

pomaka stoji na višoj razini u odnosu na analognu spinu druge strane tijela.¹¹ S aspekta diferencijalne dijagnoze treba istaknuti da i spazam m. psoasa može rezultirati torzijom zdjelice (spazam m. psoasa može biti posljedica organskih poremećaja tog mišića ili je refleksnog podrijetla; najčešći uzroci refleksnog spazma m. psoasa su upalne i destruktivne bolesti abdominalnih i zdjelčnih organa te funkcionalni i organski poremećaji LS kralježnice).^{11,24,25} Značajno povećana ekstenzija lijevoga kuka u našeg bolesnika bilo je očekivana posljedica hipoplazije donjeg dijela lijevoga m. psoasa. Poznato je da normalan m. psoas sprječava nepoželjnu hiperekstenziju kuka što je osobito važno tijekom hoda.²⁵ Hiperekstenzija lijevoga kuka u našeg bolesnika očitovale se osjećajem »nestabilnosti« lijeve noge tijekom hoda. Smatramo da su boli u križima od rane mladosti u našeg bolesnika ponajprije bile posljedica statičko-dinamičkog preopterećenja LS kralježnice uzrokovanog hipoplazijom lijevoga m. psoasa. Naime, m. psoas je vrlo aktivan posturalni mišić koji stalno balansira držanje tijela tijekom sjedenja, stajanja i hoda.²⁵ U osoba sa značajnom unilateralnom hipoplazijom m. psoasa kronično su preopterećene strukture LS kralježnice što je podloga za nastanak funkcionalnih poremećaja, prije svega segmentne disfunkcije (blokada pokreta i.v. zgloba reverzibilnog karaktera) koja se može očitovati lokalnim i/ili prenesenim bolima¹¹ te u konačnici i podloga za razvoj degenerativnih promjena LS kralježnice koje su u našeg bolesnika bile vrlo jake i opsežne.¹¹ Kronično preopterećenje desnoga m. psoasa, uzrokovano hipoplazijom lijevoga m. psoasa, rezultiralo je njegovom kompenzatornom hipertrofijom. Zaključno, boli u križima od rane mladosti, skoliozično držanje, asimetrija zdjelice (torzija zdjelice) i značajno povećana ekstenzija jednoga kuka mogu upućivati na prirodnu hipoplaziju m. psoasa.

