

Αποστήματα του φάρυγγα στα παιδιά

ΕΜΜ. ΚΟΥΔΟΥΜΝΑΚΗΣ

Αν. Διευθυντής της Ω.Ρ.Λ. κλινικής του Νοσοκομείου Παιδών
«Η Αγία Σοφία»

Τα αποστήματα του φάρυγγα στα παιδιά παρατηρούνται σε ποσοστό περίπου 2% στο σύνολο των λοιμώξεων του φάρυγγα. Η συνηθέστερη εντόπιση είναι ο περιαμυγδαλικός χώρος, το πλάγιο τοίχωμα του φάρυγγα και σπανιότερα το οπίσθιο φάρυγγικό τοίχωμα. Η αντιμετώπιση των αποστημάτων είναι κυρίως χειρουργική και η προσπέλαση γίνεται ενδοστοματικά.

Μελετήσαμε 363 παιδιά με περιαμυγδαλικό απόστημα, 16 παιδιά με απόστημα του οπισθοφάρυγγικού χώρου και 11 παιδιά με απόστημα του γναθοφάρυγγικού χώρου που νοσηλεύθηκαν στην ΩΡΛ κλινική του Νοσοκομείου Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» κατά την τελευταία εξαετία. Καταγράφηκαν τρεις περιπτώσεις αμφοτερόπλευρου περιαμυγδαλικού αποστήματος ενώ σε 2 παιδιά διαπιστώθηκε ύπαρξη ξένου σώματος στην πάσχουσα αμυγδαλή. Αμυγδαλεκτομή συστήθηκε σε 214 παιδιά λόγω του αποστήματος και του ιστορικού συχνών αμυγδαλίτιδων, ενώ από τα υπόλοιπα 149 εμφάνισαν υποτροπή του περιαμυγδαλικού αποστήματος τα 17 (11%). Σε 116 καλλιέργειες δεν αναπτύχθηκαν μικρόβια ενώ συχνότερα απομονώθηκαν *Streptococci group A*, *Staphylococci aerobic* και λιγότερο συχνά *Fusobacteria*, *Bacteroides* και *Peptostreptococci*.

Σε 13 παιδιά με οπισθοφάρυγγικό απόστημα και 9 με απόστημα του γναθοφάρυγγικού χώρου έγινε χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση. Στα οπισθοφάρυγγικά αποστήματα τα μικροβιολογικά ευρήματα δε διέφεραν ουσιαστικά από αυτά των περιαμυγδαλικών ενώ στα αποστήματα του γναθοφάρυγγικού χώρου συχνότερος μικροοργανισμός ήταν ο ανθεκτικός σταφυλόκοκκος.

Λέξεις κλειδιά: περιαμυγδαλικό απόστημα, γναθοφάρυγγικό απόστημα, οπισθοφάρυγγικό απόστημα, περιαμυγδαλικός χώρος, γναθοφάρυγγικός χώρος, οπισθοφάρυγγικός χώρος.

Εισαγωγή

Τα αποστήματα του φάρυγγα στα παιδιά παρατηρούνται σε ποσοστό περίπου 2% στο σύνολο των λοιμώξεων του φάρυγγα. Η συνηθέστερη εντόπιση είναι ο περιαμυγδαλικός χώρος, το πλάγιο τοίχωμα του φάρυγγα και σπανιότερα το οπίσθιο φάρυγγικό τοίχωμα. Η αιτία της συχνότερης εμφάνισης αποστημάτων στα παιδιά είναι οι συχνές λοιμώξεις στην περιοχή και το λεμφικό σύστημα που ευρίσκεται σε συνεχή διέγερση. Η αντιμετώπιση των αποστημάτων είναι κυρίως χειρουργική και η προσπέλαση γίνεται ενδοστοματικά.

Υλικό-μέθοδος

Μελετήσαμε 363 παιδιά με περιαμυγδαλικό απόστημα, 16 παιδιά με απόστημα του οπισθοφάρυγγικού χώρου και 11 παιδιά με απόστημα του γναθοφάρυγγικού χώρου που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας την τελευταία εξαετία. Αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά τα 324 περιαμυγδαλικά αποστήματα, τα 13 οπισθοφάρυγγικά και τα 9 του γναθοφάρυγγικού χώρου.

