

Peritonsiller Apse Tanı ve Tedavisi

Köksal Yuca*, Muzaffer Kırış**, Hakan Çankaya**, Tahir Seçkinli***

Özet:

Peritonsiller apse, yetişkinlerde ortaya çıkan baş ve boyunun en sık derin enfeksiyonudur. Tipik olarak aerobic ve anaerobic bakterilerin kombinasyonu ile oluşur. Ateş, boğaz ağrısı yutma güçlüğü ve trismus en sık görülen yakınmalardır. İğne aspirasyonu peritonsiller apsenin tanı ve tedavisinde halen altın standart yöntemdir. Ultrasonografi ve Komputerize Tomografi tanı koymada yardımcıdır. Ponksiyon ve aspirasyondan sonra uygun antibiyotik tedavisi (penisilin, klindamicin, cefalosporinler, metranidazol) başlanmalıdır. İlerlemiş vakalarda, insizyon ve drenaj veya acil tonsillektomi gerekebilir. Bu çalışmada Ekim 1999-Şubat 2002 tarihleri arasında Erciş Devlet Hastanesi KBB polikliniğine başvuran ve peritonsiller apse tanısı alarak tedavileri yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek peritonsiller apse tanı ve tedavisi gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler: Peritonsiller apse, boğaz ağrısı, derin boyun enfeksiyonu.

Tonsilla palatina, ön ve arka plika adı verilen ve sırasıyla glossopalatin ve faringopalatin kasları tarafından oluşturulan fossa tonsillaris içinde yerleşmiştir (1). Tonsil kapsülü ile tonsiller fossadaki kas dokusu arasında minör tükürük glandları bulunmaktadır (2).

Peritonsiller apse akut tonsillitin bir komplikasyonu olarak sıklıkla yetişkinlerde görülen bir antitedir. Az da olsa çocuklarda da görülür. Tonsillit atağını takiben boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, odinofaji, disfaji gibi semptomların yanısıra trismus, ağızdan tükürük akması, ateş ve genel hastalık hali tabloya hakimdir. Başlangıçta bir sellülit söz konusu olup, peritonsiller bölge ödemli hiperemik ve palpasyonla ağrılıdır. Apse oluştuğunda tonsil orta hatta doğru itilmiştir. Uvula ve tonsil ön pilikası da ödemlidir. Trismus nedeniyle hasta ağızını açmada zorlanır. Çocuklarda daha çok flegmon safhası gözlenirken yetişkinlerde apse formasyonu siktir (3,4).

Semptom ve bulguları yönünden bu bölgede benzer klinik tabloyu oluşturabilecek enfeksiyöz mononükleoz, lenfoma veya lösemi gibi neoplazmlar, dental enfeksiyonlar ve servikal lenfadenit ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Peritonsiller apse en sık izole edilen bakteri Streptococcus pyogenes (A grubu beta-hemolitik streptokok) dir.

En sık anaerob patojen ise Fusobacterium dur. Ancak birçok apse mikst (hem aerob hem de anaerob) profile sahiptir (5,6).

Tedavide drenaj ve antibiyotik kullanımı esastır. Acil tonsillektomi önerenler de vardır. Apse drenajı yapmadan 3 ayı yerden iğne batırıp aspirasyon yapmakla da başarılı bir tedavinin yapılabileceği öne sürülmüştür (7).

Bu çalışmada peritonsiller apse tanı ve tedavisini yapmış olduğumuz 52 hastanın sonuçlarını literatürün ışığında tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Ekim 1999-Şubat 2002 tarihleri arasında Erciş Devlet Hastanesi KBB polikliniğine başvuran ve yapılan muayenelerinde peritonsiller apse ön tanısı ile tetkik ve tedavileri yapılan 52 olgu çalışmaya dahil edildi. En küçük olgu 11 yaşında en büyüğü ise 65 yaşında idi. Fizik muayeneden sonra pantokain veya xylocain ile topikal anestezi uygulandı. Apsenin en kabarık noktasına ya da palpasyonla hissedilen fluktuasyon noktasına uygun bir enjektörle girilerek aspirasyon yapıldı. Aspirasyonla 0.5 cc veya daha fazla pü gelen 30 olguda minimal mukozal insizyonu takiben klemp ile apse kavitesine girilerek apse drenajı sağlandı. İğne ile pü gelmeyen veya 0.5 cc den az pü gelen 22 olguda ise üç değişik noktadan iğne ile girilerek aspirasyon tamamlandı ve işleme son verildi. Girişimi takiben antibiyotik tedavisi uygulandı.