LITERATURA

1. Dvorak J, Dvorak V. Manuelle Medizin, Diagnostik, 4. izd. Stuttgart-New York: Thieme; 1994, str. 296–299.
2. Muttarak M, Wilfred CG. CT of unusual iliopsoas compartment lesions. *RadioGraphics* 2000;20:53–66.
3. Saadeh FA, Bergman RA. An aberrant psoas major muscle fascicle. *Anat Anz* 1985;160(5):367–8.
4. Spratt JD, Logan BM, Abrahams PH. Variant slips of psoas and iliacus muscles, with splitting of the femoral nerve. *Clin Anat* 1996;9(6): 401–4.
5. Jelev L, Shivarov V, Surchev L. Bilateral variations of the psoas major and the iliacus muscles and presence of an undescribed variant muscle-accessory iliopsoas muscle. *Ann Anat* 2005;187(3):281–6.
6. Tubbs RS, Oakes WJ, Salter EG. The psoas quartus muscle. *Clin Anat* 2006;19(7):678–80.
7. Unal B, Kara S, Aktas A, Bilgili Y. Anatomic variations of the colon detected on abdominal CT scans. *Tani Girisim Radyol* 2004;10(4): 304–8.
8. Goldfeld M, Loberant N. Unilateral »vanishing psoas«: an anatomic variant. *Clin Imaging* 1993;17(2):104–5.
9. Hanson P, Magnusson SP, Sorensen H, Simonsen EB. Anatomical differences in the psoas muscles in young black and white men. *J Anat* 1999;194:303–7.
10. Jajić I. Fizijatrijsko-reumatološka propedeutika. Zagreb: Medicinska naklada, 1994, str. 185–201.
11. Lewit K. Manuelle Medizin, 7. izd. Heidelberg-Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 1997, str. 294–335.
12. Grgić V. Manualna medicina. U: Bobinac-Georgievski A, ur. Fizikalna medicina i rehabilitacija u Hrvatskoj, Zagreb: Naklada Fran; 2000, str. 235–276.
13. Grgić V. Hernija lumbalnog diska. Repozicijski učinak rotacijske manipulacije: prikaz bolesnika. *Liječ Vjesn* 2006;128:213–6.
14. Grgić V. Rezultati manipulativne terapije u liječenju hernije lumbalnog diska. *Fiz Med Rehab* 1997;14(1–2):35–44.
15. Stern PJ, Cote P, Cassidy JD. A series of consecutive cases of low back pain with radiating leg pain treated by chiropractors. *J Manipul Physiol Ther* 1995;18:335–42.
16. Cassidy JD, Thiel HW, Kirkaldy-Willis WH. Side posture manipulation for lumbar intervertebral disk herniation. *J Manipul Physiol Ther* 1993; 16:96–103.
17. Torres GM, Cernigliaro JG, Abbitt PL. i sur. Iliopsoas compartment: normal anatomy and pathologic processes. *Radiographics* 1995;15(6): 1285–97.
18. Lee JK, Hlazer HS. Psoas muscle disorders: MR imaging. *Radiology* 1986;160:683–7.
19. Laban MM. Atrophy and clinical weakness of the iliopsoas muscle: a manifestation of hip osteoarthritis. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85 (7):629.
20. Sage MR, Gordon TP. Muscle atrophy in ankylosing spondylitis: CT demonstration. *Radiology* 1983;149:780.
21. Tyson AD. The hip flexor's role in pelvic stability during abdominal exercises. *Strength Cond* 2000;22:57–8.
22. Santaguida PL, McGill SM. The psoas major muscle: a three-dimensional geometric study. *J Biomech* 1995;28:339–45.
23. Andersson E. The role of the psoas and iliacus muscles for stability and movement of the lumbar spine, pelvis and hip. *Scand J Med Sci Sports* 1995;5:10–16.
24. Rancourt CM. Chronic psoas syndrome caused by the inappropriate use of a heel lift. *J Am Osteopath Assoc* 2007;107(9):415–8.
25. Hammer W. The psoas syndrome. *Dyn Chiropr* 1992;10(3):1–3.

AKUTNA UPALA JEZIČNE TONZILE

ACUTE LINGUAL TONSILLITIS

SAŠA JANJANIN, VLADIMIR KATIĆ, IDA OREB*

Deskriptori: Tonzilitis – dijagnoza, farmakoterapija; Jezik; Laringoskopija – metode; Akutna bolest

Sažetak. Akutna upala jezične tonzile neuobičajeni je uzrok jake grlobolje koji se u praksi vrlo rijetko dijagnosticira. Bolesnici s akutnom upalom jezične tonzile karakteristično se žale na jaku grlobolju, otežano gutanje i bolnost u razini hioidne kosti, a osobito je zanimljivo da bolesnici s prethodno učinjenom nepčanom tonzilektomijom pri ovoj bolesti mogu

* Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (dr. sc. Saša Janjanin, dr. med.; prof. dr. sc. Vladimir Katić, dr. med.), Neonatal d.o.o., Zagreb (Ida Oreb, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. S. Janjanin, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

Primljeno 1. lipnja 2009., prihvaćeno 28. lipnja 2010.

imati gotovo potpuno uredan nalaz orofarinksa. Diferencijalnodijagnostički potrebno je isključiti za život opasni epiglotitis. S obzirom na to da se korijen jezika ne može vizualizirati rutinskim orofaringoskopskim pregledom, dijagnoza se postavlja indirektnom ili transnazalnom fiberoptičkom laringoskopijom.

