



PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN FLEGMONUL PERIAMIGDALIAN LA COPII

COD PM-ORL-003

Anroh /

Elaborat: Dr. Gidea Dana-Florentina

Medic șef secție ORL: Prof. Dr. Iovanescu Gheorghy

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data de 13-06-2024
(P.V. nr. 25865).



Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului	3
2. Scopul protocolului	3
3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	3
4.1. Reglementări internaționale	3
4.2. Reglementări naționale	4
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională.....	4
5.1. Definiții ale termenilor.....	4
5.2. Abrevieri ale termenilor.....	5
6. Descrierea protocolului.....	5
7. Resurse necesare	15
8. Condiții de abatere de la protocol	Error! Bookmark not defined.
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	15
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	17



1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
ED II REV. 1			25.06.2024

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului erorilor de diagnostic și / sau tratament.

Implementarea PM asigură reducerea variabilității de practică, permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus.

Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale și asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.

3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale

Protocolul se aplică tuturor pacienților cu suspiciune /flegmon periamigdalian din secția ORL Bega, cod DRG: J36

- 1.1. Nivel de aplicare - Asistență medicală de urgență (UPU/camera de gardă)
- 1.2. Nivel de aplicare - asistență medicală de ambulatoriu
- 1.3. Nivel de aplicare - asistență medical spitalicească

4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate

4.1. Reglementări internaționale

1. Up to date
2. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, et al. Infecții ale spațiului capului și gâtului la sugari și copii. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 112:375.
3. Schraff S, McGinn JD, Derkay CS. Abcesul peritonsilar la copii: o analiză de 10 ani de diagnostic și management. Int J Pediatr Otorinolaringol 2001; 57:213.
4. Galioto NJ. Abces peritonsilar. Am Fam Physician 2008; 77:199.
5. Goldstein NA, Hammerschlag MR. Abcese peritonsilar, retrofaringiene și parafaringiene. În: Textbook of Pediatric Infection Diseases, Ed. a 8-a, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (Eds), Elsevier, Philadelphia, PA 2019. p.119.
6. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev, 2013; Issue 11.



7. Bird JH, Biggs TC, King EV. Controversies in the management of acute tonsillitis: an evidence-based review. Clin Otolaryngol, 2014; 39:368-374.
8. SIGN (2010) Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. www.sign.ac.uk
9. Lau AS, Upile NS, Wilkie MD, Leong SC, Swift AC. The rising rate of admissions for tonsillitis and neck space abscesses in England, 1991-2011. Ann R Coll Surg Engl, 2014; 96:307-310.
10. Little P, Stuart B, Hobbs FDR, Butler CC Hay AD, Campbell J et al. Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care: prospective clinical cohort study. BMJ, 2013; 347:f6867.
11. Little P, Watson L, Morgan S, Williamson I. Antibiotic prescribing and admissions with major suppurative complications of respiratory tract infections: a data linkage study. Br J Gen Pract, 2002; 52:187-90.
12. Mazur E, Czerwinska E, Korona-Gowniak I, Grochowalska A, Koziol-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2015; 34:549-544.
13. El-Saied S, Kaplan DM, Zlotnik A, Abu Tailakh M, Kordeluk S, Joshua BZ. A comparison between amylase levels from peritonsillar, dental and neck abscesses. Clin Otolaryngol, 2014; 39:359-361.
14. Blair AB, Booth R, Baugh R. A unifying theory of tonsillitis, intratonsillar abscess and peritonsillar abscess. Am J Otolaryngol, 2015; 36:517-520.
15. emedicine.medscape.com accessed on 17.04.2017.
16. Hussain SM, ed. Logan Turner's Diseases of the Nose, Throat and Ear: Head and Neck Surgery, 11th edition, 2016. Boca Raton, Florida: CRC Press.

4.2. Reglementări naționale

5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională

5.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Protocol medical	Un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspiciunea de o anumită afecțiune.
2.	Pacient	Orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau o vătămare potențială,



		b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare, c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau rănire potențială.
3.	Pacient critic	Pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	Asistență medicală de urgență	Ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;
5	Urgență medicală	Accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;
6	
.....		
.....		

5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
2	CDC	Center for Disease Control and Prevention
3	IC	Infecții chirurgicale
4	US	Ultrasunete
5	OR	Sala de operație
6	I.V.	Intravenos
7	MRSA	Stafilococ auriu meticilino-rezistent
	PTA	Abces peritonsilar

6. Descrierea protocolului

DEFINIȚIE

Doi termeni sunt folosiți pentru a descrie infecția regiunii periamigdale:

- **Celulita periamigdaliană** - este o reacție inflamatorie a țesutului dintre capsula amigdalei palatine și mușchii faringieni care este cauzată de infecție, nefiind asociată cu o colecție de puroi.
- **Flegmonul/Abcesul periamigdalian** -este o colecție de puroi situată între capsula amigdalei palatine și mușchii faringieni. La mulți pacienți, diagnosticarea tipului de infecție peritonsilar necesită aspirație cu ac sau incizie și drenaj pentru a determina dacă este prezent puroi.

