

Peritonsillair abces, behandeling op SEH

Datum

Februari 2016

Doel

Een peritonsillair abces te behandelen bij patiënten op de SEH.

Definitie

Peritonsillair infiltraat: Ontstekingsreactie tussen kapsel tonsil en faryngeale musculatuur zonder puscollectie (andere benamingen: peritonsillaire flegmone/cellulitis)

Peritonsillair abces: Zie bovenstaande, nu met puscollectie.

Anamnese

- Al enkele dagen (progressieve) keelpijn
- Eenzijdige verergering van keelpijn
- Eenzijdige oorpijn
- Koorts
- Trismus
- Moeilijk slikken (intake?)
- Kwijlen

Differentiaal diagnose

Peritonsillair infiltraat, epiglottitis, ernstige tonsillofaryngitis (EBV), retrofaryngeaal abces, mondbodemflegmone (Ludwig's angina = kaakchirurgische diagnose)

Medicatie

- Antibiotica
- Anticoagulantia

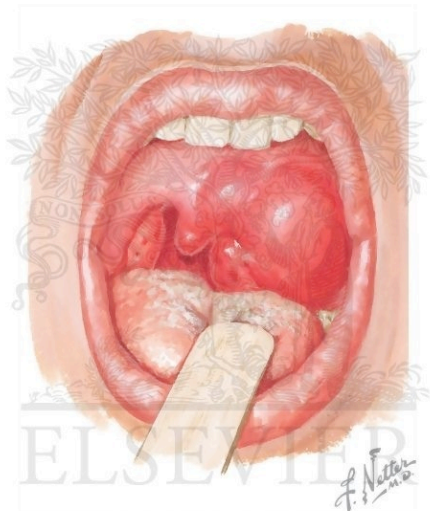
Lichamelijk onderzoek

- ABCDE met controle vitale parameters
- CAVE: bij verdenking epiglottitis (inspiratoire stridor/kwijlen): géén mondinspectie
- 'Hete aardappel' spraak
- Mondinspectie
 - Trismus
 - Rode tonsillen en pharynxbogen
 - Asymmetrische / immobiele voorste pharynxboog
 - Uvula deviatie naar contralaterale zijde
 - Gebitsstatus
- Lymfadenopathie

Aanvullend onderzoek

Op indicatie, niet standaard geïndiceerd

- Lab: ontstekingsparameters, Hb, INR
 - CT-hals met i.v. contrast: bij verdenking één van de complicaties (zie volgende pagina)
- CT-hals/thorax bij verdenking mediastinitis
(toekomst: intra-orale echo)



Complicaties

- Uitbreiding ontsteking naar diepe hals loges:
 - parapharyngeaal infiltraat of abces (afwijkingen PTA + zwelling hals met erytheem, stridor)
 - retropharyngeaal abces (afwijkingen PTA + torticollis, nekstijfheid)
 - Abcedering reactieve halslymfeklier
 - Luchtweg obstructie
- CAVE: uitbreiding mediastinum: mediastinitis

Behandeling

- Punctie en aspiratie¹

- Verdoving met lidocaïne spray (Xylocaïne) of Ultracain D-S (carpulespuit)
- Gesteriliseerde naald gebruiken voor aspiratie
- Prik net craniaal van het punctum maximum van de zwelling
- Maximaal 1 cm naald insteken (eventueel naspreiden met kleine Kocher)

CAVE: te ver inbrengen naald: a. carotis achter tonsil

- Maximaal 2 aspiratiepogingen; indien geen aspiratie van pus: behandel als peritonsillair infiltraat met antibiotica (zie onder)

- Antibiotische behandeling bij ongecompliceerde PTA / peritonsillair infiltraat

- Augmentin 625 mg 3 dd 1 gedurende 10 dagen
- Bij bètalactam allergie (o.a. penicilline): clindamycine 600 mg 3 dd 1 gedurende 10 dagen

- Pijnstilling

- Paracetamol en NSAID (indien geen contra-indicaties)
- Laagdremelig opioïd bijstarten (Oxynorm/Oxycontin)
- Overweeg eenmalig dexamethason oraal 0,1 mg/kg²

Tips & tricks

- Laryngoscoop en Yankauer ('zuig') laten vasthouden door de patiënt; patiënt kan zelf braakreflex inschatten, direct licht (zie hiernaast)
- Tongspatel met gaasje eromheen overdors tussen tanden om de mond open te spreiden
- 1 cm van tip van de naald tape voor bepalen diepte naald
- Indien gebruik disposable naald: knip een stukje van het dopje af (zie hiernaast)



Nabehandeling

- Retour na 1 - 2 dagen, polikliniek KNO
- Eerder retour (SEH/KNO) bij toename pijnklachten ondanks pijnstilling, dyspnoe, zieker worden.

