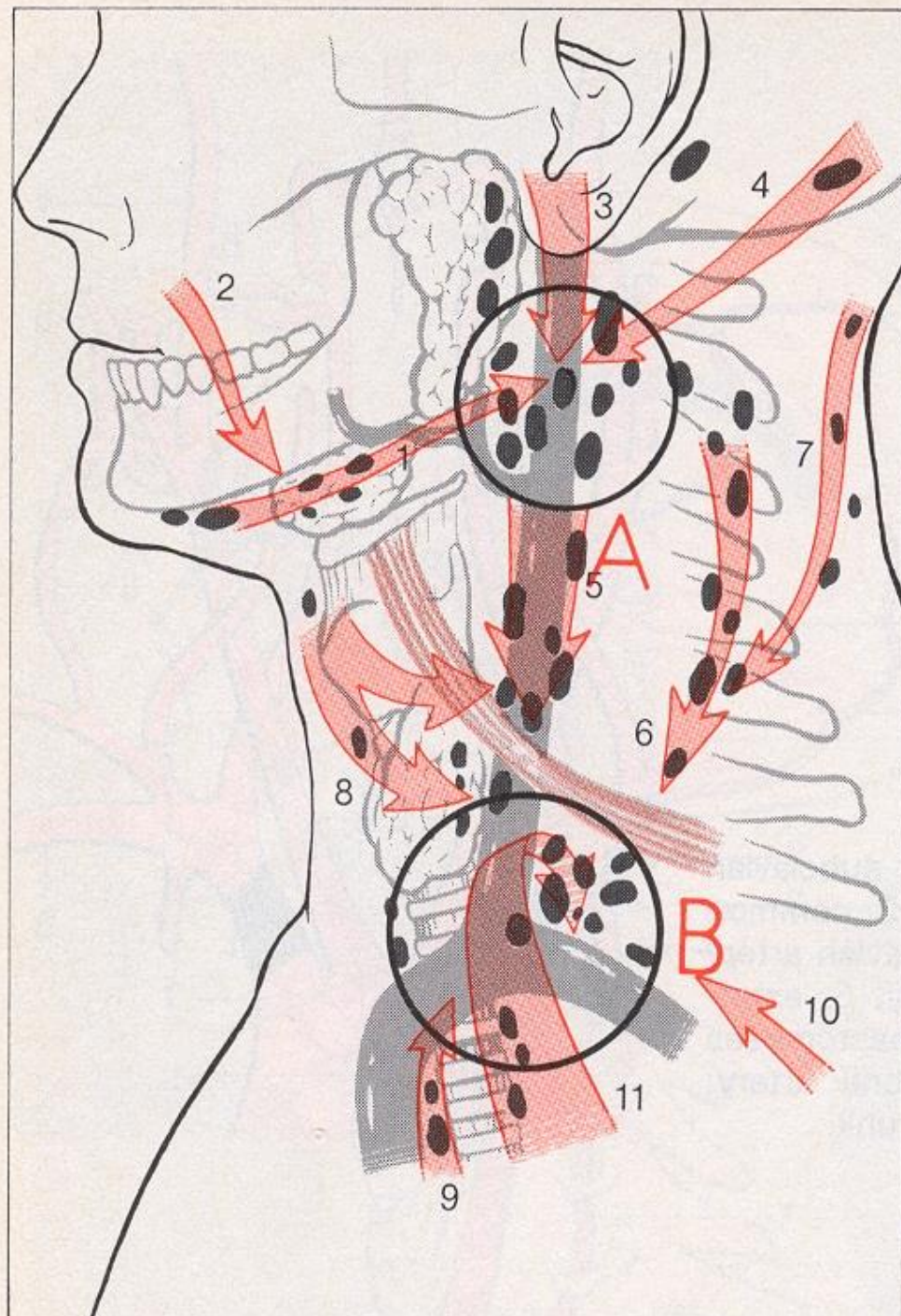
Nodus jugulodigastricus = Woodova uzlina = Küttnerova uzlina = Chassegnacova uzlina je v místě tzv. „malého venózního úhlu“, soutoku v facialis a v. jug. int, tzv. „jugulofaciální úhel“. Metastázy hrtanu jsou zde v 95%.

Střední skupina

drénuje supraglotis, štítnou žlázu, sinus piriformis. Zasahuje až po zkřížení m. omohyoideus s nervově cévním svazkem.