ANATOMIE ȘI PATOGENEZĂ

Spațiul periamigdalian este format din țesut areolar lax care se află deasupra amigdalei și este înconjurat de mușchiul constrictor faringian superior și de pilierii amigdalieni anterior și



posterior. Amigdalele palatine sunt situate între arcurile palatoglose și palatofaringiene. Sunt înconjurate de o capsulă la nivelul careia se afla vasele de sânge și nervi.

Flegmonul/Abcesul periamigdalian apare de obicei în polul superior al amigdalei, manifestat printr-o colecție definită de puroi între capsula amigdaliană, constrictorul superior și mușchiul palatofaringian. AP poate apărea, de asemenea, în punctul mijlociu sau polul inferior al amigdalei, sau poate fi dispersat cu localizări multiple în spațiul peritonsillar.

Infecția periamigdaliană este în general precedată de amigdalita sau faringită și progresează de la faringită la celulită la abces poate apărea, de asemenea, fără infecție prealabilă. Se crede că astfel de cazuri sunt cauzate de obstrucția glandelor Weber (glande salivare în palatul moale) Fumatul pare a fi un factor de risc.

Infecția periamigdaliană poate compromite căile aeriene superioare sau se poate răspândi către structurile înconjurătoare, inclusiv mușchii maseter și pterigoidien și teaca carotidiană.

MICROBIOLOGIE

Flegmoanele periamigdalienne sunt adesea polimicrobiene. Speciile bacteriene predominante sunt Streptococcus pyogenes, Streptococcus anginosus, Staphylococcus aureus (inclusiv S. aureus rezistent la metilicilină [MRSA]) și anaerobii respiratori. Speciile Haemophilus sunt întâlnite ocazional.

EVALUARE

Evaluarea căilor respiratorii - Pasul inițial în evaluarea pacientului cu potențială infecție a spațiului profund al gâtului este evaluarea rapidă a gradului de obstrucție a căilor aeriene superioare. Pacienții anxioși cu hipersalivație și poziție antalgică trebuie monitorizați continuu.

Prezentare tipică - Prezentarea clinică tipică a abcesului periamigdalian este o durere severă în gât (de obicei unilaterală), febră și un „hot potato” sau o voce înăbușită.

Pot fi prezente acumularea de salivă sau salivarea excesivă. Trismusul, legat de iritația și spasmul reflex al mușchiului pterigoidian intern, apare la aproape două treimi dintre pacienți. Pacienții au adesea umflare și durere la nivelul gâtului, durerea urechii ipsilaterale. Oboseala, iritabilitatea și scăderea aportului oral pot apărea ca urmare a disconfortului.

Examinare -- Prezența trismusului poate limita capacitatea de a efectua o examinare adecvată. Dacă este prezentă salivarea este posibilă apariția epiglotitei. Dacă există îndoieli cu privire la abces periamigdalian, epiglotita sau altă infecție în spațiul profund al gâtului, poate fi necesară imagistica sau examinarea în sala de operație.

Examenul clinic al abcesului periamigdalian include o amigdala extrem de umflată și/sau fluctuantă cu devierea uvulei spre partea opusă. Alternativ, poate exista plenitudine sau bombare a palatului moale posterior lângă amigdale cu fluctuație palpabilă.

La copii celulita periamigdaliană se manifestă în general cu faringe cricmatos și amigdale mărite, deviația uvulară iar trismus-ul sunt de obicei absente. Limfadenopatie cervicală și submandibulară poate fi prezent la copii cu abces peritonsillar sau celulită.

Abcesul periamigdalian bilateral este rar. Diagnosticul clinic poate fi dificil deoarece reperele clasice asimetrice sunt absente. Simptomele, cum ar fi odinofagia și trismusul, pot sugera diagnosticul, dar nu sunt întotdeauna prezente. Uvula poate fi deplasată anterior.



Abcesul periamigdalian bilaterală poate fi complicată de obstrucția căilor aeriene superioare și sforăitul.

Evaluare de laborator - Evaluarea de laborator nu este necesară pentru a pune un diagnostic de abces peritonsilar, dar poate ajuta la măsurarea nivelului bolii și a terapiei directe.

