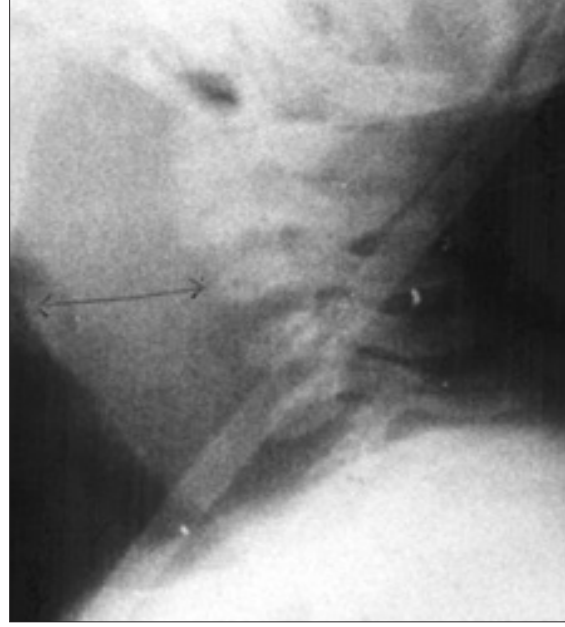


AYIN OLGUSU

Yücel Taştan(*), Metehan Özen (**)



Olgu: 4 aylık erkek çocuğu. Acil Birimimize üç-dört gündür giderek artan nefes darlığı ve emmeme nedeniyle getirildi. Son 10 gündür ayrıca zaman zaman ateşi, kuru öksürüğü ve huzursuzluğunun olduğu belirtildi.

Fizik muayene: Genel durumu orta, ateşli (39°C) ve solunum sayısı 54/dakika, kalp tepe atımı 56/dak idi. Nefes alırken stridor duyuluyordu. Başını ileri derecede geriye atmış olarak yatıyor ve ağızından salya akıyordu. Fontanel 2x2cm açık ve hafif kabarıktı fakat pulsatil değildi.

Substernal ve juguler bölgede nefes alırken çekilmeleri vardı. Boynun sol yanında, sternokleidomastoid kas önünde 4X4 cm boyutunda sert, hafif ısı artışı olan ve hareketli olmayan bir kitle mevcuttu.

Boğazı oldukça kızamık ve farenks arka duvarında öne doğru taşan kabarıklık mevcuttu. Karaciğer 1cm, dalak kosta altında ele geliyordu. Kalp ve solunum sesleri doğaldı.

Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı:16.200mm³, %80 polimorfonükleer hücre idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 90mm/ saat, CRP 120mg/dl (normali:<6) idi. Beyin



omurilik sıvısının incelenmesinde patoloji saptanmadı. Akciğer radyografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Yan boyun radyografisi ile tanı konuldu (**Resim:1**). Tedavinin 5. günü yan boyun radyografisinde iyileşme belirtisi vardı (**Resim:2**).

Editör'ün notu:

Bu sayfa 'ayın olgusu' başlığı ile ilginç olgu bildirimlerine ayrılmıştır.

1-İlginç ve tanı koydurucu görüntüsü olan (resim, radyografi, ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans veya patolojik inceleme) olgular kabul edilecektir.

2- Genel olarak derginin yazım kuralları bu sayfada da geçerlidir, kaynakça sayısı 10'u geçmemelidir,

3-Biçimsel olarak ilk sayfa olguya ait taniya yardımcı görüntülemeler yanında kısaca olgu sunumu için ayrılmıştır, taniya götüren bulgular vurgulanmalı, tanıdan bahsedilmemelidir. İkinci sayfada ise görüntülerin açıklaması, giriş, tanımlama, tarihçe, taniya yardımcı laboratuvar incelemeleri, ayrıca tanı özellikleri ve tedavi metodlarını açıklayan, olgudaki özelliklerin tartışıldığı, 12 puntoyla, iki aralıklı olarak yazılmış ve iki daktilo sayfasını geçmeyen özlü bilgiye yer verilecektir.

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doç.Dr.

(**) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Dr.

Yazışma adresi: Dr.Yücel Taştan, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tanı ve Tartışma

Resim 1: Yan boyun radyografide, farenks bölgesinde omurga önündeki alanın oldukça geniş olduğu ve havayolunun öne itildiği görülmektedir. Epiglot ise normal görünümündedir.

Resim 2: Kontrol yan boyun radyografisi (tedavinin 5. günü), RA'nın gerilediği görülmektedir.

Retrofarenjyal abse (RA), özellikle küçük çocuklarda solunum yetersizliğine yol açarak yaşamı tehdit edebilecek nadir bir hastalıktır. Çocuklarda baş ve boyunda abse sıklıkla peritonsiller ve submandibuler bölgelerde, nadiren retrofarenjyal alanda görülür (1,2).

Retrofarenjyal abse, farenks arka duvarı 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 retrofarenjyal alanda lenfoid doku çok fazladır. RA en sık bu yaş grubunda görülürken lenfoid dokunun giderek atrofiye olduğu büyük çocuklarda RA nadiren gelişir.

