

## DERİN BOYUN ENFEKSİYONU: BİR OLGU SUNUMU\*

Ömer Necati DEVELİOĞLU, Kürşat YELKEN, Erdoğan GÜLTEKİN, Mehmet KÜLEKÇİ

**Background.**- Deep neck infections are less frequent today than in the past, but when they do occur they remain serious infections. These infections carry significant morbidity and mortality due to the proximity of the airway, mediastinum, and other vital structures. The correct treatment of these infections is an appropriate antimicrobial therapy and abscess drainage.

**Observation.**- We present a clinical case of a deep neck infection which was mimicking hypopharyngeal carcinoma with unilateral vocal cord paralysis. It was necessary surgical treatment to drain it.

Develioğlu N. Ö, Yelken K, Gültekin E, Külekçi M. Deep neck infection; A case report. Cerrahpaşa J Med 2004; 35: 152-154.

İkinci yüzyılda Galen döneminden beri bilinmekte olan derin boyun enfeksiyonu (DBE), boyundaki potansiyel boşluklarda enfeksiyon gelişmesiyle karakterizedir. Antibiyotik öncesi zamana göre sıklığı belirgin olarak azalmakla birlikte morbiditesi halen yüksektir ve tedavisinin zamanında yapılamaması fatal sonuçlara sebep olabilmektedir.<sup>1</sup> Erişkinde en sık neden kötü dental hijyen ve intravenöz ilaç kullanımı iken, çocuklarda en sık neden tonsillittir.<sup>2,3</sup> Bunun yanında etyolojide farengial enfeksiyonlar, üst aerodigestif trakt travmaları, laringopiyosel, konjenital kist ve abseler, troidit, sialadenit ve bezold absesi bulunur. DBE'nda semptomlar ağrı, ateş, disfaji/odinofaji ve solunum güçlüğüdür. Klinik bulgular tutulan yere göre değişiklik gösterir. DBE'de nadiren, larenks ve hipofarenkste kitle, vokal kord paralizisi ve boyunda kitle gibi hipofarenks kanserine ait semptomlar bulunur. Bu vaka teşhis ve ayırıcı tanıdaki güçlükleri göstermek amacıyla yayınlanmıştır.

### OLGU SUNUMU

Nefes darlığı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı ve boynun sol tarafında şişlik şikayeti ile başvuran 38 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde sol jugulodigastrik bölgeden başlayıp sol submandibular bölgeye uzanan fiks, sert, ağrısız, sınırları belirgin, fluktuasyon göstermeyen, cilt yüzeyinde hiperemi yada ısı artışı oluşturmayan yaklaşık 7 cm'lik kitle tespit

edildi. Orofarenkste sol tonsili medialize eden, dil kökünden sol ariepiglottik folda uzanan, epiglotta ödeme sebep olan, sol sinüs priformis ve vallekulayı dolduran, sol vokal kord fiksasyonuna sebep olarak hava yolunu daraltan düzgün yüzeyli infiltran kitle saptandı. Solunum güçlüğü nedeniyle acil trakeotomi yapılan hastadan iki kez hipofarenksten ve larenksten alınan derin submukozal biyopsilerden ve boyundaki kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinden de sonuç alınamaması üzerine boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) çektilirdi. BT'sinde sol tonsil lojundan supraglottik düzeye kadar inen, hipofarenks, sol vallekula ve sinüs priformisi, lateralde paraepiglottik yağ planlarını silen yumuşak doku dansitesi izlendi. Lezyona sternokleidomastoid ve karotid boşluğu ile submandibular gland arasında kalın cidarlı amorf kolleksiyonun eşlik ettiği saptandı. Hastaya boyun eksplorasyonu ve açık biyopsi yapıldı. Boyunda sol angulus mandibula hizasından başlayıp yukarda mandibulaya yapışık, medialde larenks ve hipofarenksle komşuluk gösteren fibrotik, sert kıvamlı ve frajil olan kitleden tümör olduğu düşünülerek frozen için biyopsi alındı. Kitle içinden gelen püyen kültür alındı. Frozen'ın tümör açısından negatif çıkması üzerine kitle sol submandibular glandla beraber çıkartıldı. Kültürde Staphylococcus Aureus üredi. Postoperatif dönemde geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulanan hastanın semptomları hızla geriledi ve ikinci haftada da vokal kord paralizisi tamamen düzeldi.

