

Postępowanie w nawracających zapaleniach migdałków u dzieci

Management of recurrent tonsillitis in children

GRAŻYNA NIEDZIŁSKA

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii, Akademii Medycznej w Lublinie, ul. Chodźki 2, 20-093 Lublin

Migdałki podniebienne odgrywają istotną rolę w miejscowej regulacji układu odpornościowego oraz w układowym nadzorze immunologicznym.

Nawracające, ostre i przewlekłe zakażenia migdałków podniebiennych prowadzą do ich przerostu, upośledzając drożność drogi oddechowej.

Wśród najczęściej spotykanych patogenów stwierdza się paciorkowce beta-hemolizujące grupy A. Nierzadko zakażenia u dzieci są wywołane przez drobnoustroje wytwarzające beta-laktamazy.

Właściwa antybiotykoterapia zapobiega występowaniu powikłań miejscowych i ogólnych choroby. W przypadkach nawracających i przewlekłych zapaleń, połączonych z przerostem tkanki migdałkowej, w leczeniu stosuje się tonsillektomię.

Otorynolaryngologia, 2003, 2(1), 8-10

Słowa kluczowe: nawracające zapalenie migdałków, leczenie

The lymphoid tissue within the pharyngeal region of the oral cavity comprising Waldeyer's ring, provides an important immunological organ for protection of the body and the production of tissue and serum immunoglobulins.

Chronic and recurrent tonsillar infections are most common in young children below the age of 10 years.

Chronic tonsillitis is the common indication for tonsillectomy. It is often caused by an inappropriate antibiotic therapy for acute tonsillitis. Thus, it is very important to be conversant with the bacteriology.

Otorynolaryngologia, 2003, 2(1), 8-10

Key words: recurrent tonsillitis, treatment

Migdałki podniebienne stanowią większość tkanki limfatycznej pierścienia Waldeyera pełniącego ważną rolę w układzie immunologicznym. Większość komórek migdałków stanowią limfocyty B, chociaż znajdują się tu także limfocyty T, komórki plazmatyczne, tuczne, granulocyty i makrofagi. W błonie śluzowej ściany przewodu pokarmowego, oddechowego i przewodów układu moczowo-płciowego znajduje się wiele limfocytów i komórek plazmatycznych, które naciekają tkankę łączną właściwą i nabłonki. Komórki te tworzą układ czynnościowy, nazywany tkanką limfoidalną błony śluzowej (ang. *mucose associated lymphoid tissue – MALT*). Wśród limfocytów MALT przeważają limfocyty B i komórki plazmatyczne (w tkance łącznej błony śluzowej) oraz limfocyty T cytotoksyczne i NK (w nabłonkach). Ich występowanie w tych miejscach jest wyrazem zajmowania przez komórki immunologicznie kompetentne strategicznych pozycji wobec antygenów światła tych narządów. Głównym mechanizmem efektorowym w MALT jest sekrecyjne IgA, które jest przeciwciałem mogącym przechodzić przez błony śluzowe i pomaga zapobiegać wniknięciu zakaźnych mikroorganizmów.

Dziecko rodzi się z zawiązkami migdałków w pierścieniu gardłowym. Ulegają one z wiekiem powiększeniu

i osiągają właściwy kształt. Rola tkanki adenoidalnej jest od wielu lat dyskutowana. Przyjmuje się, że ma ona na celu ochronę ustroju ludzkiego przed czynnikami szkodliwymi, drobnoustrojami chorobotwórczymi, które wnikają drogą oddechową oraz pokarmową. Największy rozwój tkanki migdałkowej przypada na wiek dziecięcy, z czego wnioskować można, że w tym okresie odgrywają one najważniejszą rolę. W pewnych przypadkach chore migdałki przestają spełniać swoją czynność obronną, mogą natomiast stać się źródłem niebezpiecznych dla ustroju powikłań. Z tego powodu właściwe leczenie zapaleń tych struktur jest bardzo ważnym i odpowiedzialnym zadaniem lekarza. Poznanie roli, jaką pełnią migdałki w układzie immunologicznym, a także patofizjologii zakażeń górnych dróg oddechowych zaowocowało tendencją do leczenia zachowawczego. Z drugiej strony migdałki patologicznie zmienione tracą swoją funkcję obronną i odgrywają istotną rolę w patogenezie wielu chorób reumatycznych i reumatoidalnych, zapaleń kłębuszków nerkowych i innych chorób z autoagresji. Wykazano, że u dzieci z przewlekłym zapaleniem migdałków stwierdza się statystycznie częstsze występowanie krążących kompleksów immunologicznych. Dowodzi to roli patogennej migdałków, jako aktywnego immunologicznie

