

## **Peritonzilláris térből kiinduló parafaringeális tályog esete irodalmi áttekintéssel**

**Jelige: „csillag”**

**Összefoglaló:** A szerző a tonsilla alsó pólusánál elhelyezkedő peritonzilláris tályog esetét mutatja be, amely a musculus constrictor pharyngison áttörve konkomitens parafaringeális tályogot is okozott. A parenterális antibiotikum terápia és incízió nem hozta a várt javulást, ezért abszcessz tonsillektómiát végeztünk. Így sikerült mindkét tályog drénezését biztosítani és gyógyulás következett. A nemzetközi irodalommal összevetve levonjuk az eset tanulságait.

**Kulcsszavak:** parafaringeális, peritonzilláris tályog, incízió, abszcessz tonsillektómia

**Summary:** The author presents a case of a peritonsillar abscess, that went through the musculus constrictor pharyngis and caused a concomitant parapharyngeal abscess. The result of the parenteral antibiotic therapy and incision was not satisfying, so we made an abscess tonsillectomy. This way we could resolve the drainage of both abscesses and resulted complete recovery. We conclude the edification of this case in comparison with literature.

**Keywords:** parapharyngeal, peritonsillar abscess, incision, abscess tonsillectomy

### **Bevezetés**

A parafaringeális tályog potenciálisan életveszélyes szövődménye a heveny mandulagyulladásnak valamint a mandula körüli tályogoknak. A gyulladásos folyamat a mandulából illetve a peritonzilláris térből (a tonsilla és a m. constrictor pharyngis közötti térből) a parafaringeális térbe (a m. constrictor pharyngistól laterálisan elhelyezkedő térbe) való terjedésével magyarázhatjuk a folyamatot. A kezelés legtöbbször sebészi feltárást jelent, bár egyes szerzők bizonyos esetekben, főleg gyermekeknél a punkciót és aspirációt is elegendőnek tartják. A külső (nyak felőli) vagy belső (per orális) feltárási lehetőség. Nincs teljes egyetértés az ilyen esetek kezelésének részleteit illetően (1). Egy parafaringeális tályog esetét, kezelését mutatjuk be a nemzetközi irodalommal összevetve.

## Esetismertetés

Az 56 éves nőbeteget háziorvosa utalta mentő szállítással ambulanciánkra két napja tartó torokfájás után kialakult nyelési képtelenség miatt. Láza nem volt. Anamnézisből ismert volt magasvérnyomás betegsége, amire rendszeresen gyógyszert szed. A vizsgálat során aszimmetrikus, tüzőkkel fedett tonsillák voltak láthatóak. A bal tonsilla volt a nagyobb, az elülső garatív bal oldalon duzzadtabb volt és bal oldalon szubmandibulárisan megnagyobbodott fájdalmas nyirokcsomó volt tapintható. Peritonzilláris tályog gyanúja miatt helyi infiltrációs érzéstelenítésben a bal oldali elülső garatívnek megfelelően incízió történt. A feltárás során kevés purulens váladék ürült, de tályogüregget nem találtunk. A beteg további ellátása osztályos körülmények között folytatódott. A laborvizsgálatok komoly gyulladást támasztottak alá, emelkedett CRP (346mg/l) és jelentős neutrofil túlsúllyal magas fehérvérsejtszám (22,5G/l) volt észlelhető. Parenterális antibiotikus kezelés kezdődött amoxicillin/klavulánsav és ciprofloxacín társításával. Két nap kezelést követően, bár a beteg panaszai csökkentek, még mindig magas CRP értéket kaptunk (264mg/l) mérséklődő leukocitózissal (11,8G/l). A harmadnapon a CRP még mindig 226 mg/l volt. A vártnál lassúbb javulás miatt kontrasztanyagot nyaki CT vizsgálatot kértünk és a felvételeken egy bal oldali 50\*25\*20 mm átmérőjű peritonzilláris-parafaringeális elhelyezkedésű sűrű folyadéktartalmú képlet ábrázolódt, ami tályognak felelt meg (1. *Ábra*). Általános érzéstelenítésben a bal oldali tonsilla palatinát eltávolítottuk, ekkor a tonsilla alsó pólusától kiinduló peritonzilláris és konkomitens parafaringeális tályog nyílt meg. A tályogot feltártuk, Betadinnal öblítettük. Ezt követően gyors javulás következett. A panaszmentes beteget otthonába bocsátottuk, ahol további egy hétig amoxicillin/klavulánsav kezelést kapott. Az eltávolított tonsilla kórszövettani vizsgálata során a gyulladt mandula szöveti képe tályogfalrészlettel került leírásra. A tályogfeltárás során, a tályogtartalomról vett bakteriológiai mintából nem sikerült kórokozó baktériumot kitenyészteni. Azemissziót követő 8. napon ambulanciánkon történt kontroll vizsgálat során teljes gyógyulás volt megállapítható.



