

# Peritonsillaarsed abstsessid TÜ Kliinikumi kõrva- kliinikus aastatel 1999–2005

Indrek Aus<sup>1</sup>, Kristi Abram<sup>2</sup>, Mart Kull<sup>1</sup> - <sup>1</sup>TÜ kõrvakliinik, <sup>2</sup>TÜ nahahaiguste kliinik

peritonsillaarne abstsess, haigestumus, sesoonsus

**Peritonsillaarne abstsess (PTA) on kõige tavalisem infektsioon kaelapiirkonna sügavates kudedes, mis võib viia raskete ning isegi surmaga lõppevate tüsistusteni. PTA ravimeetoditena on kasutusel nõelaspirtsioon, intsisioon koos drenaaziga või kohene abstsess-tonsillektoomia. Töö eesmärgiks oli analüüsida PTA-haigete soolist ja vanuselist jaotuvust TÜ Kliinikumi kõrvakliinikus, haigestumust kuude ja aastate kaupa ning võrrelda tulemusi varem avaldatud andmetega.**

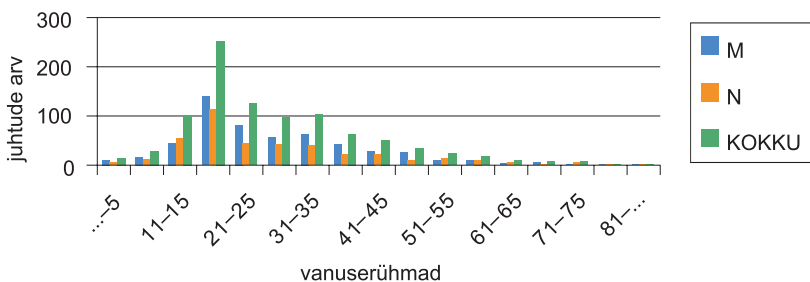
Peritonsillaarset abstsessi (PTA, ka mandliümbruse-mädanik) peetakse kõige tavalisemaks infektsiooniks kaelapiirkonna sügavamates piirkondades (1), mille esmashaigestumus arenenud riikides on 30 juhtu 100 000 inimese kohta (2). PTA tekib enamasti ägeda tonsilliidi tüsistusena (1), kuigi on kirjeldatud ka PTA kujunemist kolmanda molaari ekstraktsiooni järel (3). PTA kliinilisteks tunnusteks on tugev kurguvalu, trism (lõuakrampsulgus ehk suuavamistakistus), düsfaagia, palavik, striidor ja süljevoolus (1).

PTA võib põhjustada harva esinevaid, kuid raskeid ning isegi surmaga lõppevaid tüsistusi, nagu näiteks peri-, para- ja retrofarüngeaalne abstsess (4–6), müonekroos (6) ja nekrotiseeriv fastsiit kaelapiirkonnas (7), *glandula parotis*'e abstsess (4) ning destsendeeruv nekrotiseeruv mediastiniit (8–10). Samas võib PTA varjutada ka pahaloomulise kasvaja, näiteks lümfoleukeemia või lamerakulise vähi tunnuseid (1, 11).

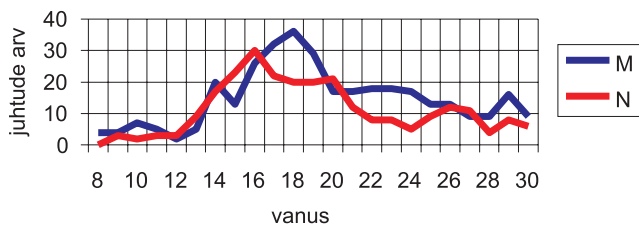
Peritonsillaarse abstsessi ravimeetoditena kasutatakse nõelaspirtsiooni, intsisiooni koos drenaaziga või kohest abstsess-tonsillektoomiat (12, 13). Mitmed autorid peavad ohutuks ja arukaks valikuks kohest abstsess-tonsillektoomiat (1, 14), kuigi on ka vastupidiseid arvamusi, mille alusel tuleks eelistada nõelaspirtsiooni või intsisiooni koos drenaaziga (2). TÜ Kliinikumi kõrvakliinikus kasutatakse alates 2000. aastast valikmeetodina PTA korral kohest abstsess-tonsillektoomiat.

