

Kurkkupaiseen hoito

Kurkkupaise on kaikenikäisillä mutta etenkin nuorilla aikuisilla esiintyvä kivulias, syvä tulehdus, joka paranee asianmukaisesti hoidettuna yleensä täydellisesti. Vaikka oireet ovat useimmiten tyypillisiä, diagnostiikka ja paiseontelon löytäminen on joskus hankalaa. Paise on tyhjentävä neulalla aspiroiden tai veitsellä ja pihdeillä avaamalla tai nielurisaleikkauksen yhteydessä. Lisäksi potilas tarvitsee mikrobi- ja kipulääkityksen. Useimmat potilaat voidaan hoitaa polikliinisesti. Hoitamaton tulehdus saattaa levitä kaulaan ja välikarsinaan, jolloin tilanne muuttuu nopeasti hengenvaaralliseksi. Jos osaaminen ja välineistö ovat riittäviä, useimmat kurkkupaiseet voidaan hoitaa avoterveydenhuollossa.

Esiintyvyys ja aiheuttajat

Tuoreen ruotsalaistutkimuksen mukaan kurkkupaiseen esiintyvyys on 37/100 000. Paiseita esiintyy kaikenikäisillä, mutta tavallisimpia ne ovat 14–21-vuotiailla (Risberg ym. 2008).

Kurkkupaise kehittyy joko nielurisatulehduksen komplikaationa tai nielurisan yläpuolella sijaitsevien pienten sylkirauhasten tukkeuduttua (Johnson ja Stewart 2005). Kirjallisuuden mukaan huono hammashygienia lisää kurkkupaiseen ilmaantumisen todennäköisyyttä (Georgalas ym. 2002). Käytännön työssä en ole tällaista kuitenkaan havainnut, vaan valtaosa potilaista on terveitä, itsestään hyvin huolehtivia nuoria aikuisia. Kurkkupaise voi myös kehittyä, vaikkei potilas olisi sairastanut aikaisemmin nielurisatulehduksia.

810 Kurkkupaiseet ovat yleensä sekataulehduksia. Tutkimustulokset aiheuttajabakteereista

vaihtelevat, mikä johtunee anaerobibakteerien hankalasta diagnostiikasta. Tavallisimmat aiheuttajabakteerit ovat *Streptococcus pyogenes* ja *Staphylococcus aureus*, mutta anaerobibakteerien osuus on jostain syystä kasvussa (Gavriel ym. 2009).

Diagnostiikka

Kurkkupaiseen oireet ovat yleensä potilaan iästä riippumatta taudille hyvin tyypillisiä (TAULUKKO 1). Tauti kehittyy tavallisesti noin viikon aikana nielurisatulehduksen jälkeen, jolloin oireet muuttuvat pikkuhiljaa toispuolisiksi. Paise saattaa kehittyä, vaikka nielurisatulehdus olisi hoidettu asianmukaisella mikrobilääkityksellä. Joskus paise kehittyy nopeasti, jopa parissa päivässä, ja oireet ovat heti selvästi toispuolisia. Enintään joka kahdeskymmenes paise on molemminpuolinen. Tällöin kliininen kuva ja oireet ovat symmetrisiä ja diagnoosi viivästyy helposti (Atula ja Blomgren 2008).

Kurkkupaiseen diagnoosi on kliininen, eikä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista ole apua. Nieluviljelylöydös on negatiivinen noin puolella potilaista, eivätkä veren suurentuneet tulehdusarvot auta erottamaan kurkkupaisetta muista tulehduksista. Komplikaatiota epäiltäessä ja huonosti paranevien kurkkupaiseiden diagnostiikassa tietokonetomografia on hyvä menetelmä. Lapsilla ja nuorilla käyte-

TAULUKKO 1. Kurkkupaiseen tyypilliset oireet.

Toispuolinen kurkkukipu
Nielemisvaikeus
Osittainen tai täydellinen leukalukko
Paiseenpuoleisen korvan särky
Epäselvä, puuromainen puhe



KUVA 1. Oikeanpuoleinen kurkkupaise. Oikea peritonsillaaritala on punainen ja turvonnut, eikä suu aukea täydellisesti.