Dolní skupina

drénuje subglottis, tracheu, cervikální jícn, štít. žlázu. „Velký venózní úhel“, = jugulosubklaviální venózní úhel. Zde se nachází Troisier-Wirchowova uzlina. Soutok v. jug. int. a v. subclavia. Poslední stanice odtoku lymfy téměř z celého organismu. Zde se provádí Praeskalenická biopsie dle Danielse - např. při systémových krevních onemocněních, lymfogranulomu







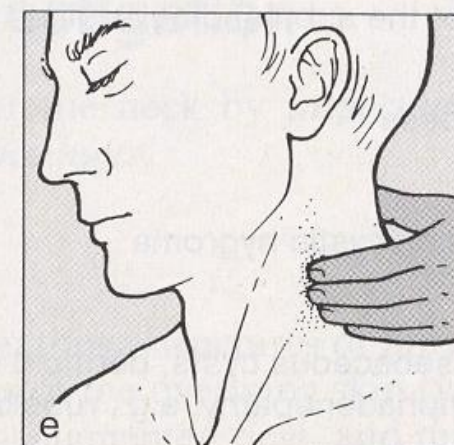
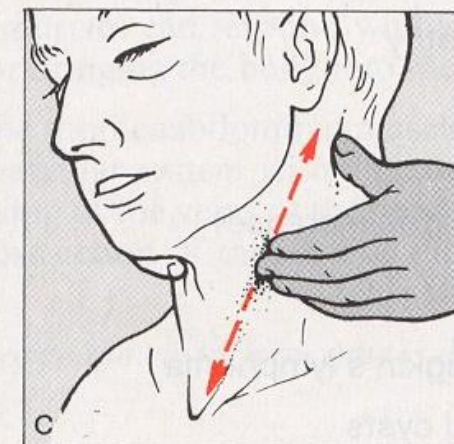
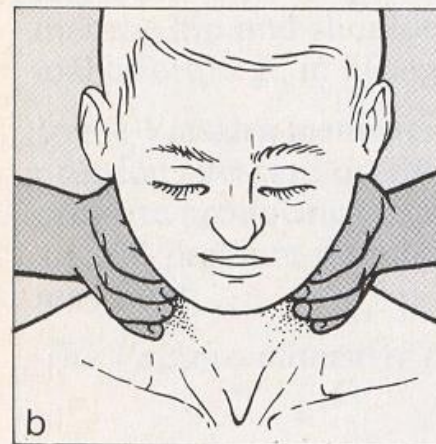
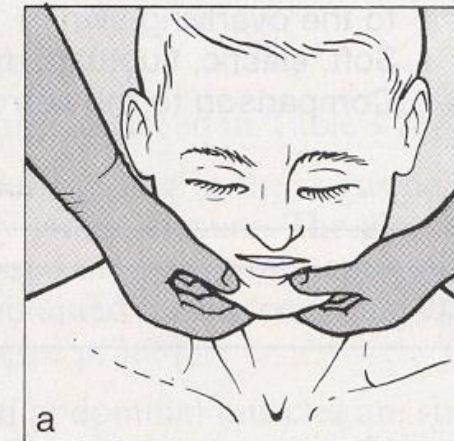
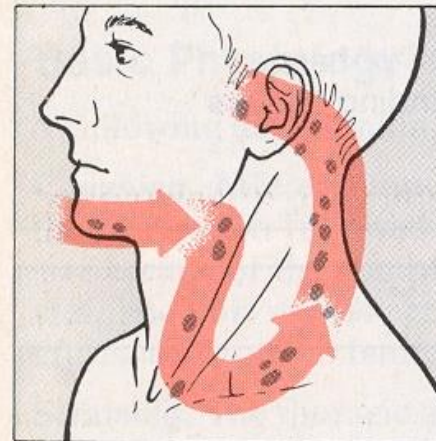
Vyšetření krčních lymfatických uzlin

- pohled
- pohmat
- ultrazvuk - rozlišení mezi cystou a uzlinou, stanovení šířkodélkového poměru, rozměr (velikost)
- CT vyš. ev. MR (centrální nekróza, „prstýnek“)
- biopsie
- scintigrafie
- lymfografie - běžně se neprovádí



Při vyšetření zduření na krku je nutno stanovit:

- velikost v cm
- lokalizaci
- konsistenci
- pohyblivost
- vzhled kůže nad
útvarem