Descriptors: Tonsillitis – diagnosis, drug therapy; Tongue; Laryngoscopy – methods; Acute disease

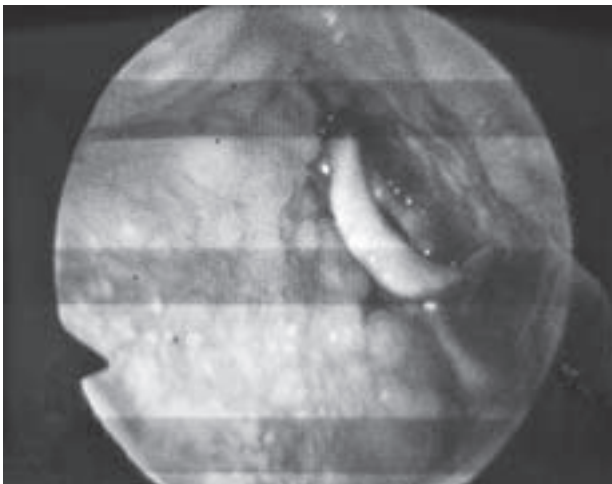
Summary. Acute lingual tonsillitis is a rarely diagnosed cause of sore throat. The patient with acute lingual tonsillitis typically has severe sore throat, dysphagia and pain at the level of hyoid bone, and it is interesting that patients with previous palatine tonsillectomy can present with almost normal oral examination findings. The diagnosis of potentially fatal epiglottitis should be excluded. Because the base of the tongue can not be visualized by intraoral examination, diagnosis must be made by indirect or transnasal fiberoptic laryngoscopy.

Liječ Vjesn 2010;132:285–287

Akutna upala jezične tonzile neuobičajeni je uzrok jake grlobolje koji se u praksi vrlo rijetko dijagnosticira jer jezičnu tonzilu nije moguće vizualizirati klasičnim orofaringalnim pregledom. Odrasli bolesnici s prethodno učinjenom nepčanom tonzilektomijom mogu prilikom upale jezične tonzile imati gotovo potpuno uredan nalaz orofarinksa! Bolesnici s akutnom upalom jezične tonzile karakteristično se žale na jaku grlobolju, otežano gutanje i osjećaj »bolne kugle« u razini hioidne kosti, nerijetko praćene povišenom temperaturom i karakterističnim otežanim govorom koji se u engleskoj literaturi naziva »muffled« ili »hot potato voice«. Diferencijalnodijagnostički, stanje koje se ne smije previdjeti jest za život opasni epiglotitis. Nakon što se isključi upala epiglotisa, manje iskusan liječnik lako može zanemariti edem jezične tonzile (koja je inače vrlo varijabilne veličine i submukoznog vaskularnog crteža)¹ ili fibrinske upalne naslage na površini tonzile interpretirati kao zastojni detritus koji se nađe kod bolesnika s otežanim gutanjem krute hrane.

Prikaz bolesnika

Muškarac star 29 godina javio se u dežurnu otorinolaringološku službu zbog jake grlobolje i otežanog gutanja koje se progresivno pogoršavalo tijekom prethodna tri dana. Na dan prijma bio je supfebrilan do 37,5 °C. Nije se žalio na smetnje disanja, ali zbog osjećaja »da ga nešto pritišće nisko u grlu« imao je povremeni podražajni kašalj te nagon na povraćanje. Nije iskašljavao krv. Pri razgovoru s bolesnikom zamjećuje se karakteristično »mumljanje« kao da ima zalo-



Slika 1. Akutna upala jezične tonzile. Endoskopski pogled na edematoznu jezičnu tonzilu prekrivenu sitnim komadićima fibrinskog eksudata.
Figure 1. Acute lingual tonsillitis. Endoscopic view showing swollen lingual tonsil covered with fibrinous exudate.

gaj u dubini usne šupljine. Inače zdrav (profesionalni sportaš), kao dječak od četiri godine tonziloektomiran zbog učestalih streptokoknih angina. Od ostalih problema navodi sportske ozljede te artroskopiju zbog ozljede meniska.