KUVA 2. Vasemmanpuoleinen kurkkupaise puudutuksen ja limakalvoviillon jälkeen ennen paiseontelon avaamista. Vasen peritonsillaaritala on turvoksissa ja kääntää uvulaa oikealle. Puudute on vaalentanut limakalvon punakkuutta.

tään säderasituksen välttämiseksi ensisijaisesti magneettikuvausta.

Kurkkupaisetta epäiltäessä on hyvä käyttää otsalamppua, joka valaisee suuontelon kirkkaasti ja symmetrisesti ja jättää molemmat kädet vapaiksi. Diagnoosi perustuu pehmeän suulaen muutoksiin ja molemminpuolisia paiseita lukuun ottamatta toispuolisuuteen. Paise ei ole nielurisan sisällä vaan useimmiten peri-

tonsillaaritalassa eli pehmeässä suulaessa nielurisan yläpuolella (KUVA 1). Tyypillisessä kurkkupaisessa peritonsillaaritala on turvoksissa, punoittava ja kova. Peritonsillaaritalojen painaminen pumpulitikulla ja puolieron toteaminen on erittäin käyttökelpoinen diagnostinen menetelmä. Terve peritonsillaaritala on pehmeä, mutta kurkkupaisessa se on pinkeä ja aristaa voimakkaasti kosketusta. Pumpulitikuilla voi riskittömästi ja suhteellisen kivuttomasti etsiä turvotuksen kiinteintä ja korkeinta kohtaa, josta paise kannattaa tyhjentää. Komplisoitumattomassa kurkkupaisessa ainoastaan peritonsillaaritala on turvonnut. Jos myös suunielun taka- tai sivuseinä on turvoksissa, kyseessä on para- tai retrofaryngeaalipaise. Myös vaikeus kääntää päätä ja ulospäin näkyvä kaulan turvotus ja punoitus viittaavat tulehduksen leviämiseen peritonsillaaritalan ulkopuolelle. Tällaiset potilaat on lähetettävä heti erikoissairaanhoidon korvalääkärille.

Jos potilaalla on kurkkupaiseeseen sopivat oireet mutta pehmeä suulaki ei ole kovin kiinteä, kyseessä on vasta kehitysvaiheessa oleva paise eli peritonsilliitti. Tällöin paisetta on turha etsiä neulallakaan. Peritonsilliitti edeltää paisetta, eikä tautien erottaminen ole aina helppoa tai edes mahdollista. Kurkkupaisepotilaan nielurisat ovat useimmiten varsin normaalin näköiset, eikä niissä välttämättä ole peitteitä. Jos nielurisoissa on hyvin runsaasti peitteitä, potilaalla saattaa olla paiseen lisäksi mononukleooosi.

Vaikka paiseontelosta saa neulalla helposti luotettavan bakteeriviljelynäytteen, ei bakteerien rutiinimainen tunnistaminen ole nykyisillä hitailla ja kalliilla menetelmillä mielekäs. Viljelyvastauksen tullessa potilas on lähes aina jo parantunut, eikä huonosti paranemisesta tai komplisoituneista taudeisakaan ole mahdollista odottaa vastausta aikaa vievästä anaerobibakteerien herkkyysmäärittäyksestä. Uusi, bakteerien DNA:n tunnistukseen perustuva tekniikka saattaa kuitenkin mullistaa myös kurkkupaisoiden bakteriologisen diagnostiikan. Tällöin tieto taudinaiheuttajasta saadaan muutamassa tunnissa ja mikrobilääkitys voitaisiin, toisin kuin nyt, valita taudin aiheuttajan mukaan. Uutta tekniikkaa on jo testattu kurkkupaisenäytteillä.

