

## میزان بروز عود آبسه دور لوزه و ارتباط آن با نوع درمان

دکتر محمدحسین تازیکی\*<sup>۱</sup>، ناصر بهنام پور<sup>۲</sup>، دکتر ساسان سیدین<sup>۳</sup>

### چکیده

مقدمه و هدف: عفونت فضای دور لوزه یکی از بیماری‌هایی است که می‌تواند به صورت سلولیت و یا آبسه ایجاد شود. درمان آنتی‌بیوتیکی، آسپیراسیون باسوزن، برش جراحی و درناژ و تونسیلکتومی از درمان‌های آن محسوب می‌شوند و در مواردی که عمل جراحی حذف لوزه صورت نگرفته باشد، ممکن است عود کند. لذا بر آن شدیم که طی یک مطالعه میزان عود آبسه دوره لوزه و ارتباط آن را با نوع درمان بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها: این مطالعه روی ۵۲ بیمار مبتلا به عفونت دوره لوزه انجام شد. ۴۵ مورد آبسه دور لوزه داشتند. بعد از استخراج مشخصات بیماری و اقدامات انجام شده با مراجعه به منازل آنها میزان موارد عود، بستری شدن مجدد در بیمارستان، فاصله عود احتمالی و همچنین عمل جراحی تونسیلکتومی انتخابی مورد پرسش قرار گرفت و مورد معاینه نیز قرار گرفتند. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۴۵ مورد آبسه دوره لوزه ۸ مورد (۱۷/۷ درصد) عود داشتند که از این تعداد ۶ مورد (۱۳/۳ درصد) یک بار و ۲ مورد (۴/۴ درصد) دوبار عود داشتند. بیشترین میزان عود در بیمارانی که فقط تحت درمان طبی قرار گرفته بودند، مشاهده شد. بین روش درمان و بروز عود آبسه ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ). همچنین بیشترین میزان بروز عود در سنین ۲۰-۲۹ سال بود. فراوانی نسبی آبسه دور لوزه در زنان ۲۸/۹ درصد و در مردان ۷۱/۱ درصد بود. بیشترین میزان بروز آبسه در زمستان و بهار بود. میزان بروز عود آبسه در مردان ۱۵/۶ درصد و در زنان ۲۳ درصد تعیین گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع قابل توجه عود در موارد آبسه دور لوزه انجام تونسیلکتومی به خصوص در سنین بالای بلوغ که احتمال عود زیادتر می‌شود، توصیه می‌گردد و در مواردی که تنها با درمان طبی، بیماری فروکش کرده است بایستی نسبت به انجام عمل تونسیلکتومی اهتمام بیشتری داشت.

واژه‌های کلیدی: عود، آبسه دوره لوزه، تونسیلکتومی

\*۱- متخصص گوش و حلق و بینی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

نشانی: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، معاونت پژوهشی دانشگاه

تلفن: ۴۴۲۱۶۶۰، نمابر: ۰۱۷۱-۴۴۲۱۶۵۷، پست الکترونیک: [hoseinta@yahoo.com](mailto:hoseinta@yahoo.com)

۳- پزشک عمومی

۲- کارشناس ارشد آمار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

## مقدمه

لوزه‌های کامی ارگان‌های لنفاوی هستند که بین چین‌های لوزه‌ای در اوروفارنکس قرار دارند (۱). فضای دور لوزه که بین عضلات تنگ کننده فوقانی و لوزه قرار گرفته، فضای بالقوه‌ای است که در موارد عفونت می‌تواند در آن چرک تجمع کند و به فضای بالفعل تبدیل شود. عفونت در این فضا می‌تواند به سایر فضاهای عمقی ناحیه گردن راه یابد. عفونت فضای دور لوزه می‌تواند به شکل سلولیت و یا آبسه اتفاق افتد. بروز آن در امریکا ۳۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر در طول سال می‌باشد که معادل ۴۵ هزار مورد جدید در سال است (۳-۱). ولی در سطح بین‌المللی به علت مقاومت آنتی‌بیوتیکی و عود<sup>۱</sup> بیشتر، بیماری زیادتر است (۲).

