

PERITONZILARNI APSCES KOD DECE: DESETOGODIŠNJA ANALIZA DIJAGNOZE I LEČENJA

Mila Bojanović, Miško Živić i Dušan Milisavljević

Peritonizirani apsces je najčešća komplikacija akutnog tonzilitisa. Preentuju se podaci 27 bolesnika, mlađih od 18 godina, Klinike za bolesti uva, nosa i grla Kliničkog centra u Nišu za period od 1995. do 2005. godine. Bolesnici su tretirani po protokolu koji je uobičajen za ovu ustanovu. Primenjena je hirurška i medikamentna terapija. Najviše bolesnika bilo je 1997. i 2005. godine. Najmlađi bolesnik imao je 9 godina života. Trajanje simptoma bolesti bilo je 4.2 dana. Apsces je nađen na desnoj strani kod 13, a na levoj kod 14 bolesnika. Lečenje je trajalo od 13 do 15 dana, prosečno 5,65 dana. «Intervalna» tonzilektomija je urađena kod 9 bolesnika na mesec dana od peritonzilarnog apscesa. *Acta Medica Medianae 2006;45(2):69-*

Ključne reči: peritonizirani apsces, dijagnoza, terapija

Klinika za bolesti uva, nosa i grla Kliničkog centra u Nišu

Kontakt: Mila Bojanović
Klinika za bolesti uva, nosa i grla Kliničkog centra
Bulevar dr Zorana Đinđića 52
18000 Niš, Srbija i Crna Gora
Tel.: 018/511-252

Uvod

Spektar komplikacija kod akutnog tonzilitisa varira od lakših pa do po život opasnih (*abscessus pritonillaris, gangrena pharyngis, abscessus retropharyngicus, sepsis tonsillogenes*). Peritonzilarni apsces je najčešća komplikacija akutnog tonzilitisa (1,2,3). Nastaje prodiranjem piogenih uzročnika u vezivno tkivo između tonzila i m. constrictor pharyngis superior-a (1). Kao uzrok prodiranja piogenih uzročnika navodi se njihova virulencija, slabljenje imunobiološkog stanja bolesnika i položaj gornjeg pola u recessus(fossi) supratonsillaris. Pedijatri i lekari opšte prakse često se sreću sa akutnim tonzilitisom i anginom, a relativno ređe sa komplikacijama kao što je peritonzilarni apsces. U literaturi se navodi da je peritonzilarni apsces ređi u dece, ali je njegov značaj veliki zbog komplikacija od kojih su neke opasne po život (4,5). Dijagnostiku i terapiju ovih komplikacija moraju poznavati i lekari opšte prakse i otorinolaringolozi, jer ove komplikacije mogu uzrokovati teška oboljenja, pa i letalni ishod (5).

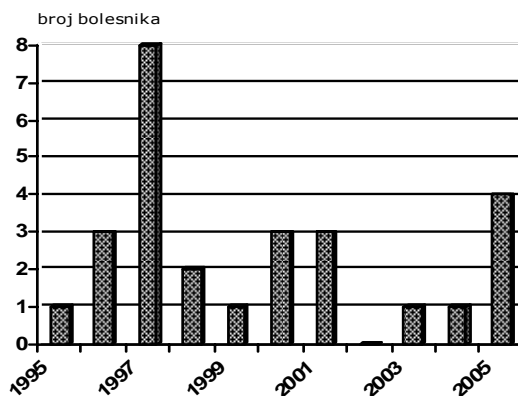
Bolesnici i metode

Retrospektivna studija je napravljena na bazi medicinskih podataka (istorija bolesti) 27 bolesnika, mlađih od 18 godina, koji su zbog peritonzilarnog apscesa hospitalizovani u Klinici u Nišu u periodu od 1995. do 2005. godine. Svi bolesnici su tretirani po protokolu koji je uobičajen u Kli-

nici. Po prijemu je primenjena hirurška i medikamentna terapija. Hirurška se sastojala u aspiracionoj punkciji, i u slučaju pus pozitivnog nalaza rađena je incizija, uz dilataciju, radi evakuacije gnojnog sadržaja. Bolesnicima su ordinirani antibiotici parenteralno i simptomatska terapija (analgetici, antiedematozna terapija, intravenska rehidracija i ostalo), sve dok se lokalni nalaz u ždreću i subjektivno stanje ne bi poboljšali; uz nastavak ambulantnog i domicilnog tretmana po otpuštanju

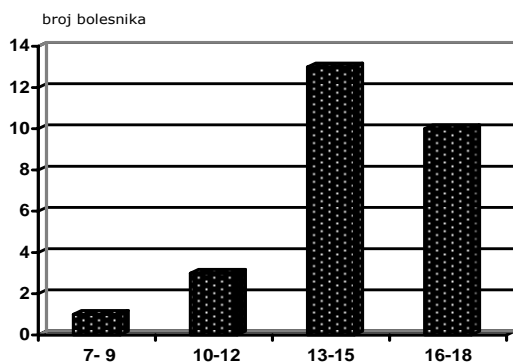
Rezultati rada

Učestalost javljanja značajno varira od godine do godine, najveća frekvencija je bila 1997. i 2005. godine (Histogram 1).