Evaluarea de laborator a unui copil cu infecție periamigdaliană poate include:

- Hemoleucograma completa: numărul de globule albe este de obicei crescut cu o predominanță a leucocitelor.
- Electroliții serici dacă aportul oral al pacientului a fost scăzut.
- Un test microbiologic de rutină (cultură sau detecție rapidă a antigenului) pentru streptococul de grup A.
- Colorația Gram, cultura (aerobă și anaerobă) și testarea susceptibilității lichidului de abces dacă se efectuează o procedură de drenaj.
- Imagistica - Imagistica nu este necesară pentru a face diagnosticul clinic de flegmon periamigdalian, dar poate fi utilă pentru a diferenția lui de celulita peritonsilar.
- Infecția gâtului în spațiu profund - CT cu contrast IV este modalitatea imagistică preferată pentru identificarea infecțiilor în spațiul profund al gâtului, cum ar fi abcesul retro- sau parafaringian.
- RMN poate delimita mai bine implicarea țesuturilor moi și complicațiile vasculare la pacienții cu infecții profunde ale gâtului în comparație cu CT, dar durează mai mult.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul de flegmon periamigdalian se poate face de obicei clinic fără date de laborator sau imagistică de orice fel la pacientul cu deplasarea medială a amigdalei și deviație a uvulei. Diagnosticul este confirmat prin colectarea puroiului în momentul drenajului. Alternativ, dacă există incertitudine diagnostică, un abces poate fi confirmat prin ultrasonografie intraorală sau submandibulară înainte de aspirație. Caracteristicile clinice și imagistica nu pot distinge întotdeauna abcesul periamigdalian de celulită.

DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

Diagnosticul diferențial al abcesului peritonsilar include alte cauze de durere în gât, obstrucție a căilor aeriene superioare și tumefacție faringiană. Caracteristicile clinice pot fi utile în diferențierea flegmonului periamigdalian de aceste afecțiuni, dar în unele cazuri (în special la copiii mici) imagistica și/sau examinarea în sala de operație pot fi necesare pentru a pune un diagnostic definitiv.

Diagnosticul diferențial al abcesului peritonsillar include:

- **Epiglotita** - Pacienții cu epiglotita prezintă de obicei semne de obstrucție a căilor

respiratorii superioare și detresă respiratorie, care o diferențiază de obicei de flegmonul periamigdalian. Epiglotita este mai puțin frecventă la pacienții care au primit vaccinare împotriva Haemophilus influenzae tip b. Vizualizarea directă a epiglotei (laringoscopie) inflamate este metoda preferată de diagnostic. Epiglotita este mai rapid progresivă decât abcesul periamigdalian la copii mai mici. Cu toate acestea, odată cu imunizarea pe scară largă a sugarii împotriva Haemophilus influenzae tip B, epiglotita este mai frecvent întâlnită la copiii mai mari și la adulți.



Epiglotita trebuie exclusă de la orice pacient cu febră, durere în gât, hipersalivare, dificultăți la înghițire și detresă respiratorie. Examenul orofaringian trebuie evitat la pacienții cu detresa respiratorie marcată. Acești pacienți trebuie mai întâi să aibă căile respiratorii securizate.

- **Abcesul retrofaringian sau celulita** - Abcesul retrofaringian sau celulita apare de obicei cel mai frecvent la copii mai mici (vârsta doi- patru ani) și este asociat cu modificări minime peritonsilare. Simptomele comune pentru abcesul periamigdalian, cât și pentru abcesul retrofaringian include dificultăți de înghițire, hipersalivare, „hot potato” sau voce înăbușită și trismus, desi trismus este prezent la doar aproximativ 20% dintre pacienții cu abces retrofaringian. Spre deosebire de abcesul periamigdalian copii cu abces retrofaringian prezintă frecvent rigiditate a gâtului, dureri la mișcare, în special la extensia gâtului (spre deosebire de durerea crescută cu flexie observată în meningită), umflare gâtului, sensibilitatea gâtului și dacă există extensie mediastinală a abcesului, dureri în piept.

- **Abces al spațiului parafaringian** - examenul poate evidenția o bombare în spatele pilierului posterior amigdalian mai degrabă decât superioară amigdalei. Alternativ, poate exista deplasare medială a peretelui faringian lateral. Palatul moale și amigdalele par de obicei normale.

- **Tonsilofaringita severă** se prezintă cu amigdalofaringita severă bilaterală egală cu tumefierea amigdaliană. Cauzele comune includ Virusul Epstein-Barr, virusul Herpes simplex, virusul Cocksackie (herpangina), Adenovirusul, Difteria, Streptococul de grup A sau Gonoreea. Rareori, abcesul periamigdalian bilateral poate complica amigdalofaringita severă. Trismusul sever este mai puțin frecvent.