۳۰-۲۵ درصد بیماران در سنین کودکی هستند (۳). محدوده سنی بین ۷۶-۱ سال و بیشترین بروز آن در بین سنین ۳۵-۱۵ سال می‌باشد (۱).

اصولاً میکروارگانیسم‌های ایجادکننده تونسیلیت حاد و مزمن می‌توانند آبسه دوره لوزه<sup>۲</sup> را ایجاد کنند و معمولاً چندین میکروب هوازی و بی‌هوازی سبب ایجاد بیماری می‌شوند.

علائمی از جمله گلو درد، تب، دیس‌فاژی، درد گلو، گرفتگی صدا، ناخوشی و سر درد در این بیماران مبتلا دیده می‌شود و در معاینه تورم دور لوزه، انحراف زبان کوچک به سمت مقابل، آدنوپاتی گردنی، جابجایی لوزه به بالا و خارج و یا پایین و داخل می‌باشد.

درمان این بیماران شامل درمان طبی با آنتی‌بیوتیک و هیدراتاسیون و تجویز مسکن و درمان جراحی می‌باشد. درمان جراحی شامل آسپیراسیون چرک با سوزن و برش جراحی و تخلیه چرک است. برداشتن لوزه‌ها ممکن است با فاصله زمانی از آن انجام شود یا برای برداشتن لوزه هم‌زمان با درمان آبسه<sup>۳</sup> اقدام گردد.

این بیماری در صورت عدم درمان می‌تواند باعث بروز عوارضی از جمله گسترش به فضاهای دیگر گردن و اختلال تنفسی که خطرات جانی را نیز احتمالاً در پی خواهد داشت، گردد.

از آنجا که میزان عود آبسه در منابع مختلف متفاوت ذکر شده و ضرورت عمل جراحی حذف لوزه نیز با تاکیدات

مختلف ذکر گردیده است، بر آن شدیم تا ضمن بررسی موارد آبسه دور لوزه میزان عود بیماری را در گروه‌های سنی مختلف و بر اساس نوع درمان مورد مطالعه قرار دهیم.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی، به روش طولی روی بیماران مبتلا به عفونت فضای دوره لوزه طی سال‌های ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۸۲ انجام گرفت. اطلاعات لازم ابتدا از پرونده بیماران استخراج شد و ضمن ثبت مشخصات دموگرافیک، مدت و زمان بستری، نوع درمان، علایم بیماری، داروهای مورد استفاده و آدرس محل سکونت بیماران نیز مشخص شد.

سپس با مراجعه به بیماران با توجه به آدرس آنها اطلاعات تکمیلی از جمله عود، تعداد دفعات و فاصله زمانی آن، عمل جراحی لوزه و آخرین وضعیت آنها مورد بررسی و ثبت قرار گرفت. در این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به عفونت دوره لوزه که طی سال‌های ۷۶ لغایت ۸۲ به مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر گرگان مراجعه کرده و دارای پرونده بوده‌اند، مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات بعد از ورود به رایانه از طریق نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون آماری کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری آزمون  $\alpha=0/05$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

از مجموع ۵۲ مورد بیمار که با عفونت فضای دور لوزه بستری بودند، ۷ مورد تشخیص سلولیت بوده است که مبنای تشخیص، پاسخ سریع به درمان، معاینه بالینی پزشک متخصص و تشخیص نهایی توسط پزشک بوده است. لذا ۴۵ مورد آبسه دور لوزه در مطالعه ما مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از مجموع ۴۵ مورد آبسه دور لوزه بیشترین شیوع در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۴۰ درصد) و به دنبال آن گروه سنی ۱۹-۱۰ ساله با فراوانی ۲۲/۲ درصد قرار داشت. از ۴۵ مورد آبسه دور لوزه ۸ مورد (۱۷/۷ درصد) عود داشته‌اند که در ۶ مورد یک بار و در دو مورد دوبار عود داشته‌اند (جدول ۱). میانگین زمانی بین تشخیص اولیه تا عود ۱۰ ماه بوده است. از ۴۵ مورد آبسه دور لوزه ۱۱ مورد به صورت الکتیو تحت عمل جراحی لوزه قرار گرفته بودند که ۸ مورد آنها مواردی بوده است که حداقل یک بار عود داشته‌اند و بعداً جهت عمل جراحی لوزه مراجعه کرده‌اند.

