

Bölüm 2

PERİTONSİLLER SELÜLİT VE APSE

Berfin ÇİRKİN DORUK¹

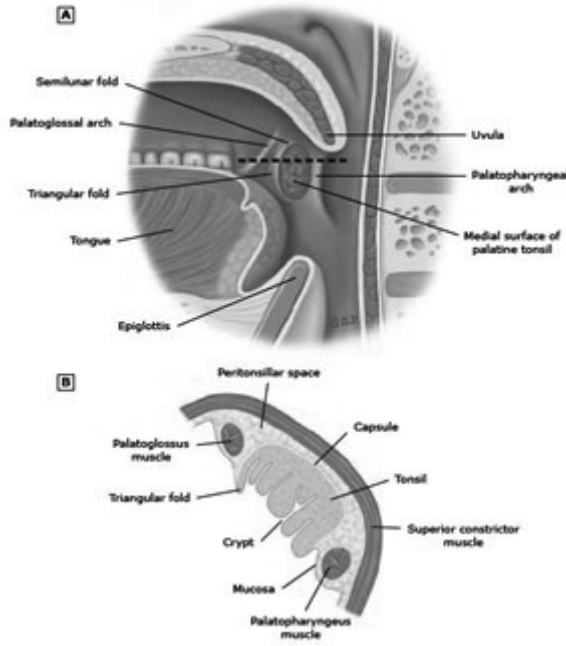
Peritonsiller bölgenin enfeksiyonunu tanımlamak için iki terim kullanılır:

- Peritonsiller selülit- Peritonsiller selülit, palatin bademcik kapsülü ile enfeksiyonun neden olduğu faringeal kaslar arasındaki dokunun enflamatuar bir reaksiyonudur, ancak ayrı bir irin toplanması ile ilişkili değildir. Selülit için alternatif bir terim flegmondur.
- Peritonsiller apse - Peritonsiller apse, palatin bademcik kapsülü ile faringeal kaslar arasında yer alan bir irin topluluğudur. Peritonsiller apse (PTA) en sık görülen derin boyun enfeksiyonudur (1,2).

ANATOMİ VE PATOGENEZ

Peritonsiller boşluk, bademciği örten gevşek areolar dokudan oluşur ve superior faringeal konstriktör kas ve anterior ve posterior tonsiller sütunlarla çevrilidir. Palatine bademcikler, palatoglossal ve palatofaringeal kemerler arasında bulunur Kan damarları ve sinirler için bir yol sağlayan bir kapsül ile çevrilidirler. Bademcikler, üstte yumuşak damak olmak üzere birleşen palatoglossal kemer ile palatofaringeal kemer (ön ve arka bademcik sütunları) arasındaki faringeal duvarda yanal olarak konumlandırılmıştır (3). Şekil A ve B'de gösterilmiştir.

¹ Uzm. Dr. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği



Şekil A, orofarenks boyunca sagittal bir kesiti göstermektedir. Şekil B, medialden (palatoglossus kası) laterale (palatopharyngeus kası) bademcik bölgesi boyunca enine bir kesiti göstermektedir. (3)

Peritonsiller apse (PTA) genellikle tonsilin üst kutbunda meydana gelir ve tonsil kapsülü, superior konstriktör ve palatofaringeus kası arasında tanımlanmış bir cerahat toplanmasıyla kendini gösterir. PTA ayrıca tonsilin orta noktasında veya alt kutbunda da oluşabilir veya peritonsiller boşlukta çoklu lokülasyonlarla dağılmış olabilir.

Peritonsiller apse, geleneksel olarak akut eksüdatif bademcik iltihabı olarak başlayan, selülit ilerleyen ve sonunda bir apse oluşturan bir sürekliliğin son noktası olarak kabul edilmiştir. Yakın tarihli bir inceleme, Weber bezlerinin peritonsiller apselerin oluşumunda kilit bir rol oynadığını ima ediyor (4,5). 20-25 adet müköz tükürük bezinden oluşan bu grup, yumuşak damakta bademciğin hemen üstündeki boşlukta bulunur ve bir kanalla bademcik yüzeyine bağlanır. Bezler bademcik bölgesini enkazdan temizler ve bademcik kriptlerinde sıkışan yiyecek parçacıklarının sindirimine yardımcı olur. Weber 'in bezleri iltihaplanırsa lokal selülit gelişebilir (5). Sigara içmek bir risk faktörü gibi görünmektedir.