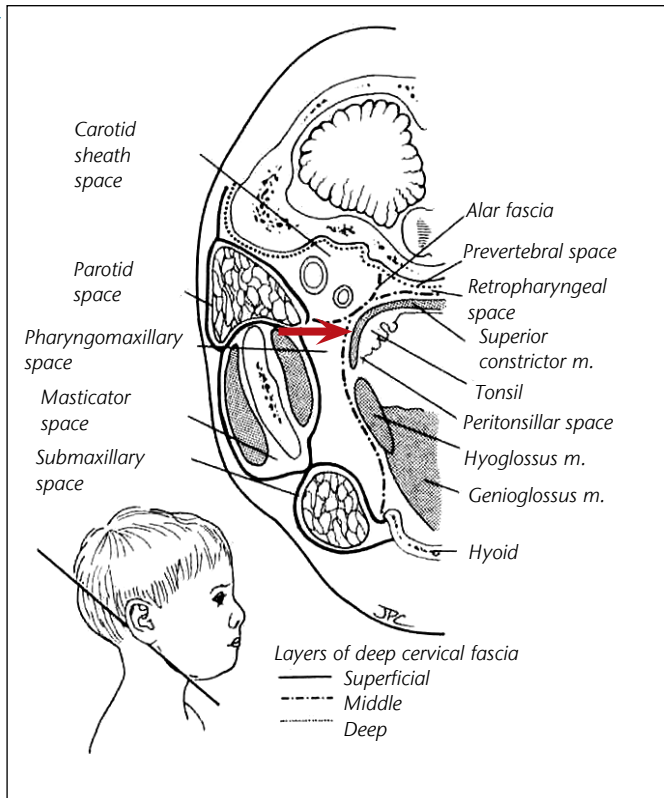
Αποτελέσματα

Την τελευταία βετία νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας 363 παιδιά με κλινική εικόνα περιαμυγδαλικού αποστήματος και είχαμε τα εξής ευρήματα:

- 14 παιδιά αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.
- 22 παιδιά υποβλήθηκαν σε διάνοιξη με γενική αναισθησία, αλλά δε βρέθηκε πύο.
- 324 παιδιά υποβλήθηκαν σε διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος με γενική αναισθησία.
- 6 παιδιά παρουσίασαν υποτροπή μέσα σε 1 μήνα και έγινε άμεσα αμυγδαλεκτομή.
- Σε 2 παιδιά διαπιστώσαμε την ύπαρξη ξένου σώματος στην πάσχουσα αμυγδαλή.
- Καταγράφηκαν 3 περιπτώσεις αμφοτερόπλευρου περιαμυγδαλικού αποστήματος.
- Το μικρότερο παιδί που καταγράφηκε ήταν ηλικίας 2 ετών.
- Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή.

Από τις καλλιέργειες του πύου που πάρθηκε μέσα από την αποστηματική κοιλότητα διαπιστώσαμε τα εξής:

- Χάθηκαν ή δε στάλθηκε παραπεμπτικό



Εικόνα 1. Περιαμυγδαλικός χώρος.

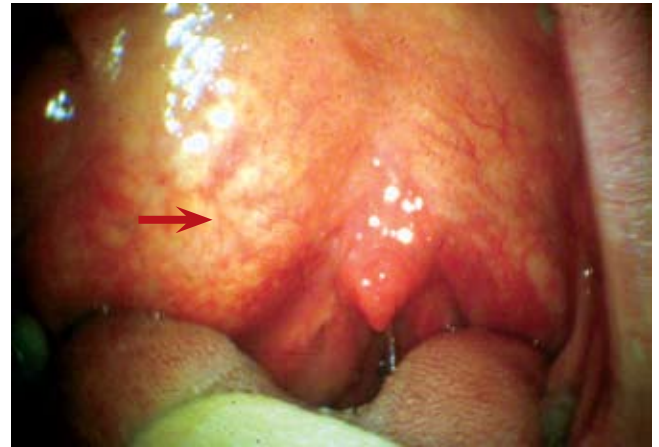
- Streptococci group A	124
- Staphylococci aerobic	34
- Fusobacteria	11
- Peptostreptococci	4
- Bacteroides	7
- Καμία ανάπτυξη	116

Μετεχειρητικά χορηγήσαμε ενδοφλεβίως ampicilline 100mg/kg ημερησίως σε 3-4 δόσεις και παρατηρήσαμε 6 μόνο υποτροπές σε διάστημα 10-20 ημερών.