Hoito

Kurkkupaise voidaan hoitaa monilla tavoin ja hoitotulokset ovat yleensä erinomaisia. Olen- naista on poistaa märkä, ettei tulehdus pää- se leviämään. Aikaisemmin oli tapana tehdä kurkkupaisepotilaalle aina nielurisaleikkaus. Leikkaus on sikäli aiheellinen, että sen yhtey- dessä paiseontelo tyhjenee ja paiseen uusi- minen on nielurisaleikkauksen jälkeen hyvin harvinaista.

Koska nielurisaleikkauksesta toipuminen on aina kivuliasta ja toisaalta enintään vain joka viides potilas saa uuden kurkkupaiseen, ovat rutiinimaiset nielurisaleikkaukset vä- hentyneet. HYKS:n korvaklinikassa tehdään aikuiselle kurkkupaisepotilaalle nielurisaleik- kaus, jos paise on uusunut, potilas on sairastanut ennen paisetta toistuvia nielurisatuleh- duksia tai paraneminen on hidasta. Aiemmin sairastetut nielutulehdukset lisäävät kurkku- paiseen uusimisen todennäköisyyttä. Niistä potilaista, jotka eivät ole ennen kurkkupaisetta sairastaneet nielutulehduksia, vain noin joka kymmenes saa uuden paiseen (Johnson ym. 2003). Lasten kurkkupaiseet avataan yleis- anestesiassa, jonka yhteydessä poistetaan toi- nen tai kumpikin nielurisä.

Paiseontelon tyhjentäminen. Kurkkupaise voidaan tyhjentää joko aspiraatio- tai insisio- tekniikalla. Puudutteena käytettävää 1-pro- senttista lidokaiini-adrenaliiniseosta ruiskute- taan ennen toimenpidettä limakalvon alle, ja siitä edetään syvemmälle samalla aspiroiden ja paiseonteloa etsien. Neulaa ei pidä työntää kahta senttimetriä syvemmälle, pistokohdan on pysyttävä pehmeässä suulaessa, eikä neu- laa saa suunnata lateraalisesti. Näin vältetään sisemmän kaulavaltimon ja sisemmän kaula- laskimon puhkaisu. Turvallinen pistokohta on uvulan ja toisen yläposkihampaan yhdistävällä linjalla, turvotuksen kiinteimmällä kohdalla (KUVA 2). Hapan, tulehtunut kudus puutuu huonosti, ja on maltettava antaa puudutteen vaikuttaa muutamia minuutteja ennen paiseen tyhjentämistä (Becker ym. 1994). Paiseontelo tyhjenetään aspiroimalla se paksulla neulalla tyhjäksi yhdestä tai useammasta kohtaa. Klas- sisessa kolmen pisteen aspiraatiossa pehmeää

suulakea aspiroidaan kolmesta eri kohdasta, mutta yksikin onnistunut pisto yleensä riittää. Insisiotekniikassa limakalvo, ja vain limakal- vo, viilletään ensin paiseen kohdalta veitsellä terävästi auki. Tämän jälkeen paiseonteloon työnnetään määrätietoisesti esimerkiksi tam- ponipihdit, ja ne avataan ontelossa. Insisiossa paiseonteloon pääsee ilmaa, ja tällä saattaa olla merkitystä aneorobibakteerien kannalta. Suu- hun valuva märkä on imettävä nopeasti pois, ettei se pääse valumaan keuhkoihin. Insisio on aspiraatiota selvästi kivuliaampi ja teknisesti hieman hankalampi mutta myös jonkin verran tehokkaampi. Kummankin menetelmän tulok- set ovat kuitenkin erinomaisia. On arvioitu, että insisiotekniikalla pitäisi hoitaa 48 potilas- ta, jotta estettäisiin yksi epäonnistunut aspi- raatiohoito (Johnson ym. 2003). Itse valitsen nykyään yhä useammin insision sijasta yhden pisteen aspiraation, joka onnistuu hyvin myös nuorempia potilaita hoidettaessa.

