



Retrofaringeal Abse Tanılı İki Olgu Sunumu

Mehmet Davutoğlu*, Ayfer Gözü**, Fuat Gürkan**

*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri AD. Kahramanmaraş

**Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri AD. Diyarbakır

Amaç: Solunum sıkıntısıyla başvuran 5 yaş altı çocuklarda ayırıcı tanıda nadir bir neden olan retrofaringeal absenin düşünülmesi gerektiği vurgulanıp, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmaktadır.

Konu: Retrofaringeal abse farinks arka duvarı ile prevertebral fasya arasındaki lenf bezlerinin akut enfeksiyonudur. Çocukluk çağında nadir görüldüğünden dolayı tanısı atlanabilmektedir. Ancak tanı ve tedavide geç kalındığında, son derece ölümcül olabilmektedir. Burada solunum sıkıntısıyla gittikleri merkezlerde farklı tanıları alan, daha sonra retrofaringeal abse teşhisi konulup tedavi edilen, yaşları 8 ve 18 aylık iki erkek olgu sunulmuştur.

Sonuç: Retrofaringeal abse süt çocuklarında solunum yollarının nadir obstrüksiyon nedenlerinden olup erken tanı ve uygun tedavi hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Retrofaringeal abse, Solunum sıkıntısı, Çocuk

Report of Two Cases Diagnosed As Retropharyngeal Abscess

Aim: We tried to discuss these two cases under the light of literature and to emphasize the importance of considering retropharyngeal abscess as a cause of respiratory difficulty especially in children under 5 years of age.

Subject: Retropharyngeal abscess is an uncommon condition of acute deep space neck infection, usually located between posterior pharyngeal wall and prevertebral fascia and may cause respiratory tract obstruction with the potential for significant morbidity and mortality if not detected early. We presented eight and eighteen months old two infants with retropharyngeal abscess who admitted with respiratory difficulty but have been misdiagnosed at first admission centers.

Result: Retropharyngeal abscess is an uncommon condition may cause respiratory tract obstruction in infancy, early diagnosis and appropriate treatment has vitally importance.

Key Words: Retropharyngeal abscess, Respiratory distress, Children

Retrofaringeal abse çocukluk çağında hava yolu obstrüksiyonunun nadir fakat önemli nedenlerinden biridir. Erken tanı ve hava yolu girişimi, cerrahi müdahaleye olanak sağlar. Retrofaringeal abselerin tanı ve tedavisinde gecikme, vital yapıları kapsayan potansiyel olarak öldürücü komplikasyonlara yol açabilir.^{1,2}

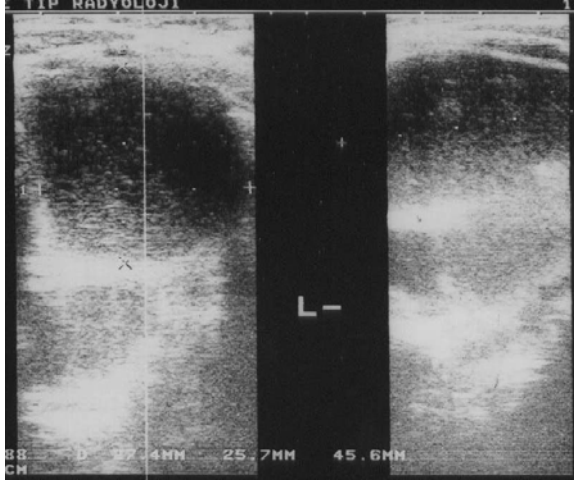
Bu yazıda solunum sıkıntısıyla başvuran bebeklerde retrofaringeal absenin ayırıcı tanıda nadir bir neden olarak düşünülmesi gerektiği vurgulanmış, literatür bilgileri doğrultusunda iki olgu sunulmuştur.

OLGU 1

On sekiz aylık erkek çocuğu, 15 gün önce başlayan öksürük, ateş ve hırıltılı solunum şikayetiyle götürüldüğü sağlık merkezinde solunumunun durması üzerine entübe edilerek "aspirasyon pnömonisi" ön tanısıyla fakültemize sevk edildi. Olgunun fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 7.5 kg (% 10) boy: 72cm (% 50-70) baş çevresi: 44cm (%10-25) idi. Kalp tepe atımı 130/dk, solunum sayısı 28/dk, kan basıncı 90/50 mmHg, aksiller ölçülen ateşi 38.6 derece olan olgunun genel durumu kötü olup inspiratuar stridoru vardı. Baş sürekli hiperekstansiyon pozisyonundaydı. İnterkostal ve subkostal retraksiyonları belirgin olan olguda dinlemekle bilateral ronküs ve subkrepitan ral alındı. Laboratuarda hemoglobin 8.5 gr/dl, hematokrit %26.7, MCV 58.6 fl lökosit sayısı 12300/mm³, trombosit sayısı 315000/mm³, sedimentasyon 65mm/h idi. Periferik kan yaymasında % 76 polimorfonüveli lökosit, % 24 lenfosit, toksik granülasyon (++) olarak tespit edildi. C- reaktif protein 81.3 mg/dl gelen hastanın biyokimyasal incelemelerinde; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile serum elektrolitleri normal sınırlarda bulundu.

