

Kasuistik

Peritonsillær absces hos et spædbarn

Jens Kramer Rangen¹, Magnus Sandberg Madsen¹ & Søren Kjærsgaard²

1) Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, 2) Anæstesi, Børn, Kredsløb og Kvinder, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger 2024;186:V04240272. doi: 10.61409/V04240272

Peritonsillær absces (PTA) er defineret som en byld beliggende i det peritonsillære rum mellem tonsilkapslen og m. constrictor pharyngis superior. I et dansk studie fandt man en årlig incidens på 41/100.000 indbyggere, hvilket gør PTA til den hyppigst forekommende dybe infektion i hoved-hals-området; i 73% af tilfældene var patienterne 8-30 år [1]. Forekomsten hos mindre børn er sjælden. I en opgørelse med 56 tilfælde af PTA hos børn var kun et enkelt tilfælde hos børn < 1 år [2].

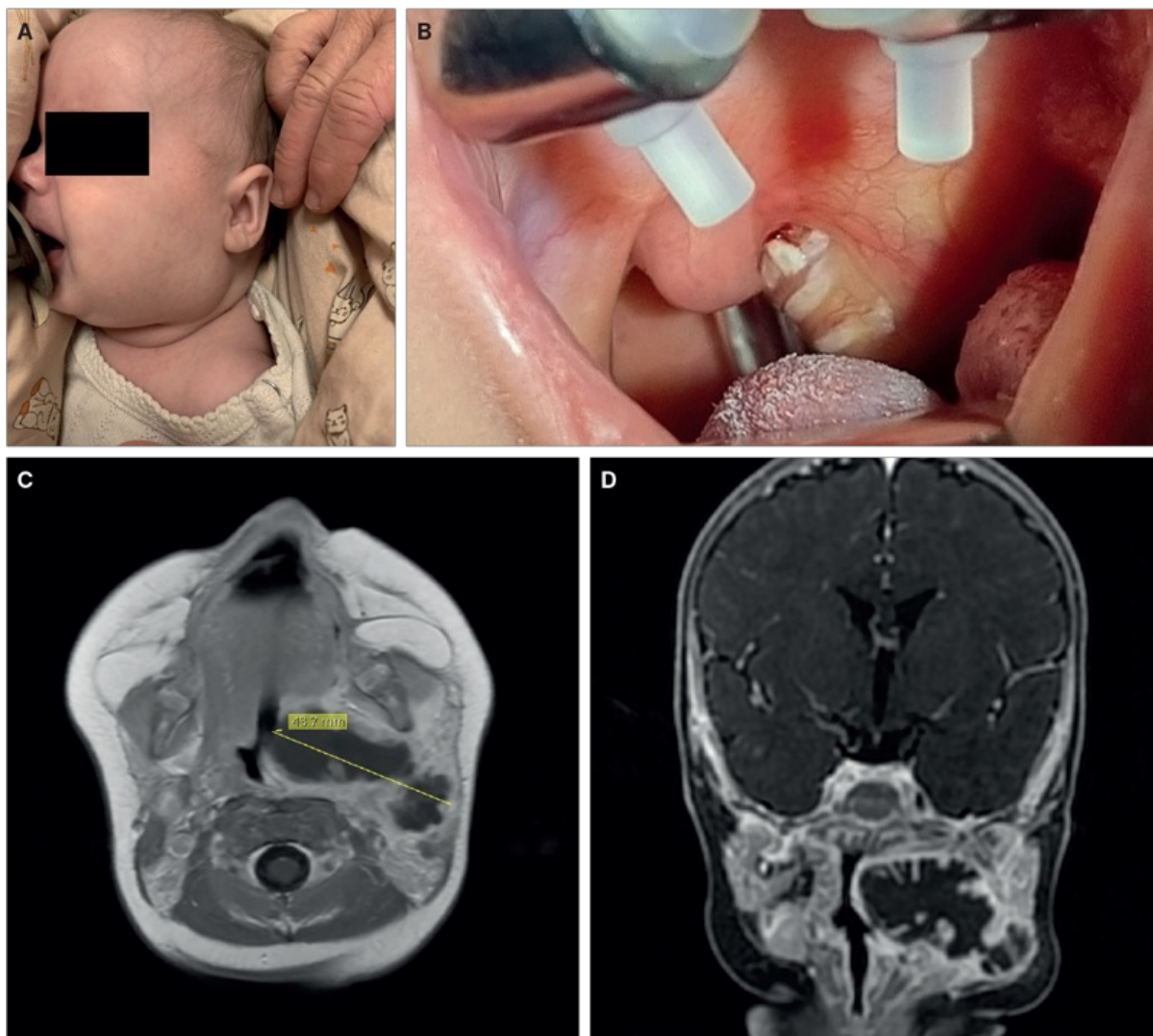
PTA er en komplikation til akut tonsillitis og mononukleose. Symptomerne er typisk en forværring af en forudgående akut tonsillitis med tiltagende unilaterale smerter fra halsen, evt. med udstråling til øret. Objektivt vil der ofte være trismus, ømme subangulære lymfeknuder, medial forskydning af tonsillen samt asymmetrisk hævelse og rødme peritonsillært på den afficerede side. En ubehandlet PTA kan medføre komplikationer i form af luftvejsobstruktion, sepsis og trombose af v. jugularis.