Από τα 363 παιδιά της μελέτης μας, συστήσαμε αμυγδαλεκτομή στα 214, λόγω του αποστήματος και των συχνών αμυγδαλίτιδων. Από τα υπόλοιπα 149 στα οποία δεν έγινε αμυγδαλεκτομή επειδή δεν παρουσίαζαν αμυγδαλίτιδες, εμφάνισαν ξανά περιαμυγδαλικό απόστημα τα 17 δηλαδή ποσοστό 11%.

Την τελευταία βετία διαγνώσθηκαν στην κλινική μας 16 περιπτώσεις οπισθοφαρυγγικών διογκώσεων φλεγμονώδους αιτιολογίας. Σε 3 περιπτώσεις όπου τα κλινικά και τα ακτινολογικά ευρήματα δε συνηγορούσαν για απόστημα, η αντιμετώπιση έγινε συντηρητικά, ενώ σε 13 περιπτώσεις έγινε διάνοιξη και παροχέτευση με μία περίπτωση υποτροπής και καμία επιπλοκή. Τα ευρήματά μας όσον αφορά στη μικροβιολογία, δε διέφεραν ουσιαστικά από αυτά των περιαμυγδαλικών αποστημάτων.

Την τελευταία βετία νοσηλεύθηκαν 11 παιδιά με κλινική εικόνα και ευρήματα αποστήματος του γναθοφαρυγγικού χώρου. Αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά 2 παιδιά που δεν



Εικόνα 2. Μετατόπιση της αμυγδαλής και της σταφυλής προς τη μέση γραμμή και οίδημα της πρόσθιας καμάρας σε περιαμυγδαλικό απόστημα.

είχαν ακτινολογική εικόνα παθογνωμονική και η ψηλάφηση της προβολής έδινε την εντύπωση φλέγμονα. Τα υπόλοιπα 9 παιδιά υπεβλήθησαν με γενική αναισθησία σε διάνοιξη. Σε 7 περιπτώσεις είχαμε έξοδο πύου, ενώ σε 2 περιπτώσεις δεν είχαμε ευρήματα. Σε 6 περιπτώσεις δεν απομονώθηκε υπεύθυνο μικρόβιο, ενώ σε 4 απομονώθηκε σταφυλόκοκκος ανθεκτικός και σε μια περίπτωση είχαμε πνευμονιόκοκκο. Εξωτερική προσπέλαση δεν έγινε σε καμία περίπτωση όπως και ποτέ στο παρελθόν.

Συζήτηση

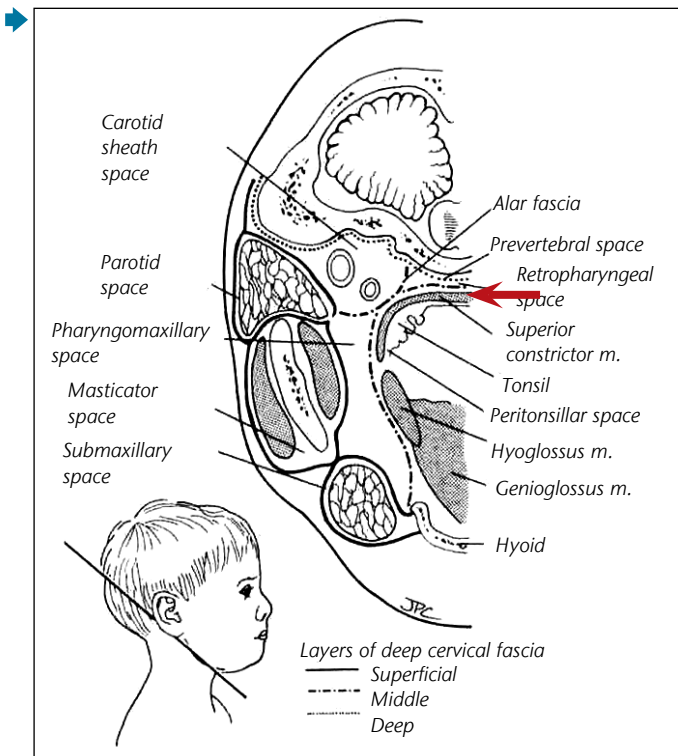
Για λόγους καθαρά διδακτικούς χωρίσαμε το υλικό της κλινικής μας σε περιαμυγδαλικά αποστήματα, σε αποστήματα του οπίσθιου τοιχώματος του φάρυγγα και σε αποστήματα του γναθοφαρυγγικού χώρου.