ogniska zapalnego i wskazuje na zagrożenie rozwinięciem chorób z autoagresji. Niewłaściwe leczenie anginy może być powodem powstania tego typu powikłań.

Najczęściej izolowaną bakterią w posiewie wymazu z gardła jest paciorkowiec beta-hemolizujący grupy A (GABHS), często powiązany z zakażeniem *Haemophilus influenzae* i *Staphylococcus aureus*. Drobnoustrój ten wzbudza szczególnie zainteresowanie, ponieważ może powodować chorobę reumatyczną, jak i ostre zapalenie nerek. Szczyt zachorowań na zapalenia migdałków GABHS przypada na okres zimowy i wiosenny. Częściej dotyczy osób zamieszkujących obszary o chłodniejszym klimacie. Paciorkowiec rozprzestrzenia się drogą kropelkową. Bliskie kontakty w żłobkach, przedszkolach, szkołach i rodzinach wielodzietnych są czynnikiem ryzyka. Częstość nosicielstwa GABHS szacuje się na 10-50%. Nosiciele GABHS mają dodatkowo posiewy bez wzrostu miana antystreptolizyny (ASO). Ryzyko przenoszenia GABHS lub rozwijania powikłań są u nosicieli małe. Wczesna diagnostyka streptokokowego zapalenia migdałków jest ważna z punktu widzenia powikłań sercowych czy nerkowych [1,2,3].

Najważniejszą wartością predykcją mają adenopatia, gorączka i wysięk w migdałkach. Większość klinicystów zaleca wykonywanie posiewu wymazu z gardła i uważa tę procedurę za „złoty” standard w ocenie i leczeniu infekcji paciorkowcowych. W sytuacji podejrzenia etiologii paciorkowcowej można wykonać szybki test. Ponieważ specyficzność tych testów wynosi 90%, czułość 60-90%, a koszt jest wyższy niż posiew, ten ostatni znajduje większe zastosowanie. Testy serologiczne na ASO są natomiast jednoznacznym środkiem diagnostycznym w ostrej infekcji paciorkowcowej.

Nadal lekiem z wyboru w leczeniu infekcji paciorkowcowych pozostaje Penicylina, którą stosuje się najpierw parenteralnie, a następnie doustnie przez co najmniej 10 dni, co zmniejsza ryzyko ponownego uaktywnienia się zakażenia. Dawkowanie 2 x dziennie jest równie skuteczne jak 4 x dziennie [1,2]. W sytuacji alergii na peniciliny lekiem z wyboru są makrolidy.

Większość pacjentów z dodatnimi posiewami to nosiciele GABHS, nie powinno się ich ponownie leczyć, jeżeli objawy choroby ustąpiły. Pacjenci, których członkowie rodziny mieli w wywiadzie gorączkę reumatyczną, wymagają eradykacji bakterii. W tych przypadkach można zastosować Klindamycynę lub ponownie penicylinę z rifampicyną. U pacjentów z nawracającymi objawami diagnostyka serotypowa może ułatwić rozróżnienie nawrotowości od oporności bakterii na leczenie. Nie ma uzasadnienia profilaktycznej antybiotykoterapii. W tej grupie pacjentów zaleca się tonsilektomię. Podczas antybiotykoterapii należy monitorować przyjmowanie płynów, leczenie przeciwbólowe. Dzieci małe mogą szybko ulec odwodnieniu. Nie należy stosować tabletek do ssania zawierających antybiotyki lub środek antyseptyczny,

ponieważ zwiększają one ryzyko zakażenia grzybami drożdżopodobnymi.