1. "Het is aannemelijk dat er geen verschil in effectiviteit is tussen punctie met aspiratie, incisie met drainage en tonsillectomie à chaud als initiële behandeling van een peritonsillair abces."

Niveau 2 conclusie uit "Richtlijn Ziekten van Adenoïd en tonsillen in de tweede lijn" (zie referenties) n.a.v. systematic review van Johnson et al, 2003.

Succespercentage punctie met aspiratie: 94% (Herzon, 1995). Recidiepercentage na punctie met aspiratie of incisie met drainage: 10-15% (Johnson et al, 2003 en Herzon, 1995).

2. N.a.v. systematic review van Hardman et al. Op basis van drie artikelen is de conclusie: "A single dose of IV corticosteroid at presentation is associated with reduced pain in PTA and may expedite recovery in patients. However, larger randomized trials are needed to establish any long-term benefits or adverse effects associated with corticosteroids in these patients."

De conclusie is getrokken o.b.v. één studie bij kinderen (Millar et al), de studies van Ozbek en Chau gebruiken sterk verschillende doseringen corticosteroiden: Chau (n = 41): 10 mg dexamethason i.v. Ozbek (n = 62): 2-3 mg/kg methylprednisolon i.v. (bij 70 kg: 210 mg methylprednisolon = ca. 40 mg dexamethason) i.v. Er is geen lange termijn follow-up. Effect van corticosteroiden lijkt mn. pijnstilling te zijn, waarvoor ook andere, veiligere middelen beschikbaar zijn waar meer ervaring mee is. Hiertoe is de eigen conclusie geworden: overweeg corticosteroiden (dexamethason).

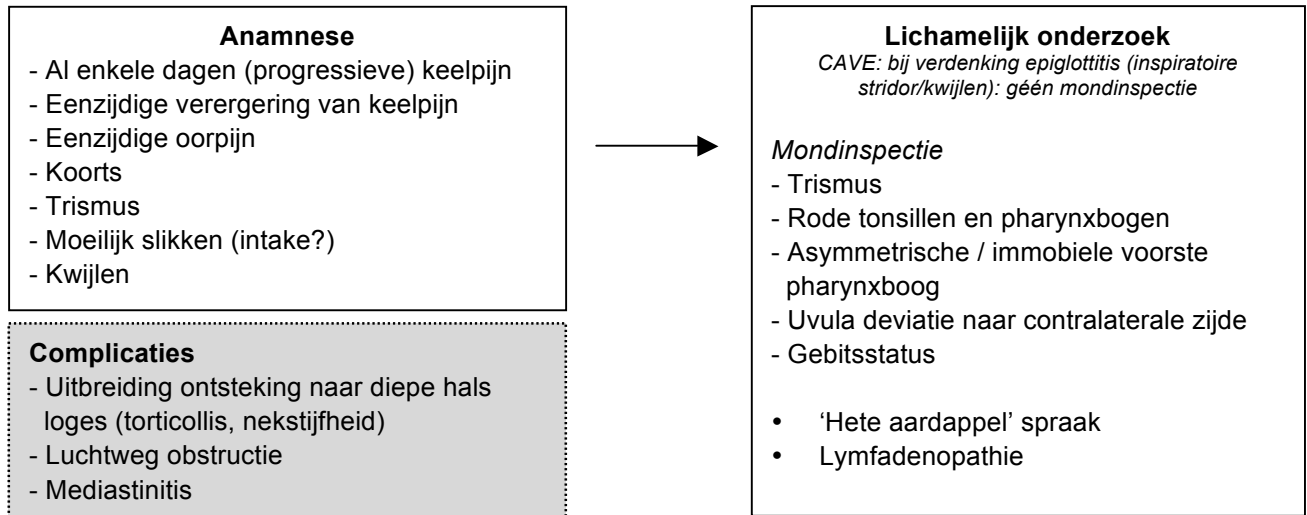
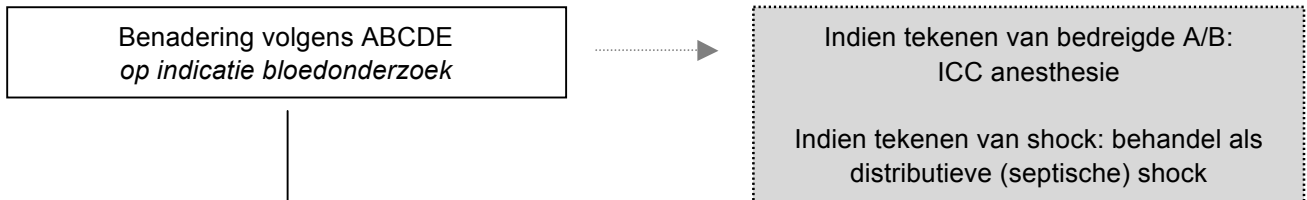
Indien er geen (directe) i.v. toegang is: overweeg orale toediening. Bij i.v. toegang mag dezelfde dosering dexamethason worden gegeven.

