

JOHANNA WIKSTÉN  
LT, erikoislääkäri  
HYKS, korva-, nenä- ja  
kurkkutautien klinikka  
johanna.wiksten@hus.fi

## Peritonsillaaripaiseen diagnosointi ja hoito

Peritonsillaaripaiseen diagnoosi on kliininen, eikä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia tarvita. Hyvävoitaisen aikuispotilaan peritonsillaaripaiseen voi useimmiten avata ja hoitaa perusterveydenhuollossa. Tarvitset oikean välineistön, mielellään apuhenkilön ja rauhallisen tilan. Osa peritonsillaaripaisepotilaista tarvitsee erikoissairaanhoidon hoitoa tai seurantaa.

Peritonsillaaripaise sijaitsee nielurisan yläpuolella tai sen lateraalisivulla, nielun lihaksiston ja nielurisan kapselin välisessä löyhää sidekudosta sisältävässä tilassa. Sinne kertyvä märkä työntää risaa mediaalisesti ja usein uvulaa keskiviivan yli.

Kyseessä on yleinen vaiva: HYKS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien päivystyksessä hoidetaan vuosittain noin 800 peritonsillaaripaisepotilasta ja vuosittainen esiintyvyys on noin 40/100 000 asukasta (1). Tauti on yleisin nuorilla aikuisilla, mutta se voi esiintyä missä iässä tahansa. Yleisesti se on mielletty nielurisatulehduksen komplikaatioksi, mutta viimeaikaiset tutkimukset antavat aiheetta epäillä myös pienten sylkirauhasten tulehdusta taudin taustalla, ja silloin syynä voivat olla mm. huonokuntoiset hampaat tai tupakointi (2).

Yleensä hoidoksi riittää avaus ja suun kautta otettava penisilliinilääkitys, mutta joskus tarvitaan osastohoitoa ja mahdollisesti nielurisaleikkaus. Hoitoja vertailevia satunnaistettuja tutki-

Punoitus, laajempi palpaatioarkuus kaulalla tai pään kääntämisen vaikeus voivat viitata syvempään kaulapaiseeseen (4). Myös hengitysvaikeus viittaa muuhun diagnoosiin. Jos nielurisan pinnalla havaitaan laseraatio tai risojen koossa selvä puoliero, erotusdiagnoosiikassa kannattaa pitää mielessä myös harvinaisemmat taudit (taulukko 2).

Peritonsillaaripaiseen havaitsemiseksi riittää korvalääkärin perusvälineistö (kuva 1), eikä kuvantamistutkimuksia tai laboratoriotutkimuksia tarvita. CRP- ja leukosyyttiarvot voivat auttaa potilaan yleistilan arvioinnissa, mutta paiseen diagnoosi on kliininen (5).

Mononukleoosia tavataan 4–6 %:lla peritonsillaaripaisepotilaista (3), joten sen testaaminen esimerkiksi pikatestillä voi olla hyödyllistä diagnoosin tarkentamiseksi. Nielun limakalvolta otetun bakteeriviljelyn ei ole todettu muuttavan hoitolinjaa, sillä viljelyvastauksen saaminen on hidasta ja sen valmistuttua potilaan hoito on jo edennyt pitkälle (6).

Joillain potilailla yökkäysrefleksi voi olla poikkeuksellisen voimakas. Tällöin potilasta kannattaa pyytää rentouttamaan hartiat ja hengittämään suun kautta rauhallisesti. Kerro samalla mitä olet tekemässä. Tulehdus parentalihaksissa voi estää suun avaamisen.

Diagnoosia tehdessä nielurisojen epäsymmetrisyys voi joskus johtaa harhaan, mutta siinä auttaa, kun keskityt peritonsillaaritalaan. Voit kokeilla pumpulitikulla, onko alue nielurisan yläpuolella tai lateraalipuolella pinkeä ja arka. Vertaa löydöstä toiseen puoleen – terve peritonsillaaritala myötä eikä arista. Peilaa lopuksi kurkunpää turvotuksen poissulkemiseksi.