Peritonsiller enfeksiyon, üst hava yolunu etkileyebilir veya masseter ve pterygoid kaslar ve karotis kılıfı dahil olmak üzere çevredeki yapılara yayılabilir.

EPİDEMİYOLOJİ

Tonsillit ve farenjit tedavisinde antibiyotiklerin yaygın olarak kullanılmasına rağmen peritonsiller apse, genç erişkinlerde baş ve boynun en sık görülen derin enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilir, ancak en yüksek insidans 20 ila 40 yaş arası yetişkinlerde görülür (6).

Peritonsiller apse en sık Kasım-Aralık ve Nisan-Mayıs aylarında ortaya çıkar ve bu, streptokoksik farenjit ve eksüdatif bademcik iltihabının en yüksek insidans oranlarına denk gelir. Peritonsiller apselere hemen hemen her zaman ilk olarak aile hekimi tarafından rastlanır ve uygun eğitim ve deneyime sahip olanlar çoğu hastayı teşhis edip tedavi edebilir. Potansiyel ciddi komplikasyonlardan kaçınmak için tedavinin derhal tanınması ve başlatılması önemlidir (7).

MİKROBİYOLOJİ

Peritonsiller apselere genellikle polimikrobiyaldir. Baskın bakteri türleri Streptococcus pyogenes (A grubu streptokok [GAS]), Streptococcus anginosus, Staphylococcus aureus (metisiline dirençli S. aureus [MRSA] dahil) ve solunum anaeroblarıdır (Fusobacteria, Prevotella ve Veillonella türleri dahil). Haemophilus türleri nadiren bulunur (Tablo 1).

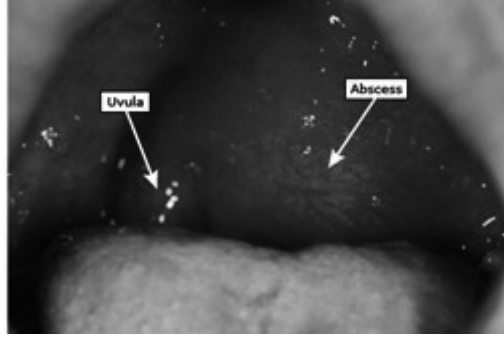
Tablo 1. Peritonsiller Apse ile İlişkili Yaygın Organizmalar(8)

Aerobik bakteri	Anaerobik bakteri
Grup A streptokok	fusobakteri
<i>Stafilokok aureus</i>	Peptostreptokok
<i>Haemophilus influenza</i>	Pigmentli Prevotella

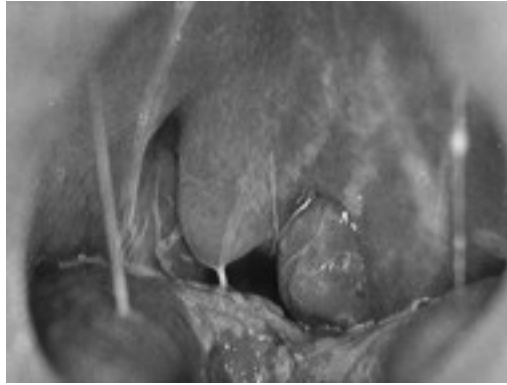
KLİNİK BULGULAR

Peritonsiller apsenin (PTA) tipik klinik sunumu, şiddetli bir boğaz ağrısı (genellikle tek taraflı), ateş ve boğuk bir sestir. Tükürük birikmesi veya salya akması mevcut olabilir. İnternal pterygoid kasın tahrişi ve refleks spazmı ile ilgili trismus, hastaların yaklaşık üçte ikisinde görülür; PTA'yı şiddetli farenjit veya bademcik iltihabından ayırmaya yardımcı olur. Hastalarda sıklıkla boyunda şişlik ve ağrı olur ve ipsilateral kulak ağrısı olabilir. Rahatsızlığın bir sonucu olarak yorgunluk, sinirlilik ve ağızdan alımda azalma meydana gelebilir.(1,9)

