

AKO SA PREJAVUJE PARATONZILÁRNY ABSCESES?

Pavel Doležal

ORL klinika LF UK, FN a SZU, Bratislava

Paratonzilárny absces znamená vytvorenie dutiny vyplnenej hnisom v paratonzilárnom priestore. Vzniká prienikom infekcie medzi puzdro mandle a *m. constrictor pharyngis*. Jeho symptomatológia je typická – vyklenutie steny hltana na postihnutej strane, bolesť v hltane, trizmus, zvýšená teplota. Nie každé vyklenutie v hltane znamená paratonzilárny absces. V kazuistike opisujeme pacientku s nádorom slinnej žľazy v parafaryngickom priestore, s vyklenutím hltana, ktoré imitovalo paratonzilárny absces. Štandardná incízia nad podnebnou mandľou mala len diagnostický význam, pretože otolaryngológ nenašiel žiadne abscesové ložisko. Diagnózu nádoru potvrdili až zobrazovacie vyšetrenia.

Kľúčové slová: paratonzilárny absces, tumor v parafaryngickom priestore.

Via pract., 2008, roč. 5 (10): 444–445

Úvod

Paratonzilárny absces považujeme za *miestnu komplikáciu zápalu podnebnéj mandle*. Zvyčajne sa vyskytuje u pacientov s chronickou tonzilitídou a opakovanými angínami. Podnebná mandľa je rozbrázdnená, s hlbokými kryptami, cez ktoré sa bakteriálna infekcia dostane do riedkeho spojivového tkaniva medzi puzdro mandle a hltanový sval – *musculus constrictor pharyngis*. V tomto priestore sa vytvorí ložisko abscesu, ktoré expanduje a vytlačí podnebnú mandľu spolu s podnebnými oblúkmi mediálne smerom do dutiny ústnej a lúmenu hltana. Podľa miesta vytvorenia abscesu vzhľadom na anatomický tvar podnebnéj mandle možno definovať *supratonzilárny*, *retrotonzilárny* alebo *infratonzilárny* paratonzilárny absces. Najčastejšou lokalizáciou je predná horná časť paratonzilárneho priestoru. Niekedy sa môžu vytvoriť aj dva samostatné abscesy, čo sa zistí až pri opakovanej incízii alebo tonzilektómii.

Príznaky

Príznaky sú typické a vyvíjajú sa počas angíny alebo po prekonanej angíne. Dominantná je *silná jednostranná bolesť v hltane s vyžarovaním do ucha*. Pacient nemôže hltáť potravu, niekedy nie je schopný prehltnúť ani sliny. Hlavu má v úfavej polohe s miernym naklonením k postihnutej strane. Reč je fučnávajúca, menej zrozumiteľná, otváranie úst je obmedzené, vzniká *trizmus*. Ak sa absces lokalizuje pod podnebnou mandľou, zápalový opuch v hypofaryngu môže spôsobiť zúženie vchodu do hrtana, ktoré sa manifestuje ako dyspnoe. Celkové príznaky sú *vysoká teplota a alterácia chorého*.

Diagnostika

Diagnóza paratonzilárneho abscesu vychádza z anamnézy angíny alebo zápalu hltana. Dutina ústna a hltan sa pre trizmus ťažko vyšetrujú, ale vždy je vyznačená asymetria podnebných oblúkov spôsobená vyklenutím postihnutej strany mediálne (obrázok 1).

Obrázok 1. Vyklenutie bočnej steny hltana pri paratonzilárnom abscesse vľavo.



Sliznica je červená, niekedy je vidieť ložisko hnisu cez dilatovanú stenu hltana. Z laboratórnych parametrov dominujú leukocytóza, zvýšená sedimentácia a CRP. Regionálne krčné lymfatické uzliny za uhlom sánky a pod kývačom sú zväčšené a bolestivé.

V diferenciálnej diagnostike treba odlišiť iné príčiny trizmu, akými sú *dentitio difficilis*, zápal zubného pôvodu šíriaci sa do oblasti žuvacích svalov, nádory hltana a iné príčiny vyklenutia v hltane. Tie môžu byť spôsobené nádormi v parafaryngickom priestore, aneurysmou *a. carotis interna*, alergickým edémom sliznice hltana.