Koncept „sentinelové uzliny“

- Sentinelová uzlina je první uzlina, do které přichází lymfa z oblasti primárního tumoru. Pokud neobsahuje metastázy, je nepravděpodobné, že by byly metastázy v ostatních krčních uzlinách a na základě identifikace a vyšetření sentinelové uzliny je možné rozhodnout, zda je nutné provést krční disekci.
- Identifikace –
 - peroperačně - peritumorózní aplikace lymfotropní látky (koloidní roztoky označené radioaktivním techneciem, barvivo), která se akumuluje v příslušné lymfatické uzlině.
 - Před operací - lymfoscintigrafie den před operací
- Význam pro ORL – zvl. kožní melanom



Výtěžnost jednotlivých vyšetřovacích metod

- **Palpace**- až 1/3 případů falešně negativní nebo falešně pozitivní.
- **UZ** - senzitivita 94 % a specifita 91 % (závisí na zkušenosti interpreta)
- **aspirační cytologie řízená ultrazvukem** - až 76 % senzitivita a 100 % specifita
- **Spolehlivost CT** vyšetření k průkazu metastatického postižení krčních uzlin bývá udávána mezi 72 % - 93 %
- **PET** jeví vyšší senzitivitu, ale má nižší specifitu než CT vyšetření.
- Kombinace dostupných vyšetřovacích metod (palpace, ultrazvuk, CT, MRI) určuje přítomnost krčních metastáz asi v 70 % případů, to znamená, že asi 30 % nemocných bez klinických známek metastáz je ohroženo lokoregionálním relapsem z mikrometastáz ve spádových krčních uzlinách.



Píštěle a cysty krční krajiny viz FDN



Krční lymfadenopatie – viz FDN

krční lymfadenitida nespecifická

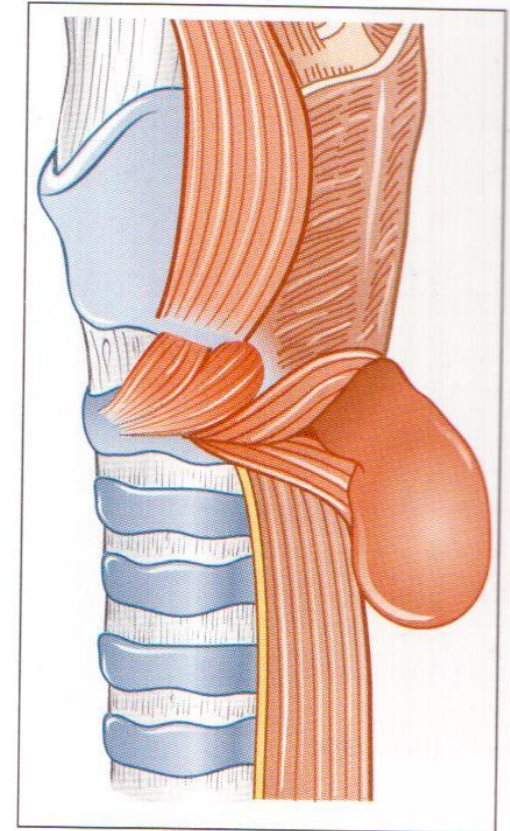
lymfadenitida se změnami v krevním obraze

specifická lymfadenitida



Jícnové divertikly

- Divertikl – v rozené či získané vychlípení dutého orgánu
 - **Pulzní**
 - **Trakční** – při tbc, periezofageální lymfadenitidě retrakcí jizvy
- V jícnu nejčastěji krikofaryngeální (nepravý) pulsní **Zenkerův** divertikl. Vznik – výhřez sliznice mezi thyreofaryngeální a krikofaryngeální částí dolního hltanového svěrače na zadní stěně hypofaryngu.





Zenkerův divertikl

- Nepravý pulzní divertikl, typicky vycházející z tzv. **Killiánova trojúhelníku**, tedy z místa mezi diagonálními a horizontálními vlákny m. cricopharyngei.
- **Prevalence** tohoto onemocnění je přibližně 0,1%, tvoří však 70% všech jícnových divertiklů. Onemocnění vyššího věku, věkový průměr nemocných se udává v rozmezí 60-65 let, charakteristický je také poměr 2:1 ve prospěch mužů.
- **Symptomy** –váznutí polykaných soust a z toho plynoucí pocit tlaku nejčastěji v oblasti jugula, porucha polykání především tuhých soust, návrat nenatrávené potravy v různě dlouhém časovém úseku po posledním jídle a úbytek na váze. Při zatlačení zevně na krk se může objevit škroukavý zvuk (Boyceovo znamení). Velké divertikly: paréza zvratného nervu, aspirace potravy, nebezpečí vzniku spinocelulárního karcinomu sliznice divertiklu (vyskytuje se asi u 0,3-0,5% vzorků odeslaných k histologii).