Pri orofaringalnom pregledu sluznica ždrijela je vrlo blago injicirana, gotovo uredne boje. Vidi se uredno stanje nakon tonzilektomije u djetinjstvu, bez rezidualnih otočića limfatičnog tkiva unutar nepčanih lukova. Na ždrijelnoj stijenci nema patološkog sekreta. Palpatorno je prisutan regionalni, bolni, vratni limfadenitis s obostrano povećanim jugulodigastričkim čvorovima do 1,5 cm te bolnost pri palpaciji gornje trećine vrata u medijanoj liniji. Nakon topičke anestezije učini se fleksibilna transnazalna fiberendoskopija kojom se prikaže uredan epiglotis i strukture endolarinksa uz uredno pomične glasnice i respiratorno suficijentnu rimu glotidis. Međutim, jezična tonzila je hiperemična i posuta sitnim fibrinskim naslagama (slika 1). Pri dodiru te strukture vrškom transnazalnog endoskopa bolesnik javlja najveću bolnost. Od laboratorijskih nalaza nađu se povišeni segmentirani neutrofilni granulociti te povišena sedimentacija.

Na temelju fizikalnog pregleda i laboratorijskih nalaza intramuskularno se ordinira 1.200.000 IJ prokain penicilina G (Farmaproya, Laboratorio Reig Jofre, Barcelona, Španjolska) te se već nakon prve doze bolesnik osjećao bolje, a nakon tri injekcije prijeđe se na peroralnu terapiju benzatin-fenoksimetilpenicilinom 3x1500 mg (Silapen 1500, Belupo d.d., Hrvatska) u trajanju od još tri dana.

Rasprava i zaključci

Jezična tonzila limfatično je tkivo na korijenu jezika koje zajedno sa ždrijelnom, nepčanim i tubarnim tonzilama čini Waldeyerov limfatični prsten. Poput nepčanih tonzila, i ta je struktura podložna bakterijskim infekcijama. Najčešći uzročnici upale jezične tonzile su oni koji uzrokuju i ostale upale ždrijela, uključujući viruse, *Streptococcus* grupe A, te *Staphylococcus aureus*.² Pretpostavlja se da je jezična tonzila u određenom opsegu zahvaćena prilikom većine upala ždrijela, no zbog učestalosti faringitisa u općoj populaciji rijetko se provodi detaljnija dijagnostička obrada te ta upala najčešće prolazi nedijagnosticirana. Stoga se uglavnom otkriva u bolesnika s prethodno kirurški odstranjenim nepčanim tonzilama i kod kojih težina simptoma zahtijeva specijalistički otorinolaringološki pregled.³ Pa vjerojatno čak i tada – u središtu svakog ORL pregleda je pozornost da se zamijeti potencijalno fatalni epiglotitis – jedan broj bolesnika odlazi s pregleda samo sa simptomatskom terapijom, jer manje iskusni liječnici upalni supstrat na površini sluznice jezične tonzile lako mogu proglasiti zastojnim detritusom, a edem tonzile zanemariti u izostanku opstrukcije dišnog puta otečenim epiglotisom.

Akutni jezični tonsilitis upalno je stanje o kojem ima iznimno malo podataka u suvremenoj literaturi, uključujući i

specijalističke otorinolaringološke udžbenike.⁴ Tako se zapravo vrlo malo zna i o zahvaćenosti ove strukture tijekom epizoda klasičnog akutnog nepčanog tonzilitisa.⁵ Najčešći simptomi akutnoga jezičnog tonzilitisa su povišena tjelesna temperatura, grlobolja, teškoće pri govoru, disfagija te bol u razini hioidne kosti prilikom gutanja,⁶ a opisan je i slučaj hemoptize.⁷ Bolest se najčešće otkriva u tonzilektomiranih osoba mlađe i srednje životne dobi. Iako naš bolesnik nije imao nikakve za život opasne simptome, akutna upala jezične tonzile može rijetko izazvati i opstrukciju dišnog puta,⁸ a tijekom bolesti bi svakako bio dugotrajniji bez primjene antibiotika, uz moguće komplikacije. Da naš bolesnik nije bio pregledan u specijalističkoj službi gdje je rutinski provedena transnazalna endoskopija, zahvaćenost lingvalne tonzile vjerojatno bi prošla nezamijećeno, pri čemu na temelju orofaringoskopskog nalaza ne bi bila opravdana ni primjena antibiotika.

