

SKABELON VED KKR OM OPERATIVE INDGREB

Dokumentegenskaber:	udkast 2013 ver.1
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	#Delselskab under DSOHH# #Dato#
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved og Halskirurgi
Nøgleord	

1. Titel

Peritonsillær absces.

2. Formål

Korrekt diagnostik og behandling af peritonsillær absces.

3. Definitioner

Ansamling af pus mellem tonsilkapslen og den pharyngeale konstriktor-muskulatur.

4. Baggrund

a. Ætiologi

Peritonsillær absces er den hyppigste komplikation til akut tonsillit. Webers kirtler er sandsynligvis involveret i patogenesen i en del af tilfældene. *Fusobacterium necrophorum* og Streptokokker Gruppe A er de hyppigste patogene bakterier.^a Konkomitant mononucleose ses hos ca. 4%.

b. Forekomst

Den årlige incidens i Danmark er ca. 40 pr 100.000 indbyggere.^b Ca. $\frac{3}{4}$ af patienterne er mellem 13 og 30 år.^b

c. Visitation

Patienter med manifest eller mistænkt peritonsillær absces skal henvises akut til vurdering på ØNH-afdeling eller praktiserende ØNH-læge.

5. Fremgangsmåde

a. Symptomer

Typisk er unilateral forværring af symptomerne på forudgående akutte tonsillit (halsondt og synkesmerter). Hyppigt klager patienterne over nedsat gabebevne, udstrålende smerter til øret og kompromitteret føde- og væskeindtag.

b. Fund

Objektivt findes oropharyngeal asymmetri med hævelse og induration af det peritonsillære væv på den afficerede side. Tonsillen ses forskudt inferiort (hos 2/3 med absces-lokalisation bag superiore tonsilpol) og medialt. Hyppigt ses trismus og ømme subangulære lymfeknuder.

c. Differential-diagnoser

Tonsillitis acuta

Peritonsillær phlegmone (hævelse af peritonsillær væv uden induration og absces)

Parapharyngeal absces

d. Diagnostik

Diagnosen stilles ved palpation, punktur og aspiration af pus sv.t. det peritonsillære væv. Ved overbevisende symptomatologi og manglende bedring trods intravenøs antibiotisk behandling kan diagnostisk tonsillektomi eller CT-scanning komme på tale.

e. Kirurgisk behandling

Patienterne behandles med aspiration, incision & dilatation eller akut tonsillektomi.^c

Indikationer for akut tonsillektomi:

- a. Patienten kan ikke medvirke til behandling i lokalanæstesi
- b. Recidiverende akutte tonsillitter (>3 årige i min. 2 år)
- c. Habituel hypertrophia tonsillarum med søvnapnø eller andre mekaniske gener
- d. Tidligere peritonsillær absces
- e. Mistanke om malignitet
- f. Mistanke om konkomitant parapharyngeal absces

Hvis der vælges akut tonsillektomi foretages bilateral tonsillektomi hos patienter under 30 år og ved indikation b-e hos patienter over 30 år. Unilateral tonsillektomi foretages således på patienter over 30 år, der tonsillektoimeres på indikation a eller f.

f. Medicinsk behandling

Patienter der behandles med aspiration eller incision & dilatation gives i.v. (under indlæggelse) og / eller p.o. (ved ambulante behandling) penicillin til i alt 10 dages behandling. Ved penicillin-allergi gives clindamycin.^d

Der er IKKE indikation for behandling med metronidazol, der ikke reducerer symptomvarighed eller risiko for komplikationer, men blot giver bivirkninger.^e

Der er ikke indikation for antibiotisk behandling af patienter, der tonsillektoimeres akut med mindre der er mistanke om komplikationer (parapharyngeal absces, nekrotiserende fasciitis, Lemierre's syndrom).^f

Der ordineres analgetika i form af paracetamol og et NSAID til brug i 7-14 dage.

g. Postoperativ plan

Hos patienter der behandles med aspiration / incision & dilatation foretages aspiration / dilatation én gang dagligt indtil der ikke kan udtømmes pus og patienten er i bedring.

Patienter der tonsillektoimeres indlægges til ét døgn observation.

Ambulante og udskrevne patienter informeres om at søge læge ved manglende bedring eller fornyet symptomatologi.

h. Komplikationer

Blødning efter tonsillektomi. Insufficient drænage ved aspiration og insision & dilatation. Spredning af infektion.

6. Referencer og links

^a Klug TE, Henriksen JJ, Fuursted K, Ovesen T. Significant pathogens in peritonsillar abscesses. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2011; 30:619-27

^b Ehlers Klug T, Rusan M, Fuursted K, Ovesen T. *Fusobacterium necrophorum*: most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. *Clin Infect Dis.* 2009; 49:1467-72.

^c Anthonsen K, Trolle W. [Treatment of peritonsillar abscess]. *Ugeskr Laeger*. 2012; 174:340-3.

^d Klug TE. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014; 33:1163-7. doi: 10.1007/s10096-014-2052-8.

^e Wikstén JE, Pitkäranta A, Blomgren K. Metronidazole in conjunction with penicillin neither prevents recurrence nor enhances recovery from peritonsillar abscess when compared with penicillin alone: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Antimicrob Chemother*. 2016; 71:1681-7. doi: 10.1093/jac/dkw038.

^f Knipping S, Löwe S, Lautenschläger C, Schrom T. Is postoperative antibiotic treatment mandatory after abscess tonsillectomy. *HNO*. 2009; 57:230-8. doi: 10.1007/s00106-008-1777-z.

7. Bilag