İzlemde düzenli solunumu olan, O₂ saturasyonu % 96'lar seviyesinde seyreden, kan gazı normal olan hasta ekstübe edildi. Ekstübasyon sonrası baş sürekli hiperekstansiyonda olup, pozisyon değişikliğinde solunum sıkıntısı artıyordu. Yatışının üçüncü gününde solunum sıkıntısının artması üzerine tekrar entübe edilen hastanın çekilen boyun ultrasonografisinde retrofaringeal abseyle uyumlu koleksiyon tespit edildi (Şekil 1). Genel anestezi altında absesi boşaltılan ve antibiyotik tedavisi başlanan olgu yatışının sekizinci gününde şifa ile taburcu edildi.

Şekil 1. Birinci olguda sonografik olarak görülen abseyle uyumlu koleksiyon



OLGU 2

Sekiz aylık erkek çocuğu öksürük ve nefes almada zorlanma yakınmasıyla getirildi. Gönderildiği merkezde "wheezing infant" tanısıyla nebulize salbutamol ve intravenöz seftriakson tedavisi başlanan ancak solunum sıkıntısında belirgin düzelme olmayan hastanın fizik muayenesinde inspiratuar dispne, interkostal ve subkostal retraksiyonları vardı. Solunum sisteminde ekspiryumda uzama ve ronküs alınan olgunun kardiyovasküler sistem muayenesi normal bulundu.

Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 11 gr/dl, hematokrit %33, MCV 75fl, lökosit sayısı 21000/mm³, trombosit sayısı 286000/mm³, sedimentasyon 29 mm/h, C- reaktif protein 47 mg/dl idi. Periferik kan yaymasında polimorfonüveli lökosit hakimiyeti mevcuttu. Radyolojik incelemelerde çekilen PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Boyun ultrasonografisinde düzensiz sınırlı enfektif süreçse uyan kistik kitle tarif edildi.

Bunun üzerine çekilen boyun kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde; retrofaringeal alanda en kalın yerinde 20 mm'ye ulaşan nazofarinks inferioru düzeyinden, trakea proksimali düzeyine uzanan, septasyonlu, düzgün kontürlü 55x40x20mm boyutlarında hipodansite alanı izlendi (Şekil 2a,2b). Bilgisayarlı tomografi görüntüleri ultrasonografik görüntülerle beraber değerlendirilerek retrofaringeal abse tanısına gidildi.

Genel anestezi altında absesi boşaltılıp antibiyotik tedavisi başlanan olgu, yatışının altıncı gününde şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA

Küçük çocuklarda arka farinks duvarı ile prevertebral fasya arasındaki aralıkta birkaç büyük lenf düğümü bulunur. Bu lenf düğümleri diğer lenf yolları ile birleşerek nazofarinkse ve arka burun boşluğuna açılırlar. Bu bölgedeki lenf bezlerinin akut enfeksiyonuna retrofaringeal abse adı verilir.¹

Retrofaringeal abse genellikle bakteriyel farenjitlerin bir komplikasyonu olarak gelişir. Nadiren vertebra osteomyelitlerinden sonra da gelişebilir. En sık *Staphylococcus aureus*, A grubu streptokoklar ve oral anaerob mikroorganizmalar sorumludur. Ayrıca *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella* ve *Mycobacterium avium-intracellulare* de etken olabilmektedir.² Genellikle geçirilmiş bir akut nazofarenjit veya farenjit öyküsü vardır.

Retrofaringeal alanda abse gelişimi büyük çocuklarda ve yetişkinlerde çok nadirdir. Bunun nedeni olarak retrofaringeal lenf düğümlerinin 3-4 yaşından sonra atrofiye uğramaları gösterilmektedir.² Ouoba ve arkadaşlarının sunduğu 6 çocuğu kapsayan çalışmada çocukların çoğu 3 ay-3yaş arasında olduğu bildirilmektedir.³ Craig ve arkadaşlarının yaptığı 64 çocuğu içeren diğer bir çalışmada ise, çocukların yaş ortalaması 36 ay bulunmuştur. Söz konusu çalışmada hastaların %75'inin beş yaşından küçük olduğu bildirilmektedir.⁴

Hastalığın ilk belirtilerini ani başlayan yüksek ateş, yutma güçlüğü ve stridor oluşturur. Çocuk başını arkaya atar ve yutma güçlüğü nedeniyle ağızda mukus toplanır. Özellikle ilk olgumuzda başın sürekli hiperekstansiyonda olması ve inspiratuar stridor dikkat çekiciydi.² Takip ettiğimiz olgularda solunum sıkıntısı ön planda olmakla beraber literatürde farklı veriler de söz konusudur. Literatürde bu hastalar en

