

İleri Derecede Solunum Sıkıntısına Neden Olan Bir Retrofarengeal Abse Olgusu

Sinan Akbayram, Cihangir Akgün, Sevil Arı Yuca, Murat Doğan, İbrahim Değer, Hüseyin Çakşen

Özet

Retrofaringeal abse (RA), çocukluk çağında hava yolu obstruksiyonunun nadir fakat önemli nedenlerinden biridir. Erken tanı ve hava yolu girişimi, cerrahi müdahaleye olanak sağlar. Bu makalede, ağır solunum sıkıntısı ile başvuran ve retrofarengeal abse tanısı alan 2.5 aylık erkek olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: hava yolu, retrofaringeal abse, çocuk

Retrofaringeal abse (RA), çocukluk çağında hava yolu obstruksiyonunun nadir fakat önemli nedenlerinden biridir. Erken tanı ve hava yolu girişimi, cerrahi müdahaleye olanak sağlar. Retrofaringeal abselerin tanı ve tedavisinde gecikme, solunum yollarını kapsayan potansiyel olarak öldürücü komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur (1,2). Bu yazıda, ağır solunum sıkıntısı ile başvuran ve retrofarengeal abse tanısı alan 2.5 aylık erkek olgu sunulmuştur.

Olgu sunumu

2.5 aylık erkek hasta 10 gündür giderek artan şiddette nefes darlığı, ateş ve beslenme güçlüğü şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik saptanmayan ve sadece anne sütü ile beslenen vakanın başvurusundan 10 gün öncesine dek herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi. 10 gün önce solunum sıkıntısı ve beslenme güçlüğü şikayeti ile başvurdukları sağlık merkezinde 5 gün süre ile alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile yatarak tedavi gördüğü öğrenildi. Yatışının 5. günü ateş ve solunum sıkıntısının giderek artması üzerine hastanemize gönderilmişti. Başvuruda yapılan fizik incelemede vücut ağırlığı 5.5 kg (25-50 p), boy 56 cm (10-25 p), baş çevresi 39 cm (10-25 p), vücut sıcaklığı 38.1 °C, dakika solunum sayısı 46/dk, kalp tepe atımı 123/dk, kan basıncı 86/48 mmHg idi. İspiratuar stridoru ve dispneik solunumu mevcuttu. Baş sürekli hiperekstansiyon pozisyonundaydı. İnterkostal ve

subkostal retraksiyonları belirgin olan olguda dinlemekle bilateral kaba raller duyuldu. Bilateral üst ve alt ekstremelerde polidaktilisi mevcuttu. Laboratuvar bulguları hemogloblin 10 gr/dl, hematokrit %30, MCV 86 fl, lökosit sayısı 13620/mm³, trombosit sayısı 238000/mm³, sedimentasyon 35 mm/h, CRP 16 mg/dl idi. Periferik kan yaymasında % 84 polimorfonüveli lökosit, % 16 lenfosit ve toksik granülasyon tespit edildi. Biyokimyasal incelemelerinde; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile serum elektrolitleri normal sınırlarda bulundu. Oda havasında kapiller O₂ saturasyonu %75-80 arasına seyreden, inspiratuar stridoru ve solunum sıkıntısı hızla ilerleyen hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Entübasyon esnasında farenksin belirgin şekilde hiperemik olduğu ve farenks arka duvarının bombeleştiği görüldü. Çekilen lateral servikal grafide boyun ön kısma kitle imajı gözlenmesi üzerine çekilen boyun USG'de parafarengeal alanda 42x21 mm ebadında düzgün sınırlı hipoekoik lezyon izlendi. Genel anestezi altında abse drenajı yapılan hastanın abse drenajından gönderilen kültürlerde üreme olmadı, 10 gün süre ile sultamisilin, sefotaksim tedavisi alan hasta taburcu şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Retrofaringeal abse çocukluk çağında hava yolu obstruksiyonunun 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 açabilen bir durumdur (1,2). Retrofarengeal abse ve

Yazışma Adresi: Dr. Sinan Akbayram
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Van