Περιαμυγδαλικά αποστήματα

Τα ανωτέρω αποστήματα δημιουργούνται κατά κανόνα στον περιαμυγδαλικό χώρο (εικόνα 1).

Το έσω τοίχωμα του περιαμυγδαλικού χώρου αποτελείται από την ινώδη κάψα της φαρυγγικής αμυγδαλής, το έξω από τον άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα, ενώ το πρόσθιο και το οπίσθιο από την πρόσθια και την οπίσθια παρίσθια καμάρα αντίστοιχα. Η επέκταση μίας κοινής φλεγμονής της αμυγδαλής προς τον περιαμυγδαλικό χώρο, γίνεται μέσω των λεμφαγγείων της αμυγδαλής, που διέρχονται μέσα από τον περιαμυγδαλικό χώρο και διαπιτραινούν τον άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα, αλλά και μέσω της περιαμυγδαλικής κάψας.

Η αρχική φλεγμονή του περιαμυγδαλικού χώρου δημιουργεί συμπτώματα ασαφή, όπως δυσκαταποσία, φαρυγγοδυνία, πυρετό και αδιαθεσία, ενώ μετά 1-2 εικοσιτετράωρα παρατηρείται σιελόρροια, δυσκαταποσία, τρισμός λόγω διήθησης του έσω πτερυγοειδούς μυός, αντανάκλαστική ωταλγία και επιδείνωση της γενικής κατάστασης. Κλινικά θα παρατηρήσουμε μετατόπιση της αμυγδαλής και της σταφυλής προς τη



Εικόνα 3. Οπισθοφαρυγγικός χώρος.

μέση γραμμή, οίδημα της πρόσθιας καμάρας και χαρακτηριστική hot potato voice (εικόνα 2).

Η ψηλάφηση της πρόσθιας καμάρας στα παιδιά ενδοστοματικά είναι αρκετά ευχερής δίδοντας έτσι τη δυνατότητα να εντοπίσουμε κλυδασμό.

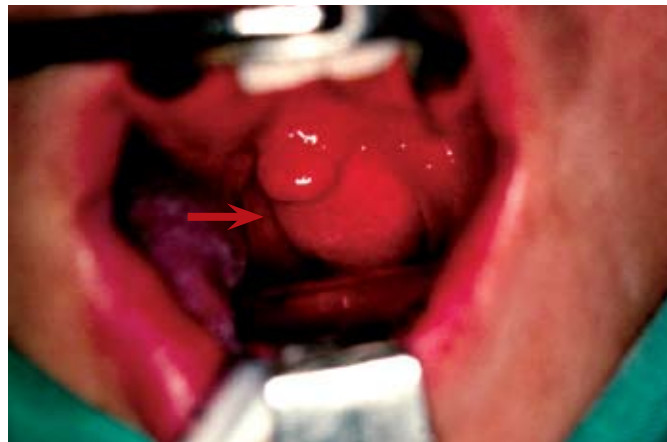
Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει γενική αίματος, T.K.E., C-αντιδρώσα πρωτεΐνη με χαρακτηριστικά αυξημένους δείκτες φλεγμονής.