1.Ábra. Peritonzilláris-parafaringeális terjedésű tályog CT felvételei. Fekete nyíl mutat a beolvadó területre.

### Megbeszélés

A peritonzilláris tályog gyakori szövődménye a parafaringeális tályog és gyakran a kettő egyszerre van jelen. *Klug és mtsai* közlése alapján, a parafaringeális tályogos esetek 52%-nál volt jelen peritonzilláris tályog (2). Esetünkben egy kezdődő bal oldali peritonzilláris tályog hamar áttért a parafaringeális térbe, ezért az elülső garatíven történő feltárás során csak kevés váladékot sikerült drenálni és ez nem volt elegendő a gyógyuláshoz.

A diagnózis felállítása általában a tonszillitisz vagy peritonzilláris tályog tünetei (fájdalom, diszfágia, nyáladás) mellett fizikális vizsgálattal észlelhető oldalsó garatfali bedomborodás, duzzanat alapján történik. Gyanú esetén próbapunkcióval győződhetünk meg a gennygyülemlről. Gyakorlatunkban a próbapunkció helyett incíziót végzünk, mivel tapasztalatunk szerint ennek terápiás hatása infiltráció esetében is jó. A parafaringeális tályogdiagnózist a tonszillitisz, peritonzillitisz képe, esetleg egy konkomitens peritonzilláris tályog nehezítheti. Az esetek 15-20%-ban a peritonzilláris tályog a tonszilla alsó harmada mögött helyezkedik el. Ilyenkor aspirációval vagy a klasszikus, elülső garatíven ejtett metszésből történő feltárásból nem mindig sikerül elérni a tályogot (1). Ezekben az esetekben segíthet az ún.

abszcessz tonsillektómia. Amikor parafaringeális vagy egyéb mély nyaki tályog gyanúja merül fel, nyaki kontrasztanyag CT vizsgálat vagy nyaki MR vizsgálat segíthet felállítani a diagnózist (2,3,4). A pontos diagnózis felállítása esetünkben kontrasztanyag nyaki CT vizsgálattal történt.

A peritonzilláris tér egy piramis alakú tér, csúcsával a nyelvcsont, alapjával a koponyabázis felé nézve. Mediálisan a bukkofaringeális faszcia valamint a garatfűző izmok határolják. Egy hipotézis szerint a tonsillák felől a faszcián feltételezett gyengébb területen, illetve a felső garatfűző izmon lévő hiatuson terjed a gyulladás a parafaringeális térbe (5). A mi esetünkben a tonsilla alsó pólusának megfelelően terjedhetett a gyulladós folyamat, ugyanis a tonsilla eltávolításával itt nyílt meg a tályog. *Ohuri és mtsai* három olyan esetet közöltek, amikor egyszerre volt jelen parafaringeális és peritonsilláris tályog. Minden esetüknél, a mi esetünkhöz hasonlóan a tályog átterjedési pontját a tonsilla alsó részénél találták (6).

A peritonzilláris tályogok kezelésére napjainkban az alábbiak használatosak: sebészi kezelés (incízió, drenázs, aspiráció, abszcessz tonsillektómia) antibiotikus kezeléssel társítva, vagy anélkül, vagy csak antimikrobiális kezelés sebészi kezelés nélkül. A kezelések megválasztása nagyfokú földrajzi változatosságot mutat. Míg Dániában, Németországban az abszcessz tonsillektómia a preferált metódus, addig Brazíliában, Japánban, Dél-Koreában, Franciaországban, Kanadában az incízió és drenázs a gyakrabban választott sebészi terápia. Írországban, Svédországban, Norvégiában, az Egyesült Amerikai Államokban, Új-Zélandon az aspiráció önmagában valamint az incízió és drenázs a gyakori (1). *Wang és mtsai* egy 28837 esetet feldolgozó publikációja alapján 51%-ban csak aspirációt alkalmaztak, 8%-ban incízió és drenázs, míg 41%-ban csak antibiotikus kezelés történt (7). Esetünkben a peritonzilláris abszcesszus gyanúja miatt incízió és drenázs történt, amelynek során a tonsilla alsó pólusánál levő peritonzilláris tályogot nem sikerült drenálni. Végül abszcessz tonsillektómiát végeztünk, így a peritonzilláris tályog gyakorlatilag megszűnt, a parafaringeális konkomitens tályog pedig drenálódott. Az antibiotikum kiválasztása változatosságot mutat országonként és régióként. Európában a peritonzilláris tályogok kezelésénél gyakran használt antibiotikumok a penicillin vagy amoxicillin, klavulánsavval vagy anélkül, gyakran társítva metronidazollal (1). A többféle antibiotikus kezelés a kórokozó pontos ismeretének hiányát mutatja. A penicillinszármazékok

