

Rıfat KARLI¹
Aylin GÜL²
Burhan YILDIRIM²
Mehmet Birol UĞUR²



OLGU SUNUMU

RETROFARENGEAL APSE

Öz

Retrofarengeal apse nadir görülen fakat ciddi bir hastalıktır. Çoğunlukla çocuklarda görülür. Boyunda şişlik, ani hava yolu obstrüksiyonu ve benzeri semptomlara yol açabilir. En yaygın bulguları ateş, boyunda şişlik, yutma ve beslenme bozukluklarıdır. Semptom ve bulguların süresi değişkendir. Lateral boyun grafisi tanıyı doğrular. En yararlı tanı yöntemleri arasında servikal bölgenin direkt inspeksiyonu ve bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmesi vardır. Erken tanı ve tedavi mediastinal yayılım, püy aspirasyonu, hava yolu tıkanıklığı ve majör damar erozyonu gibi ciddi komplikasyonları önleyebilir. Bu yazıda, ciddi solunum ve beslenme problemi ile başvuran yetmiş dört yaşında retrofarengeal apseli bir vaka sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Retrofarengeal apse; Üst hava yolu obstrüksiyonu; Yaşlı hasta.



CASE REPORT

RETROPHARYNGEAL ABSCESS

ABSTRACT

Retropharyngeal abscess is a rare but serious disease, which is seen especially in childhood. It may lead to symptoms like neck swelling, sudden airway obstruction and etc. The most common findings are fever, neck swelling, swallowing and feeding problems. The duration of symptoms and signs can be variable. Diagnosis is confirmed by lateral neck radiographs. The most helpful diagnostic means are direct visualization and computerized tomography scan of the cervical area. Early diagnosis and surgical treatment prevents serious complications such as mediastinal spread, aspiration of pus, airway obstruction or erosion into a major vessel. In this paper, we present a seventy four-year-old case with retropharyngeal abscess who admitted with severe respiratory distress and severe feeding problems.

Key Words: Retropharyngeal abscess; Airway obstruction; Aged patient.

İletişim (Correspondance)

Rıfat KARLI
Beydağı Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz
MALATYA
Tlf: 0506 608 30 41
e-posta: rifatkarli@yahoo.com

Geliş Tarihi: 29/07/2009
(Received)

Kabul Tarihi: 07/09/2009
(Accepted)

¹ Beydağı Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği
MALATYA

² Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
Anabilim Dalı ZONGULDAK



GİRİŞ

Retrofarengeal bölge derin servikal fasyanın orta ve derin katı arasında yer alan ve larinksin posterioruna doğru uzanan alandır. Bu alan kafa tabanından mediastene kadar uzanan potansiyel bir boşluktur. Boyun bölgesindeki enfeksiyonlar bu potansiyel boşluk yolunu kullanarak göğü ve mediastene kadar yayılım gösterebilirler (1,3). Boynun künt travmaları, özefagus ve farenksin yabancı cisimle travması, entübasyon ve endoskopik girişimler yada üst solunum yolları enfeksiyonlarının retrofarengeal lenf nodlarını süpüre etmesiyle retrofarengeal apse oluşabilir. Retrofarengeal apseler sıklıkla çocukluk yaş grubunda görülürler. Bu yazıda acil servise yutma güçlüğü ve solunum sıkıntısı şikayetleriyle başvuran, sonrasında ampiyem gelişen ve sık görülen aksine ileri yaşta olan bir retrofarengeal abse olgusu sunulmuştur.

OLGU

74 yaşında erkek hasta, bir haftadır olan yutma güçlüğü ve solunum sıkıntısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde multipl miyelom dışında özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 38.5 santigrat derece ölçüldü, boyun orta hattında, hyoid seviyesinden krikoid kartilaj alt sınırına kadar uzanan, yumuşak kıvamda, yaklaşık 5x4 santimetrelilik kitle görüldü. Orofarengeal muayenede farenks posterior duvarında sol lateralde fluktuasyon veren, inferiora doğru uzanım gösteren dolgunluk mevcuttu. Kötü ağız hijyeni ve bazı dişlerde çürükler mevcuttu. Yapılan endoskopik muayenede dil kökü ve epiglot doğaldı. Aşırı tükürük sekresyonu nedeniyle larengeal yapılar ve priform sinüsler net değerlendirileme-



Şekil 1— Retrofarengeal apse (BT koronal kesit).

di. Laboratuvar bulgularında beyaz küre sayısı 11.600/dL ve nötrofil hakimiyeti vardı. Hastanın acil şartlarda çekilen boyun tomografisinde, retrofarengeal bölgede 5x2,5 cm boyutlarında görülen ve submental düzeyde ise sağ parafarengeal mesafede mediastene uzanan yoğun kistik içerikli, periferik kontrastlanma gösteren, apse oluşumları saptandı (Şekil 1). Lezyon basısına bağlı olarak sol farengeal reses kapalı görünmekteydi. Larenks ve trakea sağa doğru itilmişti.