میزان عود آبسه در میان کسانی که به روش درمان طبی

<sup>1</sup> Recurrence

<sup>2</sup> Peritonsillar abscess

<sup>3</sup> Tonsillectoma achaud

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی عود آبه به تفکیک روش درمان در جمعیت بیماران مبتلا به آبه دور لوزه

مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان طی سالهای ۱۳۷۶ الی ۱۳۸۲

جمع	عود آبه دور لوزه				روش درمان
	عود کل	دوبار	یک بار	نداشته	
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
۷ (۱۰۰)	۲ (۲۸/۶)	۱ (۱۴/۳)	۱ (۱۴/۳)	۵ (۷۱/۴)	طبی
۸ (۱۰۰)	۱ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۱ (۱۲/۵)	۷ (۸۷/۵)	طبی همراه آسپیراسیون با سوزن
۳۰ (۱۰۰)	۵ (۱۶/۶)	۱ (۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۲۵ (۸۳/۳)	طبی همراه برش جراحی و درناژ
۴۵ (۱۰۰)	۸ (۱۷/۷)	۲ (۴/۴)	۶ (۱۳/۳)	۳۷ (۸۲/۲)	جمع

می‌دهد که میزان بروز عود در این مطالعه از دیگر مطالعات بیشتر است که این مسأله می‌تواند ناشی از مقاومت آنتی‌بیوتیکی و نیز روش‌های متفاوت درمانی باشد.

در این مطالعه بیشترین میزان بروز عود آبه دور لوزه در درمان طبی تنها دیده می‌شود (۲۸/۶ درصد) که این می‌تواند به معنای ناکافی بودن این درمان باشد.

کمترین میزان بروز عود در روش آسپیراسیون با سوزن دیده می‌شود (۱۲/۵ درصد) و در درمان به روش برش جراحی و درناژ ۱۶/۸ درصد می‌باشد.

در پیشینه پژوهش در مطالعه ولف و همکاران میزان بروز عود در روش آسپیراسیون با سوزن ۲۳/۲۶ درصد و در روش برش جراحی و درناژ ۴/۰۵ درصد می‌باشد (۴) و در مطالعه‌ای که توسط جانسون و همکاران انجام گرفت، تأثیر روش‌های مختلف درناژ یکسان ذکر شده است (۷) که نتایج مطالعه ولف با نتایج این مطالعه تفاوت دارد و مطالعه جانسون به نتایج این پژوهش نزدیک‌تر است. متأسفانه در این مطالعه از روش درمانی تونسیلکتومی اورژانس استفاده نشده است تا با مطالعات دیگر که از این روش استفاده کرده‌اند، مقایسه شود.

در این مطالعه بیشترین میزان بروز عود در سنین ۲۰-۲۹ سالگی (دهه سوم زندگی) (۲۲/۲ درصد) رخ داده است و کمترین میزان بروز عود (۱۲/۵ درصد) به سنین بعد از ۳۰ سالگی مربوط می‌باشد. در مطالعه کریستین نیز بیشترین میزان عود در سنین بین ۲۰-۳۰ سال می‌باشد و تا ۹۰ درصد عود در افراد زیر ۳۰ سال اتفاق می‌افتد و در بیماران بالای ۴۰ سال عود اتفاق نیفتاد (۸). این مقایسه نشان می‌دهد که نتایج مطالعات فوق با نتایج این مطالعه تقریباً یکسان است و نتیجه می‌گیریم که با افزایش سن از ۳۰ سال به بعد از میزان عود کاسته می‌شود. از طرفی در این مطالعه ۱۰۰ درصد عود دوباره تا سن

مورد معالجه قرار گرفته‌اند ۲۸/۶ درصد بوده است. در حالی که در بیمارانی که به روش درمان طبی و آسپیراسیون مورد معالجه قرار گرفته‌اند، تنها ۱۲/۵ درصد و در بیمارانی که به روش برش جراحی و درناژ مورد معالجه قرار گرفتند، ۱۶/۷ درصد بود. این مقادیر ارتباط معنی‌داری را بین روش درمان و میزان عود آبه نشان می‌دهد ( $P < 0.05$ ).