MANAGEMENT

Abordare - Intervenția chirurgicală promptă este indicată la pacienții care prezintă compromis iminent al căilor respiratorii, complicații, mase în creștere sau comorbidități semnificative.

Drenajul, terapia antimicrobiană și îngrijirea de susținere sunt pietrele de temelie ale managementului abcesului peritonsilar;

Celulită/Inflamația periamigdaliană răspund la terapia antimicrobiană(antibiotic) și îngrijirea de susținere. Îngrijirea de susținere include furnizarea de hidratare și analgezie adecvate și monitorizarea complicațiilor.

Spitalizarea poate fi necesară, în special la copii mai mici. Pacienții mai vârstnici cu abcese necomplicate care sunt bine hidratați pot fi tratați ca pacienți ambulatori dacă sunt capabili să tolereze o procedură de drenaj și să ia medicamente pe cale orală după procedură.

Abces periamigdalian probabil-aspirația cu ac sau incizia și drenajul pentru pacienții cu examen clinic asemanator abcesului periamigdalian (febră, trismus, drenaj, tumefiere periamigdaliană și/sau deviație uvulară) care nu au indicație pentru amigdalectomie. Aspirația cu ac este preferată, inciziei și drenajului dacă pacientul poate coopera.

Abcesul periamigdalian susceptibil – când constatările clinice nu diferențiază clar abcesul periamigdalian de celulită, ultrasonografia, aspirația cu ac sau răspunsul la terapia antimicrobiană poate fi utilizată pentru a ajuta la diferențierea celor două afecțiuni. La pacienții cu suspiciune de abces, rezultate ecografice nedeterminate, dacă sunt efectuate și



fără simptome ale căilor respiratorii, să fie internați în spital pentru 24 de ore de hidratare, antibiotice și analgezie fără tomografie computerizată (CT) a gâtului (cu condiția ca CT să nu fie necesară pentru a exclude alte afecțiuni sau complicații).

Intervenția chirurgicală (amigdalectomie sau incizie și drenaj) este rezervată celor care nu răspund la 24 de ore de terapie medicală.

Terapia cu antibiotice - Terapia cu antibiotice este indicată tuturor pacienților cu infecție peritonsilară. La anumiți pacienți cooperanți, cu mai puțină durere și cu capacitate de autohidratare, terapia antimicrobiană singură poate fi suficientă pentru a trata un adevărat abces.

Copii cu abces periamigdalian cel mai probabil să răspundă la antibiotice sunt cei mai mici de șapte ani cu abcese mici și mai puține episoade de amigdalită anterioară.

TRATAMENT EMPIRIC PARENTERAL:

- Pacienți care au un aspect netoxic:

Ampicilină-sulbactam IV (50 mg/kg /6ore [doză maximă 3 g] la copii; 3 g/6 ore la adulți și adolescenți) sau

Clindamicină IV (13 mg/kg/8 ore [doză maximă 900 mg] la copii; 600 mg la fiecare 6-8ore la adulți și adolescenți)

- Pacienții care prezintă boală moderată sau severă (de exemplu, aspect toxic, temperatură

>39°C, salivare și/sau detresă respiratorie) sau care nu răspund la tratamentul inițial cu ampicilină-sulbactam sau clindamicină se adaugă:

Vancomicină IV (la copii și adolescenți 15 mg/kg la 6 ore, doză unică maximă 2 g;

la adulți, 15-20 mg/kg 8-12 ore); se ajustează doza pe baza monitorizării terapeutice dacă este utilizat mai mult de două până la trei zile,

Linezolid IV (la copii și adolescenți 10 mg/kg la 8 ore, doză maximă 600 mg; la adulți 600 mg la 12 ore)

Ampicilină-sulbactam nu oferă activitate antibacteriană împotriva *S. aureus* rezistent la meticilină (MRSA).

Clindamicina poate să nu fie activă împotriva *S. aureus* sensibil la meticilină, MRSA sau streptococul de grup A.

Vancomicina sau **linezolid** asigură o acoperire optimă pentru cocci Gram-pozitivi potențial rezistenți. Terapia empirică ar trebui să includă coterapie de acoperire *Castreptococcus*, *Staphylococcus Emeirs* și anaerobii respiratori. Terapia empirică poate fi modificată în funcție de necesități sau după rezultatele culturii dacă se efectuează drenajul sau se bazează pe răspunsul clinic la tratament.

TRATAMENTUL ORAL

Tratamentul parenteral se menține până când pacientul este afebril și se îmbunătățește clinic. Terapia cu antibiotice pe cale orală trebuie apoi continuată pentru a finaliza un curs de 14 zile. În cazul în care este administrat mai puțin de 10 zile pot apărea recurențe.