Retrofarenjyal abse, prevertebral lenf dokusunun iltihabına sekonder olarak gelişebileceği gibi yabancı cisimle yaralanmalar, endoskopi, entübasyon, travma, boyun vertebra iltihaplarından sonra da gelişebilir (1,3,4).

Klinik belirtiler genellikle sinsidir. Küçük çocuklarda ateş, stridor, boyunda şişlik, taşipne, dispne, beslenme sorunları, boyunun hiperekstansiyonu ve salya akması sıklıkla görülür. Bir yaşından büyüklerde boyun ve boğaz ağrısı, tortikolis önemli klinik belirtilerdir, küçük çocuklardan farklı olarak stridor ve boyunda şişlik nadiren görülür. Boğaz muayenesinde farenks arka duvarında öne doğru çıkıntılı kabarıklık saptanabilir. Dikkatli bir biçimde parmakla muayene edilir ise bu şişliğin flüktüasyon vermesi abseleşmeyi düşündürür. Bu sırada absenin yırtılarak asfiksi ve ölüme neden olabileceği unutulmamalıdır. (4).

Retrofarenjyal abse'ye en sık A grubu streptokoklar ile stafilokoklar neden olur. Absede bazen aerobik (alfa-gamma hemolitik streptokok, S.aureus ve A grubu streptokok) ve anaerobik (Bakteroides ve Peptostreptokok suşları) mikroorganizmalar birlikte bulunabilir. Bu bakterilerin önemli bir kısmının B-laktamaz üretmeleri tedavi yaklaşımı açısından önemlidir (5,6). Tanıda yan boyun radyografisi oldukça yararlıdır. Fakat bunun için radyografi oturur pozisyonda, boyun hiperekstansiyonda ve inspiryumda çekilmelidir. Hava kolonunun arka sınırı ile bitişikteki vertebra ön sınırı arasındaki alanın vertebra genişliğinin en az iki

katı kadar genişlemesi veya 2. boyun vertebraasının önündeki retrofarenjyal duvar kalınlığının 7 mm'den fazla olması (normali 3-6mm) retrofarenjyal alanda yer kaplayıcı bir lezyonu düşündürür. Lezyon içinde bazen hava sıvı seviyesi gösteren bir kavite görülebilir. Ayrıca radyopak yabancı cisimler belirlenebilir. Prevertebral kas spazmı nedeniyle normal boyun arkının düzleşmesi de tanıya yardımcı olur. Bilgisayarlı boyun tomografisi abse ile selülit ayırımı yanında omur iltihaplarının saptanmasını da sağlayabilir (7).

Ayrıca tanıda epiglotit, yabancı cisim, boyun omurga osteomyeliti, menenjit, Pott's hastalığı ve travma düşünülmelidir. Hemofilili hastalarda retrofarenjyal kanamanın abseyi taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Abse kitlesinin havayoluna doğrudan basısı solunum yetersizliğine neden olabileceği gibi absenin kendiliğinden yırtılması pürülan materyalin aspirasyonuna, asfiksi ve ölüme neden olabilir. Ayrıca enfeksiyon komşuluk yoluyla juguler ven veya karotis arterine, ya da mediyartene yayılarak ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Tedavi, cerrahi girişimle birlikte medikaldir. Absenin boşaltılması yoğun bakım koşullarında yapılmalıdır. Tek başına medikal tedavi ancak olguların %50'inde yeterli olmaktadır (8). Ağız içi patojenler penisilline duyarlı olduğundan tek başına penisillin veya B-laktamazlara karşı dirençli ve geniş spektrumlu antibiyotikler de kültür sonuçlanıncaya kadar acilen kullanılmalıdır. Komplikasyonların önlenmesinde erken tanı ve tedavi çok önemlidir.

Kaynaklar

1. Coulthard M, Isaacs D. Retropharyngeal abscess. Arch Dis Child 1991; 66: 1227-30.
2. Grodinsky M. Retropharyngeal and lateral pharyngeal abscesses. An anatomical and clinical study. Ann Surg 1939; 110: 177-99.
3. Dodds B, Maniglia AJ. peritonsillar and neck abscesses in the pediatric age group. Laryngoscope 1988; 98: 956-9.
4. Jones SW. Retropharyngeal abscess secondary to nasopharyngeal CPAP in a preterm neonate. Arch Dis Child 1991; 66: 1227-30.
5. Brook I. Microbiology of retropharyngeal abscess in children. Am J Dis Child 1987; 141: 202-4.
6. Asmar BI. Bacteriology of retropharyngeal abscess in children. Pediatr Infect Dis J 1990; 9: 595-6.
7. Endicott JN, Nelson RJ, Saraceno CA. Diagnosis and management decisions in infections of the deep fascial spaces of the head and neck utilizing computerized tomography. Laryngoscope 1982; 92: 30-3.
8. Lee SS, Schwartz RH, Bahadory RS. Retropharyngeal abscess: epiglottitis of the new millennium. Pediatr J 2001; 138: 435-7