mellett adott más antibiotikumok tükrözik azt a gondolatmenetet, hogy az A-típusú streptococcus mellett egyéb kórokozó is jelen van. Esetünkben az amoxicillin +klavulánsav terápiát ciprofloxacinnal társítottuk a spektrum szélességének növelése miatt. Gyakran az antibiotikummal előkezelt betegek tályogtartalma kerül mikrobiológiai feldolgozásra, ezért nem sikerül kórokozót kitenyészteni, ahogy a mi esetünkben is történt.

A klasszikus tanítás szerint a parafaringeális tályogok esetében a külső feltárás az ajánlott, és az intraorális út ellenjavallt, mivel így nem vizualizálhatóak a fontos nyaki ér- és idegképletek. *Levitt és mtsai* a laterális parafaringeális tályogok megnyitására a külső nyaki feltárást ajánlják (3,8,9). *Badran és mtsai* több tényezőt vesznek figyelembe a tályognyitás módjának kiválasztásánál. A tályog elhelyezkedése: amennyiben a garatfalhoz van közelebb, a belső incíziót választják; ha a nagyerektől laterálisan helyezkedik el és a bőrfelszínhez van közelebb, úgy a külső feltárást javasolják. A beteg kora: gyermekeknél inkább belső, intraorális megközelítést javasolnak. Amennyiben peritonzilláris vagy retrofaringeális tályoggal társul, a transzorális utat javasolják. Esetünkben hasonlóan gondolkodtunk: mivel a tályog a garatfalat bedomborította és a nagyerektől mediálisan helyezkedett el, a transzorális feltárást választottuk. A tonsilla eltávolításával a parafaringeális tályog drénezése is megoldódott, ezért újabb incízióra nem volt szükség.

#### **Következtetés**

Peritonzilláris tályog gyanúja esetén, ha a hazai gyakorlatban elterjedt incízió és drenázs nem hozza meg a kívánt eredményt, mindig gondoljunk arra, hogy az alsó pólus mögött is lehet tályog, vagy hogy konkomitens parafaringeális tályog okozhatja a panaszokat. Az abszcessz tonsillektómia jó megoldás lehet konzervatív terápiára nem kellően reagáló esetekben is. Nyaki kontrasztanyag CT segíthet a tályog lokalizációjában és a tályog nagyerekhez való viszonyának tisztázásában.

1. Klug TE, Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess, *Dan Med J* 2017;64(3):B5333
2. Klug TE, Fischer AS, Antonsen C, Rusan M, Eskildsen H, Ovesen T. Parapharyngeal abscess is frequently associated with concomitant peritonsillar abscess. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014;271:1701–7.
3. Cable BB, Brenner P, Bauman NM, Mair EA (2004) Imageguided surgical drainage of medial parapharyngeal abscesses in children: a novel adjuvant to a difficult approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 113:115–120
4. Badran AE P. D. Karkos AE M. Acharya AE A. DaudTranstonsillar drainage of parapharyngeal abscess *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2006) 263: 49–52 DOI 10.1007/s00405-005-0955-9
5. Maran GD, Mackenzie IJ, Murray JAM (1984) The parapharyngeal space. *J Laryngol Otol* 98:371–380
6. Ohori J, et al. The usefulness of abscess tonsillectomy followed by intraoral drainage for parapharyngeal abscess concomitant with peritonsillar abscess in the elderly. *Auris Nasus Larynx* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.anl.2019.06.003>
7. Wang YP, Wang MC, Lin HC, Chou P. The impact of prior tonsillitis and treatment modality on the recurrence of peritonsillar abscess: a nationwide cohort study. *PLoS One* 2014; 9:e109887.
8. Levitt GW (1971) The surgical treatment of deep neck infections. *Laryngoscope* 81:403–411
9. Johnson JT (1997) Deep neck abscesses. In: Myers EN (eds), *Operative otolaryngology head and neck surgery*. WB Saunders, Philadelphia, pp 667–675