Η αντιμετώπιση του περιαμυγδαλικού αποστήματος στα παιδιά είναι χειρουργική και η διάνοιξη και παροχέτευση γίνεται ενδοστοματικά και κατά κανόνα με γενική αναισθησία. Από τα 363 παιδιά με κλινική εικόνα περιαμυγδαλικού αποστήματος που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας την τελευταία δετία, 14 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, 22 υποβλήθηκαν σε διάνοιξη με γενική αναισθησία, αλλά δε βρέθηκε πύο και 324 παιδιά υποβλήθηκαν σε διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος με γενική αναισθησία. Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή.

Οι επιπλοκές είναι ιδιαίτερα σπάνιες και περιλαμβάνουν τη σηψαιμία, τη θρόμβωση των μεγάλων φλεβών του τραχήλου και την επέκταση του αποστήματος στον τράχηλο και στο μεσοθωράκιο.

Αποστήματα του οπίσθιου φαρυγγικού χώρου

Ο οπίσθιος φαρυγγικός χώρος είναι ανατομικός χώρος στον οποίο προς τα πίσω υπάρχει η προσπονδυλική περιτομία, προς τα εμπρός το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα, προς τα άνω η βάση του κρανίου και προς τα κάτω το άνω τμήμα



Εικόνα 4. Προπέτεια του οπίσθιου τοιχώματος του φάρυγγα σε οπισθοφαρυγγικό απόστημα.



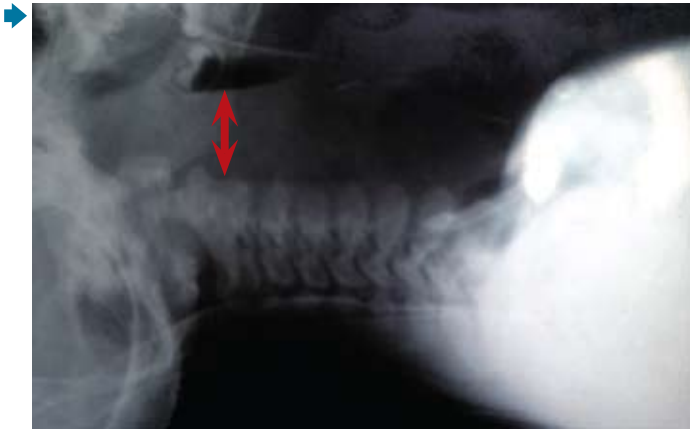
Εικόνα 5. Προπέτεια του οπίσθιου τοιχώματος του φάρυγγα σε οπισθοφαρυγγικό απόστημα.

του μεσοθωρακίου στο επίπεδο του 1ου θωρακικού σπονδύλου (εικόνα 3).

Πηγές φλεγμονής του οπίσθιου φαρυγγικού χώρου είναι φλεγμονές του ρινοφάρυγγα, του στόματος, του μέσου ωτός, της ρινός και των παραρρινίων κοιλοτήτων καθώς και τραυματισμοί με το δάκτυλο στην προσπάθεια αφαίρεσης ξένου σώματος και ιατρογενείς κακώσεις κατά την ενδοσκόπηση.

Σημαντική ανατομική γνώση για τα παιδιά είναι η ύπαρξη δύο επιμήκων αλύσεων λεμφαδένων στο οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα, οι οποίοι με την πάροδο της ηλικίας ελαχιστοποιούνται και έτσι εξηγείται η μεγαλύτερη συχνότητα αποστημάτων του οπίσθιου φαρυγγικού χώρου στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες, στους οποίους τα οπισθοφαρυγγικά αποστήματα συσχετίζονται κατά κανόνα με φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των σπονδύλων φυματιώδους αιτιολογίας.

Η συμπτωματολογία του αποστήματος του οπίσθιου φαρυγγικού χώρου περιλαμβάνει υψηλό πυρετό, κακουχία, δυσφαγία, δυσκαταποσία, ήπια σιαλόρροια, αλλοίωση της φωνής και



Εικόνα 6. Πλάγια ακτινογραφία τραχήλου με παθολογική οπισθοφαρυγγική διεύρυνση.

σε σπάνιες περιπτώσεις απόφραξη του αεραγωγού.