PTA kõige sagedasemaks ravitüsistuseks on postoperatiivne hemorraagia (0,1–8%) (1), kuid on kirjeldatud ka sisemise unearteri pseudoaneurüsmi tekke juhtumit (15).

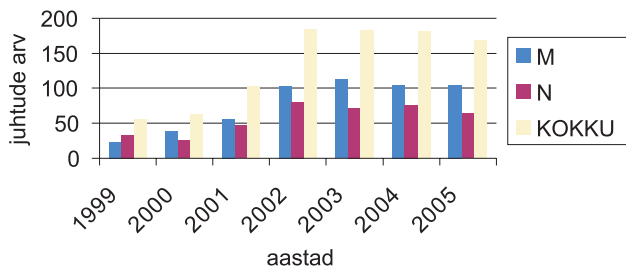
Uuringu **eesmärgiks** oli analüüsida PTA-haigete soolist ja vanuselist jaotuvust, haigestumust kuude ning aastate kaupa ning võrrelda tulemusi varem publitseeritud andmetega.



Joonis 1. Haigusjuhtude sooline ja vanuseline jaotus.



Joonis 2. Tippihaigestumise soolised erinevused.



Joonis 3. Haigestumus aastatel 1999–2005.

### Uurimismaterjal ja -meetodid

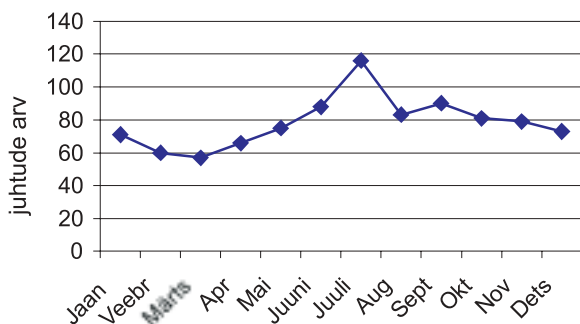
Retrospektiivses uuringus analüüsiti peritonsillaarse abstsessi (RHK-10 kood J 36.0) tõttu aastatel 1999–2005 TÜK kõrvakliinikus ravil viibinud patsientide haiguslugusid. Lähtuvalt uuringu eesmärgist rühmitati patsiendid soo ja vanuse järgi, haigestumise sagedust vaadeldi kuude kaupa ning kogu perioodi vältel.

### Tulemused

Ajavahemikul 1. jaanuarist 1999 kuni 31. detsembrini 2005 raviti TÜK kõrvakliinikus PTA tõttu

kokku 939 haiget. Patsientide hulgas oli 399 naist (42,5%) ja 540 meest (57,5%) vanuses 2–81 aastat (keskmine vanus 27,2 a, mediaan 23 a). Kõige rohkem haigestunuid oli vanuserühmas 16–20, mis moodustab kõigist haigestunutest 26,9% (vt jn 1). Tippihaigestumine esines naistel vanuses 16 aastat ja meestel vanuses 18 aastat (vt jn 2).

Aastatel 1999–2000 oli haigusjuhtude arv suhteliselt madalal tasemel (keskmine 60 juhtu aastas), kasvades kahe aasta jooksul hüppeliselt ligikaudu kolm korda, jäädes aastatel 2002–2005 püsima stabiilsel tasemel, keskmiselt 179 juhtu



Joonis 4. Haigestumuse sesoonsus.

aastas (vt jn 3). Suurim haigestumine esines juulis (kokku 116 juhtu), olles 2 korda suurem võrreldes märtsiga, mil haigusjuhtude arv oli väiksem (kokku 57 juhtu) (vt jn 4).