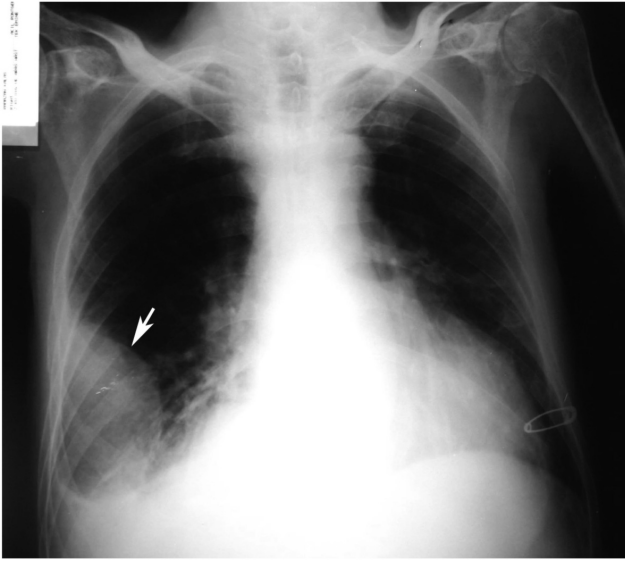
Hasta ameliyathane şartlarında trakeotomi açılarak entübe edildi. Boyundaki kitle açılarak apse boşaltıldı. Trendelenburg pozisyonunda retrofarengeal apsesi drene edildi. Hastanın operasyondan sonra çekilen tomografisinde retrofarengeal apsenin kaybolduğu gözlemlendi (Şekil 2). Hastaya ampirik olarak parenteral yoldan seftiriakson ve metronidazol tedavisi başlandı. Postoperatif dönemde yoğun bakımda takip edilen hastanın solunum sıkıntısının derinleşmesi ve ateş yüksekliği nedeniyle çekilen akciğer grafisinde sağ alt bölgede periferik yerleşimli ampiyem tespit edildi (Şekil 3). Göğüs hastalıkları tarafından takip edilen hasta acil servise başvurusundan 8 gün sonra solunum sıkıntısı, ampiyem, sepsis nedeniyle öldü.

TARTIŞMA

Retrofarengeal bölge derin servikal fasyanın orta ve derin katı arasında yer alan ve larinksin posterioruna doğru uzanım



Şekil 2— Apse drenajı sonrası BT koronal kesit.



Şekil 3— Sağ akciğer bazalinde ampiyem.

gösteren alandır. Bukkofarengal ve prevertebral fasya arasındaki bu boşluk kafa kaidesinden başlayarak mediastene kadar uzanım gösterebilir. Bu boşluğu kullanarak boyun bölgesindeki enfeksiyonlar göğüse ve mediastene kadar yayılabilirler (1,2,4,5). Retrofarengeal apselerin %95'inden fazlasının küçük çocuklarda ortaya çıktığı bildirilmiştir (6,7). Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları sonrası lenf nodlarının süpürasyonu bu bölgede abse oluşumunun en sık nedenidir (8,9). Sıklıkla çocukluk yaş grubunda görülmesinin nedeninin, doğum sonrasında var olan retrofarengeal lenf nodlarının 4-5 yaşından sonra atrofiye uğramaları olduğu bildirilmiştir (10,11). Etyolojide en sık sebep üst solunum yolu enfeksiyonları olup, boynun künt travmaları, entübasyon ve endoskopik girişimler de etyolojik nedenler arasında sayılabilir. İncelenen on hastalık bir seride yedi hastada tonsilit, iki hastada diş apsesi, bir hastada ise yabancı cisme bağlı yumuşak doku travması etyolojik faktör olarak belirlenmiştir (12). Bizim olgumuzda da eş zamanlı olarak boyunda da apse olması, kötü ağız hijyeni ve çürük dişler enfeksiyon kaynağının diş kökenli olduğunu düşündürmüştür. Bizim değerlendirmemize göre diş kaynaklı primer odaktan yayılan enfeksiyon boyunda ve retrofarengeal bölgede apse oluşumunu sağlamış, retrofarengeal alandan mediastene uzanan rotayı izleyerek ampiyeme neden olmuştur. Ayrıca hastamızda altta yatan multipl miyelom muhtemel immünsüpresyona neden olarak enfeksiyon gelişimini ve yayılmasını kolaylaştırmış olabilir. Hastada komplikasyon gelişmemiş olması durumunda ilk basamak tedaviden sonra diş hekimine yönlendirilmesi planlanmıştır. Erken pato-

jenler olarak, aerob ve aneorobları içeren alfa-hemolitik streptokoklar, stafilokok, bakteriodesler, escherichia coli, pseudomonas aeruginosa ve gram-negatif organizmalar bildirilmiştir (13). Biz bu vakada baş boyun bölgesinin sık gözlenen polimikrobiyal etkenlerini göz önünde bulundurarak ampirik tedavi başladık ancak apse materyalinden kültür çalışması yapmadık.