Flowchart peritonsillair abces

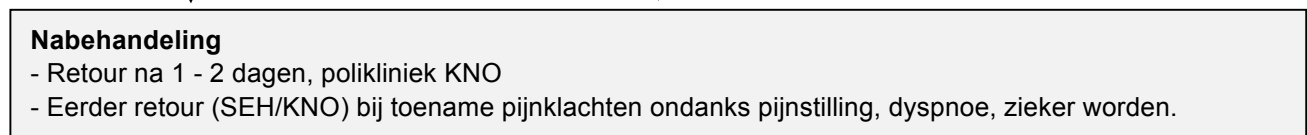
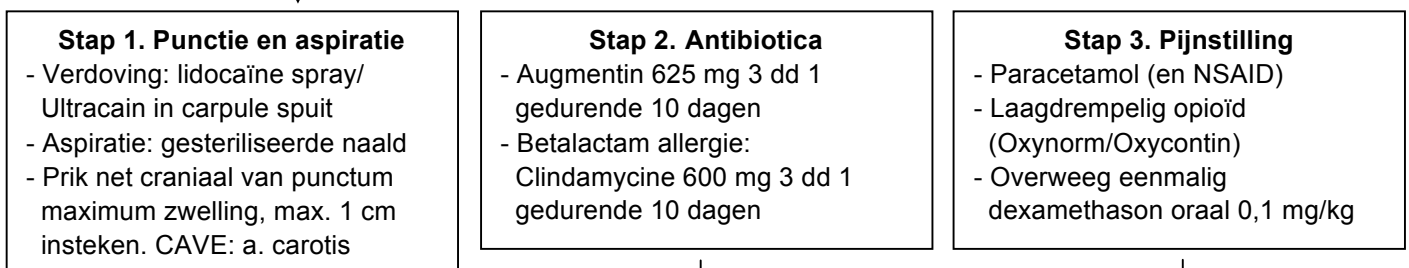
verpleegkundige

Indien arts niet direct beschikbaar is	Controles (bloeddruk, hartfrequentie, saturatie, temperatuur) Op indicatie bloedonderzoek (pakket 10, evt. INR) <i>Indien ABCDE-probleem (bijv. inspiratoire stridor, sepsis): direct arts laten komen</i>
---	--

arts



Behandeling



Referenties

- Huizing EH, Snow GB, De Vries N, Graamans K, Van de Heyning P. Keel-neus-oorheelkunde en hoofd-halschirurgie. Eerste druk, 2007. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. ISBN 978 90 313 4739 1.
- Van den Broek P, Feenstra L. Zakboek Keel-, Neus-, Oorheelkunde. Dertiende druk, 2009. Acco, Leuven. ISBN 978 90 334 6467 6.
- Richtlijn Ziekten van Adenoïd en tonsillen in de Tweede lijn, CBO en Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 2007
- Jongkees LBW. Peritonsillair abces. Ned Tijdschr Geneesk. 1971 1;115(18):804-6.
- Stichting Werkgroep Antibioticabeleid. Therapie Mond en bovenste luchtwegen / peritonsillair abces. <http://swabid.nl/node/7039>. Geraadpleegd op: 27 april 2015
- Academic Life in Emergency Medicine. M. Lin. Trick of the Trade: Peritonsillar abscess aspiration technique. 2012. <http://www.aliem.com/trick-of-the-trade-peritonsillar-abscess-aspiration-technique/>. Geraadpleegd op 20 april 2015.
- Hardman JC, McCulloch NA, Nankivell P. Do corticosteroids improve outcomes in peritonsillar abscess? Laryngoscope. 2015;125(3):537-8.
- Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg 2003;128(3):332-43.
- Herzon FS, Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. Laryngoscope 1995;105:1-17.
- Hardman JC, McCulloch NA, Nankivell P. Do corticosteroids improve outcomes in peritonsillar abscess? Laryngoscope. 2015;125(3):537-8
- Millar KR, Johnson DW, Drummond D, Kellner JD. Suspected peritonsillar abscess in children. Pediatr Emerg Care 2007;23:431-438.
- Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU, Selcuk A, Ozdem C. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol 2004;118:439-442.
- Chau JKM, Seikaly HR, Harris JR, Villa-Roel C, Brick C, Rowe BH. Corticosteroids in peritonsillar abscess treatment: a blinded placebo-controlled clinical trial. Laryngoscope 2014;124:97-103