Zenkerův divertikl

- Diagnóza – rtg polykacího aktu baryovou kaší
- Terapie – chirurgická léčba
 - Zevní přístup – resekce vaku a myotomie m. cricopharyngeus
 - Endoskopicky – protětí prahu výchlípku

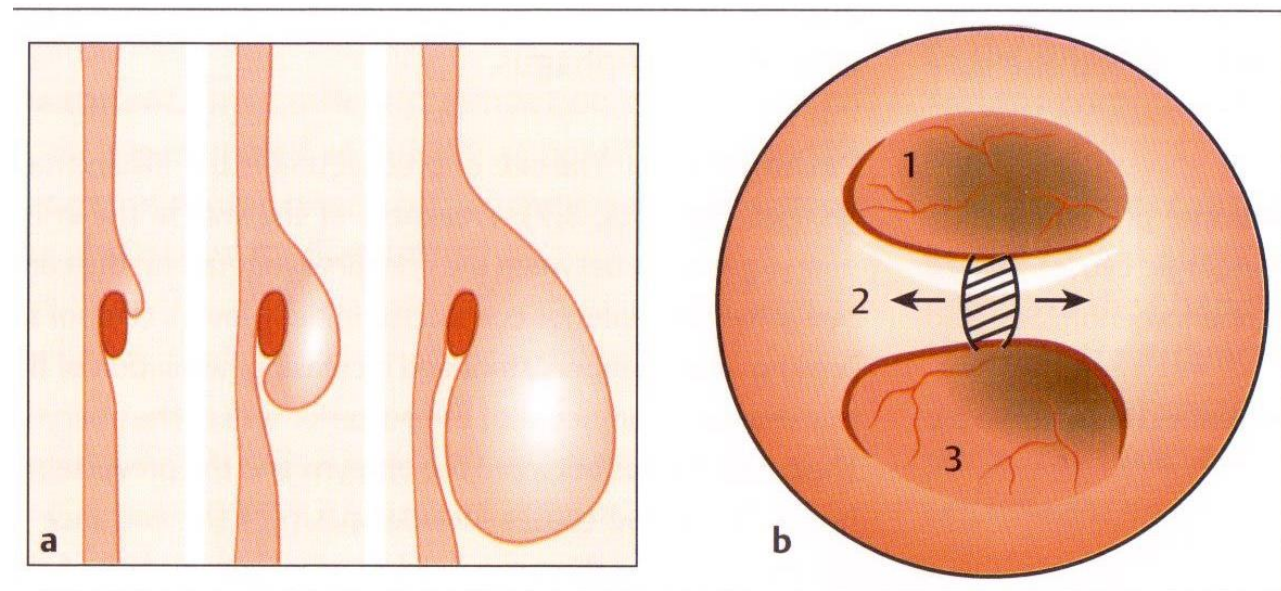
a vznik divertiklu

b Princip endoskopického protětí