Terapia

Liečba paratonzilárneho abscesu je chirurgická v antibiotickej clone. Na našom pracovisku indikujeme tonzilektómiu „za tepla“, teda abscestonzilektómiu. Po stanovení diagnózy a predoperačnom vyšetrení v celkovej intubáčnej anestézii robíme obojstranne tonzilektómiu, pri ktorej sa otvorí a evakuuje celé abscesové ložisko v paratonzilárnom priestore. U pacienta, ktorý nemával angíny, má absces po prvýkrát, nesúhlasí s operáciou, alebo u ktorého nie je možná celková anestézia, robíme incíziu s odsatím hnisu a dilatáciou otvoru v pooperačnom priebehu.

Pacientka A. T.

Pacientka A. T., narodená v roku 1942, bola 2. januára 2008 ošetrovaná na ORL ambulancii v regionálnej

Obrázok 2. Parafaryngický tumor vpravo s centrálnou nekrotickou veľkosťou znázornenou čiernymi štvorcami.



nemocnici pre pocit tlaku v dutine ústnej a hltane vpravo. Nemala pocit dysfágie alebo bolesti v hltane, nemala vyznačený trizmus. Pre výrazné vyklenutie v hltane vpravo urobil otolaryngológ incíziu v domnienke, že ide o paratonzilárny absces. Ani pri ďalšej punkcii paratonzilárne sa nenašlo ložisko abscesu, preto sa indikovalo zobrazenie CT, ktoré odhalilo **parafaryngický tumor** vpravo veľkosti 6,3 x 3,7 x 5,4 cm (obrázok 2). Po odoslaní na naše pracovisko sme požadovali doplniť CT AG s kontrastom na zistenie cievneho zásobenia a MR na zistenie homogenity nádoru, prípadne znakov prerastania do okolia. Angiografia vylúčila cievny tumor, MR svedčí pre homogénny útvar s centrálnou nekrotickou zónou bez znakov infiltrácie okolitých tkanív. Pacientku sme objednali na transorálnu resekciu tumoru. Dňa 15. februára 2008 sa tumor po častiach resekoval, mal kompaktné puzdro, makroskopicky imponoval ako adenóm slinných žliaz. Histologické vyšetrenie potvrdilo **karcinóm z acinárnych buniek**. Vzhľadom na pôvodnú veľkosť a inkompletnú resekciu pacientka absolvuje pooperačnú rádioterapiu.

Diskusia

Na našom pracovisku sa robí abscestonzilektómia v priemere asi 50-krát ročne. Pacienti sú

Obrázok 3. Pacient s adenómom príušnej slinnej žľazy vpravo. Benígny nádor svojím rastom v parafaryngickom priestore spôsobuje vyklenutie bočnej steny hltana.



odosielaní obvodným lekárom alebo rajónnym otorinolaryngológom už s diagnózou paratonzilárny absces na chirurgickú liečbu. Našou úlohou je zistiť, či skutočne ide o **paratonzilárnu flegmónu s vytvárajúcim sa abscesom**, alebo len o **ťažký priebeh angíny**. Pri akútnej tonzilitíde s veľkými, červenými a rozbrázdnenými mandľami a dysfágiou je niekedy priebeh choroby podobný ako pri paratonzilárnom abscese. Skúsený otorinolaryngológ pozná, že chýba vyklenutie podnebných oblúkov a posun celej podnebnéj mandle spolu s uvulou mediálne. Môže sa vyvinúť aj obojstranný paratonzilárny absces ako komplikácia angíny, ale ten je zriedkavý.