Nierzadko zakażenia u dzieci są wywoływane przez drobnoustroje wytwarzające beta-laktamazy, bądź otoczkowe bakterie beztlenowe; mogą być także zakażenia mieszane. Powiększenie migdałków podniebiennych wykazuje ścisły związek z długotrwałym zakażeniem *Haemophilus influenzae* wytwarzającym beta-laktamazę [4]. Zakażenia tego typu bakteriami oznaczają ograniczoną skuteczność penicyliny w leczeniu anginy i spowodowały zainteresowanie cefalosporynami, szczególnie o dłuższym okresie półtrwania, pozwalającym na stosowanie leku co 12 godzin.

Tonsilektomia

Tonsilektomia jako prewencja jest ideą popularną od dziesięcioleci. W latach 70. poddano ją osądowi ze względu na brak uzasadnienia naukowego. W ostatnich latach potwierdzono natomiast zasadność tonsilektomii w nawrotowym zapaleniu migdałków. Zabieg ten jednakże proponuje się tym pacjentom, którzy spełniają ścisłe kryteria [5].

Bezwzględne i względne wskazania do tonsilektomii zostały zawarte w tab. I.

Tabela I. Wskazania bezwzględne i względne do tonsilektomii

Wskazania bezwzględne	Wskazania względne
<ul style="list-style-type: none"> - przerost migdałków podniebiennych powodujący bezdechy podczas snu lub także w trakcie czuwania, - nawracające krwotoczne zapalenia migdałków podniebiennych, - podejrzenie nowotworu złośliwego migdałka, - ropień okołomigdałkowy 	<ul style="list-style-type: none"> - nawracające zapalenia migdałków (5-7 incydentów w ciągu roku), - przewlekłe zapalenie migdałków utrzymujące się dłużej niż 3-6 miesięcy, - zapalenie węzłów chłonnych szyi towarzyszące przewlekłemu zapaleniu migdałków, - zaburzenia polykania spowodowane przerostem migdałków, - powikłania ogólne w przebiegu przewlekłego zapalenia migdałków (usuwanie źródła zakażenia)

Najczęstszym wskazaniem do tonsilektomii u dzieci są nawracające ostre lub przewlekłe zapalenia migdałków połączone z ich przerostem. Przerost migdałków podniebiennych upośledza drożność drogi oddechowej, objawiając się chrapaniem, niespokojnym snem, porannymi bólami głowy. Mogą im towarzyszyć zaburzenia mowy, trudności w polykaniu pokarmów stałych i zaburzony rozwój psychomotoryczny. Operację należy rozważyć, gdy objawy powyższe utrzymują się dłużej niż 3-6 miesięcy, mimo zastosowanego leczenia odpowiednim antybiotykiem.

Reasumując, należy podkreślić, że tkanka adenoidalna odgrywa bardzo istotną rolę w organizmie dziecka. Właściwe postępowanie lecznicze w przypadku zakażenia migdałków pozwala na uniknięcie wielu chorób i nieprawidłowości związanych z ich patologią.

Piśmiennictwo

1. Gerber MA. Antibiotic resistance: relationship to persistence of group A streptococci in the upper respiratory tract. *Pediatrics* 1996; 97: 971-975.
2. Kaplan EL. Group A streptococci infections. In R. D. Feigin & J. D. Cherry (Eds.), *Textbook of pediatric infectious diseases*. 1992; 3 ed.: 1296-1305.
3. Markowitz M, Gerber MA, Kaplan EL. Treatment of streptococcal pharyngotonsillitis: reports of penicillin's demise are premature. *J Pediatr* 1993; 123: 679-685.
4. Brook I. Treatment of patients with acute recurrent tonsillitis due to group A beta-haemolytic streptococci: A prospective randomized study comparing penicillin and amoxicillin/clavulanate potassium. *J Antimicrobiol Chem* 1989; 24: 227-233.
5. Burton MJ, Towler B, Glasziou P. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic / recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: 1469-493.