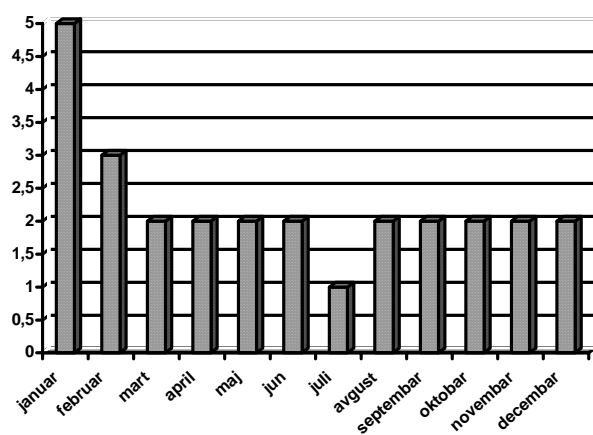
Histogram 1. Učestalost peritonzilarnog apscesa po godinama

Bilo je 3 bolesnika u starosnoj grupi od 10 do 12 godina, u grupi od 13 do 15 godina bilo je 13, a u grupi od 16 do 18 bilo je 10. Najmlađi bolesnik je imao 9 godina (Histogram 2).



Histogram 2. Distribucija apscesa po starosti bolesnika

Apsces je nađen na desnoj strani kod 13, a na levoj kod 14 bolesnika. Hospitalno lečenje je trajalo od 3 do 15 dana sa prosekom od 5,65 dana.



Histogram 3. Učestalost javljanja peritonzilarnog apscesa po mesecima

Ukupno je bilo 12 (44,4%) devojčica i 15 (55,5%) dečaka. Primećena je veća distribucija javljanja ovih bolesnika u januaru i februaru (ukupno 8-29,62%) (Histogram 3). Trajanje simptoma zapaljenja ždrela pre javljanja na Kliniku je u proseku 4,2 dana. Prethodni antibiotski tretman imalo je 25 bolesnika, a jedan bolesnik je prethodno bio hospitalizovan na Infektivnoj Klinici zbog lakunarne angine.

Trajanje simptoma zapaljenja ždrela pre javljanja na Kliniku je u proseku 4,2 dana. Prethodni antibiotski tretman imalo je 25 bolesnika, a jedan bolesnik je prethodno bio hospitalizovan na Infektivnoj Klinici zbog lakunarne angine. Postoji pozitivna anamneza u smislu recidivantnih tonzilitisa u 11-oro dece, dok je petoro imalo i ranije peritonzilarni absces. Aspiraciona punkcija je bila negativna samo kod jednog bolesnika. Mikrobiološka analiza pokazuje dominaciju streptokoka. Tonzilektomija na vruće nije urađena ni kod jednog bolesnika. „Intervalna„ tonzilektomija je urađena kod 9 bolesnika mesec dana posle peritonzilarnog apscesa.

Diskusija

Apsces glave i vrata u dečjoj populaciji nije retka pojava (1,2,3,4,5,6). Najčešća lokalizacija je peritonzilarna regija. Češće javljanje u najmla-

dnjim zimskim mesecima (januar i februar) može se tumačiti efektima klime i povećanim brojem infekcija gornjeg respiratornog trakta. Dods i sar.(2) izveštavaju o 42 bolesnika kod kojih je najveća distribucija apscesa u 13. godini, što je u skladu sa našim nalazima i 30% bolesnika koji su mlađi od 10 godina što potvrđuje da se peritonzilarni absces javlja i u mlađoj populaciji, za razliku od naše studije. Po kliničkoj slici ne postoji mogućnost predviđanja prelaska akutnog tonzilitisa u tonzilogenu komplikaciju. Moguće je da opšte i imunološko stanje organizma, lokalno stanje tonzilogenog tkiva, tip flore i neadekvatna i nedovoljno duga terapija utiču na razvoj peritonzilarnog apscesa (4,7,8).

Porast incidence u nekim godinama, kada su se verovatno pogoršali uslovi života za određene grupe bolesnika, odgovara ovim navodima.