Jos potilaan immuunipuolustus on normaali ja paise on saatu luotettavasti tyhjennettyä, eivät rutiinimaiset seurantakäynnit ja paise- ontelon raottamiset ole tarpeen kumpaakaan avaustekniikkaa käytettäessä. Potilaalle on kuitenkin korostettava, että hänen on otetta- va herkästi uudelleen yhteyttä hoitopaikkaan, ellei paraneminen ole muutamassa vuoro- kaudessa selvästi edistynyt tai oireet alkavat pahentua (TAULUKKO 2). Jos paise avataan yksikössä, jossa ei ole päivystystä, potilaalle on kerrottava, mikä on lähin myös virka-ajan ulkopuolella kurkkupaisepotilaita hoitava yksikkö.

Lääkehoito. Kurkkupaiseen mikrobilääke- hoidosta ei ole kotimaisia tai kansainvälisiä

TAULUKKO 2. Erikoislääkärikonsultaation aiheet (Atula ja Blomgren 2008).

Paiseen avaaminen ei onnistu
Potilas on lapsi
Molemminpuolinen paise
Voimakas leukalukko
Huonokuntoinen potilas
Epäily tulehduksen leviämisestä
hengitysvaikeus
kaulan turvotus tai punoitus
turvotus peritonsillaaritalan ulkopuolella

suosituksia. Koska etenkin anaerobibakteerien toteaminen on hidasta, lääkitys voidaan ani harvoin kohdentaa tunnettuun taudin aiheuttajaan. Joko suun kautta tai suoneen annettava penisilliini on maailmalla tavallisin kurkkupaiseen hoitoon käytetty mikrobilääke ja yleinen ja toimiva valinta myös monessa suomalaisessa korvayksikössä (Varghese ja Chaturvedi 2007). Korvaklinikassa kurkkupaiseen lääkehoidoksi on vakiintunut penisilliinin tai kefaleksiinin ja anaerobibakteereihin tehoavan metronidatsolin yhdistelmä. Penisilliinilääkityksen kesto on kymmenen vuorokautta ja metronidatsolihoitoon seitsemän. Vastaavia lääkeyhdistelmiä tai muita laajakirjoisia mikrobilääkkeitä käytetään myös muualla maailmassa. Joidenkuiden mielestä laajakirjoisten lääkkeiden käyttö on paitsi kallista ja tarpeetonta myös epäeettistä, koska se saattaa lisätä bakteerien antibioottiresistenssiä. Metronidatsolilla on myös epämiellyttäviä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden ja alkoholin kanssa. Märkäeritteen tyhjentäminen lienee paranemisen kannalta tärkeämpää kuin tarkasti aiheuttajabakteereihin tehoava mikrobilääkitys (Al Yaghchi ym. 2008).

Kurkkupaise on hyvin kivulias tauti, johon tarvitaan tulehduskipulääkkeiden lisäksi tavallisesti myös joko parasetamoli-kodeiini- tai tramadolilääkitys.

Lopuksi

Lähes kaikki kurkkupaisepotilaat paranevat nopeasti ja täydellisesti. Kun paraneminen ei edisty toivotusti, diagnoosi on yleensä väärä. Diagnostisia sudenkuoppia on onneksi vain muutama. Poikkeuksellisen kivuliaan ja hitaasti paranevan mononukleosin oireiden taustalla voi olla samanaikainen kurkkupaise. Kumpikin tauti on yleisin nuorilla aikuisilla, eikä niiden samanaikainen esiintyminen ole kovinkaan harvinaista. Moleminpuolinen kurkkupaise taas jää symmetrisen nielunäkymän vuoksi helposti toteamatta. Kun muistaa taudin olemassaolon, ei diagnoosi olekaan vaikea: kumpikin peritonsillaaritala tuntuu pumpulipuikolla kokeiltaessa kiinteältä. Hoitona on nielurisaleikkaus. Jos potilaalla on

YDINASIAT

- ▶ Kurkkupaise on etenkin nuorilla aikuisilla esiintyvä kivulias tulehdus.
- ▶ Kurkkupaiseen tyypilliset oireet ovat toispuolinen kurkkukipu, nielemisvaikeus, puheen puuromaisuus ja leukalukko.
- ▶ Valtaosa kurkkupaiseista voidaan hoitaa polikliinisesti.
- ▶ Komplikaatiot ovat harvinaisia mutta hengenvaarallisia ja edellyttävät nopeaa hoitoa.