Prvi autor ovoga članka (S. J.), tijekom 8 mjeseci u hitnoj ORL službi (s prosječno 2 dežurstva na mjesec) zabilježio je četiri slučaja akutnoga jezičnog tonzilitisa (prema mjestu stanovanja, u bolnicu gravitira oko 320.000 stanovnika). U sva četiri slučaja radilo se o bolesnicima kod kojih su u djetinjstvu ili ranoj mladosti odstranjene nepčane tonzile (3 muškarca i 1 žena, raspon godina 25–39). Svi bolesnici imali su slične simptome: jaku grlobolju uz relativno neupadljiv orofaringoskopski nalaz u ždrijelu, otežano gutanje, umjerene teškoće pri govoru te bolnost pri palpaciji vrata. Ni jedan bolesnik nije imao subjektivne ni objektivne smetnje disanja. U svih su bolesnika fiberskopskim pregledom nađeni edem i fibrinske naslage na površini jezične tonzile, čija je izraženost varirala od velikih krpica fibrina koje su površinski bile veće od površine neprekrivene sluznice, do sitnih točkica fibrina na umjerenom edematoznoj i tamnoružičastoj sluznici tonzile. Kod dvoje bolesnika ordiniran je intramuskularni penicilin, s preporukom da se nakon poboljšanja nastavi peroralna terapija, dok je dvoje bolesnika imalo zadovoljavajući odgovor na peroralnu terapiju klindamicinom. Pregledom bolničke dokumentacije za dežurstva svih liječnika u istom razdoblju od 8 mjeseci, u istu su ustanovu na stacionarno liječenje primljena četiri bolesnika kod

kojih je ustanovljena dijagnoza akutni epiglottitis, bolest koja zahtijeva smještaj bolesnika na odjel i opservaciju zbog mogućeg razvoja akutne respiratorne insuficijencije.

Na kraju postavljamo pitanje: je li akutna upala jezične tonzile bolest koja prolazi nedijagnosticirano u nekih odraslih tonzilektomiranih bolesnika koji se prezentiraju jakim grloboljom, urednom respiracijom i relativno neupadljivim nalazom u orofarinksu?⁹ Na temelju naših opažanja u promatranih 8 mjeseci, broj bolesnika s jezičnim tonzilitisom koji je zapažen od strane jednog liječnika u njegovim dežurstvima bio je jednak ukupnom broju oboljelih od epiglottitisa koji su zabilježili svi dežurni. Jezična tonzila je limfatična struktura na koju se vrlo malo upozorava u suvremenoj literaturi, ali i u praktičnoj edukaciji mladih liječnika. Stoga savjetujemo da se ne zaboravi mogućnost njezine izolirane upale, koja se prezentira jakim grloboljom i disfagijom uz objektivno miran nalaz u ždrijelu i uredno disanje. S obzirom na to da se baza jezika ne može vizualizirati rutinskim orofaringoskopskim pregledom, dijagnoza se postavlja indirektnom ili transnazalnom fiberoptičkom laringoskopijom.

LITERATURA

1. *Elia JC.* Lingual tonsillitis. *Ann NY Acad Sci* 1959;82:52–6.
2. *Shapiro J, Eavey RD, Baker AS.* Adult supraglottitis. A prospective analysis. *JAMA* 1988;259:563–7.
3. *Puar RK, Puar HS.* Lingual tonsillitis. *South Med J* 1986;79:1126–8.
4. *Johnson JT, Newlands SD, Calhoun KH, ur.* Head and Neck Surgery – Otolaryngology. 4. izd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
5. *Golding-Wood DG, Whittet HB.* The lingual tonsil. A neglected symptomatic structure? *J Laryngol Otol* 1989;103:922–5.
6. *Joseph M, Reardon E, Goodman M.* Lingual tonsillectomy: a treatment for inflammatory lesions of the lingual tonsil. *Laryngoscope* 1984;94:179–84.
7. *Ting JY, Miyamoto RC.* Lingual tonsillitis presenting as hemoptysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra* 2008;3:68–70.
8. *Mavrinac JM, Dolan RW.* Acute lingual tonsillitis. *Am J Emerg Med* 1997;15:308–309.
9. *Janjanin S, Prgomet D.* Acute Lingual Tonsillitis – An Overlooked Cause of Severe Sore Throat in an Adult Tonsillectomized Population? *Med J Austral* 2009;191:44.