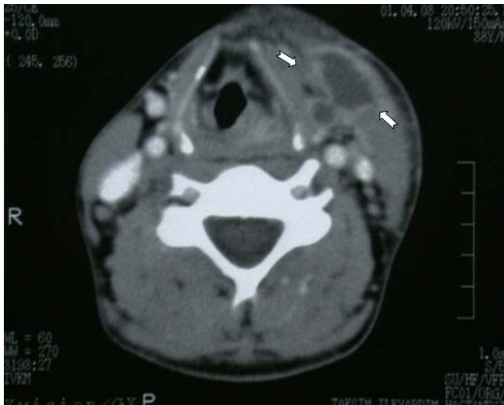
\***Anahtar Kelimeler:** Derin boyun enfeksiyonu, tek taraflı vokal kord paralizisi; **Key Words:** Deep neck infection, unilateral vocal cord paralysis; **Alındığı Tarih:** 21 Temmuz 2004; **Op.Dr. Ömer Necati Develioğlu, Dr. Kürşat Yelken, Op.Dr. Erdoğan Gültekin, Doç.Dr. Mehmet Külekçi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul; Yazışma Adresi (Address):** Uz. Dr. Ömer Necati Develioğlu, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Sıraselviler cad. 80060, Beyoğlu, İstanbul. <http://www.cfm.istanbul.edu.tr/dergi/online/2004v35/s3/043o2.pdf>



**Resim 1:** Larenksin preoperatif endoskopik fotoğrafı. Sol tonsili medialize eden, dil kökünden sol ariepiglottik folde uzanan, epiglotta ödeme sebep olan sol sinüs priformis ve vallekulayı dolduran, sol vokal kord fiksasyonuna sebep olarak hava yolunu daraltan düzgün yüzeyli infiltran kitle.



**Resim 2:** Larenksin postoperatif endoskopik fotoğrafı. Vokal kord paralizisi düzelmiş, hipofarenksteki kitle rezorbe olmuş görünümde.



**Resim 3:** Boyun Bilgisayarlı Tomografisi. Sol tonsil lujundan supraglottik düzeye kadar inen, hipofarenks, sol vallekula ve sinüs priformisi, lateralde paraepiglottik yağ planlarını silen yumuşak doku dansitesine, sternokleidomastoid ve karotid boşluğu ile submandibular gland arasında kalmı cidarlı amorf kolleksiyon eşlik etmekte.

## TARTIŞMA

DBE'leri günümüzde geçmişe oranla daha az sıklıkta görülmekle beraber üst hava yolu obstrüksiyonu, mediastinit, plevral ampiyem, juguler ven trombozu, karotis rüptürü gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar oluşturabilmektedir. Bu komplikasyonlarla mortalite oranını %40-50'lere kadar çıkabilmektedir.<sup>4</sup> Özellikle havayolunun daraldığı durumlarda acil trakeotomi tedavinin ilk basamağı olmalıdır. Parhiscar derin boyun enfeksiyonu ve solunum sıkıntısı olan hastalarında trakeotomi yapılanların tamamında başarılı bir hava yolu sağlamış iken, endotrakeal entübasyon yapılanların %45'inde başarı sağlayabilmiştir.<sup>5</sup> Tedavinin önemli bir aşamasını oluşturan cerrahi drenaj kararının verilmesi için gerekli bilgileri, hastanın klinik bulgularına ilave olarak Ultrasonografi ve BT incelemesi ile elde etmek mümkündür.<sup>6</sup> DBE ile larenks ve hipofarenks karsinomu nadiren birbiriyle karışabilmektedir. Literatürde 196 hastalık bir seride antibiyotik tedavisi ve drenaja rağmen iki hastada püü formasyonu ve lenfadenopatinin devam ettiği görülmüş ve tekrarlayan biopsilerle bir hastada larenks, diğerinde de hipofarenks karsinomu teşhisi konulabilmiştir.<sup>4</sup> Ridder ve arkadaşları ise uzun dönem antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen bir hastada cerrahi drenaj ve debridman sırasında abse duvarından alınan biyopsiyle hipofarenks karsinomu teşhisi konulmuştur.<sup>7</sup> Bu iki çalışma uygun tedaviye rağmen refrakter lenfadenopati durumunda malignensiden şüphelenilmesinin ve tekrarlayan biyopsiler alınmasının önemini göstermektedir.