PTA ile uyumlu muayene bulguları, küçük dilin karşı tarafa deviye olduğu aşırı derecede şiş ve/veya dalgalı bir bademcik içerir (Resim C). Alternatif olarak, bademcik yakınında posterior yumuşak damakta aşikâr bir dalgalanma ile dolgunluk veya şişkinlik olabilir (Resim D). Peritonsiller selülit olan çocuklarda bulgular eritematöz farinks ve eksüdalı büyümüş bademcikleri içerebilir; küçük dil deviasyonu ve trismus genellikle yoktur. PTA veya selülit olan çocuklarda servikal ve submandibular lenfadenopati bulunabilir.(9,10)



Şekil C. Acil serviste muayene edilen bir hastanın farinksinde tek taraflı büyük bir apse görülmektedir. Ön sütunda ve yumuşak damakta belirgin şişlik mevcuttur. (9,10)



Şekil D. Solda yumuşak damaktaki şişkinliğe ve artan bademcik hipertrofisine dikkat edin. (9,10)

TANI

Peritonsiller apse tanısı genellikle ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene temelinde yapılır. Ayırıcı tanı enfeksiyöz mononükleoz, lenfoma, peritonsiller selülit ve retromolar veya retrofarengeal apseyi içerir. Hastalar sıklıkla apse oluşumuna

ilerleme potansiyeli olan peritonsiller selülit ile başvururlar. Peritonsiller selülitte bademcik ile kapsülü arasındaki bölge ödemli ve eritematözdür ancak irin henüz oluşmamıştır (6).

PTA tanısı koymak için laboratuvar değerlendirmesi gerekli **değildir**, ancak hastalık düzeyini ölçmeye ve doğrudan tedaviye yardımcı olabilir. Bu nedenle, peritonsiller enfeksiyonu olan bir çocuğun laboratuvar değerlendirmesi şunları içerebilir:

- Tam kan sayımı: Beyaz kan hücresi sayısı (WBC), spesifik olmayan bir bulgu olmasına rağmen, genellikle polimorfonükleer (PMN) lökositlerin baskınlığı ile yükselir.
- Hastanın oral alımı azaltılmışsa serum elektrolitleri.
- A grubu streptokoklar için rutin bir mikrobiyolojik test (kültür veya hızlı antijen tespiti).
- Apse sıvısının gram boyama, kültür (aerobik ve anaerobik) ve duyarlılık testi (11)

Peritonsiller apse tanısının söz konusu olduğu durumlarda, iğne aspirasyonunda veya radyolojik testlerde pü bulunması tanıyı doğrulamaya yardımcı olabilir. Transkutanöz veya intraoral ultrasonografi de apsenin saptanmasında ve peritonsiller apsenin peritonsiller selülitten ayırt edilmesinde yardımcı olabilir. (Enfeksiyonun peritonsiller boşluğun ötesine yayılmasından veya lateral boyun boşluğunu içeren komplikasyonlardan şüpheleniliyorsa, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) endikedir. BT, peritonsiller selülit ile peritonsiller apseyi ayırt edebilir ve enfeksiyonun derin boyun bölgesindeki herhangi bir bitişik alana yayılmasını gösterebilir. (Şekil E). MRG, radyasyona maruz kalmadan BT'ye göre gelişmiş yumuşak doku tanımı avantajına sahiptir. Ek olarak, MRG, internal juguler ven trombozu veya apsenin karotis kılıfına erozyonu gibi derin boyun enfeksiyonlarından kaynaklanan komplikasyonları saptamada BT'den üstündür. Şekil E'de BT'deki abse görünümü gösterilmiştir (11).



Şekil E. Sağ peritonsiller apsenin bilgisayarlı tomografisi (11).

TEDAVİ

Apse drenajı, antibiyotikler ve hidrasyonu ve ağrı kontrolünü sürdürmek için destekleyici tedavi, peritonsiller apse tedavisinin temelidir. Peritonsiller selülit, peritonsiller apse gelişiminde bir geçiş aşamasını temsil ettiğinden, tedavisi cerrahi drenaj ihtiyacı dışında peritonsiller apseninkine benzer.