Joskus harvoin peritonsillaaripaise voi olla molemmilla puolilla. Tällöin potilas on hyvin kipeä, suu ei aukea eikä nieleminen onnistu. Useimmiten potilas kannattaa tässä tilanteessa

### Peritonsillaaripaiseen diagnoosi on kliininen.

muksia on julkaistu niukasti, mutta hoidon kulmakivet ovat vakiintuneet. Lapsilla hoitolinja on yleensä konservatiivisempi kuin aikuisilla.

#### Mikä avuksi diagnoosia tehdessä?

Peritonsillaaripaiseen diagnoosi on kliininen (taulukko 1). Usein potilaalla on taustalla nielurisatulehdus ja mahdollisesti antibioottihoitokin on jo aloitettu. Aina kuitenkin näin ei ole ja oirekuva saattaa olla hyvinkin lyhyt; toispuolinen kipu on alkanut yhtäkkiä muutaman päivän sisällä ja nyt nieleminen on kivuliasta. Kivun säteily korvaan voi olla diagnoosia vahvistava oire (3).

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Klug TE, Rusan M, Fuursted K, Ovesen T. Fusobacterium necrophorum: most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. Clin Infect Dis 2009; 49:1467–72.
- 2 El-Saied S, Puterman M, Kaplan DM, Cohen-Lahav M, Joshua BZ. Involvement of minor salivary glands in the pathogenesis of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg 2012;147:472–4.
- 3 Windfuhr JP, Zurawski A. Peritonsillar abscess: remember to always think twice. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016;273:1269–81.
- 4 Horváth T, Horváth B, Varga Z ym. Severe neck infections that require wide external drainage: clinical analysis of 17 consecutive cases. Eur Arch Otorhinolaryngol 2015;272:3469–74.
- 5 Powell J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngology 2012;37:136–45.
- 6 Repanos C, Mukherjee P, Alwahab Y. Role of microbiological studies in management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol 2009;123:877–9.
- 7 Kim DK, Lee JW, Na YS, Kim MJ, Lee JH, Park CH. Clinical factor for successful nonsurgical treatment of pediatric peritonsillar abscess. Laryngoscope 2015;215:2608–11.
- 8 Wikstén JE, Pitkäranta A, Blomgren K. Metronidazole in conjunction with penicillin neither prevents recurrence nor enhances recovery from peritonsillar abscess when compared with penicillin alone: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Antimicrob Chemother 2016;71:1681–7.

## TAULUKKO 1.

### Peritonsillaaripaisepotilaan oireita ja löydöksiä.

Oireita	Löydöksiä
Yleisvoiminnan heikkous	Kuume, dehydraatio
Kurkkukipu, usein toispuolinen	Punoitus ja turvotus pehmeässä suulaessa nielurisan yläpuolella ja/tai sen vieressä
Korvaan säteilevä kipu	Mahdollinen tonsilliitti
Puheen ja suun avaamisen vaikeus	Leukalukko
Nielemisvaikeus ja kipu	Puuromainen puhe
Makuhäiriö	Kuolaut Turvonneet imusolmukkeet leukakulmassa Uvulan siirtyminen keskiviivan yli

lähettää erikoissairaanhoidon diagnoosin varmistamiseksi.

### Miten tyhjennän paiseen?

Peritonsillaaripaiseen hoidossa antibioottilääkityksen aloittamisen ja kivun hoidon lisäksi tärkeää on paiseontelon tyhjennys. Se voidaan tehdä aspiroimalla neulalla tai viiltämällä veitsellä paikallispuudutuksessa tai nielurisaleikkauksen yhteydessä yleisanestesiassa (5). Nielurisaleikkaukseen verrattuna paikallispuudutuksessa tehdyn avauksen etuja ovat nopea kivun lievittyminen, resurssien säästyminen polikliinisellä hoitokäynnillä ja lyhyt sairausloma. Paiseen ollessa pieni, varsinkin lapsilla, pelkkä antibiootti-

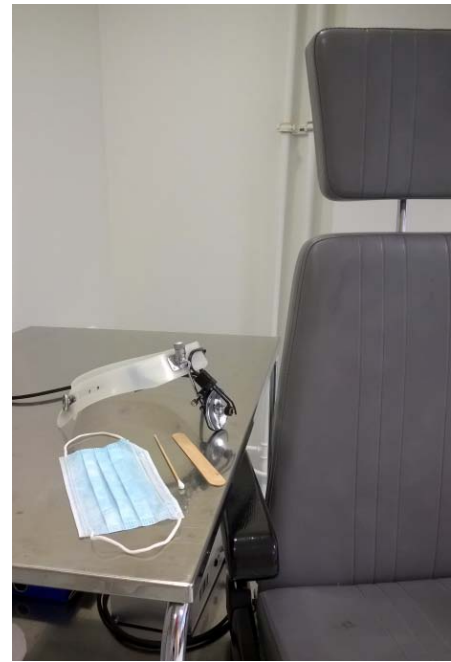
## TAULUKKO 2.

### Peritonsillaaripaiseen erotusdiagnostisia vaihtoehtoja.

Erikokoiset nielurisat  
Syvä kaulapaise (esim. hammasperäinen)  
Retrofaryngeaalipaise  
Intratsyllaaripaise (esim. vierasesineperäinen)  
Lymfooma  
Levyepiteelikarsinooma  
Metastaasi  
Pleomorfinen adenooma  
Lipooma  
Paragangliooma  
Schwannooma  
Sisemmän kaulavaltimon aneurysma

## KUVA 1.

### Välineistö peritonsillaaripaiseen havaitsemiseksi.



hoito ja seuranta osastolla erikoissairaanhoidossa voivat riittää (7).

Suurin osa peritonsillaaripaisepotilaista on terveitä nuoria aikuisia ja heidän paiseensa voidaan avata perusterveydenhuollossa, kunhan välineistö on riittävä (kuva 2).

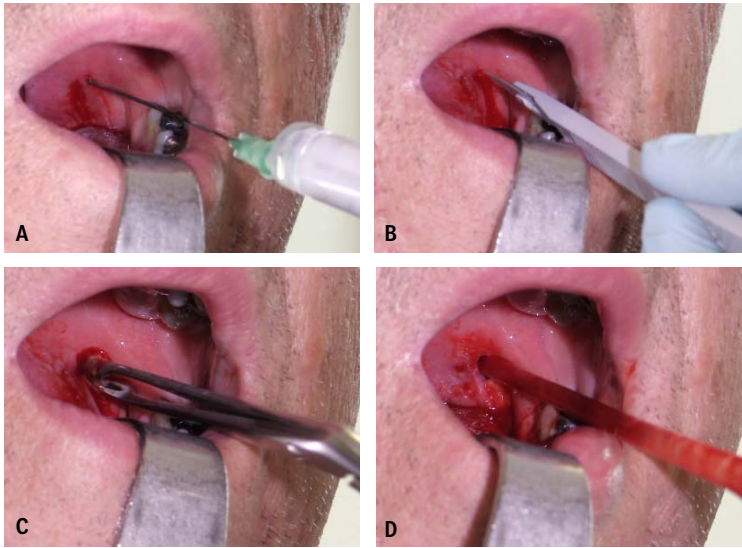
Puuduta limakalvo 1-prosenttisella lidokaiini-adrenaliiniseoksella. Vie neula limakalvon alle samalla lisäten puudutetta. Pysähdy kohtaan, jossa neula tuntuu uppoavan helpommin kudokseen ja koeta aspiroiden, oletko löytänyt paiseen. Voit aspiroida paiseen tyhjäksi, jos olet päättänyt valita sen hoitolinjaksi. Jos märkää ei ilmesty ruiskuun, vaihda kohtaa ja tee uusi puudutus ja aspiraatio kolmeen eri kohtaan myötäillen nielurisan muotoa lateraalisesti. Ole kuitenkin tarkkana, ettet joudu risakudokseen vaan pysyt peritonsillaaritulassa.

Paise voi sijaita usean cm:n syvyydessä sagittaalisuunnassa, joten etene rauhallisesti puudutetta lisäten. Jos paise sijaitsee kovin alhaalla, se saattaa jatkua parafaryngeaalitilaan, ja nämä potilaat voivat joutua päivystysleikkauksen paiseen avaamiseksi. Muista, että sisempi

KUVA 2.

### Peritonsillaaripaiseen avaamiseen tarvittavat välineet.

- A. Kulmalasta, pitkä 25G:n neula ja 5 ml:n ruisku, jossa on puudutetta.
- B. Veitsi (no 11) paiseontelon avaamiseksi.
- C. Tamponipihti paiseontelo raottamiseksi.
- D. Metall- tai lasi-imu paiseontelon tyhjentämiseksi.



kaulavaltimo sijaitsee noin 2–2,5 cm:n päässä nielurisasta lateraalisesti ja posteriorisesti. Kun pysyt hammasrivistön mediaalipuolella, olet turvallisilla vesillä.

Kun olet paikantanut paiseen aspiroimalla, mieti, onko puuduteainetta vielä lisättävä pintaan ennen viiltoa. Avaa paiseontelo terävästi veitsellä, raota sitä tamponipihdillä ja lopuksi ime paiseontelo tyhjäksi lasi- tai metalli-imulla. Välineet kannattaa ottaa valmiiksi esille ja pyytää hoitaja paikalle avuksi ojentamaan instrumentteja. Itse toimenpide käy nopeasti, kun valmistelut ovat riittävät.

#### Mitä sitten, kun paise on tyhjennetty?

Usein potilaat ovat syöneet ja juoneet edeltäpäivinä päivinä huonosti. Puudutus häviää noin tunnissa, ja sen jälkeen potilas voi syödä ja juoda normaalisti. Potilasta voi nesteyttää myös suoneen, jos hänen olonsa on kovin heikko. Muista tällöin tarkistaa, että potilaan vointi on kohentunut ennen kotiinlähtöä.

Huolehdi myös riittävästä kipulääkityksestä. Tulehduskipulääkkeen ja parasetamolien yhdis-

telmä voi olla aluksi tarpeen, mutta kivun pitäisi huomattavasti helpottaa lähipäivinä. Jos kipuu uusi tai se ei lieviy, potilaan vointi pitää tarkastaa vastaanotolla.

Terveelle aikuiselle riittää antibiootiksi penisilliini 1 milj. KY kolmesti päivässä 10 päivän ajan. Laajempikirjoisen antibiootin käytöstä ei ole todettu olevan hyötyä (8). Potilaille, joille penisilliini ei sovi, voidaan aloittaa kefaleksiini- tai amoksisilliinihoito ja tarvittaessa lisätä rinnalle metronidatsoli, etenkin jos paiseontelo on aspiroitu tyhjäksi. Penisilliinille allergisille potilaille voidaan antaa klindamysiiniä. Joskus paise on vasta kehityksessä (peritonsilliitti) tai niin pieni, ettei se löydy neulalla. Tällöin hoidoksi valitaan usein laajempikirjoinen antibiootti ja potilaan vointi tarkistetaan lähipäivinä.

Noin 10 %:lla paise uusi melko nopeasti, ja tällöin tilanne on arvioitava uudestaan. Potilas kannattaa ohjeistaa ottamaan yhteyttä, jos oireet eivät kahden seuraavan vuorokauden aikana lieviy tai ne palaavat. Suun limakalvolla on taipumus parantua hyvin nopeasti, ja limakalvolle tehty avaus voi sulkeutua ennen aikojaan ja paiseontelo täyttyä uudestaan märällä. Tällöin riittää pintapuudutus esimerkiksi lidokaiinisuihkeella ja ontelon avaaminen uudelleen (klaffaus) esimerkiksi tamponipihdeillä. Samalla on hyvä tarkistaa, ettei potilaan yleisvointi ole heikentynyt tai hänelle ole ilmaantunut hengenhädistystä, joka viittaa tulehduksen leviämiseen laajemmalle.

Peritonsillaaripaiseen komplikaatiot (taulukko 3) voivat olla hengenvaarallisia, joten voinnin seuraamisen tärkeyttä on korostettava potilaalle. Sairauslomaa kannattaa kirjoittaa potilaan työnkuvan mukaan muutamasta päivästä viikkoon. Esimerkiksi päätetyötä, jossa ei vaadita äänen käyttöä tai fyysistä ponnistelua, voi tehdä kivun helpotuttua muutaman päivän kuluessa.

#### Kenet lähetän eteenpäin?

Mitä enemmän potilaita näkee ja hoitaa, sitä tarkemmaksi silmä harjaantuu – tämä pätee peritonsillaaripaiseen niin kuin minkä tahansa muunkin vaivan kanssa. Jos välineistö tai taidot eivät ole riittävät tai diagnoosi on epävarma, voit soittaa päivystävälle korvalääkärille ja keskustella hoidon valinnasta.

Jos potilas ei ole terve nuori aikuinen eikä vaiva helpotu antamalla hoidolla, kannattaa

**TAULUKKO 3.****Peritonsillaaripaiseen mahdollisia komplikaatioita.**

Nekrotisoiva faskiitti  
 Mediastiniitti  
 Epiglottiitti tai supraglottiitti  
 Aspiraatiopneumonia  
 Lemierren oireyhtymä eli sisemmän kaulalaskimon märkäinen tromboflebiitti

harkita lähetettä erikoissairaanhoidon (taulukko 4). Etenkin nuori potilas, joka on aiemmin sairastanut peritonsillaaripaiseen tai jolla on ollut paljon nielurisatulehduksia, saattaa hyötyä nielurisojen poistosta (5), joten tällainen potilas kannattaa lähettää erikoissairaanhoidon arvioon. Useilta sairauslomilta säästyään, jos risat voidaan poistaa saman sairausepisodin yhteydessä seuraavan vuorokauden kuluessa, mutta myös elektiivinen nielurisaleikkaus on mahdollinen. Nielurisaleikkaukseen lähetettävien potilaiden paikallinen hoitokäytäntö on hyvä varmistaa, sillä se saattaa vaihdella paikkakunnittain. ●

**TAULUKKO 4.****Erikoissairaanhoidon arviota vaativat tilanteet.**

Tilanne	Hoito
Potilaalla molemminpuolinen paise	Nielurisat poistetaan päivystysleikkauksessa.
Suu ei avaudu	Potilas voi joutua päivystysleikkaukseen, jos konservatiivinen hoito ei auta.
Yleiskunto on heikko	Potilas voidaan ottaa osastolle seurantaan ja hoitoa varten.
Paiseonteloa ei löydy	Paiseen inferiorinen sijainti vaatii joskus nielurisojen poiston, jotta paise saadaan avattua. Taustalta voi paljastua myös muu etiologia, jos taudinkuva on epätavallinen.
Potilas on lapsi tai yhteistyökyky ei muuten riitä paikallispuudutuksessa tehtävään avaukseen	Paise hoidetaan konservatiivisesti osastolla tai nielurisaleikkauksen yhteydessä yleisanestesiassa.
Vointi ei kohene paiseen avaamisen ja nesteytyksen jälkeen	Potilas voidaan ottaa osastolle seurantaan ja hoitoa varten.

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english  
 Management of peritonsillar abscess

### JOHANNA WIKSTÉN

Ph.D., Specialist  
Department of  
Otorhinolaryngology – Head and  
Neck Surgery, Helsinki University  
Hospital  
E-mail: johanna.wiksten@hus.fi

# Management of peritonsillar abscess

Peritonsillar abscess is the most common otorhinolaryngological infection requiring specialist care.

No radiological imaging or laboratory tests are required to diagnose a peritonsillar abscess. The treating physician must be aware of the most common symptoms of peritonsillar abscess: severe throat pain, fever, difficulties with swallowing, speaking and mouth-opening. Clinical findings include: enlarged and painful cervical nodes, erythema and oedema superior and lateral to the tonsils and medialisation of the tonsil and lateralisation of the uvula, as well as muffled voice and possible drooling. Although only a few controlled blinded studies have been published on the treatment of peritonsillar abscess, drainage and penicillin administration remain the gold standard. A general physician can perform incision of the abscess at the primary healthcare level if the necessary equipment and personnel are available. Some patients require observation or treatment at the specialist healthcare level: especially children, patients with insufficient co-operation, patients in a poor state of general health or those who show no improvement in symptoms after treatment. Young patients with a history of previous peritonsillar abscess or of recurrent tonsillitis may benefit from tonsillectomy; these patients should be referred to a specialist otorhinolaryngology unit, preferably for an immediate tonsillectomy.