Sygehistorie

En ni uger gammel pige med normalt graviditetsforløb og -skanninger blev henvist til et tilsyn på en øre-, næse- og halskirurgisk afdeling (ØNH) obs. PTA. Patienten var set tidligere grundet afvisning af flaske med moderermælkserstatning, uden at man fandt noget patologisk. Der tilkom feber, hævelse submandibulært på venstre side og asymmetri ved tonsillerne. Biokemisk var der forhøjede infektionstal: leukocytter $29,4 \times 10^9/l$, neutrofile leukocytter $16,88 \times 10^9/l$, CRP 73 mg/l og negative svælgpodninger. Der blev opstartet ampicillin, gentamycin og cloxacillin.

Ved ØNH-tilsynet blev der fundet rødme, øget fylde af venstre tonsil og frembuling af forreste ganebue. Fiberskopian var beskrevet med upåfaldende forhold i oropharynx og gode pladsforhold i endolarynx. Som følge af patientens unge alder og tilstand kunne der ikke udføres en sufficient ultralydskanning (UL), hvorfor der blev udført en MR-skanning i generel anæstesi. Anæstesiologisk evaluering konkluderede potentielt vanskelig luftvejshåndtering pga. masseeffekt fra tumor. Der udførtes derfor sedation med propofol og sikring af ukompliceret maskeventilation. Herefter blev der foretaget glat intubation af trachea under anæstesi med propofol og remifentanyl uden muskelrelaksans. Patienten var under proceduren respiratorisk og hæmodynamisk stabil. Skanningen viste en stor venstresidig PTA, der strakte sig lateralt til angulus mandibulae, kaudalt til vallecula, medially ind i oropharynx og kranielt op i rhinopharynx (Figur 1).

FIGUR 1 **A.** Hævelse lateralt på venstre side af halsen lige under angulus mandibulae hos patienten i sygehistorien. **B.** Peroperativt billede af patientens mund med en mundspærre, hvor der sås hævelse af venstre forreste ganebue og tonsil. **C.** MR-skanning, der viste peritonsillær absces hos patienten (gul stiptet linje: 4,37 cm). **D.** MR-skanning af patienten i koronalt snit, der visualiserede udstrækningen af abscessen ud til halsen. Billederne gengives med forældrenes tilladelse.



Patienten blev overflyttet intuberet til en ØNH-operationsstue, hvor abscessen blev udtømt ved en incision i den kraniele pol af venstre forreste ganebue. Ved tryk over udfyldningen på halsen blev der udtømt over 20 ml pus fra incisionen. Kaviteten blev grundigt skyllet med opvarmet isotonisk saltvand. Postoperativt UL viste reaktive lymfeknuder og diffus inflammation i vævet svarende til level I og level II samt kranielt i level V. Der observeredes ingen hypoekkoiske eller anekkoiske ansamlinger foreneligt med restabsces. Patientens blev overflyttet intuberet til børneintensivafdeling, hvor hun næste dag efter redilatation og oprensning af abscessen problemfrit kunne ekstubereres. Efter yderligere et døgn observation og intravenøs indgift af antibiotika blev hun udskrevet.

Podningen viste *Staphylococcus aureus* med resistens over for penicillin og amoxicillin, men sensitiv for cloxacillin og cefuroxim. Patientens blev behandlet yderligere to dage med flucloxacillin og fik i alt seks dages

sammenlagt antibiotikabehandling.

Diskussion

Udredning og behandling af en ukompliceret PTA kan foregå hos en praktiserende ØNH-læge. Klinisk mistanke om PTA kan ofte bekræftes med en prøvepunktur i lokalbedøvelse. Ved forekomst af pus kan abscessen udtømmes ved aspiration eller incision, dilatation og skylning. Dette gentages dagligt, indtil der ikke er mistanke om resterende absces. Ved børn og patienter, der ikke kan medvirke til behandling i lokalbedøvelse, eller hvis PTA har spredt sig til en parafaryngeal absces, foretages tonsillektomi.

Grundet den aktuelle patients alder blev der gjort incision af abscessen i stedet for tonsillektomi, da en postoperativ blødning ville være mere kompliceret pga. patientens størrelse, lille totale blodvolumen samt manglende evne til at alarmere om blødning. Patienten forblev intuberet i det første postoperative døgn, da der kunne forekomme yderligere hævelse i luftvejene efter incision af abscessen.

De hyppigste agenser for PTA er *Fusobacterium necrophorum* og gruppe A-streptokokker, men andre bakterier forekommer også, og *S. aureus* findes i 3% af PTA-tilfældene [1].

Korrespondance Jens Kramer Rangen. E-mail: jens.kramer1@gmail.com

Antaget 6. august 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 23. september 2024

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2024;186:V04240272

doi 10.61409/V04240272

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Peritonsillar abscess in a nine-week-old patient

In this case report, a nine-week-old girl was referred to the ear-, nose- and throat department because of decreased oral intake, swelling of the left tonsil and the left side of the neck. An MRI was performed due to the atypical presentation, which revealed a massive peritonsillar abscess communicating with the swelling on the neck. Treatment consisted of an incision, drainage and intravenous antibiotics. Re-dilatation and rinsing were performed on the first post-operative day before extubation. Finally, the patient was discharged after two days with oral antibiotics.

REFERENCER

1. Klug TE, Rusan M, Fursted K et al. *Fusobacterium necrophorum*: most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. *Clin Infect Dis*. 2009;49(10):1467-72. <https://doi.org/10.1086/644616>
2. Seerig MM, Chueiri L, Jacques J et al. Bilateral peritonsillar abscess in an infant: an unusual presentation of sore throat. *Case Rep Otolaryngol*. 2017;2017:4670152. <https://doi.org/10.1155/2017/4670152>