Retrofaringeal Abse Tanılı İki Olgu Sunumu

Şekil 2a, 2b: İkinci olgunun boyun tomografik kesitlerinde abseyle uyumlu olan hipodansite alanları



sık boyun ağrısıyla başvururken, bu şikayeti azalan sıklıkla ateş, boğaz ağrısı, boyunda kitle ve stridor takip etmektedir.⁴ Ouoba ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada disfaji ve dispne en sık gözlenen bulgular olmuştur.³ Thompson ve arkadaşlarının yaptığı retrofaringeal abse tanısı alan 65 çocuk hastayı içeren bir çalışmada, hastaların yarısında saptanan bulgu boyun sertliği olarak belirtilmiştir.⁵

Nadiren olgular özellikle de klinik bulguların çok belirgin olmadığı durumlarda absenin perfore olmasıyla tortikollisle başvurabilirler.⁶ Bu nedenle edinsel tortikollisle başvuran, boyun ağrısı ve ateş yakınması olan olgularda mutlaka retrofaringeal abse olabileceği düşünülerek lateral boyun grafisi başta olmak üzere görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.⁷ Takip ettiğimiz olgularımıza tortikollis eşlik etmemekteydi.

Tanıda, arka farenks duvarındaki şişkinliğin görülmesi önemli bir bulgudur. Ancak çocuklarda oral kavitenin anatomik yapısından dolayı sanıldığı kadar kolay değildir. Özellikle kontrastlı bilgisayarlı tomografi tanıda son derece faydalıdır.² Ayrıca tanıda akut epiglotit ve yabancı cisim aspirasyonu başta olmak

üzere kısıtlı boyun hareketleriyle menenjit düşünülebilir.

Tedavide 3. kuşak sefalosporinler, ampicilin-sülbaktam ya da klindamisin ile kombine kullanılabilir. Ancak medikal tedaviye yeterince yanıt vermeyen ya da solunum sıkıntısı gelişen olgularda intavenöz antibiyotik tedavisine ilave olarak cerrahi drenaj uygulanmalıdır.² Her iki olgumuzda antibiyotik tedavisiyle beraber cerrahi drenaj gereksinimi olmuştur.

Üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotiklerin yaygın kullanılmasıyla retrofaringeal abselerin sıklığı son derece azalmıştır. Ancak gelişen komplikasyonlar tehlikeli olabilmektedir. Nadiren olgular, yaşamı tehdit eden bir komplikasyon olan süpuratif mediastenit tablosuyla karşımıza çıkabilmektedir. Erken ve etkin tedavinin yapılmadığı, sinsi seyir gösteren her hastada agresif bir cerrahi müdahale gerektiren mediastenit tabloya eklenebilir. Göğüs grafisinde mediasteninin genişlemesi mediastinal absenin güçlü bir kanıtı olarak düşünülmelidir.⁸ Her iki olgumuzda mediastenit tablosuna rastlanmadı.

Retrofaringeal abse çocukluk çağında solunum yetmezliğinin nadir fakat önemli bir nedenini

oluşturmaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi ile son derece yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ertuđrul T. Üst solunum yolları ve hastalıkları. In: Neyzi O, Ertuđrul T(eds) Pediatri, Cilt 2, Baskı 3. Nobel Tıp kitabevi 2002, 876-77.
2. Pappas DE, Hendley JO. Retropharyngeal abscess, Lateral pharyngeal (parapharyngeal) abscess and peritonsillar cellulitis/ abscess, In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia:WB Saunders Company 2004 p.1394-96.
3. Ouoba K, Diop EM, Diouf R, Ndiaye I. Retropharyngeal abscess. 6 case reports. Med Trop (Mars) 1994;54(2):149-51.
4. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging and current management. Pediatrics 2003; 111:1394-98.

5. Thompson JW, Cohen SR, Reddix P. Retropharyngeal abscess in children: a retrospective and historical analysis. Laryngoscope 1988; 98: 589-92.
6. Plaza Mayor G, Alvarez-Cortinas JF, Garcia-Perez A, Abdelkader M. Torticollis after unnoticed pharyngeal perforation: suspected retropharyngeal abscess. An Otorinolaringol Ibero Am 2001;28(5):445-57.
7. Garcia-Perez A, Regidor FJ, Perez-Lescure J, Martin A, Plaza G, Abdelkader M. Nondystonic torticollis. A report of a case secondary to retropharyngeal abscess. Rev Neurol 2000; 30: 1157-60.
8. Sztajnbok J, Grassi MS, Katayama DM, Troster EJ. Descending suppurative mediastinitis: nonsurgical approach to this unusual complication of retropharyngeal abscess in childhood. Pediatr Emerg Care 1999; 15(5): 341-43.

Yazıřma Adresi:

Yrd.Doç.Dr. Mehmet Davutoğlu
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Aanabilim Dalı, Kahramanmaraş