

VIII./2. fejezet: Szájgarat betegségei

VIII./2.1. Fejlődési rendellenesség

VIII./2.1.1. Ajak-szájpad hasadék

Pathogenezis és tünetek: Az embrionális fejlődés 5.-7. hete közötti behatások, leggyakrabban anyai fertőzések játszhatnak szerepet kialakulásukban. Bizonytalan genetikai predispositio is felmerül, mivel szájpadhasadékos szülők esetén gyakrabban születet gyermek ezen fejlődési rendellenességgel. A rendellenesség fokától függően jelentkezik táplálási nehezítettség a csecsemőnél, elégtelen fülkürtfunkció talaján kialakuló chronicus serosus otitis media, későbbiekben beszédfejlődési nehezítettség. Terápia: rendkívül komplex kezeléstről van szó, amiben részt vesz fül-orr-gégész, szájsebész, esetenként plasztikai sebész, logopédus.

VIII./2.1.2. *Processus styloideus elongatus*

Patogenezis és tünetek: Minor fejlődési rendellenességnek számít. Egyéb okkal nem magyarázható, sokszor fejhelyzettől függő torokfájdalom kivizsgálása esetén derül rá fény. Terápia: Amennyiben jelentős panaszokat okoz, a processus styloideus műtéti megrövidítése javasolt.

VIII./2.2. Akut gyulladások

VIII./2.2.1. Akut pharyngitis

Pathogenezis és tünetek: Az egyik leggyakoribb tünetegyüttesről van szó, ami miatt a betegek felkeresik orvosukat. Az esetek túlnyomó többségében vírusok által okozott betegségről van szó, ami gyakran nasalis, laryngealis és alsó légúti tüneteket is okoznak. Vizsgálatkor belövellt, duzzadt garatnyálkahártyát, esetenként megnagyobbodott nyaki nyirokcsomókat találunk. Torokfájdalom, égő, kaparó érzés, gombócérzés jelentkezhet rekedtséggel, orrdugulással, köhögéssel társulva. Okozhat hőemelkedést, ritkán találkozunk magas lázat is okozó esetekkel. Amennyiben a panaszok tartósan fennállnak (5-7 napnál tovább), számolhatunk bakteriális felülfertőzés lehetőségével, melyet leggyakrabban Streptococcusok, Pneumococcusok, Haemofilus influenzae okoz.

Terápia: a fentiekből egyenesen következik, hogy oki terápiára leggyakrabban nincs lehetőség. Sajnos háziorvosi, de sokszor gégeészeti gyakorlatban is elterjedt az a kóros eljárás, hogy torokpanaszok esetén azonnal antibiotikus kezelést rendel el a kezelő orvos. Ez amellet, hogy a beteg panaszainak enyhülését nem okozza, abból a szempontból is káros, hogy az esetleges felülfertőzések esetén gyakrabban találkozunk rezisztens törzsekkel és a kezelési lehetőségek behatároltabbak. Antibiotikus kezelés kizárólag igazolt bakteriális eredet mellett javasolt.



Kell-e egyszerű garatgyulladás esetén antibiotikus kezelést elrendelni?

VIII./2.2.2. Akut tonsillitis follicularis



Mi a különbség az akut és krónikus tonsillitis kezelési elvei között.



Mivel téveszthető össze a mononucleosis?
Mi segíthet az elkülönítésben?

Patogenezis és tünetek: Leggyakrabban β -hemolizáló streptococcusok, ritkábban pneumococcusok, staphilococcusok, Haemophilus influenzae okozza. Panaszok közül kiemelendő az esetenként nyeléképtelenségig terjedő erős, nyeléskor fokozódó torokfájás, ami fülbe is sugározhat, láz, valamint nyaki nyirokcsomó duzzanat. Vizsgálatkor vérbő, megnagyobbodott mandulákat látunk pontszerű, vagy összefolyó fehér gennyes lepedékkel. Gyakran találkozunk hasonló tüneteket okozó kórképpel tonsillektomián átesett betegeknél, amit a lateralis garatkötegekben található nyirokszervek gyulladása okoz. Ellátása a tüsszős mandulagyulladáséval megegyezik.

Terápia: Kezelése konzervatív, gyógyszeres. Rendszerint penicillinszármazékokra jól reagál. Penicillinallergia esetén a makrolid csoportból válasszunk antibiotikumot (pl. clindamycin, azythromycin, erythromycin). Antibiotikumrezisztencia esetén β -lactamase bénító antibiotikum adandó elsősorban (pl. amoxicillin-klavulánsav). Fontos a megfelelő dozírozás és a megfelelő ideig alkalmazott kezelés a később tárgyalandó, esetenként súlyos szövődmények, mint például a peritonsillaris tályog elkerülésére.

VIII./2.2.3. Mononukleosis (Pfeiffer féle mirigyláz)

Patogenezis és tünetek: Legnagyobb valószínűség szerint az Epstein-Barr vírus (EBV) okozza. Csepfertőzéssel terjed, amire utal a köznyelvben használt „csókbetegség” elnevezés is. Jelentős, akár nyeléképtelenséget is okozó torokfájdalommal, jelentős nyirokszervi megnagyobbodással (nyaki, hónalji, ágyéki nyirokcsomók), hepato- és splenomegaliával járó kórkép, ami esetenként magas lázzal együtt lép fel. Vizsgálati leletben jelentősen, szimmetrikusan megnagyobbodott, fehér fibrinlepedékkel fedett tonsillákat látunk. A fizikális vizsgálat mellett elvégzendő hasi ultrahang, ami igazolhatja a máj- és lépmeagnagyobbodást. Laboreredményekben monocytosis, valamint emelkedett májenzim értékek találhatók rendszerint. A garatban látott kép alapján sokszor összetéveszthető a kép akut follicularis tonsillitisszel. Az elkülönítésben a tapasztalat és a kiegészítő vizsgálatok segíthetnek.