Regimurile orale adecvate pentru continuarea terapiei în zonele în care *S. aureus* rămâne



susceptibil la meicilină includ:

Amoxicilină-clavulanat- Copii - 45 mg/kg la 12 ore (doză maximă 875 mg) ,adulti si adolescenti - 875 mg la 12 oresau

Clindamicină (pentru pacienții care au răspuns la clindamicină parenterală)- Copii - 10 mg/kg la 8 ore (doză maximă 600 mg) , adulți si adolescenți - 300 până la 450 mg la 6 ore

Când vancomicina a fost adăugată la regimul parenteral, terapia orală se poate baza pe testarea sensibilității izolatelor, dacă este disponibilă.

Dacă terapia empirică a fost utilizată pentru o presupusă infecție cu MRSA, regimurile orale pot include:

Clindamicina ca mai sus sau Linezolid

Copii <12 ani - 30 mg/kg pe zi în trei doze

≥12 ani - 20 mg/kg pe zi în două prize

Adulti - 600 mg de doua ori pe zi.

Pentru toți pacienții, doza zilnică maximă de linezolid este de 1200 mg.

DRENAJUL

Flegmonul periamigdalian necesită adesea drenaj chirurgical prin aspirație cu ac, incizie și drenaj sau amigdalectomie , proceduri care sunt efectuate de obicei de un ORL-ist. Drenajul cu oricare dintre aceste proceduri, în combinație cu terapia antimicrobiană și hidratare duce la rezolvarea în mai mult de 90% din cazuri.

Pacienții tolerează, în general, aspirația cu ac mai bine decât incizia și drenajul, deoarece este mai puțin invazivă și mai puțin dureroasă . Aspirația cu ac este procedura de elecție pentru copii a căror stare generală este influențată pentru a tolera un anestezic general și cei cu diateză hemoragică care doresc să evite transfuzia de sânge.

Complicațiile aspirației cu ac: - hemoragie, aspirația de puroi și sânge în căile respiratoria. Leziunea arterei carotide nu a fost raportată ca o complicație a aspirației cu ac; cu toate acestea, hemoragia catastrofală poate rezulta din aspirarea unui pseudoanevrism care imită abcesul periamigdalian sau necroza arterei carotide. Pacientul trebuie supravegheat după aspirația cu ac pentru a se asigura că poate tolera terapia antimicrobiană orală, medicamentele pentru durere și lichidele. Dacă pacientul nu este internat în spital, ar trebui să fie văzut pentru urmărire în 24 până la 36 de ore.

Incizia și drenajul Incizia și drenajul abcesului este de obicei efectuată de un orl-ist. La copii mai mari, poate fi efectuată în ambulatoriu cu anestezie topică sau sedare procedurală, anestezia generală este de obicei necesară pentru copiii mici.

Incizia și drenajul sunt mai dureroase decât aspirația cu ac și provoacă mai multe sângerări. O a doua procedură poate fi necesară pentru rezolvarea completă. Complicațiile pot include aspirația conținutului abcesului.

Pacienții trebuie supravegheați după procedură pentru a se asigura că pot tolera terapia antimicrobiană orală, medicamentele pentru durere și lichidele. Pacienții care nu sunt internați în spital trebuie consultați pentru urmărire în 24 până la 36 de ore.

Amigdalectomia - Indicațiile posibile pentru amigdalectomia la pacienții cu abces periamigdalian include:



- Obstrucție semnificativă a căilor aeriene superioare sau alte complicații.
- Episoade anterioare de faringită recurentă severă sau abces peritonsillar.
- Simptome cronice sau semne de obstrucție a căilor aeriene superioare, cum ar fi sforăitul.
- Nerezolvarea abcesului cu alte tehnici de drenaj.

Dacă este necesară amigdalectomia, aceasta poate fi efectuată imediat (amigdalectomia quinsy sau „amigdalectomie a chaud”) sau după rezolvarea infecției acute (amigdalectomie cu intervale). Amigdalectomia Quinsy evită necesitatea spitalizării și anesteziei repetate și minimizează pierderile de urmărire, dar poate fi asociată cu risc crescut de sângerare.

Amigdalectomia cu intervale poate fi mai dificilă din punct de vedere tehnic dacă există fibroză în urma infecției acute.

Amigdalectomia este cea mai costisitoare dintre procedurile de drenaj, necesită anestezie generală și spitalizare și poate întârzia drenajul.

