

عنوان مقاله: گزارش یک مورد جالب از آبنه پری تونسیلر عود کننده و اتیولوژی آن

تهیه و تنظیم: دکتر فیروز ناظم *

دکتر امیر لطفعلی زاده **

مقدمه:

آبنه کوئینزی (پری تونسیلر) عبارتست از تجمع چرک بین قطب فوقانی کپسول فیبروزی لوزه و عضله تنگ کننده فوقانی (Superior constrictor) این آبنه می تواند عارضه حاد تونسیلت بوده و یا هیچگونه سابقه ای از تونسیلت نداشته باشد. بیشتر در جوانان و ندرتاً در کودکان دیده می شود و بنابر نظر بعضی از مؤلفین از Suppurative Infection نتیجه می شود.

در مورد اتیولوژی و میکروارگانیسمهای شایع، نحوه درمان و تونسیلکتومی همراه درناژ آبنه یا به صورت تأخیری طی هفته های بعد و یا تونسیلکتومی در صورت عود آبنه، بین مؤلفین مختلف اختلاف نظر وجود دارد ولی به هر حال دقت و مراقبت ویژه از بیماران فوق، سؤالات باقیمانده در ذهن و اختلاف نظرهای موجود ما را بر آن داشت که به بهانه معرفی یک مورد جالب از آبنه پری تونسیلر و اتیولوژی آن، مسئله را به بحث گذاشته و با مروری بر کتب موجود، از توانائیهات، تجربیات، آمار مربوطه

و امکانات داخل کشور جهت روشن شدن راه یاری جوئیم تا دردی از بیماران و ابهامی از همکاران زدوده شود، پاسخهایی که به سؤالات موجود در مورد اتیولوژی و میکروارگانیسم و نحوه درمان و علت سن ابتلاء موجود است به بحث گذاشته می شود.

CASE REPORT:

خانمی ۲۵ ساله، متأهل، ساکن تهران به دلیل دردگلوئی مکرر از تاریخ ۷۱/۲۸ تا تاریخ ۷۷/۶/۸ مراجعات متعدد به پزشکان داشته است که این عارضه چند بار با تب ۳۸،۰، دیسفاژی، تریسموس و ضعف عمومی همراه بوده است سابقه بیماری خاصی نداشته و مشکل عضوی نیز نداشته است که با تشخیص آبنه پری تونسیلر راست تحت درمان طبی با آنتی بیوتیک، پونکسیون و نهایتاً در ناژ در مطب قرار گرفته و نهایتاً به دلیل عود آبنه کوئینزی و تقاضای بیمار در تاریخ ۷۷/۶/۹ در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید دکتر رهنمون تهران بستری و زیر پوشش آنتی بیوتیک (به دلیل سلولیت ناحیه) تحت عمل تونسیلکتومی با بیهوشی عمومی قرار گرفته و طی عمل، به دلیل خونریزی از ناحیه قطب فوقانی و مشکلات حین عمل، نسوج نکروز لوزه تخلیه و چرک ساکشن شده و

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

** رزیدنت گوش و حلق و بینی

۷۱/۱/۵ در یکی از کلینیکهای دندانپزشکی به دلیل درد دندان عقل راست پائین تحت عمل کشیدن دندان ۸ قرار گرفته و حین کشیدن دندان (که با اشکال زیاد همراه بوده) به دلیل قطع برق یونیت، دندان گم شده و دندانپزشک مربوطه، دستیار و بیمار نمی‌توانند دندان را پیدا کنند، لذا بیمار با درمان طبی مرخص می‌شود. وی حدود ده روز به دلیل درد فک، تریسموس و گلودرد، تحت درمان با انواع آنتی‌بیوتیک قرار می‌گیرد که نهایتاً جریان به صورت ذکر شده ادامه می‌یابد. فعلاً پس از عمل دوم بیمار در وضعیت خوبی است و مسئله‌ای ندارد.