Κλινικά θα διαπιστώσουμε αυχενική δυσκαμψία, περιορισμό των κινήσεων της κεφαλής και επώδυνη προπέτεια του οπισθίου τοιχώματος του φάρυγγα (εικόνες 4 και 5).

Ο παρακλινικός έλεγχος περιλαμβάνει γενική αίματος, T.K.E., C.R.P. και ακτινογραφία πλάγια τραχήλου, στην οποία ελέγχουμε την παθολογική οπισθοφαρυγγική διεύρυνση, η οποία στο ύψος του 2ου αυχενικού σπονδύλου είναι περίπου 7 mm στα παιδιά αλλά και τους ενήλικες. Στο επίπεδο του 6ου αυχενικού σπονδύλου περιμένουμε διεύρυνση 14mm στα παιδιά και 22mm στους ενήλικες (εικόνα 6). Η αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις εξωμηνιγικού αποστήματος ή επέκτασης του αποστήματος στο μεσοθωράκιο, αλλά και σε απλούστερες περιπτώσεις κατά τις οποίες η διάγνωση του αποστήματος είναι επισφαλής.

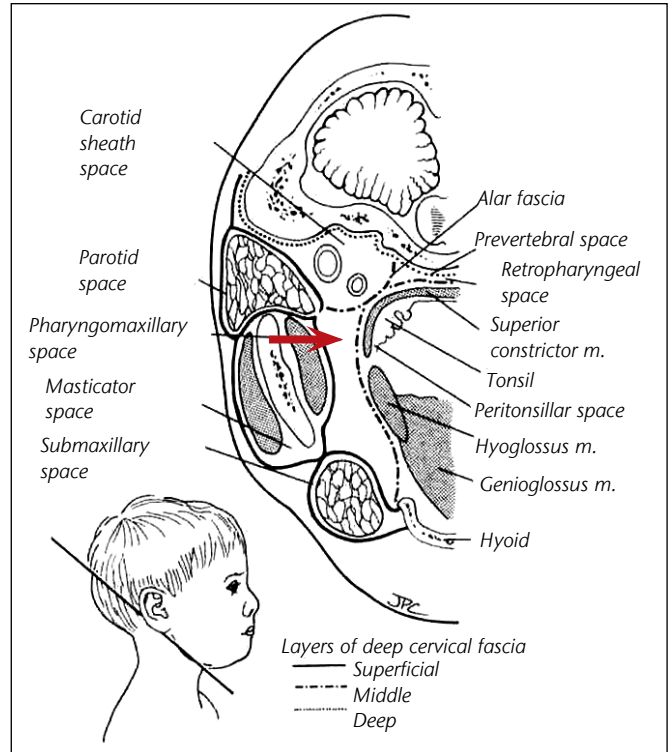
Η διάνοιξη ενός αποστήματος του οπισθοφαρυγγικού χώρου στα παιδιά γίνεται με γενική αναισθησία και σε θέση Trendelenburg. Τοποθετείται στοματοδιαστολέας και διανοίγεται με κάθετη τομή το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα στο σημείο της προβολής. Παροχετεύεται το πύο, λαμβάνεται καλλιέργεια και γίνεται προσεκτικά διερεύνηση της αποστηματικής κοιλότητας για ύπαρξη διαφραγματίων προσέχοντας να μη διαπεράσουμε την προσπονδυλική περιτονία και να μην κάνουμε κακώσεις στην περιοχή των αυχενικών σπονδύλων.

Από τα 16 παιδιά με οπισθοφαρυγγικές διογκώσεις φλεγμονώδους αιτιολογίας που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας την τελευταία δετία, τρία παιδιά όπου τα κλινικά και τα ακτινολογικά ευρήματα δε συνηγορούσαν για απόστημα αντιμετώπιστηκαν συντηρητικά, ενώ σε 13 περιπτώσεις έγινε διάνοιξη και παροχέτευση με μία περίπτωση υποτροπής και καμία επιπλοκή.

Αποστήματα του γναθοφαρυγγικού χώρου

Ο ανατομικός αυτός χώρος φιλοξενεί στα παιδιά αποστηματικές κοιλότητες που δεν είναι ορατές ούτε ψηλαφητές και εντοπίζονται πίσω από την παρίσθμια αμυγδαλή.