kurkkupaiseeseen sopivat oireet ja löydökset, mutta paiseonteloa ei löydy, on kyseessä peritonsilliitti tai paiseontelo sijaitsee tavallista alempana, nielurisan takana (Licameli ja Grilone 1998). Iäkäs kurkkupaisepotilas on hyvä pyytää seurantakäynnille taudin parannuttua, koska paiseen taustalla voi olla nielurisasyöpä.

Jos potilaan hengitys tai pään kääntäminen vaikeutuu tai kaula alkaa punoittaa, tulehdus on alkanut levitä. Tilanne on aina vakava ja potilas kuuluu heti erikoissairaanhoidon. Tulehduksen laajuus selvitetään kaulan tietokonetomografian tai magneettikuvauksen avulla, ja paiseontelo voidaan joutua avaamaan kaulan kautta.

Valtaosa kurkkupaiseista hoidetaan Suomessa polikliinisesti erikoissairaanhoidossa. Paiseontelon tyhjentämiseen ei kuitenkaan tarvita monimutkaisia välineitä, eikä paiseen avaaminen ole teknisesti vaikeaa. Toimenpiteen ja hoitoperiaatteet hallitseva avoterveydenhuollon lääkäri voi aivan hyvin hoitaa kurkkupaisepotilaita. ■

KARIN BLOMGREN, LT, erikoislääkäri
HYKS:n korvaklinikka
PL 220, 00029 HUS

SIDONNAISUUDET

KARIN BLOMGREN: Toistuvia luentoja Schering Plough Oy:n tilaisuuksissa, ulkomaan koulutusmatka Synthes Oy:n rahoittamana.

KIRJALLISUUTTA

- Al Yaghchi C, Cruise A, Kapoor K, Singh A, Harcourt J. Out-patient management of patients with a peritonsillar abscess. *Clin Otolaryngol* 2008;33:52–5.
- Atula T, Blomgren K. Nielupaise eli peritonsillaariabsessi. Kirjassa: Atula T, Blomgren K, toim. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – päivystäjän opas. Helsinki: Duodecim 2008, s. 116–7.
- Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Clinical aspects of diseases of the mouth and pharynx. Kirjassa: Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. *Ear, nose, and throat diseases*. Stuttgart: Thieme 1994, s. 357–8.
- Gavriel H, Lazarovitch T, Pomortsev A, Eviatar E. Variations in the microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2009;28:27–31.
- Georgalas C, Kanagalingam J, Zainal A, Ahmed H, Singh A, Patel KS. The association between periodontal disease and peritonsillar infection: a prospective study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:91–4.
- Johnson RF, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;13:157–60.
- Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:332–43.
- Licameli GR, Grillone, GA. Inferior pole peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;118:95–9.
- Risberg SP, Engfeldt P, Hugosson S. Incidence of peritonsillar abscess and relationship to age and gender: retrospective study. *Scand J Infect Dis* 2008;40:792–6.
- Varghese AJ, Chaturvedi VN. Peritonsillar abscess – Do we need anaerobic cover? *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;59:233–6.

Summary

Diagnosis and treatment of peritonsillar abscess

Peritonsillar abscess (PTA) is a painful, deep infection. With appropriate treatment, complete resolution is usually achieved. Symptoms of PTA are, in most cases very typical, but diagnosis and especially locating the abscess cavity may be more challenging. Although any age group can be affected, PTA is most common in adolescents and young adults. Pus from the abscess cavity has to be removed with either needle aspiration, incision and drainage, or in conjunction with tonsillectomy. Antibiotics and pain killers are also required. Most cases can be treated as an outpatient. If inadequately treated abscess can spread to neck and mediastinum, and infection may require emergent surgical treatment. When adequate equipment and knowledge available, most PTAs can be managed in primary health care as well.