Alınan materyallerden direkt preparatlar hazırlanıp gram boyama yapılarak incelendi. Ayrıca kültür için kanlı agar ve EMB agara ekildi, 24 saat sonra ekim sonuçları

*Erciş Devlet Hastanesi KBB Kliniği.

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB AD.

***Erciş Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği.

Yazışma Adresi:Yard. Doç. Dr. Köksal YUCA
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB AD.
65200/VAN

değerlendirildi. Anaeroplara için değerlendirme yapılamadı.

Bulgular

52 olgunun 24 'ü kadın (%46.2) , 28'i erkekti (% 53.8). En genç vaka 11, en yaşlı vaka 65 yaşındaydı. Ortalama yaş 27.4 idi. Apselerin tamamı tek taraflıydı.

Olguların 18'inde tonsil belirgin şekilde mediale itilmiş ve apse formasyonu belirginleşmişti. Bu 18 olguda aspire edilen pü miktarı 1-7cc arasında değişiyordu. Peritonsiller alanda apse formasyonu tam olarak oluşmayan diğer 34 olguda peritonsiller alana ponksiyon yapıldı. 0.5 cc ve daha fazla pü gelen 12 olguda insizyon ve drenaj uygulandı.3 ayrı noktadan iğne ile ponksiyon ve aspirasyon yapılan 22 olguda pü yok veya 0.5 cc den az idi. Bu olgulardan hiç birine sonradan insizyon ve drenaj gerekmedi. Tüm olgularda antibiyotik tedavisi verildi.

Tedaviye penisilinle başlandı. Vakaların hiçbirinde penisilin kullanımı için kontrendikasyon yoktu. 24 saat içinde semptomlarda belirgin düzelme olmayan 5 olguda tedaviye Metranidazol eklendi.Kültür antibiyogram sonucunda penisiline direnç saptanan 3 olguda tedaviye 2 olguda Amoksisilin –Klavunat ve 1 olguda Ceftriakson ile devam edildi.Antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlanarak sonlandırıldı.

Hazırlanan direkt preparatlar gram boyama ile boyanıp incelendiğinde tüm iğne aspirasyon materyallerinde bol miktarda enflamatuar hücreler görüldü. 25 yaymada gr (+) koklar saptandı.

Kültür sonuçlarında; 23 vakada A grubu beta hemolitik streptokok, 2 vakada alfa hemolitik streptokok, 2 vakada streptokoküs pnömonia, 3 vakada koagülaz + stafilokok üredi. 22 vakada üreme olmadı. Bir vakaya hastaneye kabulünün 3. gününde ateş düşmemesi ve drenaj yerinde yeniden pü birikmesi nedeniyle sosyoekonomik şartlarda göz önüne alınarak tonsillektomi uygulandı. 5 vakaya daha sonra rekürren tonsillit atağı nedeniyle tonsillektomi yapıldı

Tartışma

Peritonsiller apse, yetişkinlerde ortaya çıkan baş ve boynun en sık derin enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon yüzeyel bir enfeksiyon olarak başlar ve tonsiller sellülite doğru ilerler. Peritonsiller apse formu sıklıkla ileri bir evredir (3,4). Apsenin peritonsiller alandaki tükruk glandlarının enfeksiyonu ile oluştuğu öne sürülmüştür (2).