Το έσω τοίχωμα του γναθοφαρυγγικού χώρου αποτελεί-



Εικόνα 7. Γναθοφαρυγγικός χώρος.

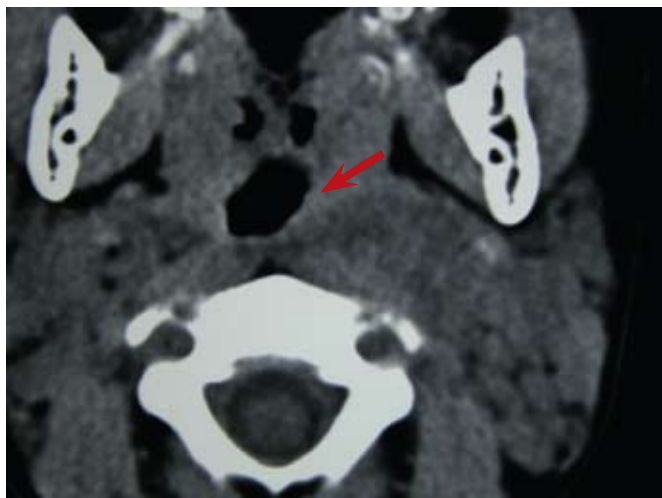


Εικόνα 8. Προπέτεια της σύστοιχης αμυγδαλής σε απόστημα του γναθοφαρυγγικού χώρου.

ται από το πλάγιο τοίχωμα του φάρυγγα, το έξω κυρίως από την έσω επιφάνεια της γνάθου, το οπίσθιο από τον περιαιγειακό χώρο των μεγάλων αγγείων του τραχήλου και το πρόσθιο από τον υπογνάθιο χώρο (εικόνα 7).

Η δημιουργία αποστήματος στον ανωτέρω χώρο οφείλεται σε φλεγμονή των εν τω βάθει τραχηλικών λεμφαδένων.

Αρχικά παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση τραχηλικών λεμφαδένων με μορφή «block» και πυρετός, ενώ με την πάροδο των ημερών ο πυρετός έχει χαρακτηριστικά σπηπτικού



Εικόνα 9. Παρατηρείται το απόστημα και η παρεκτόπιση του πλάγιου τοιχώματος του φάρυγγα.

με πολύ επηρεασμένη γενική κατάσταση, δυσκαταποσία και ραιβόκρανο. Κατά την εξέταση και ψηλάφηση του πλάγιου τοιχώματος του φάρυγγα, διαπιστώνεται προβολή του φάρυγγα ή προπέτεια της σύστοιχης αμυγδαλής (εικόνα 8).

Η διάγνωση πέρα από την κλινική εικόνα και τον αιματολογικό έλεγχο, γίνεται με την αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό, η οποία απεικονίζει την αποστηματική βλάβη, την επέκτασή της και τη σχέση της με τα λοιπά ανατομικά στοιχεία του τραχήλου (εικόνα 9).

Η αντιμετώπιση των αποστημάτων του γναθοφαρυγγικού χώρου είναι η χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση. Η προσπέλαση στα παιδιά γίνεται διαστοματικά και με γενική αναισθησία. Η θέση του παιδιού είναι ύπτια και Trendelenburg. Τοποθετείται στοματοδιαστολέας, γίνεται ψηλάφηση του αποστήματος, το οποίο πολλές φορές αναγνωρίζεται αφού ανασπασθεί η αμυγδαλή. Η τομή γίνεται κάθετα στο βλεννογόνο του φάρυγγα και ακολουθεί προσεκτικός διαχωρισμός του μυϊκού χιτώνα μέχρι να αναγνωρισθεί η κάψα του αποστήματος, το οποίο διανοίγεται. Η αναζήτηση και η διερεύνηση της αποστηματικής κοιλότητας πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή λόγω του κινδύνου της τρώσης του φάρυγγα και των μεγάλων αγγείων. Λαμβάνεται πάντοτε υλικό για καλλιέργεια και χορηγείται ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με διπλό σχήμα που καλύπτει και αναερόβια στελέχη μικροβίων. Στην κλινική μας χρησιμοποιούμε με εξαιρετικά αποτελέσματα κεφαλοσπορίνη β-γενεάς και κλινταμυκίνη για 7-10 ημέρες.