Terápia: Oki terápia nem létezik. Tüneti kezelés során adandó fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő, szükség szerint intravénás folyadékpótlás. Az esetleges felülfertőzések megelőzésére adható antibiotikum (pl. penicillin). Kerülendő az ampicillin alkalmazása, mivel kiterjedt bőrkiütéseket okozhat. Jelentős splenomegalia esetén az esetleges lépruptura elkerülése végett minden nemű jelentős fizikai megerőltetés ellenjavallt.

VIII./2.2.4. Plaut-Vincent angina

Patogenezis és tünetek: Spirochaeták és fuzobaktériumok által okozott, rendszerint egyoldali, mély fekélyképződéssel járó mandulagyulladás. Jelentős, egyoldali torokfájdalommal jár azonos oldali nyirokcsomó megnagyobbodással.

Terápia: Enyhébb elváltozásnál lokális kezelés, kifejezettebb betegség esetén penicillin tartalmú antibiotikum a javasolt. Penicillin allergia esetén a makrolid csoportból válasszunk gyógyszert.

VIII./2.3. Krónikus gyulladások

VIII./2.3.1. Krónikus tonsillitis, krónikusan recidiváló tonsillitis

A csoportú, β -haemolizáló streptococcusok által okozott kórkép, mely során a mandulakripták elzáródása következtében megrekednek a tonsillákban a kórokozók, ennek idült gyulladását okozva. Fizikális vizsgálattal hegesen fixált mandulákat látunk, a peritonsillaris szövetekre nyomást gyakorolva híg genny, illetve detritus ürülhet. Vérvizsgálattal kimutatható a megemelkedett antistreptolysintiter (AST, vagy ASO). Következésképpen felléphetnek bőrgyógyászati tünetek, mint hajhullás, bőrkiütések, ízületi gyulladások, glomerulonephritis, legsúlyosabb esetben endocarditis, ami szerencsétlen esetben halálhoz is vezethet.

Terápia: Konzervatív, gyógyszeres kezeléstől tartós siker nem várható. Ezen betegség gyógyítására a mandulák eltávolítása alkalmas helyi vagy általános érzéstelenítésben. A tonsillektomiát követő 1-2 hetes időszak legnagyobb veszélyét az esetlegesen fellépő utóvérzés jelenti.

VIII./2.3.2. Krónikus pharyngitis

Patogenezis és tünetek: Nem egy egységes betegségről van szó. Számos ok vezethet ezen diagnózis felállításához: elhúzódó, többnyire virális fertőzés, valamilyen okból csökkent nyáltermeléssel járó kórképek, karcinofóbia. Egyre gyakrabban derül fény krónikus torokpanaszok hátterében reflux betegsége.

Terápia: Egységes kezelési elv nem létezik. Lehetőleg tisztázni kell a kiváltó okot és ennek megfelelően kezelni.

VIII./2.4. Szövődményes kórképek

VIII./2.4.1. Peritonsillitis, peritonsillaris tályog

Pathogenezis és tünetek: Gennyképző baktériumok által okozott betegségről van szó, ami rendszerint a nem megfelelő antibiotikum választás, vagy nem megfelelő dózisú és időtartamú kezelés miatt alakul ki. Tipikusan akut tonsillitist követően, átmeneti javulás után hirtelen rosszabbodást tapasztal a beteg, leggyakrabban magas lázzal, valamint nyelésképtelenséggel és gombócos beszéddel. Vizsgálatkor egyoldali, tonsillaris és légcsőszájpadli, vérbőséggel járó aszimmetriát látunk. Előrehaladott esetben az elődomborodás maximumán spontán tályogáttörést is láthatunk. A peritonsillaris terek révén kialakulhat a tályog süllyedésével kialakuló mediastinitis is, ami rendkívül súlyos szövődménynek számít.

Terápia: A peritonsillaris tályog diagnózisának felállítása esetén rövid időn belül a tályogot meg kell nyitni. Intravénás antibiotikus kezelés mellett nyelésképtelenség esetén, annak megszűntéig intravénás folyadékpótlás és fájdalomcsillapítás szükséges. A tályogmegnyitásra alapvetően két lehetőség adódik: megnyitás helyi



Mi a teendő peritonsillaris

tályog esetén?

érzéstelenítésben és naponkénti tágítás, majd minimum 4-6 hét elteltével javasolt a mandulák kivétele (a foid tonsillektomia). Másik lehetőség a tályogmegnyitással együtt végzett tonsillektomia (a chaud). A nem megfelelő időben végzett tályogmegnyitás következtében kialakult mediastinitis intenzív terápiás kezelést igényel és még a leggondosabb kezelés mellett is magas letalitással bír.

VIII./2.4.2. Tonsillogén sepsis

Patogenezis és tünetek: A fent leírtakkal megegyező kórokú és lefutású betegség, amikor a tályogot okozó baktériumok a véráramba jutva általános fertőzést idéznek elő. Rendkívül súlyos, szerencsére ritka kórkép.

Terápia: Masszív antibiotikus kezelést és intenzív osztályos kezelést igényel a tályogeltávolítása mellett.