Peritonsiller apse en sık 20-40 yaş arasındaki kişilerde görülür. Çocuklarda immün yetmezliği

olanlar haricinde görülmesi nadirdir. Fakat çocuklarda enfeksiyon hava yolu obstrüksiyonuna sebep olabilir (8). Erkek ve kadınlarda görülme oranı eşittir. Kronik tonsillit ya da akut tonsillit için multiple oral antibiyotik kullanımının peritonsiller apse gelişimine predispozisyon oluşturabileceği öne sürülmüştür (9).

Çok belirgin olan semptomatoloji ile kolayca tanı konabilir (3,4). İğne aspirasyonu peritonsiller apsenin tanısı için altın standarttır(14). Ponksiyonla pü gelmeyen olgularda ayırıcı tanıda yer alan patolojiler düşünölmeli ve ekarte edilmelidir. Peritonsiller apse ayırıcı tanısında invaziv olmayan ve sonuç veren bir yöntem olarak intraoral ultrasonografi son yıllarda birçok yazar tarafından önerilmiştir(10,14,15,16). Ancak birçok olguda trismus varlığı intraoral ultrasonografinin kullanımını zorlaştırabilir(10). Kompüterize Tomografi apse formasyonunun identifikasyonunda ayırıcı tanı için son derece yararlıdır (10,11,14,15,16).

Apse mikrobiyolojisi anaerob bakterileri de içeren miks bir profile sahiptir (5). Antibiyotik tedavisinde bu durum göz önüne alınmalıdır. Bizim olgularımızda anaerobik kültür yapamadık. Üreyen mikroorganizmalar diğer yayınlarda bildirilenlerle benzerlik arz ediyordu. 22 olguda üreme olmamasını, hastaların bize başvurmadan önce antibiyotik kullanmalarına bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Tedavide insizyon ve drenaj, 3 noktadan iğne ile ponksiyon ve aspirasyon, acil tonsillektomi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Acil tonsillektomi kanama riskinin fazla oluşu nedeniyle günümüzde sık uygulanmamaktadır (12). Çalışmamızda 1 vakada hastaneye kabulünün 3.gününde ateş düşmemesi ve drenaj yerinde yeniden pü birikmesi nedeniyle sosyoekonomik şartlarda göz önüne alınarak tonsillektomi uygulandı. Ancak esas olan apsenin drenajı ve antibiyoterapidir. 3 noktadan yapılan ponksiyon ve aspirasyonu takiben yapılan antibiyoterapi ile insizyon ve drenaj kadar başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir (7). Drenaj sırasında apse içeriğinin aspire edilmemesine dikkat edilmesi, bu nedenle çocuklarda drenaj için lokal anestezi kullanılmaması gerektiği önerilmiştir (3).

Penisilin peritonsiller apse tedavisi için ilk seçilecek ilaç olmasına rağmen son yıllarda beta-laktamaz üreten organizmaların ortaya çıkması nedeniyle antibiyotik seçimi değişmiştir (13). Penisilin yerine 500 mg klindamicin (günlük iki doz olarak), yada ikinci veya üçüncü jenerasyon sefalosporin kullanımı önerilmektedir (12). Diğer bir çalışmada Prior ve arkadaşları penisiline ilk 24 saat içinde bir yanıt alınmadığı taktirde

tedaviye metranidazol (500 mg günlük iki doz) eklemeyi önermişlerdir (6). Biz olgularımızda antibiyotik olarak İM veya İV penisilin ile tedaviye başladık. 24 saat içinde ateş düşmeyen olgularda ilave olarak metronidazol verdik. Kültür sonucu penisiline direnç görülen olgularda tedaviye Amoksisilin-Klavunat ve Seftriakson ile devam edildi.

Üç ana cerrahi prosedür peritonsiller apse tedavisi için kullanılabilir; iğne aspirasyonu, insizyon - drenaj ve acil tonsillektomi. Genel tedavi yaklaşımı insizyon ve drenaj (3) olmasına rağmen literatürde bildirilen karotis anomalileri yada anevrizmaları nedeniyle yalnızca iğne aspirasyonu ve antibiyotik tedavisini öneren seriler bildirilmiştir (7).