Από τα 11 παιδιά με κλινική εικόνα και ευρήματα αποστήματος του γναθοφαρυγγικού χώρου που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας την τελευταία 6ετία, δύο παιδιά που δεν είχαν ακτινολογική εικόνα παθογνομική και η ψηλάφηση της προβολής έδινε την εντύπωση φλέγμονα, αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ενώ τα υπόλοιπα 9 παιδιά υπεβλήθησαν με γενική αναισθησία σε διάνοιξη. Σε 7 περιπτώσεις είχαμε έξοδο πύου, ενώ σε 2 περιπτώσεις δεν είχαμε ευρήματα. Σε 6 περιπτώσεις δεν απομονώθηκε υπεύθυνο μικρόβιο, ενώ σε 4 απομονώθηκε σταφυλόκοκκος ανθεκτικός και σε μια περίπτωση

είχαμε πνευμονιόκοκκο. Εξωτερική προσπέλαση δεν έγινε σε καμία περίπτωση όπως και ποτέ στο παρελθόν.

Συμπεράσματα

Τα αποστήματα του φάρυγγα στα παιδιά είναι περισσότερο συχνά από τον ενήλικα. Επειδή η εξέταση του φάρυγγα στα παιδιά δεν είναι πάντοτε εύκολη, όταν παρατηρείται εμπύρετο με τρισμό, δυσκαμψία στον αυχένα ή ραιβόκρανο, πρέπει να υποψιαζόμαστε την ύπαρξη ενός περιαμυγδαλικού αποστήματος ή ενός αποστήματος του οπισθοφαρυγγικού ή του γναθοφαρυγγικού χώρου αντίστοιχα. Η θεραπεία τους είναι χειρουργική και πάντοτε με γενική αναισθησία και διαστοματικά.

Summary

Pharyngeal abscesses in children

Em Koudoumnakis

Otolaryngology Department, AGIA SOFIA Children's Hospital, Athens

Pharyngeal abscesses in children are observed at the rate of 2% of the total number of children who suffer from infections of the pharynx. The most common locations are the peritonsillar space, the lateral pharyngeal wall and less common the posterior pharyngeal wall. In children the high incidence of these abscesses is caused by the frequent infections in this area and the lymphatic system which is under continuous stimulation. The treatment of these abscesses is mainly surgical with trans-oral procedure. During the last 6 years we treated 363 children with peritonsillar abscesses, 16 with retropharyngeal and 11 with pharyngomaxillary abscesses in the Otolaryngology department of AGIA SOFIA Children's Hospital. We recorded three children with bilateral peritonsillar abscesses while in 2 children a foreign body was found in the infected tonsil. Based on their previous history 214 children were listed for tonsillectomy while 17 of the other 149 children (11%) presented with recurrence of their abscess. In 116 cultures no growth developed while the most common pathogens were Streptococci group A, Staphylococci aerobic and less common Fusobacteria, Bacteroides and Peptostreptococci. Thirteen children with retropharyngeal and 9 with pharyngomaxillary abscesses underwent surgical drainage with no complications. Microbiology in retropharyngeal abscesses was similar to that of the peritonsillar abscesses while in pharyngomaxillary abscesses the most common pathogen was Staphylococci.

Key words: peritonsillar abscess, retropharyngeal abscess, peritonsillar space, retropharyngeal space, pharyngomaxillary space.

Βιβλιογραφία - References

1. Ballenger JJ. Diseases of the nose, throat and ear. Philadelphia, 1977.
2. Barrett G, Koopmann CF, and Coulthard SW. A ten years experience. Laryngoscope 2006.
3. Gautier M. Deep head and neck infections. Head and neck therapeutics. Philadelphia, 1989.
4. Hollinshead WH. Anatomy for surgeons. Vol. 1 and 2. 1968.
5. Lore G. An atlas of head and neck surgery. WB Saunders, 1988.
6. Myer CM and Cotton RT. A practical approach to pediatric otolaryngology. Chicago, Year book 2005.