Peritonsiller apsenin drenajı için ana prosedürler iğne aspirasyonu, insizyon ve drenaj ve acil tonsillektomidir. Antibiyotik tedavisi ile bu yöntemlerden herhangi birinin kullanıldığı drenaj, vakaların yüzde 90'ından fazlasında peritonsiller apsenin çözülmesine neden olacaktır (4). Peritonsiller apsenin akut cerrahi tedavisi, zaman içinde rutin acil tonsillektomiden artan insizyon ve drenaj veya iğne aspirasyon kullanımına doğru evrilmiştir. Acil apse tonsillektomisinin iğne aspirasyonundan veya insizyon ve drenajdan daha etkili olduğu kanıtlanmamıştır ve daha az maliyetli olduğu düşünülmektedir. İğne aspirasyonunu insizyon ve drenaj ile karşılaştıran birkaç çalışma, sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmamıştır (12,13).

Peritonsiller enfeksiyonu olan tüm hastalarda antibiyotik tedavisi endikedir. Ağrısı daha az olan ve kendi kendine sıvı alma yeteneği olan bazı koopere hastalarda, tek başına antimikrobiyal tedavi peritonsiller boşluğun gerçek bir apsesini tedavi etmek için yeterli olabilir. Buna göre, hava yolu sıkıntısı, sepsisemi, şiddetli

trismus veya diğer komplikasyonlara dair hiçbir kanıt göstermeyen peritonsiller selülit olduğu varsayılan hastalarda uygun parenteral antimikrobiyallerin ilk 24 saatte denenebilir. Bir antibiyotik denemesine yanıt verme olasılığı en yüksek olan hastalar, olası selülitli olanlardır (10,14).

Peritonsiller apseler polimikrobiyal enfeksiyonlar olmasına rağmen, birkaç çalışma, apsenin yeterince drene edilmesi koşuluyla, tek başına intravenöz penisilin daha geniş spektrumlu antibiyotikler kadar klinik olarak etkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalarda, 24 saatlik antibiyotik tedavisinden sonra yetersiz klinik yanıt, geniş spektrumlu antibiyotik kullanma kararında önemli bir rol oynamıştır. Diğer birkaç çalışma, kültür sonuçlarının yüzde 50'sinden fazlasının betalaktamaz üreten anaerobların varlığını gösterdiğini ve bunun da birçok hekimin birinci basamak tedavi olarak daha geniş spektrumlu antibiyotikler kullanmasına yol açtığını bildirmiştir. Tablo 2'de önerilen antimikrobiyal rejimleri göstermektedir (15,16).

Tablo 2. Peritonsiller Apse İçin Antimikrobiyal Rejimler(16)

Damar içi tedavi

Ampisilin/sulbaktam 3 g altı saatte bir

Penisilin G 10 milyon ünite her altı saatte bir artı metronidazol 500 mg her altı saatte bir

Penisilin alerjisi varsa, her sekiz saatte bir klindamisin 900 mg

Oral tedavi

Amoksisilin/klavulanik asit (Augmentin) 875 mg günde iki kez

Penisilin VK 500 mg günde dört kez artı metronidazol 500 mg günde dört kez

Klindamisin 600 mg günde iki kez veya 300 mg günde dört kez

KOMPLİKASYONLAR

Peritonsiller enfeksiyonun erken teşhisi ve hızlı, uygun yönetimi komplikasyonlardan kaçınmak için kritik öneme sahiptir. Peritonsiller apse (PTA) komplikasyonları nadiren görülür, ancak potansiyel olarak ölümcüldür. Enfeksiyon peritonsiller boşluktan diğer derin boyun boşluklarına, bitişik yapılara ve kan dolaşımına yayılabilir.