Glucocorticoizi

Instrucțiuni de externare - Pacienții care sunt externati din departamentul de urgență sau din spital după un tratament pentru infecția periamigdaliană trebuie instruiți că este necesară reevaluarea promptă pentru:

- Dispnee
- Agravarea durerii în gât, dureri de gât sau trismus
- Mărirea masei
- Febră
- Rigiditate a gâtului
- Sângerări

Pacienții care sunt tratați ca pacienți ambulatori trebuie consultați pentru urmărire în 24 până la 36 de ore. Cei care au fost internați în spital ar trebui să fie monitorizați în câteva zile de la externare.

Răspunsul la tratament

Tratamentul de succes este definit de ameliorarea simptomatică a durerii în gât, febră și/sau umflarea amigdalelor în 24 de ore de la intervenție.

Eșecul tratamentului este definit prin lipsa ameliorării simptomatice sau agravarea în ciuda terapiei antimicrobiene de 24 de ore (cu sau fără drenaj chirurgical). Eșecul tratamentului poate apărea la pacienții care au dezvoltat complicații, sunt infectați cu organisme neobișnuite sau au probleme de bază (de exemplu, chist sau tract congenital). Reevaluarea acestor pacienți poate include repetarea imagistică (CT cu contrast pentru a căuta extinderea infecției) sau intervenție chirurgicală. De asemenea, poate fi indicată extinderea terapiei antimicrobiene.

COMPLICAȚII



Diagnosticul precoce și managementul prompt și adecvat al infecției periamigdaline sunt esențiale pentru evitarea complicațiilor. Complicațiile abcesului peritonsilar apar rar, dar sunt potențial letale. Infecția se poate răspândi din spațiul periamigdalian la alte spații profunde ale gâtului, la structurile adiacente și în fluxul sanguin.

Complicațiile pot include:

- Obstrucția căilor respiratorii
- Pneumonic prin aspirație dacă abcesul se rupe în căile respiratoria
- Septicemia
- Tromboza venei jugulare interne
- Tromboflebita supurativă a venei jugulare (sindromul Lemierre)
- Ruptura arterei carotide
- Pseudoanevrism al arterei carotide (sugerat de sângerare recurentă de la ureche, nas sau gât, curs prelungit, tahicardie, anemie sau paralizii ale nervului cranian al 10-lea sau al 12-lea)
- Mediastinita
- Fasciită necrozantă
- Sechele ale infecției cu streptococ de grup A (când acel organism este izolat)

PROGNOZĂ

Cu un tratament precoce și adecvat, majoritatea infecțiilor periamigdaline se rezolvă fără sechele.

REZUMAT ȘI RECOMANDĂRI

Definiție - Doi termeni sunt folosiți pentru a descrie infecția regiunii peritonsilar

-Celulita periamigdaliană este o reacție inflamatorie a țesutului dintre capsula amigdalei palatine și faringianmușchi care sunt cauzate de infecție, dar nu sunt asociate cu o colecție de puroi.

• Abcesul periamigdalian este o colecție de puroi situată între capsula amigdalei palatine și mușchii faringieni.

• **Prezentare clinică** - prezentarea clinică tipică a abcesului constă dintr-o durere severă în gât, febră, un „hoț potato” sau voce înăbușită, salivare și trismus.

• **Constatări fizice** - Constatările examenului clinic includ o amigdala mărită și fluctuantă cu deviația uvulei către partea opusă. Alternativ, poate exista plenitudine sau bombare a palatului moale posterior lângă amigdale cu fluctuații palpabile.

• **Diagnostic** -se poate face clinic fără studii de laborator sau imagistice la pacientul cu deplasare medială a amigdalei și deviație a uvulei. Cu toate acestea, caracteristicile clinice nu pot distinge întotdeauna abcesul de celulita peritonsilar. Pentru pacienții cu diagnostic clinic de abces peritonsilar, se recomandă ultrasonografia ori de câte ori este disponibilă, pentru a confirma prezența unui abces și, dacă este prezent, pentru a ajuta la ghidarea drenajului.



Pentru pacienții cu caracteristici clinice de infecții ale spațiului profund al gâtului (abces retro- sau parafaringian) sau epiglottita, imagistica poate ajuta la diferențierea acestor afecțiuni grave de abces.

• **Management** - Terapia cu antibiotice este indicată tuturor pacienților cu suspiciune de infecție periamigdaliană. Terapia empirică ar trebui să includă acoperire pentru streptococul de grup A, *S. aureus* și anaerobii respiratori. Terapia trebuie continuată timp de 14 zile. Alegerea antibioticului și a căii de tratament depind de gradul de boală al pacientului și de tiparele locale de rezistență la antibiotice.