Bu çalışmadaki vaka tek taraflı vokal kord paralizisi, orofarenks ve hipofarenkste kitle nedeniyle başlangıçta hipofarenks karsinomu olarak düşünüldü. Tekrarlayan biyopsiler ile malignensi tespit edilemedi. Boyun BT'sinde karotid boşluğu ile submandibular gland arasında kolleksiyon tespit edildi. Bunun üzerine hastaya hipofarenks karsinomu ile beraber derin boyun enfeksiyonu olabileceği düşünülerek boyun eksplorasyonu yapıldı. İntraoperatif alınan biyopsinin frozen incelenmesinde malignite saptanamaması üzerine kitle submandibular glandla beraber çıkarıldı. Kitle içinden gelen

pülden kültür alındı. Postoperatif antibiyotik ve kortikosteroid tedavisiyle hastanın semptom ve bulgularının tamamen düzeldiği görüldü. Sunulan vakaya benzer şekilde rekürren larin-geal sinir ve hipoglossal sinirin beraber tutulduğu bir vaka yayınlanmıştır.<sup>8</sup> Boizas ise derin boyun enfeksiyonu ile birlikte bilateral vokal kord paralizi saptadığı bir hastada geniş spektrumlu antibiyotik tedavisiyle semptomlarda düzelme sağlamıştır.<sup>9</sup>

Derin boyun enfeksiyonlarının tümörü andırabileceği akılda tutularak ayırıcı tanı ve tedavisindeki güçlükler gözönünde bulundurulmalıdır. Bunun yanında uygun tedaviye rağmen semptomlarında gerileme olmayan derin boyun enfeksiyonlarında altta yatan hipofarenks karsinomu, larenks karsinomu veya başka bir servikal lenf nodu metastazı olabileceği unutulmamalıdır. Şüphelenilen durumlarda mutlaka tekrarlayan biyopsiler alınmalıdır.

### ÖZET

Derin boyun enfeksiyonları günümüzde geçmişe oranla daha az sıklıkta görülmektedir. Komplikasyonlar hava yoluna, mediastene ve diğer önemli yapılara yakınlıklarına göre değişiklikler göstermektedir. Bu enfeksiyonların doğru tedavisi uygun antibiyoterapi ile beraber cerrahi olarak drenaj ve debridmandır. Bu çalışma, vokal kord paralizi, yaygın larengeal ödem ve boyunda kitle nedeniyle hipofarenks kanseri olduğu düşünülen, derin boyun enfeksiyonlu bir vaka teşhisindeki güçlükleri göstermek amacıyla yayınlanmıştır.

### KAYNAKLAR

1. Weed HG, Forrest LA. Deep Neck Infection. Otolaryngology Head and Neck Surgery'de Ed. Charles W. Cummings Third Edition, Volume Three, St. Lois, Missouri, 1998; 1700-1701
2. Myers EM, Kirkland LS Jr, Mickey R. The head and neck sequelae of cervical intravenous drug abuse. Laryngoscope 1988; 9: 213
3. Ungkanont K and others: Head and neck space infections in infants and children. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 112: 375
4. Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. Am J Otolaryngol. 2003; 24:111-7.
5. Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: A retrospective review of 210 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001; 110: 1051-4.
6. Tosun F, Akkaya A, Sağlam M, Özkaptan Y. Derin Boyun Enfeksiyonlu hastalarda retrospektif bir değerlendirme. Türkiye Klinikleri KBB Dergisi. 2001; 1: 134-139.
7. Ridder GJ, Eglinger CF, Technau-Ihling K, Laszig R. Deep neck abscess masquerading hypopharyngeal carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 1238: 659-60
8. Egorova OA, Shulman FI, Kononov AV, Khantemirov RG, Golovaneva NB. Infectious lesions of recurrent laryngeal and hypoglossal nerves as a rare complication of phlegmon of deep neck spaces. Vest Khir Im Grek. 2000; 159: 89-90.
9. Calvo Boizas E, Rodriguez Gutierrez A, Diego perez C, Sancipriano Hernandez JA, Gomez Toranzo F. Bilateral recurrent nerve paralysis secondary to Ludwig's angin. Acta Otorrinolaringol Esp. 1999; 50: 172-4.