### Arutelu

Meie uuringu tulemused on küllalt sarnased varem avaldatud andmetega. Aastatel 1999–2005 TÜK kõrvakliinikus PTAGA ravil viibinud patsientide vanus oli 2–81 aastat. Ka mujal tehtud uuringutes varieerus patsientide vanus 18 kuust kuni 93 aastani (1, 2, 14). Siiski oli meie uuritud haigete keskmine vanus 27,2 aastat (mediaan 23 a), mis on mõnevõrra noorem võrreldes varem publitseeritud uuringutega, kus patsientide keskmine vanus oli 32–35 aastat (1, 2, 14), mediaan 30 (1). Tähelepanu väärib asjaolu, et suurim haigestumine esines naistel vanuses 16 aastat ning meestel vanuses 18 aastat ning oli suhteliselt harv enne 12 ja pärast 40 eluaastat. Ka Dünne kaasautoritega vihjab oma uuringus, et ainult 4% haigetest olid nooremad kui 12 aastat, meil vastavalt 5,5% ehk 52 last (vanuses 2–11 a) 939 uuritavast. See viib mõtted teooriale, et PTA etiopatogeneesi mõjutava tegurina võib kõne alla tulla ka suguhormoonide produktsiooni kasv seoses puberteedieaga. Lihtsa paralleeli võib tuua *acne vulgaris*'ega, mille puhul on veenvalt tõestatud androgeenide mõju haiguse etiopatogeneesis (16). Nii nagu PTA puhul, esineb ka aknet harva alla 12aastastel (17) ning üle 30aastastel patsientidel (18). Samuti algab tüdrukutel akne mõni aasta varem võrreldes poistega ning haiguse suurim levimus esineb 16–18aastaste noorukite hulgas (17).

Huvi äratav ka fakt, et PTA haigusjuhtude arv on aastatel 2002–2005 võrreldes 1999.–2000. aastaga kolmekordistunud (vt jn 3). Varem peritonsillaarseid abstsesse uurinud dr Kivirüüdi

andmeil viibis ajavahemikul 1989–1997 peritonsillaarse abstsessi tõttu samas kliinikus ravil 315 patsienti, mis teeb keskmiselt 35 patsienti aastas (19). Seega oli PTA haigusjuhtude aasta keskmine hulk TÜK kõrvakliinikus väiksem ka meie uuringule eelnenud perioodil. Kas nimetatud näitaja põhjuseks on suurem haigestumus või hoopis arstiabi tsentraliseerimine kõrgema etapi raviasutusse seoses ravitaktika muutumisega, vajab edasist uurimist.

Samuti leidsime olulised sesoonsed erinevused haigestumises. Haigusjuhtude üldhulk juulis oli 2 korda suurem võrreldes märtsiga. Samas Schraff kaasautoritega, kes uuris PTAAd kuni 18aastastel patsientidel, ei leidnud mingit sesoonset eelistust (20). Siiski, kuna Tartu asub põhjapoolkera laiuskraadil 58° 22' ja Norfolk Virginia osariigis USAs laiuskraadil 36° 54', on ka kliimaatilised tingimused neis paigus oluliselt erinevad, mistõttu on kliimaatilise meditsiini kontseptsiooni vajalik edasi uurida ja arendada.

### Järeldused

Käesoleva uuringu tulemused näitavad järgmist:

- 1) peritonsillaarseid abstsesse esineb rohkem meestel;
  - 2) haigestumine peritonsillaarsesse abstsessi esineb suhteliselt noores eas, kõige rohkem haigestunuid oli vanuserühmas 16–20 eluaastat;
  - 3) tipphaigestumine toimub naistel vanuses 16 ja meestel vanuses 18 aastat;
  - 4) peritonsillaarsete abstsesside haigusjuhtude arv TÜK kõrvakliinikus on viimase 5 aasta jooksul olnud varasemaga võrreldes kolm korda suurem;
  - 5) haigestumisel peritonsillaarsesse abstsessi esineb sessoonse variatsioon, suurim haigestumus on juulis, väiksem märtsis.
- Nimetatud tulemuste põhjuste väljaselgitamine vajab edasisi uuringuid.