1 jícen

2 práh s vyzn. místem protětí

3 divertikl





Nádory krční krajiny

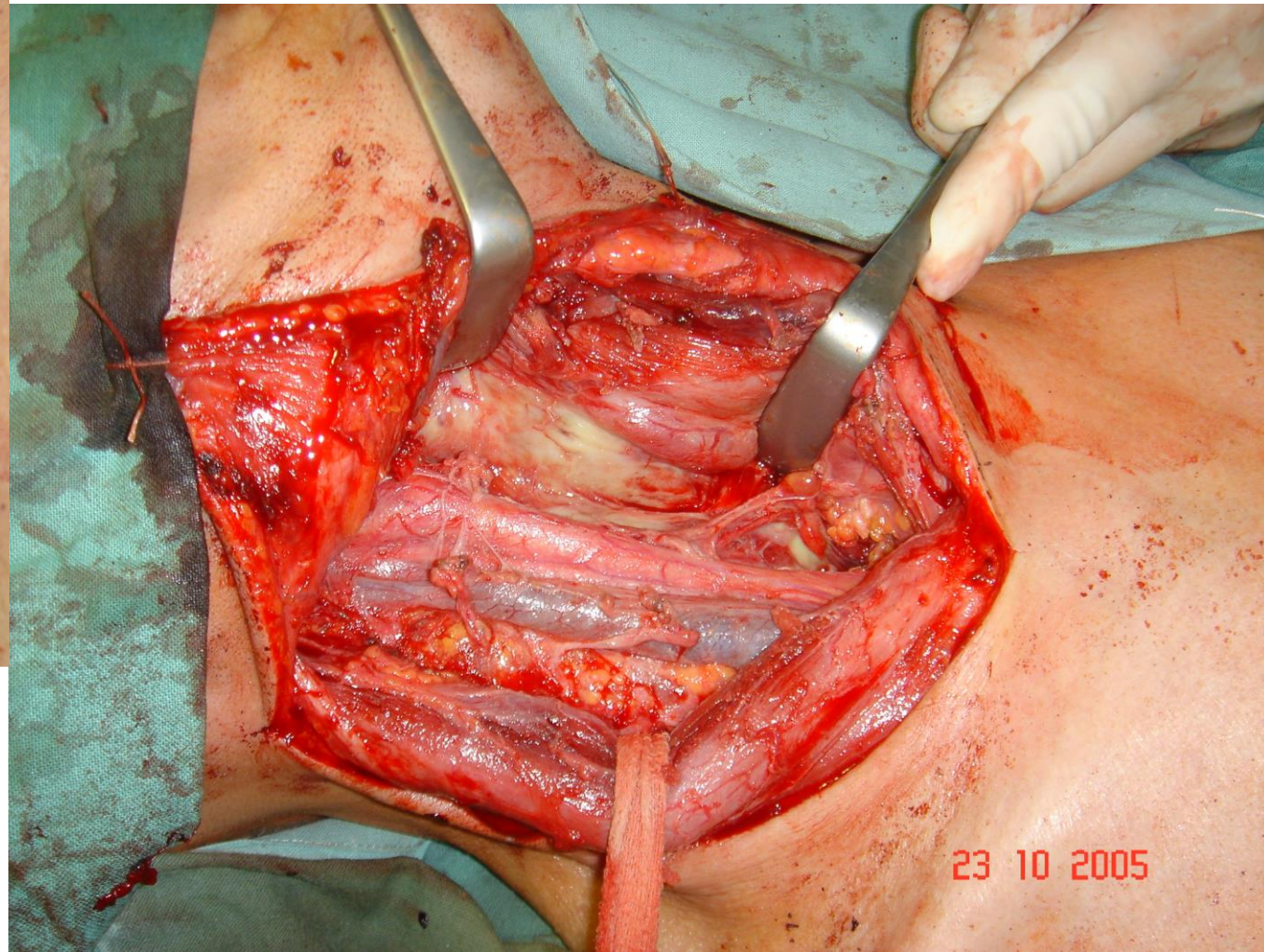
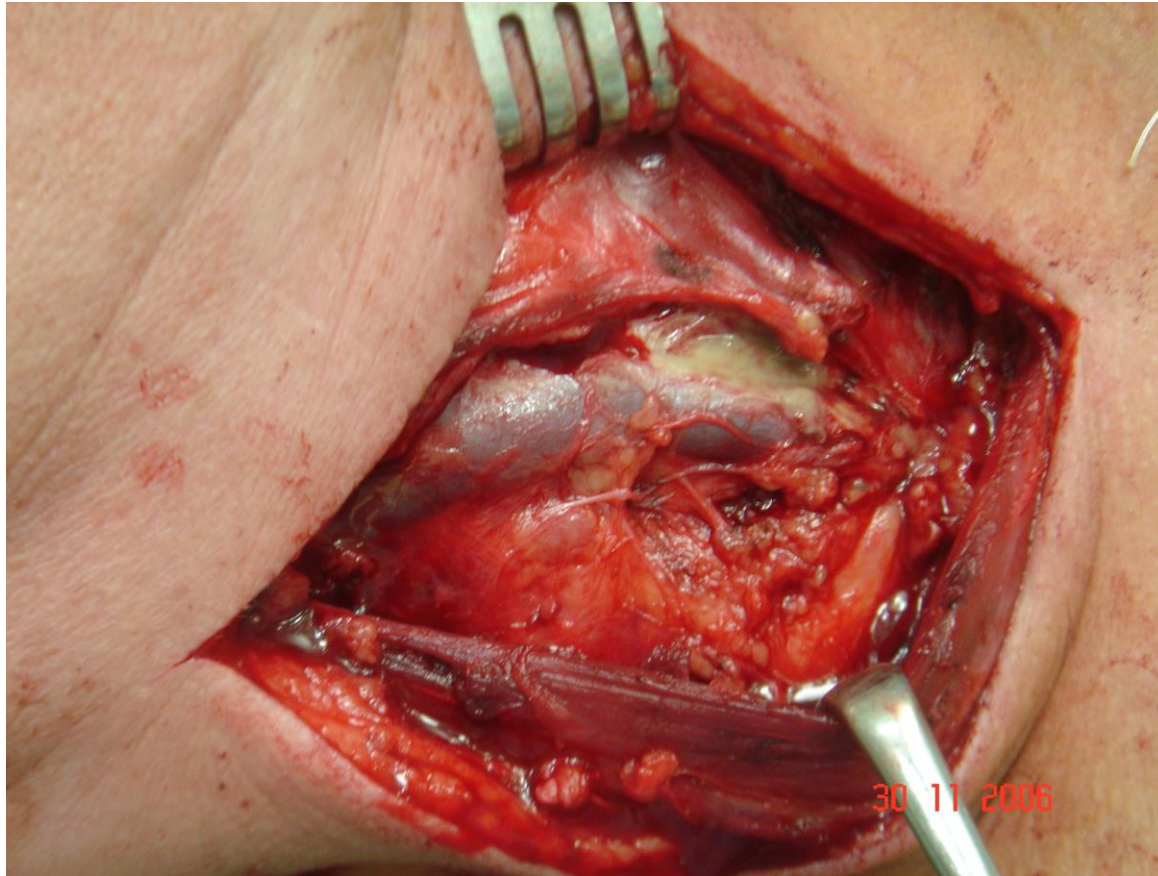
benigní tumory (lipom, karotický glomus tumor)
maligní nádory primární/
Sekundární při neznámé primární lokalizaci



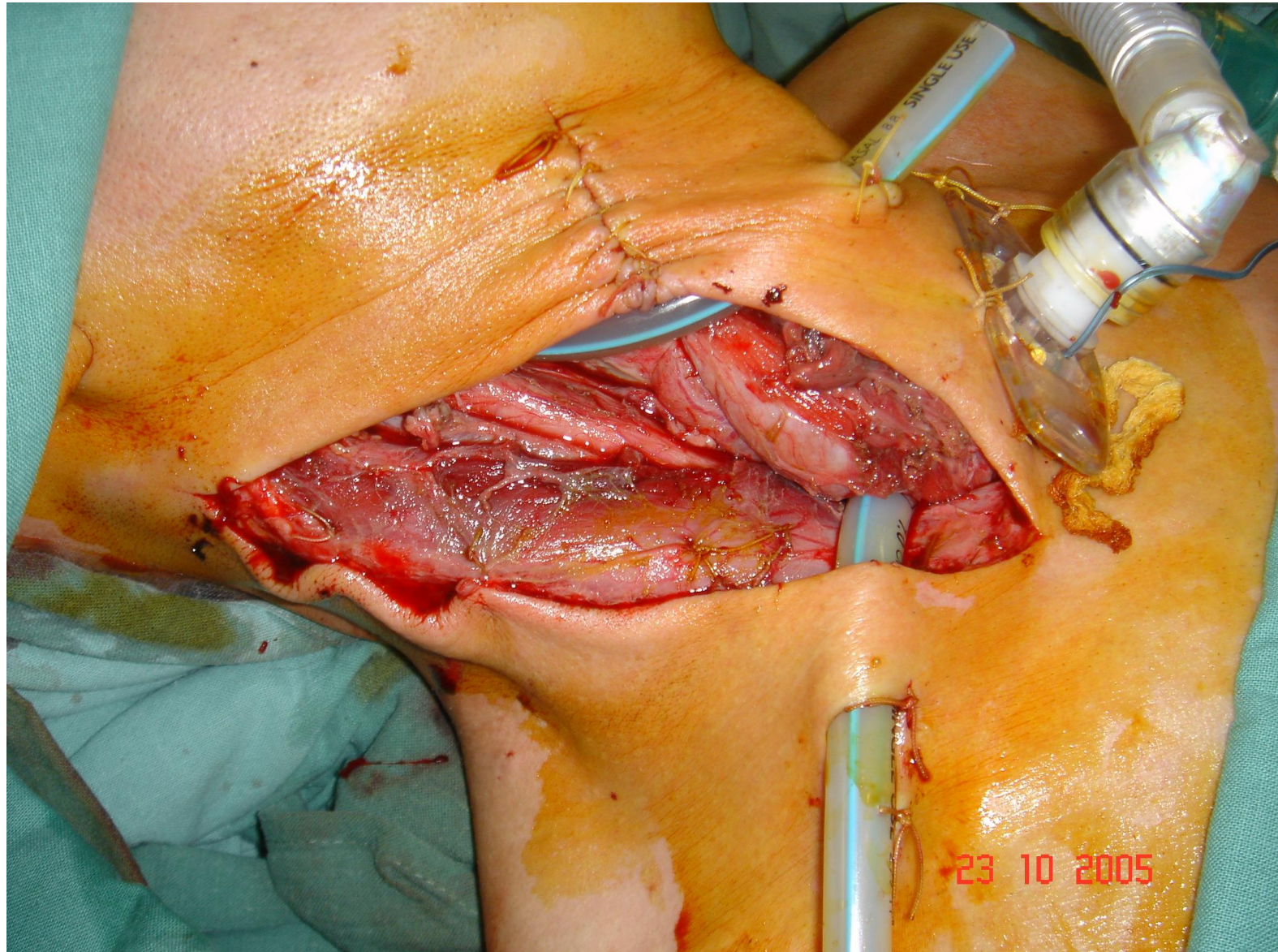
Hluboká krční infekce

- **Zdroj** - infekce paratonzilární a retromorální krajiny, penetrující poranění spodiny ústní, hltanu nebo krčního jícnu. Viscerální prostory krku nejsou distálně ohraničeny vůči medistinu. Snížení funkce imunitního systému (dekomp. diabetes, alkoholismus aj.)
- **Klinický obraz** – vysoké horečky, často septické, bolestivost stupňující se palpací, polykáním, bolesti v zádech (intraskapulární), retrosternální bolest
- Neohraničený zánětlivý infiltrát na krku, fluktuace, pergamenové třaskání; při přestupu do mediastina – vedle dysfagie i dyspnoe
- **Léčba**- otevření prostor kolem velkých krčních cév, kolární mediastinotomie, terapie prvního zdroje, komplexní terapie namířená proti sepsi, trombóze, selhání ledvin, multiorgáno,véhu selhání aj.
- Špatná **prognóza**, vysoká mortalita

Léčba - otevření prostor kolem velkých krčních cév, odstranění nekróz

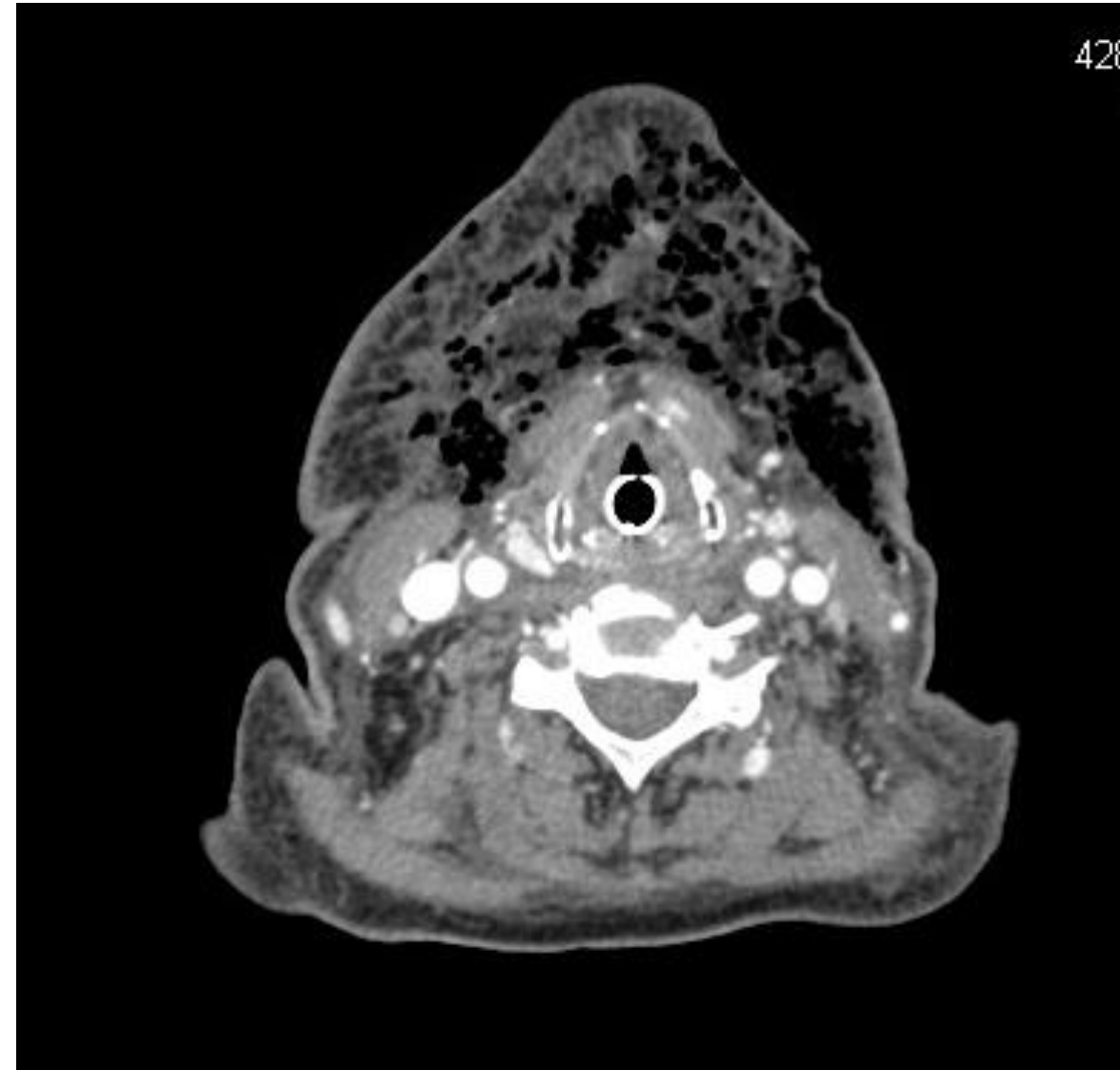


Chir. léčba – rána se ponechává otevřená, drénovaná, výplachy betadinou, obložky, tracheotomie

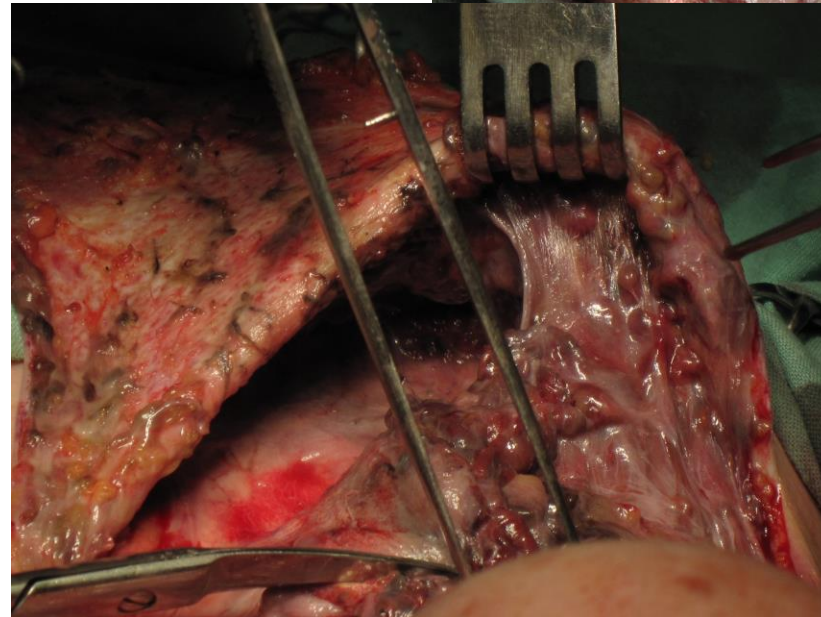




Fasciitis necrotisans, 60 letá žena



Fasciitis necrotisans, klinický náález



Epikríza klinicko-patologická

60 -letá žena s výrazně kariezním chrupem, se submandibulární hnisající píštělí, s flegmónou v oblasti krku a předního mediastina, umírá v důsledku sepse následující den po operaci.