enfeksiyonların en önemli tehlikesi enfeksiyonun alar fasyadan tehlikeli alana geçişinin hayatı tehdit eden mediastinit ve buna bağlı komplikasyonlara yol açmasıdır (3). Ayrıca retrofarengeal apseler komsu yapılar olan juguler venlerde tromboza ve internal karotid arterde erezyona da neden olabilirler ve mortalite oranları % 80'e kadar çıkabilir (4). Akut üst solunum yolu obstrüksiyonu, septisemi, aspirasyon pnömonisi, ampiyem, retrofarengeal apseye bağlı olarak gelişebilecek diğer komplikasyonlardır. Bizim vakamızda herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Çocuklarda boyunda abse sıklıkla peritonsiler ve submandibuler bölgelerde, nadiren retrofarengeal alanda görülür (5,6). Retrofarengeal abse, farenks arka duvar ile vertebra ön fasyası arasındaki lenfoid dokudan kaynaklanır. Bu bölgeye nazofarenks, farenks, adenoid gibi çocuklarda enfeksiyonlara sık maruz kalan bölgelerin lenf drenajı olmaktadır. Bir yaşından küçük çocuklarda retrofarengeal alanda lenfoid doku çok fazladır. RA en sık bu yaş grubunda görülürken lenfoid dokunun giderek atrofiye olduğu büyük çocuklarda RA nadiren gelişir (7). Retrofarengeal 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 aviumintracellulare* de etken olabilmektedir (2). Literatürde bu hastalar en sık boyun ağrısıyla başvururken, bu şikayeti azalan sıklıkla ateş, boğaz ağrısı, boyunda kitle ve stridor takip etmektedir (6,7). Bizim hastamız da 5 günlük antibiotik tedavisine rağmen yüksek seyreden ateş, stridor ve retrokollis bulunmakta idi. Tanıda yan boyun radyografisi oldukça yararlıdır. Fakat bunun için radyografi oturur pozisyonda, boyun hiperekstansiyonda ve inspiryumda çekilmelidir. Hava yolunun arka sınırı ile bitişikteki vertebranın ön sınırı arasındaki alanın vertebra genişliğinin en az iki katı kadar genişlemesi veya 2. boyun vertebrasının önündeki retrofarengeal duvar kalınlığının 7 mm'den fazla olması (normali 3-6mm) retrofarengeal alanda yer kaplayıcı bir lezyonu düşündürür. Lezyon içinde bazen hava sıvı seviyesi gösteren bir kavite görülebilir. Ayırıcı tanıda epiglotit, yabancı cisim, boyun omurga osteomyeliti, menenjit, Pott's hastalığı ve travma düşünülmelidir. Hemofilili hastalarda retrofarengeal kanamanın abseyi taklit edebileceği unutulmamalıdır (8).

Tedavide 3. kuşak sefalosporinler, ampicilin-sulbaktam ya da klindamisin ile kombine kullanılabilir (9). Ancak medikal tedaviye yeterince yanıt vermeyen ya da solunum sıkıntısı gelişen olgularda intavenöz antibiyotik tedavisine ilave olarak cerrahi drenaj uygulanmalıdır (10). Vakamızda da 5 günlük uygun antibiotik tedavisine rağmen cerrahi drenaj ihtiyacı olmuş ve drenaj sonrası klinikte dramatik düzelmeye gözlenmiştir. Retrofarengeal abse çocukluk çağında solunum yetmezliğinin nadir fakat önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Özellikle inspiratuar stridor, dispne ve retrokollis varlığında retrofarengeal abse akla getirilmelidir. Zira erken tanı ve uygun tedavi ile son derece yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

A Case Of Retropharyngeal Abscess Causing Severe Respiratory Distress

Abstract

Retropharyngeal abscess is a rare but an important cause of airway obstruction in childhood period. Early diagnosis and maintenance of airway opening, lead to the possibility of surgical intervention. In the present report, a 2.5 month-old male infant was reported who had respiratory distress symptoms and was diagnosed to have retropharyngeal abscess.

Key words: airway, retropharyngeal abscess, child

Kaynaklar

1. Ertuğrul T. Üst solunum yolları ve hastalıkları. In: Neyzi O, Ertuğrul T(eds) Pediatri, Cilt 2, Baskı 3. Nobel Tıp kitabevi 2002, pp:876-877.
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, pp:1394-1396.
3. Barratt GE, Koopmann CF Jr, Coulthard SW. Retropharyngeal abscesses – a ten year experience. Laryngoscope; 94: 455-63, 1984.
4. Levitt GW. Cervical fascia and deep neck infections. Otolaryngol Clin North Am 93: 703-16, 1976.
5. Coulthard M, Isaacs D: Retropharyngeal abscess. Arch Dis Child 66: 1227-1230, 1991.
6. Grodinsky M: Retropharyngeal and lateral pharyngeal abscesses. An anatomical and clinical study. Ann Surg 110: 177-199, 1939.

7. Çankaya H, Yuca K, Kıroglu F, Içli M. İleri derecede solunum sıkıntısına sebep olan bir retrofarengeal abse olgusu. Van Tıp Dergisi: 10:53-55, 2003.
8. Taştan Y, Özen M: Ayın olgusu, Türk Pediatri Arşivi 37:110-111, 2002.
9. Craig FW, Schunk JE: Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging and current management. Pediatrics 111:1394-1398, 2003.
10. Davutoğlu M, Gözü A: Retrofarengeal abse tanılı iki olgu sunumu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 13:59-62, 2006.