Sonuç olarak baş boyun bölgesinin potansiyel tehlikeler taşıyan, en sık derin enfeksiyonu olan peritonsiller apse olgularında; belirgin apse oluşan olgularda insizyon ve drenajın, apse formasyonunun tam olmadığı olgularda ise 3 ayrı noktada ponksiyon ve aspirasyonun cerrahi tedavi olarak yeterli olacağı, tonsillektominin daha sonra yapılması gerektiği kanısındayız. İlaç tedavisi olarak enjektabl penisilin grubu ilaçların metronidazolle kombine kullanımının en uygun seçenek olduğunu düşünüyoruz.

Diagnosis and Treatment of Peritonsillar Abscess

Abstract:

Peritonsillar abscess, the most common deep infection of the head and neck that occurs in adults, is typically formed by a combination of aerobic and anaerobic bacteria. The presenting symptoms include fever, throat pain, dysphagia and trismus. Ultrasonography and computed tomographic scanning are useful in confirming the diagnosis. Needle aspiration remains the gold standard for diagnosis and treatment of peritonsillar abscess. After performing aspiration, appropriate antibiotic therapy (including penicillin, clindamycin, cephalosporins, or metronidazole) must be initiated. In advanced cases, incision and drainage or immediate tonsillectomy may be required. In this study, the files of the patients who were admitted to Department of otolaryngology, Erciş State Hospital between October 1999 and February 2002, diagnosed with peritonsillar abscess were retrospectively evaluated and diagnosis and treatment of peritonsillar abscess was reviewed.

Key words: Peritonsillar abscess, throat pain, deep neck infection

Kaynaklar

1. Hollinshead WH. Anatomy for surgeons. 3d ed. Philadelphia: Harper & Row, 1982.
2. Passy V: Pathogenesis of peritonsillar abscess. Laryngoscope 104: 185-190,1994.
3. Sennaroğlu L, Ayas K. Peritonsiller, parafaringeal ve retrofaringeal apseler. Katkı Pediatri Dergisi: 6:538-543,1993.
4. Zalzal GH, Cotton RT. Adenotonsillar Disease; In Otolaryngology Head and Neck Surgery. Vol: 2, Ed; Frederickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE. The C. V. Mosby Company. Toronto 1996, pp:1189-1212.
5. Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of peritonsillar abscess. Laryngoscope 101:289-92,1991.
6. Prior A, Montgomery P, Mitchelmore I, Tabaqchali S. The microbiology and antibiotic treatment of peritonsillar abscesses. Clin Otolaryngol 20:219-23,1995.
7. Wolf M, Even-Chen I, Kronenberg J. Peritonsillar abscess: repeated needle aspiration versus incision and drainage. Ann Otol Rhinol Laryngol 103:554,1994.
8. Schroeder LL, Knapp JF. Recognition and emergency management of infectious causes of upper airway obstruction in children. Semin Respir Infect 10:21-30,1995.
9. Petruzzelli GJ, Johnson JT. Peritonsillar abscess. Why aggressive management is appropriate. Postgrad Med 88:99-100,103-5, 108,1990.
10. Strong EB, Woodward PJ, Johnson LP. Intraoral ultrasound evaluation of peritonsillar abscess. Laryngoscope 1995;105(8 pt 1):779-82.
11. Gidley PW, Ghorayeb BY, Stiernberg CM. Contemporary management of deep neck space infections. Otolaryngol Head Neck Surg 116(1):16-22,1997.
12. Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. Management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol 105:743-5,1991.
13. Parker GS, Tami TA. The management of peritonsillar abscess in the 90s: an update. Am J Otolaryngol 13:284-8,1992.
14. Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2002 Jan 1;65(1):93-6
15. Boesen T, Jensen F. Preoperative ultrasonographic verification of peritonsillar abscesses in patients with severe tonsillitis. Eur Arch Otorhinolaryngol 249:131-3,1992.
16. Buckley AR, Moss EH, Blokmanis A. Diagnosis of peritonsillar abscess: value of intraoral sonography. AJR Am J Roentgenol 162:961-4,1994.