PTA komplikasyonları şunları içerebilir: (3,17)

Hava yolu obstrüksiyonu

- Apse hava yoluna girerse aspirasyon pnömonisi
- Septisemi
- İnternal juguler ven trombozu
- Juguler ven süpüratif tromboflebit (Lemierre sendromu)
- Karotis arter rüptürü
- Karotid arterin psödoanevrizması (kulaktan tekrarlayan kanama, burun veya boğaz, uzamış seyir, taşikardi, anemi veya 10. veya 12. kraniyal sinir felçleri)
- Mediastinit
- Nekrotizan fasiit
- A grubu streptokok enfeksiyonunun sekelleri (o organizma izole edildiğinde)

PROGNOZ

Erken ve uygun tedavi ile peritonsillar enfeksiyonların çoğu sekel bırakmadan düzeldir. Nüksün yüzde 10 ila 15 oranında meydana geldiği tahmin edilmektedir. Apse gelişmeden önce tekrarlayan bademcik iltihabı öyküsü olan hastalarda tekrarlama riski artar (yüzde 40'a karşı yüzde 9.6) (10).

KAYNAKLAR

1. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, Casselbrant ML, González-Valdepeña H, Bluestone . Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995 Mar;112(3):375-82. doi: 10.1016/S0194-59989570270-9. PMID: 7870436.
2. Schraff S, McGinn JD, Derkay CS. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001 Mar;57(3):213-8. doi: 10.1016/s0165-5876(00)00447-x. PMID: 11223453.
3. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician.* 2008 Jan 15;77(2):199-202. PMID: 18246890.
4. Herzon FS, Martin AD. Medical and surgical treatment of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. *Curr Infect Dis Rep.* 2006;8(3):196-202
5. Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess. *Laryngoscope.* 1994;104(2):185-190.
6. Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment [Published correction appears in *Am Fam Physician.* 2002;66(1):30]. *Am Fam Physician.* 2002;65(1):93-96.
7. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH for the Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2002;35(2):113-125.
8. Brook I. Peritonsillar, retrofaringeal ve parafaringeal apselerin mikrobiyolojisi ve yönetimi. *J Oral Çene Cerrahisi* 2004;62(12):1545-1550
9. Szuhay G, Tewfik TL. Peritonsillar abscess or cellulitis? A clinical comparative paediatric study. *J Otolaryngol.* 1998 Aug;27(4):206-12. PMID: 9711515.
10. Goldstein NA, Hammerschlag MR. Peritonsillar, retrofaringeal ve parafaringeal apseler. İçinde: *Pediyatrik Enfeksiyon Hastalıkları Ders Kitabı*, 8. baskı, Cherry JD, Demmler-Harrison

Güncel Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çalışmaları II

- GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (Eds), Elsevier, Philadelphia, PA 2019. s.119.
Tebruegge M, Curtis N. Infections of the upper and middle airways. In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 5th ed, Long SS, Prober CG, Fischer M (Eds), Elsevier, New York, NY 2018. p.2
11. Johnson RE, Stewart MG, Wright CG. Peritonsiller apse tedavisinin kanıta dayalı bir derlemesi. *Otolaringol Baş Boyun Cerrahisi Dr.* 2003;128(3):332-343.
 12. Herzon FS, Harris P, Mosher Ödülü tezi. Peritonsiller apse: insidans, mevcut yönetim uygulamaları ve tedavi kılavuzları için bir öneri. *Laringoskop.* 1995;105(8 pt 3 ek 74):1-17.
 13. Battaglia A, Burchette R, Hussman J, Silver MA, Martin P, Bernstein P. Comparison of Medical Therapy Alone to Medical Therapy with Surgical Treatment of Peritonsillar Abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Feb;158(2):280-286. doi: 10.1177/0194599817739277. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29110574.
 14. Kieff DA, Bhattacharyya N, Siegel NS, Salman SD. Peritonsiller apselerin insizyonu ve drenajından sonra antibiyotik seçimi. *Otolaringol Baş Boyun Cerrahisi Dr.* 1999;120(1):57-61.
 15. Fairbanks DN, ed. Kulak Burun Boğaz - Baş ve Boyun Cerrahisinde Antimikrobiyal Tedavi İçin Cep Rehberi. 12. baskı Alexandria, Va.: Amerikan Kulak Burun Boğaz Akademisi—Baş ve Boyun Cerrahisi Vakfı, Inc. 2005: 40, 86–90.
 16. Goldenberg D, Golz A, Joachims HZ. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol.* 1997 Jun;111(6):546-50. doi: 10.1017/s0022215100137879. PMID: 9231089.