بحث:

آبنه پری تونسیلر (Quinsy)، اغلب در جوانان و ندرتاً در کودکان دیده می‌شود و اتیولوژی آن گاهی ناشناخته و اغلب ثانویه به تونسیلت ذکر می‌شود. نحوه ایجاد را به دلیل نفوذ میکروارگانیسم از جدار کپسول فیبروزی لوزه به نسوج نرم و فضای مجاری بین کنستریکتور فوقانی و کپسول مذکور می‌دانند که می‌تواند ناشی از Suppurative infection لوزه باشد که سیر حاد داشته، با درد، تب، سردرد، تریسموس، دیسفاژی، لنفادنوپاتی گردن، دهیدراتاسیون، ضعف، ادم، جابجایی لوزه و کام نرم و زبان کوچک همراه شده و عوارض زیادی ایجاد

بستر لوزه‌ها سریعاً با نخ دو صفر راندکرومیک ترمیم می‌شود و با کنترل خونریزی و درمان طبی به بخش منتقل و فردای آن روز با دستور دارویی مرخص می‌شود، لیکن مجدداً پس از یکماه با درد گلو و سلولیت ناحیه پری تونسیلر راست مراجعه و تحت درمان طبی قرار می‌گیرد که عودهای مکرر بیمار را به مطبهای مختلف کشانده و نهایتاً درناژ مجدد آبنه (در ناحیه پری تونسیلر راست) و درمان طبی نتیجه بخش نبوده و به اینجانب مراجعه نمودند که به دلیل هیپرتروفی نسوج نرم قطب فوقانی در بستر لوزه (شبه نسوج لنفاوی لوزه) مجدداً بستری و پس از بررسی اولیه در تاریخ ۷۱/۲/۸ تحت عمل و تفتیش مجدد زیر بیهوشی عمومی در اتاق عمل قرار می‌گیرد و در تفحص و بررسی ناحیه ضمن خروج نسوج نکروزه ناحیه در ضخامت کنستریکتور فوقانی و پشت نسوج هیپرتروفیکی بستر لوزه‌ها، با کمال تعجب دندان بزرگی خارج می‌شود. ترمیم لایه‌ها و خونگیری متعاقب بررسی بیشتر و ساکشن ناحیه انجام شده و با حال عمومی خوب به ریکاوری منتقل می‌شود.

نمونه‌ها به پاتولوژی ارسال می‌شود و طی اخذ شرح حال مجدد از شوهر بیمار و Review تاریخچه متوجه می‌شویم که بیمار (بدون ذکر قبلی در شرح حال) در تاریخ



محمد زکریای رازی

مزاج جسم، تابع اخلاق نفس است و طیب جسم باید طیب نفس باشد.

معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بنامت برگزای اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی
۲۳-۲۵ تیرماه ۱۳۷۲

می کند و می تواند با Extention و پیشرفت عفونت در عضله کنستریکتور نفوذ و به دو طریق لوکال و همورال، ایجاد آبسه پارافارنژه و یا رتروفارنژه نماید.

اگر چه غالباً استریتوکوک بتاهمولیتیک مسؤل تونسیلت می باشد، لیکن آبسه پری تونسیلر می تواند ناشی از موارد زیر باشد:

- (۱) استریتوکوک بتاهمولیتیک
- (۲) استافیلوک ارنوس
- (۳) پیتواستریتوکوک ها
- (۴) باکتریوئیدها

اغلب معتقدند که در جریان سیرحاد آبسه پری تونسیلر مخلوطی از باکتریهای هوازی و بی هوازی مسؤل می باشند و شاید علت پیشرفت سریع در ادم و اختلال تنفسی و ... ناشی از وجود میکروارگانسیمهای بیهوازی باشد که گاهی در عکس رادیولوژی ایستاده به ویژه در نوع رتروفارنژه سطح مایع و هوای بالای آن را می توان دید.

مرکز آبسه کوئینزی معمولاً در ۱/۴ اینچ فوقانی و خارجی نسبت به لبه آزاد پیله قدامی است (بین ۱/۳ میانی و فوقانی لوزه) افتراق بین سلولیت و آبسه، درنگاه، معاینه، لمس و ارزیابی وضعیت بیمار مهم بوده و در انتخاب نوع درمان کلاسیک اعم از درمان طبی (استراحت، گرم کردن ناحیه، آنتی بیوتیک تراپی) پونکسیون، درناژ آبسه و تونسیلکتومی تأثیر دارد. درناژ می تواند زیر پوشش آنتی بیوتیک بسته به حال عمومی و Emergency، در اتاق عمل و یا در کلینیک به صورت سرپایی انجام گیرد که اغلب با بی حسی موضعی و تبی بیستوری شماره ۱۱ یا ۱۵ و مراقبت از تبی با چسپ (به جز سه میلیمتر

قدامی تبی) به صورت نشسته و با همکاری تکنسین و ساکشن قوی و اقدام سریع ممکن بوده و یکی از اندیکاسیونهای تونسیلکتومی را توصیه می نماید.