Hastalar genellikle ateş, boyunda şişlik, dispne ve disfaji şikayetleri ile başvururlar. Farenks arka duvarında fluktuasyon veren ve palpe edilebilen bir kitle vardır. Bizim vakamızda da ilk başvuru anında en önemli semptom yutma güçlüğü idi. Fizik muayeneye ek olarak lateral direkt grafiler tanıda yardımcıdır. Özellikle şüphelenilen vakalarda yumuşak doku dozunda çekilecek bir yan servikal grafide tanı koyma sıklığı %88'lere kadar çıkmaktadır (14).

Kesin tanı tomografi ve endoskopik muayene ile konulabilir. Tomografi ve endoskopik muayene, uvulit, trakeit, epiglotit ve krup gibi klinik tablolarla ayırıcı tanıda yardımcıdır. Bunlar aynı zamanda retrofarengeal kitle ile karşımıza çıkabilecek; kistik higroma, hemanjiom, nöroblastom, rabdomyosarkom, retrofarengeal guatr, servikal spin travmaları ve osteomyelitlerin retrofarengeal abseden ayırt edilmesinde önemli tanı yöntemleridir (15). Bizim vakamızda da orofarengeal muayenede farenks posterior duvarda sol lateralde fluktuasyon veren kitle bizi retrofarengeal apse konusunda şüphelendirdi. Çekilen bilgisayarlı tomografi tanımızı doğruladı. Retrofarengeal abseler fasyadan geçerek mediastinit, juguler ven trombozu, akut havayolu obstrüksiyonu, sepsisemi, ampiyem, aspirasyon pnömonisi gibi hayatı tehdit edebilecek ciddi komplikasyonlara neden olabilirler (16). Hava yollarına basıya veya mediastene uzanımına oluşabilen asfiksi ve absenin spontan rüptürü, retrofarengeal apsenin ölümcül olabilen diğer komplikasyonlarıdır. Tedavide ilk aşama trendelenburg pozisyonunda apsenin drene edilerek yoğun bir antibiyoterapinin başlanması olmalıdır. Sadece antibiyotik tedavisi uygulanması ile %12, cerrahi tedavi ile ise %88 iyileşme bildirilmiştir (17). Bizim çalışmamızda yaygın olanın aksine yaşlı bir hastada gelişen retrofarengeal apse boyun apsesi ve ilerleyen dönemde ampiyeme neden olarak ölümcül seyretmiştir.

Sonuç olarak; yaygın kanaatin aksine yaşlı hastalarda da retrofarengeal apse görülebilir ve özellikle akciğer komplikasyonları bu tür hastalarda ölümcül seyrederek. Bu tür olgularda gelişebilecek majör komplikasyonlar daima akılda bulundurulmalıdır. Tedavide ilk adım apsenin boşaltılması ve yoğun antibiyoterapi olmalıdır. Kültür ve antibiyotik duyarlılığı tespit edilene kadar başlanacak ampirik tedavi baş boyun bölgesinin polimikrobiyal florası göz önünde bulundurularak aerob ve aneorobları içermelidir.

**KAYNAKLAR**

1. Belet N, Ince E. Deep neck infections in children peritonsillar, retropharyngeal and lateral pharyngeal abscesses. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007;3:52-8.
2. Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. *Radiology* 1990;174:59-64.
3. Davis WL, Smoker WR, Harnsberger HR. The normal and diseased retropharyngeal and prevertebral spaces. *Semin.Ultrasound CT MR* 1990;11:520-33.
4. Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. *Radiology* 1990;174:59-64.
5. Lakadamyalı H, Ergun T, Lakadamyalı H, Avcı S. A giant retropharyngeal lipoma showing no change in clinical presentation and size within a two-year follow-up: a case report *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2008;18(6):374-6.
6. Duman M. Acute infections that are caused upper airway obstruction in children. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3:16-25.
7. Tannebaum RD. Adult retropharyngeal abscess: a case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1996;14:147-58.
8. Heath LK, Peirce TH. Retropharyngeal abscess following endotracheal intubation. *Chest* 1977;72:776-7.
9. Belet N, Ince E. Çocukluklarda Derin Boyun Enfeksiyonları: Peritonsiller, Retrofaringeal ve Lateral Faringeal Apse *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007, 3(2):52-8.
10. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003;111:1394-8.
11. Rotta AT, Wiryawan B. Respiratory emergencies in children. *Respir Care* 2003;48:248-58.
12. Karlıdağ T, Alpay HC, Kaygusuz I, et al. Retropharyngeal abscesses: a retrospective analysis of 10 patients. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi* 2008;18(5):300-5.
13. Sethi DS, Stanley RE. Deep neck abscesses—changing trends. *J Laryngol Otol* 1994;108:138-43.
14. Coulthard M, Isaacs D. Retropharyngeal abscess. *Arch Dis Child* 1991;66:1227-30.
15. Hartmann RW. Recognition of retropharyngeal abscess in children. *Am Fam Physician* 1992;46:193-6.
16. Cankaya H, Yuca K, Kiroglu F, Icli M. A case of retropharyngeal abscess with sever respiratory difficulty. *Van Tıp Dergisi* 2003;10:53-5.
17. Levitt GW. Cervical fascia and deep neck infections. *Otolaryngol Clin North Am* 1976;93:703-16.