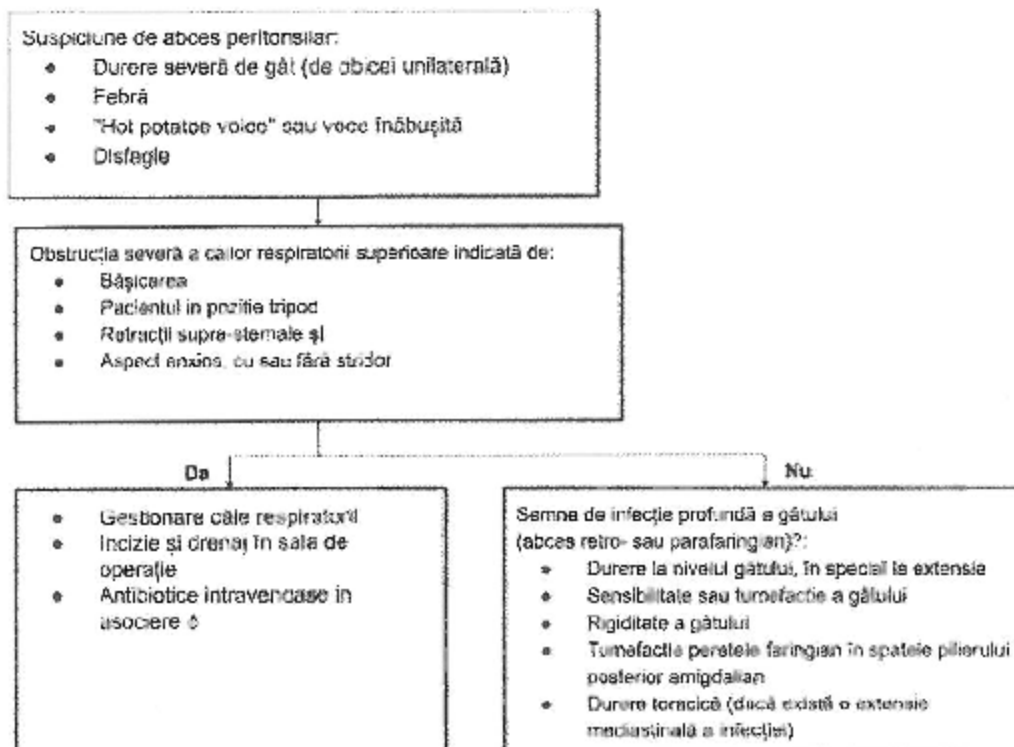
Nevoia de intervenție chirurgicală și tipul de procedură variază în funcție de constatările clinice:

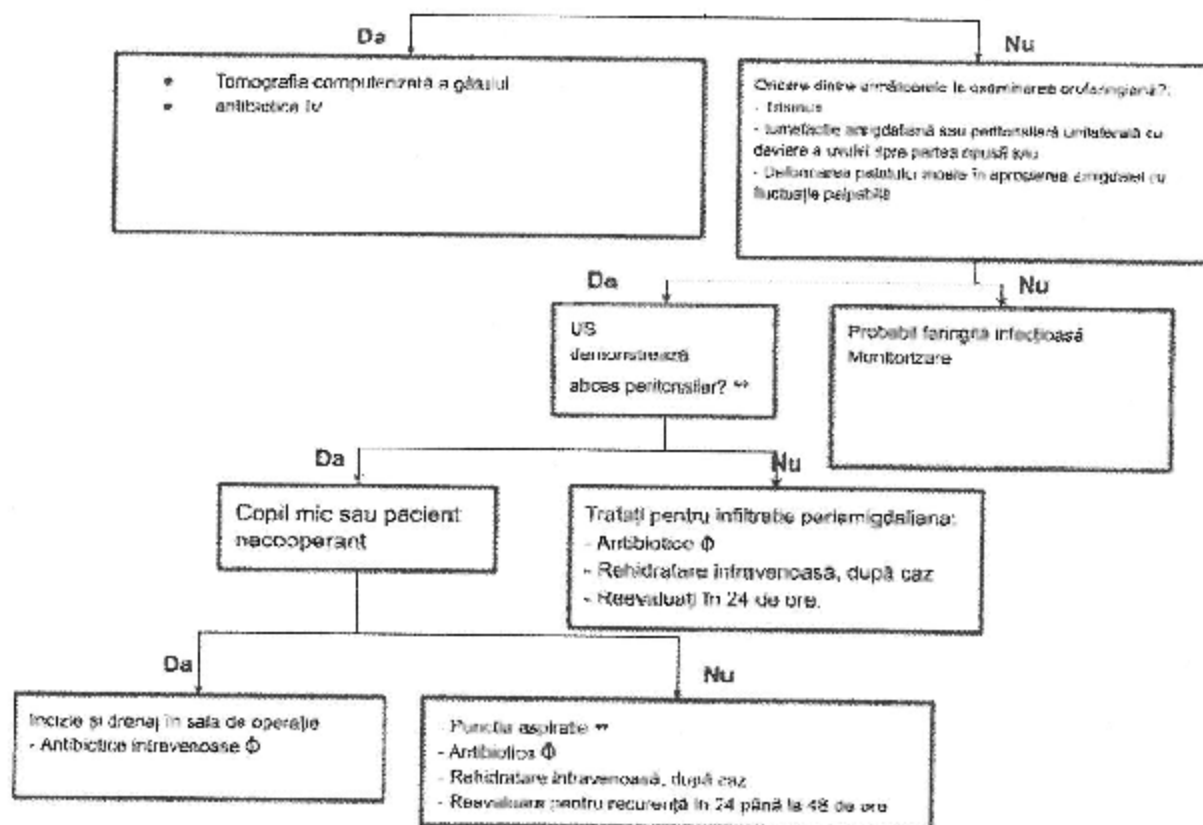
- Potențial compromis sau comorbidități ale căilor respiratorii
- Abcesul periamigdalian probabil -aspirația cu ac sau incizia și drenajul în plus față de terapia cu antibiotic.
- Celulita periamigdaliană - antibiotice
- Abcesul periamigdalian suspectat - internarea în spital pentru 24 de ore de hidratare, antibiotice și analgezic fără tomografie computerizată (CT) a gâtului (cu condiția ca CT). Intervenția chirurgicală (amigdalectomie sau incizie și drenaj) este rezervată celor care nu răspund la 24 de ore de terapie medicală.