(البته کتاب Scott-Brown توصیه می کند که به دلیل ریسک ۲۰٪ عود، بهتر است در صورت عود آبسه، اندیکاسیون مطلق برای تونسیلکتومی گذاشته شود و در مورد اندیکاسیون تونسیلکتومی تجدید نظر کرده، همچنین توصیه می کند که با توجه به پروفیلاکتیک بودن عمل، دقت بیشتری در گذاشتن اندیکاسیون مبذول گردد.) صدای بیمار کارکتریک و به صورت Plummy (ناشی از تورم اوروفارنژه و تجمع بزاق در دهان) و Hot-Potato Voice ناشی از وسعت آبسه می باشد. و گاهی در زنجیره ژوگلودیگاستریک لنفادنویاتی دیده می شود و گاهی با اتالژی نیز همراه می شود.

موارد دو طرفه ندرتاً گزارش شده که بر وخامت اوضاع می افزاید.

عوارض آبسه پری تونسیلر:

بالقوه کشنده بوده و می تواند ایجاد آبسه پارافارنژه و ندرتاً رتروناژنژه نماید، اختلال در راه هوایی و ایجاد ادم گلوت، ترومبوفلیت عروق بزرگ گردن، اولسراسیون شرائین بزرگ ریشه ساب ماگزیلاری و خونریزی، مدیاستینیت، عود آبسه، فیستول بزاقی (گاهی به دنبال در ناژ آبسه از گردن) نماید که هر کدام بحثهای وسیعی دارند بعضی معتقدند که به شرط رسیدگی سریع به بیمار در مراحل اول ۹۰٪ موارد با درمان طبی به همراه پونکسیون درمان نتیجه بخش بوده است. درمان طبی آنتی بیوتیک پنی سیلین کریستال هر ۴ ساعت دو میلیون واحد وریدی، و

متعاقب تونسیلکتومی توصیه می شود توجه و دقت بیشتر همکاران دندانپزشک را در مورد جسم خارجی و گم شدن تکه های دندانی و پروتز و دقت همکاران پزشک در عدم ایجاد میکروتروما و تروما حین لارنگوسکوپی، ازوفاگوسکوپی و آندوسکوپی و بررسیهای دهان و تروماهای دهانی و دندانی را ایجاب می کند.

REFERENCES:

- 1- Paparella otolaryngology
- 2- Scott-Brown otolaryngology: آخرین چاپ
- 3- Ballenger otolaryngology

SUMMARY

There is many question about etiology of quinsy abcess. If tonsilit is the common cause of peritonsilar abcess why we frequently saw the tonsilitis in children but quinsy abcesses in adult & teen ager? And why there is not any history of tonsilitis in some cases?

And why there is difference between the Microorganism of tonsilitis & common microorganism of quinsy abcess? Is there any dependence between foreign body, food, micro trauma & quinsy abcess?

This paper reports the case of an unusual cause of quinsy abcess and answer to such question & treatment.

در صورت مقاومت یا آلرژی از اریترومایسین، کلیندامایسین، و یا تتراسیکلین می توان کمک گرفت. سوال این است:

۱- چرا با اینکه اغلب تونسیلت در کودکان دیده می شود، آبسه پری تونسیلر بیشتر در جوانان ملاحظه می گردد و ندرتاً در کودکان نیز دیده می شود؟

۲- چرا گاهی در سابقه، تونسیلت در کار نبوده و علت مشخصی برای آن ذکر نمی شود؟

۳- چرا مسائل دندانی در آبسه پری تونسیلر و یا میکروتروماهای دهانی و یا جسم خارجی به عنوان عامل اتیولوژی در نظر گرفته نمی شود؟

نتیجه گیری:

اجسام خارجی لوزه اگر چه غالباً استخوان ریز ماهی و جوجه و مرغ یا موهای برس مسواک می باشند، ولی می تواند موارد زیادی از اجسام خارجی در کریتهای فوقانی لوزه بین پيله قدامی و لوزه و ... به عنوان عامل اتیولوژیک با میکروارگانسیم متفاوت از تونسیلتهای استریتوکوکی و یا ... مطرح شوند و نیاز به بررسی بیشتر بیمار، شرح حال دقیق، عکس فاس و لترال گردن، تونسیلکتومی با تفتیش بیشتر بستر لوزه و کنترل قبل از عمل، حین عمل و



خداوند مهربان بدست طبیب سراجۀ دل شکسته بیمار را آباد می کند.

معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مناسبت برآری اولین کنفرانس بین المللی اخلاق پزشکی
۲۵-۲۳ تیرماه ۱۳۷۲