## Kirjandus

1. Windfuhr JP, Chen YS. Immediate abscess tonsillectomy – a safe procedure? *Auris Nasus Larynx* 2001;28(4):323–7.
2. Dünne AA, Granger O, Folz BJ, Sesterhenn A, Werner JA. Peritonsillar abscess – critical analysis of abscess tonsillectomy. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2003;28(5):420–4.
3. Abu el Naaj I, Krausz A, Ardekian L, Peled M. Parapharyngeal and peritonsillar infection following mandibular third molar extraction. *Refuat Hapeh Vehashinayim* 2001;18(3–4):35–9, 109–10. In Hebrew.
4. Barroso Braojos G, Raboso Garcia-Baquero E, Martinez Sanmillan J, Martinez Vidal A. Peritonsillar abscess with parotid and peripharyngeal extension. Report of a case. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000;51(8):737–9. In Spanish.
5. Alaani A, Griffiths H, Minhas SS, Olliff J, Lee AB. Parapharyngeal abscess: diagnosis, complications and management in adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005;262(4):345–50.
6. Civen R, Vaisanen ML, Finegold SM. Peritonsillar abscess, retropharyngeal abscess, mediastinitis, and nonclostridial anaerobic myonecrosis: a case report. *Clin Infect Dis* 1993;16(4):299–303.
7. Goldenberg D, Golz A, Netzer A, Flax-Goldenberg R, Joachims HZ. Synergistic necrotizing cellulitis as a complication of peritonsillar abscess. *Am J Otolaryngol* 2001;22(6):415–9.
8. Lautermann J, Lehnerdt G, Beiderlinden M, Sudhoff H. Infections of the deep neck spaces with accompanying mediastinitis. *Laryngorhinootologie* 2005;84(3):171–5. In German.
9. Endo S, Murayama F, Hasegawa T, Yamamoto S, Yamaguchi T, Sahara Y, et al. Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 1999;47(1):14–9.
10. Losanoff JE, Missavage AE. Neglected peritonsillar abscess resulting in necrotizing soft tissue infection of the neck and chest wall. *Int J Clin Pract* 2005;59(12):1476–8.
11. Windfuhr J. Malignant neoplasia at different ages presenting as peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126(2):197–8.
12. Herzon FS, Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope* 1995;105(74):1–17.
13. Mehanna HM, Al-Bahnasawi L, White A. National audit of the management of peritonsillar abscess. *Postgrad Med J* 2002;78:545–7.
14. Suzuki M, Ueyama T, Mogi G. Immediate tonsillectomy for peritonsillar abscess. *Auris Nasus Larynx* 1999;26(3):299–304.
15. Conrad R, Krokenberger M, Hufen V, Harder T. Pseudoaneurysm of the internal carotid artery following a peritonsillar abscess. *Aktuelle Radiol* 1994;4(2):109–11. In German.
16. Thiboutot D. Acne: hormonal concepts and therapy. *Clin Dermatol* 2004;22:419–28.
17. Kilkeny M, Merlin K, Plunkett A, Marks R. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 3. acne vulgaris. *Br J Dermatol* 1998;139(5):840–5.
18. McEvoy B, Nydegger R, Williams G. Factors related to patient compliance in the treatment of acne vulgaris. *Int J Dermatol* 2003;42(4):274–80.
19. Kivirüüt E, Kull M. Peritonsillaarseste abstsesside esinemissagedus, tekitajad ja ravi meetodid Tartu Ülikooli kõrvakliinikus aastail 1987–1997. *Eesti Arst* 1999;78(4):296–8.
20. Schraff S, McGinn JD, Derkay CS. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;57:213–8.

## Summary

### Peritonsillar abscesses in Department of Otorhinolaryngology of Tartu University Hospital 1999–2005

**Background.** Peritonsillar abscess (PTA) is the most common deep neck infection with even possible fatal complications.

**Aim.** To investigate the epidemiological data of PTA, 939 cases of PTA from 1999–2005 were examined retrospectively in the Clinic of Otorhinolaryngology of Tartu University Hospital.

**Results.** 540 male (57.5%) and 399 female (42.5%) patients with an average age of 27.2 years (range 2–81 years; median 23 years) were included in this study. The peak incidence of the disease was

observed in the age group 16 to 20 years (16 years in female and 18 in male patients). The study revealed strong seasonal variation with the highest incidence in July (116 cases) and the lowest in March (57 cases). There was also a significant increase in the incidence of PTA during the study period.

**Conclusions.** PTA is most prevalent in the age group 16–18 years, and is characterised by slight male predilection and strong seasonal variations.

indrek.aus@kliinikum.ee