Eșecul tratamentului sau indicații clinice pentru amigdalectomie - Pentru pacienții care nu se

îmbunătățesc după alte tehnici de drenaj, dezvoltă complicații sau au alte indicații pentru amigdalectomie (de exemplu, episoade anterioare de PTA sau faringită severă recurentă, obstrucție cronică a căilor respiratorii superioare), sugerăta amigdalectomia.

Abordarea diagnosticului și tratamentul abcesului peritonsilar în departamentul de urgență





7. Resurse necesare

- Umane (competențele personalului necesare)
 - Medic Specialist/Medic Primar ORL
 - Asistent Medical Generalist.
- Material (aparatură specific etc)

8. Conditii de abatere de la protocol

- Reglementări juridice
- În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol
- În caz de particularități ale cazului care justifică abaterea de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vârste extreme, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.
- Refuzul pacientului de accepta conduita terapeutică precizată în protocol
- Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol
- Modificări în ghidurile naționale sau internaționale



"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA

SPITALUL CLINIC
JUDEȚEAN
DE URGENȚĂ
TIMIȘOARA

Clinica ORL Bega

PROTOCOL MEDICAL
DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN FLEGMONUL
PERIAMIGDALIAN LA COPII

Ediția 14

Revizia 1

PM-ORL-003

Pag. 16 din 18

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare țintă
1	Numărul de reclamații/ plângeri ale pacienților/aparținătorilor	anual	Număr reclamații ale pacienților /aparținătorilor cu diagnostic Flegmon	0



			periamigdalian în decurs de 6 luni	
2	Proporția pacienților reinternți (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu Flegmon periamigdalian	anual	Număr pacienți reinternare	0
3.	Durata medie de spitalizare cazuri necomplicate	anual	Om zile spitalizare aferente bolnavilor internați/Nr. mediu de paturi * 100	---
4	Durata medie de spitalizare cazuri necomplicate	anual	Om zile spitalizare aferente bolnavilor internați/Nr. mediu de paturi * 100	Max. ---
5	Proportia pacientilor decedati	anual	Nr.pacienți cu diagnosticul corpi straini decedați/nr.total pacienți cu diagnosticul Flegmon periamigdalian *100	0
6	Rata complicațiilor	anual	Nr. pacienti cu afectiunea ... la care apar complicatii/nr.total pacienti cu afectiunea Flegmon periamigdalian *100	0
7	Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pentru pacienții cu Flegmon periamigdalian	anual	Nr. pacienti cu afectiunea corpi straini cu IAAM/nr total pacienti cu afectiunea Flegmon periamigdalian *100	0
			

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
 - c. Coordonează/realizează analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului
 - d. Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului
 - e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului
2. Auditor clinic al secției
 - a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocoalelor implementate la nivel de spital
 - b. Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
 - c. Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte
3. Medicii clinicieni din cadrul secției



- a. Respectă protocolul medical
 - b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea
 - c. Completează FOCC cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
 - d. Completează FOCC cu recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
 - e. Completează FOCC cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
 - f. Solicită consimțământul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație.
4. Asistentele medicale din cadrul secției
- a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCC de către medic
 - b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCC