

Záněty v orofaryngeální oblasti a jejich léčba

Karolina Edelmannová

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Záněty v oblasti orofaryngu jsou jedny z nejčastějších infekcí napříč všemi věkovými kategoriemi. Orofarynx, který obsahuje velké množství lymfatické tkáně podílející se na obraně před zevními patogenními vlivy, je vstupní branou kapénkových infekcí. Většina zánětů orofaryngu je virového původu, proto si vystačíme s volně prodejnými přípravky obsahujícími látky s dezinfekčním a lokálně znecitlivujícím účinkem. Vhodné je doporučit též celkové užívání analgetik a antipyretik k léčbě celkových symptomů a samozřejmě i režimová opatření, jako je klid na lůžku a dostatek tekutin.

Při bakteriálních zánětech se málokdy obejdeme bez antibiotik, jejich indikace a volba by měla patřit výhradně do rukou lékaře.

Klíčová slova: orofarynx, tonzilitida, faryngitida, infekční mononukleóza, léčba.

Acute upper respiratory tract infections – diagnosis and treatment

Inflammation of the oropharynx is one of the most common infections across all age categories. The oropharynx, which contains a large amount of lymphatic tissue participating in the defense against external influences, is the gateway for infections.

Most inflammations of the oropharynx are of viral origin, so over-the-counter preparations containing substances with a disinfecting and local numbing effect are sufficient. It is also advisable to recommend the overall use of analgesics and antipyretics to treat all symptoms and, of course, a regimen of measures such as bed rest and plenty of fluids.

In the case of bacterial inflammations, sometimes we can do without antibiotics, their indication and choice should be exclusively in the hands of the doctor.

Key words: oropharynx, tonsillitis, pharyngitis, infectious mononucleosis, treatment.

Orofarynx

Ústní část hltanu (oropharynx, pars oralis pharyngis, mesopharynx, hrdlo) je oddělena od nasofaryngu pomyslnou rovinou měkkého patra v úrovni obratle C2 a od hypofaryngu rovinou mezi jazykou, horním okrajem epiglottis a obratlem C4.

Příčné vyklenutí zadní stěny, podmiňované horním jícnovým svěračem, se nazývá Passavantův val a má význam při polykání a tvorbě řeči. Isthmus faucium, zúžení tvořené měkkým patrem, patrovými oblouky a kořenem jazyka, odděluje orofarynx od dutiny ústní.

Mezi předním a zadním patrovým obloukem se nachází jamky, ve kterých jsou v periton-

zilární pojivové tkáni uloženy patrové mandle. Patrové mandle, spolu se slizniční a podslizniční lymfatickou tkání v orofaryngu, jsou součástí Waldeyerova lymfoepitelového okruhu.

Patrové tonzily, patřící mezi sekundární lymfatické orgány, jsou prvním místem styku s antigenem. Tonzily nemají souvislé pouzdro, jejich povrch vybíhá do krypt či lakun, čímž je výrazně zvětšen.

Jejich hlavní funkcí je obrana před antigeny a zevními patogenními vlivy, při které se uplatňují B i T lymfocyty.

Vyšetření orofaryngu

K vyšetření hrdla není třeba žádného speciálního či nákladného instrumentária.

Bohatě si vystačíme s jednou či dvěma ústními lopatkami. Pacienta vyzveme, aby otevřel ústa, jazyk nechal v ústech volně ležet a pravidelně zvolna dýchal. Ústní lopatku položíme na kořen jazyka, před oblast hrazených papil, abychom omezili dáivý reflex, a mírně stlačíme. Posuzujeme barvu a hydrataci sliznic, přítomnost případného enantému, symetrii patrových tonzil a peritonzilárních prostorů. Pokud pacienta vyzveme k fonaci hlásky „á“, můžeme sledovat symetrii a pohyb patrových oblouků.

Dvou lopatek můžeme použít k vyšetření patrových mandlí, kdy se používá tlaku proti sobě k vytlačení obsahu krypt. Obsah hodnotíme vizuálně, můžeme jej též odeslat na mi-

krobiologické vyšetření. Detritus nacházející se v kryptách je do určité míry fyziologický, přirozeně je odstraňován při polykání.

Součástí vyšetření orofaryngu je též bimanuální palpce krčních uzlin, kdy hodnotíme jejich velikost, lokalizaci, bolestivost, tuhost a také vzhled kůže nad nimi (1, 2).

Záněty

Záněty v oblasti hrdla, jakož i v oblasti celého hltanu probíhají nejčastěji jako součást běžného nachlazení, které se šíří kapénkovou infekcí. Většina je virového původu. Nejvýznamnější roli hrají viry influenzy, parainfluenzy, enterokoky, coxsakie viry, rinoviry a další. Z bakteriálních původců se setkáváme zejména s beta-hemolytickými streptokoky skupiny A, *Haemophilus influenzae* a stafylokoky. Nejsou neobvyklé ani mykotické infekce, způsobené zejména *Candida albicans*, ty však mívají chroničtější průběh.

Záněty hltanu dělíme dle postižených částí na faryngitidy, kdy jsou postiženy stěny hltanu, a tonzilitidy, kdy se jedná o postižení lymfatické tkáně Waldeyerova okruhu, zejména patrových mandlí (angíny). Pokud je postižen celý hltan, hovoříme o tonzilofaryngitidách.

Průběh zánětů hltanu může být od mírného až po život ohrožující v závislosti na vyvolávajícím původci, podmínkách jeho pomnožení a celkovém stavu jedince. U prudce probíhajících zánětů je důležité mikrobiologické vyšetření, protože úspěch léčby je závislý na jejím cíleném podání.

Akutní faryngitidy (pharyngitis acuta)

Jedná se o zánět sliznice hltanu, jehož dominantním příznakem je bolest v hrdle, bolestivé polykání, škrábání, pocit suchosti či nucení ke kašli. Jedná se o běžnou součást sezónních virových onemocnění.

Příznaky se mohou lišit dle vyvolávajícího mikroba a rozsahu infekce. Hrdlo je zarudlé, difúzně prosáklé, na zadní stěně hltanu může být patrné zbytnění lymfatických provazců, z nosohltanu často zatéká hlen, tonzily mohou být též prosáklé, avšak nebývají přítomny povlaky (Obr. 1.). Regionální uzliny bývají pohmatově zvětšené. U malých dětí bývají příznaky výraznější, doprovázené horečkami a nosní sekrecí.

Akutní tonzilitidy

Jedná se o akutní zánět tonzilární tkáně, může postihnout jakoukoliv tkáň Waldeyerova okruhu, nejčastěji se však jedná o postižení tonzil patrových, které je laicky označováno jako angína.

Symptomatickou angínou se může projevit mnoho virových onemocnění, setkáváme se s ní například u infekční mononukleózy, chřipky, spalniček, planých neštovic, covidu-19 i dalších.

Asi 30 % bakteriálních tonzilitid způsobuje beta-hemolytický streptokok skupiny A, méně často se jedná o streptokoky skupiny B a C, stafylokoky, hemofily nebo anaerobní bakterie.

Nejvyšší incidence onemocnění je mezi 5. a 15. rokem života s vrcholem v mladším školním věku. Šíření infekce je kapénkovou i alimentární cestou. Často onemocní několik členů jedné domácnosti či kolektivu, inkubační doba je 2–4 dny, výjimečně až 9 dní. Sporadicky se vyskytuje v průběhu celého roku, typický je však výskyt v chladných měsících.

Nástup onemocnění bývá náhlý, projevuje se zprvu horečkou, schváceností, zimnicí, u dětí může být i nauzea se zvracením. Typická je oboustranná bolest v krku zhoršující se při polykání. Hrdlo je purpurově rudé, tonzily jsou edematózní, typické jsou bělavé povlaky, které se však objevují jako následek hnisání obvykle po 48 hodinách (Obr. 2).

Krční uzliny, zejména submandibulární, jsou zvětšené, mohou být na pohmat citlivé. Laboratorně nacházíme zvýšené CRP, leukocytózu, při podezření na infekční mononukleózu

je vhodné vyšetření jaterních testů a diferenciálního rozpočtu leukocytů.

Streptest, specifický imunologický test na přítomnost streptokokových bakterií v hrdle, nemusí být vždy průkazný. V případě diagnostických rozpaků je vhodné provést kultivační vyšetření před nasazením antibiotik, výsledek je znám během 2–3 dní.

S diagnostikou nám při prvním kontaktu s pacientem může pomoci i tzv. Strep skóre GAS – group A streptococcus (Tab. 1). Pokud je výsledkem 4 a více bodů, je vhodné započít antibiotickou terapii, pokud je výsledek 0 či -1, antibiotika nejsou doporučena.

Antibiotická léčba angíny způsobené beta-hemolytickým streptokokem má za cíl, kromě rychlejšího ústupu akutních příznaků, také prevenci komplikací. Z lokálních komplikací se nejčastěji setkáváme s peritonzilární flegmónou či abscesem. Mezi závažné systémové komplikace patří revmatická horečka a akutní glomerulonefritida, jejich výskyt je v současnosti naštěstí jen zřídka.

Infekční mononukleóza (EBV, angina monocytotica)

Je způsobena virem Ebsteina a Barrové ze skupiny herpetických virů. Přenáší se slinami či

Tab. 1. Strep skóre GAS (9)

Příznaky	
Horečka	1
Není rýma a kašel	1
Zvětšené krční uzliny	1
Exsudát (povlaky) v tonzilách	1
Věk < 15 let	1
Věk 15 – 45 let	0
Věk > 45 let	-1

Obr. 1. Akutní faryngitida u pacientky s asymetrií tonzil



Obr. 2. Akutní tonzilofaryngitida u 35leté pacientky



kontaktem sliznic. Pro svůj hojnější výskyt mezi mladými a dopívajícími se jí někdy přezdívá také „studentská nemoc z líbání“. Setkáváme se s ní jako s kolektivní nákazou ve školách. Inkubační doba je 6 až 8 týdnů.

Celkové příznaky jsou téměř shodné s běžnou angínou. Povlaky na tonzílách bývají žlutavé, splývavé a mohou mít charakter až pseudomembrán. Výraznější bývá uzlinové postižení, může být přítomno i zvětšení slinných žláz. Kultivační vyšetření je negativní, je možné provést sérologické vyšetření protilátek z krve. V laboratorním vyšetření se objevuje nejprve leukopenie, později leukocytóza se zvýšeným diferenciální počtem monocytů. Jaterní testy bývají zvýšené.

Herpangína

Herpangína je typicky letní onemocnění způsobené virem, nejčastěji Coxsackie A, mohou ji však způsobovat i jiné herpes viry (např. varicella zoster). Vyskytuje se též jako součást sedmé exantematické nemoci (syndrom ruka-noha-úst). Celkové příznaky nejsou odlišné od ostatních angín. V oblasti hrdla a měkkého i tvrdého patra se tvoří drobné puchýřky se zarudnutím okrajů, které během několika dní praskají a vznikají vřidky podobné aftům (3, 4).

Léčba zánětů orofaryngu

Antibiotická léčba bakteriální tonzilitidy a tonzilofaryngitidy

V případě, že je nález v hrdle zhodnocen jako bakteriální tonzilitida či tonzilofaryngitida, měla by být nasazena antibiotika. Antibiotikem první volby stále zůstává penicilin, pokud není pacient alergický, či není jiná kontraindikace podání.

Volíme nejčastěji fenoxymethylpenicilin (penicilin V), tedy fenoxymetylenpenicilin, v dávce 1,2–1,5 mil. IU každých 6–8 hodin, dle tíže stavu. Někdy je započata léčba dávkování s šestihodinovým intervalem po dobu tří dní a poté je interval prodloužen na osm hodin. Dávkování pro pediatrickou populaci je 20 tis. IU/kg tělesné hmotnosti po 6 hodinách nebo 25–30 tis. IU/kg tělesné hmotnosti po osmi hodinách. Doba léčby by měla být sedm až deset dní.

V případě alergie je možné použít cefalosporiny I. generace, v ČR jsou z perorálních

forem dostupné pouze přípravky s cefadroxi-lem, a to pouze ve formě tablet. Pro dospělého volíme dávku 1 000 mg až 8 hodin, délka léčby by měla být pět až sedm dní. Další možností je podání makrolidového antibiotika klarithromycinu. Dávkování pro dospělého je 500 mg po 8 či 12 hodinách, máme možnost i léku s řízeným uvolňováním, který se podává pouze 1× denně v dávce 500–1 000 mg. U dětí do 12 let je dávka 7,5mg/kg po dvanácti hodinách. Délka léčby je dle závažnosti infekce 5 až 10 dní.

V případě diagnostických rozpaků, zda se jedná o streptokokovou tonzilitidu či infekční mononukleózu, je zcela nevhodné podání aminopenicilinů. Prakticky u všech pacientů s infekční mononukleózou dojde po podání aminopenicilinů k výsevu výrazného makulopapulozního exantému, někdy až hemoragického charakteru. Jedná se o imunopatologickou reakci III. typu, nikoliv o alergickou reakci, za kterou bývá tato často mylně zaměňována (1, 5).

Neantibiotická léčba zánětů v oblasti orofaryngu

Léčba nezávažných zánětů v oblasti hrdla je symptomatická. Pacientům doporučujeme klidový režim na lůžku, dostatečný pitný režim, neдрáždivou stravu a zvýšený příjem vitamínu C, D a zinku. Celkovou imunitu lze podpořit přípravky s obsahem imunoglukanu, hlívy ústříčné, rakytníku či echinacey.

K úlevě od celkových potíží je vhodné podávání léků s analgetickým a antipyretickým účinkem, zejména těch obsahujících paracetamol a ibuprofen. Z důvodů rizika rozvoje Reyova syndromu bychom se měli vyvarovat podávání léků s obsahem kyseliny acetylsalicylové dětem do dvanácti let.

Možnosti lokální terapie jsou široké. Pokud se jedná o dospělé či větší děti, lze doporučit kloktání. Kromě komerčně připravených kloktadel s obsahem benzydaminu, jodovaného povidonu či hexetidinu je možné využít také ústních vod s obsahem chlorhexidinu, minerální vody Vincentka či odvarů z heřmánku nebo šalvěje. Kloktání však nemusí být každému příjemné, někteří pacienti s ním mají problém, zejména dětské pacienti ho ne vždy chápou a může docházet například k dávení či polykání kloktadla.

Na trhu je dostatek volně prodejných přípravků v podobě pastilek se širokou škálou příchutí od mentolových až po ovocné či medové. Jako nejšetrnější se jeví přípravky s obsahem chlorhexidinu, který má antiseptický účinek. S opatrností jej lze doporučit též u těhotných a kojících žen. Antisepticky působí také kombinace amylmetakresol s dichlorbenzylalkoholem. Účinky jak antiseptické, proti virům, bakteriím i kvasinkám, tak analgetické a antiflogistické mají přípravky s obsahem benzydamin hydrochloridu, flurbiprofenu a oktenidinu dihydrochloridu, a jeví se tak jako výhodnější k použití u výrazně bolestivých stavů. K zmírnění pocitu suchosti, pálení či nucení ke kašli je možné doporučit jako podpůrnou léčbu rozpustné tablety s obsahem dexpanthenolu. Z fytofarmak můžeme sáhnout po přípravcích s obsahem islandského lišejníku, heřmánku a šalvěje.

Orální spreje obsahují jak látky dezinfekční, antiseptické, antiflogistické, tak analgetické. Kromě již zmíněného jodovaného povidonu, benzydamin hydrochloridu nebo benzononium chloridu v nich lze nalézt i lidokain. Lokální analgetický účinek všech přípravků je jen krátkodobý a nepřetrvává zpravidla déle než půl hodiny, proto je v případě silnějších bolestí vhodné doporučit doplnění terapie o vhodná analgetika podávaná perorálně. Volíme většinou paracetamol, ibuprofen, metamizol či jiné dle zvyklostí pacienta (10, 11).

Kdy pacienta odeslat k praktickému lékaři

- Pacient má horečku nad 38 °C
- Pacient je celkově schvácený, slabý, případně zvrací
- Pacient si všiml bělavých povlaků v krku či na mandlích
- Bolesti jsou dlouhodobějšího charakteru
- Po 2–3 dnech samoléčby nedošlo ke zlepšení potíží

Kdy pacienta odeslat na specializované pracoviště

- Ani po několika dnech nedošlo ke zmírnění potíží
- V případě výrazně jednostranných potíží
- Pokud je výrazně omezen perorální příjem (obtěžně zvládá i pití)
- Pacient hlučí, má potíže s otevíráním úst

Závěr

Většina zánětů v orofaryngeální oblasti je součástí sezónních virových onemocnění. Jedná se o tzv. self-limiting onemocnění, kte-

ré se vyléčí i bez specifické léčby. Volně prodejná léčiva a doplňky stravy mohou zmírnit příznaky, ulevit od bolesti a zkrátit dobu léčby. Samozřejmě součástí léčby by měla být izo-

lace nemocného od kolektivu, jako prevence šíření infekčních onemocnění. V případě diagnostických rozpaků je vhodné vyšetření pacienta praktickým lékařem či ORL specialistou.

LITERATURA

1. Komínek P, Chrobok V, Astl J, et al. Záněty hltanu. 3., aktualizované vydání. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2016. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-164-9.
2. Šlapák I, Urík M, et al. Dětská otorinolaryngologie. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5426-3.
3. Chrobok V, Komínek P, et al. Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2022.
4. Jain N, Lodha R, Kabra SK. Upper respiratory tract infections. Indian J Pediatr. 2001 Dec;68(12):1135-8. doi: 10.1007/BF02722930. PMID: 11838568; PMCID: PMC7091368.
5. Beneš J. Antibiotika: systematika, vlastnosti, použití. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0636-3.
6. Krüger K, Töpfner N, Berner R, et al. Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. Dtsch Arztebl Int. 2021 Mar 19;118(11):188-94. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0121. PMID: 33602392; PMCID: PMC8245861.
7. Passali D, Arezzo MF, De Rose A, et al. Benzylamine hydrochloride for the treatment of sore throat and irritative/inflammatory conditions of the oropharynx: a cross-national survey among pharmacists and general practitioners. BMC Prim Care. 2022 Jun 17;23(1):154. doi: 10.1186/s12875-022-01762-3. PMID: 35715725; PMCID: PMC9205545.
8. Kanagalingam J, Feliciano R, Hah JH, et al. Practical use of povidone-iodine antiseptic in the maintenance of oral health and in the prevention and treatment of common oropharyngeal infections. Int J Clin Pract. 2015 Nov;69(11):1247-56. doi: 10.1111/ijcp.12707. Epub 2015 Aug 6. PMID: 26249761; PMCID: PMC6767541.
9. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1(3):239-46. doi: 10.1177/0272989X8100100304. PMID: 6763125.
10. Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA. Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. Can Fam Physician. 2020 Apr;66(4):251-257. PMID: 32273409; PMCID: PMC7145142.
11. Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH; Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. Dtsch Arztebl Int. 2021 Mar 19;118(11):188-94. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0121. PMID: 33602392; PMCID: PMC8245861.