Rezultat naših mikrobioloških analiza brisa ždrela i aspirata slaže se sa većinom autora (2,4,5) da su najčešće streptokokne bakterije (40,4%), zatim polimikrobna flora (28,6%), bez porasta bilo kakvih bakterija (19%) i normalna flora (16,6%).

U cilju sprečavanja pojave peritonzilarnog apscesa važna je terapija akutnog tonzilitisa penicilinskim ili cefalosporinskim preparatima, najmanje 7 do 10 dana. U slučaju prisustva betalaktamaza produkujućih mikroorganizama, potrebna je terapija preparatima sa klavulonskom kiselinom ili cefalosporinima novije generacije, uz primenu lekova za anaerobne organizme, ako se posumnja ili dokaže kombinovana infekcija. U literaturi se navodi da dve trećine apscesa sadrže beta laktamaza produkujuće bakterije(4), što je više nego u našoj studiji (55,5%). Pomenuti autori analiziraju mikrobiologiju peritonzilarnog, retrofaringealnog i parafaringealnog apscesa, za razliku od nas. Treba naglasiti da, kada je gnoj formiran, antimikrobna terapija je efikasna samo uz adekvatnu hiruršku drenažu (4).

Literatura opisuje više različitih formi hirurškog tretmana ovog oboljenja: aspiraciju, inciziju i drenažu, ili tonzilektomiju na vruće; takođe i tip i način antibiotskog lečenja; kao i to da li pacijenta hospitalizovati ili ne. Lekari u Škotskoj većinu pacijenata sa peritonzilarnim apscesom inicijalno tretiraju samo aspiracijom sadržaja apscesa uz antibiotsku terapiju.(1), što se razlikuje od protokola ne samo na našoj Klinici, već i na Klinikama u Engleskoj i Velsu. Izgleda da ne postoji zajednički stav o optimalnom tretmanu za peritonzilarni absces.

Naše je mišljenje da treba uraditi tonzilektomiju posle mesec dana kod rekurentnih peritonzilarnih apscesa i rekurentne tonzilarne bolesti, što je stav većine autora (1,5,7,9).

Peritonzilarni absces je najčešća komplikacija akutnog tonzilitisa koji može da progredira u značajnije i teže komplikacije. Relativno se ređe javlja u mlađoj pedijatrijskoj populaciji, mada incidence i rekurencije oboljenja koji se može tumačiti neadekvatnom antibiotskom terapijom i padom životnog standarda. Terapija mora biti hirurška i medikamentna.

Literatura

1. Mehanna MH. National audit of the management of peritonsillar abscess. *Postgrad. Med J* 2002; 78:545-7.
2. Dodds B, Manglia A. Peritonsillar and neck abscessus in the pediatric age group. *Laryngoscope* 1988; 9: 959-65.
3. Richardson K, Brick H. Peritonsillar abscess in the pediatric population. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg* 1981; 89:908-9.
4. Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscess. *J of Oral and Maxillofac Surg* 2004; 62(12): 1545-50.
5. Schraff S. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. *Int J Pediatr. Otorhinolaryngol* 2001; 57(3):213-8.
6. Sharland M. Antibiotic prescribing in general practice and hospital administration for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children trend analysis. *BMJ* 2005; 331(7512): 328-9.
7. Wolf M. The indication for tonsillectomy in children following peritonsillar abscess. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1995;31(1):43-6.
8. Bauer PW. The safety of conscious sedation in peritonsillar abscess drainage. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127(12): 1477-80.
9. Raut VV, Yung MW. Peritonsillar abscess: the rationale for interval tonsillectomy. *Ear nose Throat J* 2000;79(3):206-9.

PERITONSILLAR ABSCESS IN CHILDREN – TEN-YEAR ANALYSIS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

Mila Bojanovic, Misko Zivic and Dusan Milisavljevic

Peritonsillar abscess is the commonest complication of acute tonsillitis. The paper presents the cohort of 27 patients, younger than the age of 18, treated at the Clinic for Otorhinolaryngology, Clinical Center of Nis, in the period from 1995 to 2005. The patients were treated according the protocol typical of this institution. The surgical and medicament therapy was applied. The greatest number of patients was present in 1997 and 2005. The youngest patient was nine years old. Duration of symptoms was 4.2 days. Abscess was found on the right side in 13 patients, and on the left one in 14 patients. The treatment was in duration of 3-15 days, on average 5.65 days. The "interval" tonsillectomy was performed in nine patients one month after the appearance of tonsillar abscess. *Acta Medica Medianae* 2006;45(2):71-73.

Key words: *peritonsillar abscess, diagnosis, treatment*