Nie každé vyklenutie v hltane znamená paratonzilárny absces. U pacientky v uvedenej kazuistike chýbali dôležité príznaky zápalovej komplikácie, ktorými sú bolesť, trizmus, začervenanie. Ani v anamnéze nebol údaj o angíne alebo aspoň zápale hltana. Narezanie predného oblúka a otvorenie paratonzilárneho priestoru malo iba diagnostický význam, pretože sa nenašlo žiadne abscesové ložisko. Mohlo by byť nebezpečné, keby pacientka mala nádor s dobrým cievnym zásobením. Na obrázku 3 je CT pacient s adenómom príušnej slinnej žľazy vpravo, ktorý vrasť do parafaryngického priestoru

Obrázok 4. Punkcia paratonzilárneho abscesu vľavo.



a spôsobuje vyklenutie bočnej steny hltana vpravo. Ak je sliznica červená, môže tento stav imitovať paratonzilárny absces, ale chýba trizmus, anamnestická súvislosť a celkové príznaky zápalu. Celkový stav pacienta je dobrý, bez alterácie.

Často bývajú na ORL vyšetrenie odosielení pacienti s akútnou tonzilitídou v celkovo zlom stave. Ten je spôsobený nedostatočným príjmom potravy pre dysfágiu a odynofágiu. Antibiotická liečba, pri ktorej sa ordinujú najprv makrolidy alebo antibiotiká amoxicilínového radu, nie je u pacientov s angínou vhodná. **Pacient s ťažkým priebehom angíny**, ktorý si vyžaduje hospitalizáciu, má byť **hospitalizovaný na infekčnom oddelení**. Naopak **pacient s vyvinutou komplikáciou zápalu podnebnéj mandle** má byť **hospitalizovaný na otorinolaryngologickom oddelení**.

Odbornú verejnosť môže prekvapiť nejednotnosť v spôsobe liečby pacienta s paratonzilárnym abscesom. **Na väčšine slovenských ORL pracoviš** takýto pacient ani nebýva hospitalizovaný. Pri diagnóze paratonzilárny absces sa robí **incízia podnebného oblúka** v povrchovej slizničnej anestézii popri podnebnéj mandli, čo najkratšou cestou do abscesovej dutiny. Ak sa nenájde ložisko abscesu, hľadá sa ďalej punkčnou ihlou a potom sa robí cieľná incízia znova (obrázok 4). Výkon je ambulantný, druhý deň sa incízný otvor dilatuje dovtedy, kým je v ložisku hnis (obrázok 5). V pokojnom štádiu s odstupom času sa **plánuje tonzilektómia** v lokálnej anestézii.

Na našom pracovisku sa snažíme riešiť paratonzilárny absces tzv. tonzilektómiou za tepla, alebo **abscestonzilektómiou**. Tento postup má **niekoľko výhod**. Tonzilektómiou sa zabezpečí dokonalá dre-

Obrázok 5. Odsávanie hnisu z paratonzilárneho abscesu vľavo.



náž abscesu, abscesová dutina sa už nevytvorí, pacient by nemal mať v budúcnosti zápaly podnebných mandlí, a teda ani iné s nimi súvisiace komplikácie. Nepostupujeme tak vždy, napríklad u chorého, ktorý doteraz nemal žiadnu angínu, alebo v prípade kontraindikácie celkovej anestézie možno postupovať incíziou a drenážou abscesového ložiska. Rozhodnutie o liečbe je v rukách otorinolaryngológa.

Záver

- Paratonzilárny absces je **komplikácia akútnej alebo exacerbovanej tonzilitídy**. Výrazne zhoršuje zdravotný stav pacienta.
- Neliečený paratonzilárny absces môže viesť k rozvoju **hlbokej krčnej infekcie s ohrozením života postihnutého**.
- **Diagnostika a chirurgická liečba** paratonzilárneho abscesu je **neodkladná** a patrí do rúk **otorinolaryngológa**.
- Paratonzilárny absces môžu **imitovať nádory** v parafaryngickom priestore, **alergické opuchy** sliznice hltana. Pri týchto diagnózach chýba celková alterácia chorého, príznaky bakteriálnej infekcie aj trizmus. Trizmus zubného pôvodu spôsobuje *dentitio difficilis* alebo zápal zubného koreňa, ktorý sa rozšíri na alveolárny výbežok. Príznaky sú podobné, ale vtedy sa zvyčajne na postihnutej strane nevyklenuje bočná stena hltana.



doc. MUDr. Pavel Doležal, CSc., mim. prof.

ORL klinika LFUK, FN a SZU
Antolská 11, Bratislava
e-mail: pavel.dolezal@szu.sk