بیشترین میزان عود در رده سنی ۲۰-۲۹ سال بوده است (۲۲/۳ درصد) و در رده سنی ۱۹-۰ سال ۱۸/۲ درصد و در رده سنی ۳۰ سال به بالا ۱۲/۵ درصد بوده است (جدول ۲).

از ۴۵ بیمار دارای آبه دور لوزه ۳۲ نفر مرد (۷۱/۱ درصد) و ۱۳ نفر زن (۲۸/۹ درصد) بودند. از ۸ مورد عود آبه دور لوزه ۳ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند که از سه نفر زن دو مورد آنها دوبار عود داشته‌اند ولی در ۵ مورد مردان هر کدام تنها یک بار عود داشته‌اند.

میزان آبه دور لوزه در فصل بهار و زمستان هر کدام ۲۸/۹ درصد و در فصل پاییز و تابستان نیز به ترتیب ۲۴/۴ درصد و ۱۷/۸ درصد بوده است. در این مطالعه هیچ عارضه‌ای از آبه دور لوزه در بیماران مشاهده نگردید. در ۱۱ مورد از این بیماران تونسیلکتومی<sup>۱</sup> اینتروال انجام شد ولی تونسیلکتومی اورژانس انجام نشده است.

## بحث

در این مطالعه میزان بروز عود آبه دور لوزه ۱۷/۷ درصد بود. در مطالعه ولف و همکاران این میزان ۱۴/۳ درصد بوده است (۴). در مطالعه هرزون ۱۰ الی ۱۵ درصد (۵)، در مطالعه اونگ و همکاران ۹/۲ درصد (۶) و در مطالعه جاکوبسن ۱۰/۲ درصد بوده است. مقایسه این مطالعه با دیگر مطالعات نشان

<sup>1</sup> Tonsillectomy

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی عود آبسه به تفکیک سن در جمعیت بیماران مبتلا به آبسه دور لوزه

مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان طی سال‌های ۱۳۷۶ الی ۱۳۸۲

جمع	عود آبسه دور لوزه				گروه‌های سنی
	عود کل	دوبار	یک‌بار	نداشته	
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
۱۱ (۱۰۰)	۲ (۱۸/۲)	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	۹ (۸۱/۸)	۰-۱۹
۱۸ (۱۰۰)	۴ (۲۲/۲)	۱ (۵/۵)	۳ (۱۶/۷)	۱۴ (۷۷/۸)	۲۰-۲۹
۱۶ (۱۰۰)	۲ (۱۲/۵)	۰ (۰)	۲ (۱۲/۵)	۱۴ (۸۷/۵)	۳۰ ≤
۴۵ (۱۰۰)	۸ (۱۷/۷)	۲ (۴/۴)	۶ (۱۳/۳)	۳۷ (۸۲/۲)	جمع

فراوانی نسبی انجام تونسیلکتومی اینتروال در این مطالعه ۲۴/۴ درصد بود که در مقایسه با مطالعه موئیر و همکاران (۴۷/۲ درصد) (۱۱)، کمتر می‌باشد و شاید علت کمتر بودن آن به علت عدم آگاهی کافی از مزایای تونسیلکتومی اینتروال و احتمالاً سطح پایین اقتصادی باشد. همچنین معلوم شد از ۱۱ مورد تونسیلکتومی انجام شده ۷ مورد به دنبال عود آبسه تونسیلکتومی شده‌اند (۷ مورد از ۸ مورد) که این امر می‌تواند مؤید این نکته باشد تا زمانی که بیماران دچار عود نشده‌اند، برای انجام تونسیلکتومی اینتروال مراجعه نکرده‌اند.

بنابراین با توجه به ارتباط نوع درمان با عود بیماری پیشنهاد می‌شود در زمانی تشخیص احتمالی ما آبسه دور لوزه است، حتماً همراه درمان طبی از روش‌های جراحی استفاده کنیم و همچنین از آنجایی که اکثر بیماران تا زمانی که دچار عود آبسه نشده‌اند، برای تونسیلکتومی اینتروال مراجعه نکرده‌اند و نادر بودن عود بعد از تونسیلکتومی (۳)، توصیه می‌شود ضمن آگاهی دادن به بیمار درباره احتمال عود، وی را به انجام جراحی لوزه در زمان مناسب تشویق کنیم.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله تشکر خود را از کارکنان مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر گرگان و نیز از کارکنان معاونت پژوهشی دانشگاه، به خصوص خانم لاله شریفی، اعلام می‌دارند.

۳۰ سالگی اتفاق می‌افتد که این مؤید همین نظریه است. از طرفی در این مطالعه بیشترین میزان عود دوباره در گروه سنی ۰-۱۹ سال می‌باشد (۹/۱ درصد) که شاید به علت شیوع بیشتر تونسیلیت‌های مکرر در این سنین است. البته موارد عود دوباره در پیشینه پژوهش گزارش نشده است.

بیشترین فراوانی آبسه دور لوزه در سنین ۲۰-۲۹ سالگی و بعد از آن در سنین ۱۹-۱۰ سالگی می‌باشد در مطالعه نیپینگ بیشترین سن بروز آبسه دور لوزه در دهه ۲ و ۳ ذکر شده است (۹)، در مطالعه ماتسودا و همکاران نیز ۶۶/۶ درصد بیماران در محدوده سنی ۲۰-۳۹ (۱۰) و در مطالعه کریستن و همکاران سن متوسط بروز آبسه دور لوزه را ۲۰-۳۰ سال عنوان کرده‌اند (۸) و نتایج پژوهش‌های مذکور با نتایج ما تفاوت ندارد.

درصد میزان فراوانی نسبی عود در گروه زنان ۲۳/۱ درصد و در گروه مردان ۱۵/۶ درصد می‌باشد. در این مطالعه بیشترین میزان بروز آبسه در فصل بهار و زمستان (۲۸/۹ درصد) و کمترین آن در فصل تابستان (۱۷/۸ درصد) است.

در این مطالعه آبسه دور لوزه در بیماران عوارضی ایجاد نکرد ولی در مطالعه ماتسودا و همکاران ۱۳ مورد (۱/۸ درصد) بود (۱۰) که این می‌تواند بیانگر این باشد که درمان ما کافی بوده و بیماری به موقع تشخیص داده شده است.

### منابع

- 1) Gosselin BJ, Daley BJ, Talavera F, Friedman AL, Zamboni P, Geibel J. Peritonsillar Abscess. <http://emedicine.com/med/topic2803.htm>. last updated: October 25, 2004.
- 2) Kazzi AA, Glick M, Talavera F, Fourre MW, Halamka J, Mallon WK. Peritonsillar Abscess. <http://emedicine.com/emerg/topic417.htm>. last updated: August 7, 2004.
- 3) Segal G, Kumar A, Konop R, Bomachowske J, Tolan RW, Steele R. Peritonsillar Abscess. [\[emedicine.com/ped/topic2684.htm\]\(http://emedicine.com/ped/topic2684.htm\). last updated: July 27, 2004.](http://</a></li>
</ol>
</div>
<div data-bbox=)

- 4) Wolf M, Even-Chen I, Kronenberg J. Peritonsillar abscess: repeated needle aspiration versus incision and drainage. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1994; 103(7):554-7.

- 5) Herzon FS, Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope*. 1995; 105(8 Pt 3 Suppl 74):1-17.

- 6) Ong YK, Goh YH, Lee YL. Peritonsillar infections: local experience. Singapore Med J. 2004; 45(3):105-9.
- 7) 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.
- 8) Franzese CB, Isaacson JE. Peritonsillar and parapharyngeal space abscess in the older adult. Am J Otolaryngol. 2003; 24(3):169-73.
- 9) Knipping S, Passmann M, Schrom T, Berghaus A. Abscess tonsillectomy for acute peritonsillar abscess. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2002; 123(1):13-6.
- 10) Matsuda A, Tanaka H, Kanaya T, Kamata K, Hasegawa M. Peritonsillar abscess: a study of 724 cases in Japan. Ear Nose Throat J. 2002; 81(6):384-9.
- 11) Muir DC, Papesch ME, Allison RS. Peritonsillar infection in Christchurch 1990-2: microbiology and management. N Z Med J. 1995; 108(994):53-4.