

# Pediatric hastada dev retrofarengeal apse: Olgu sunumu

## Giant retropharyngeal abscess in pediatric patient: a case report

Dr. Ali Oğuz Demir, Dr. Ersoy Doğan, Dr. Mustafa Cenk Ecevit

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### ÖZ

Üç aydır devam eden boğaz ağrısı ve bir aydır devam eden ağrılı boyun şişliği nedeniyle başka bir merkeze başvuran iki yaşındaki kız hastaya antibiyoterapi başlanmış, ancak iyileşme sağlanamamıştı. Daha sonra, hasta kliniğimize yönlendirildi ve manyetik rezonans görüntülemeye boyunun her iki lateral alanına uzanan bir apse saptandı. Hastaya acil cerrahi drenaj uygulandı. Yaraya rifampisin ile pansuman yapıldı ve hastaya parenteral antibiyoterapi başlandı. Hastada dramatik bir iyileşme gözlemlendi ve herhangi bir komplikasyon olmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Enfeksiyon; boyun; pediatrik; retrofarengeal apse.

### ABSTRACT

A two-year-old girl patient, who presented to another center with three months of sore throat and one month of neck swelling with pain, was initiated antibiotherapy but no healing was achieved. Afterwards, the patient was directed to our clinic and an abscess was detected in magnetic resonance imaging extending in both lateral spaces of the neck. The patient was performed surgical drainage urgently. The wound was dressed with rifampicin and the patient was started parenteral antibiotherapy. A dramatic recovery was observed and no complication occurred in the patient.

**Keywords:** Infection; neck; pediatric; retropharyngeal abscess.

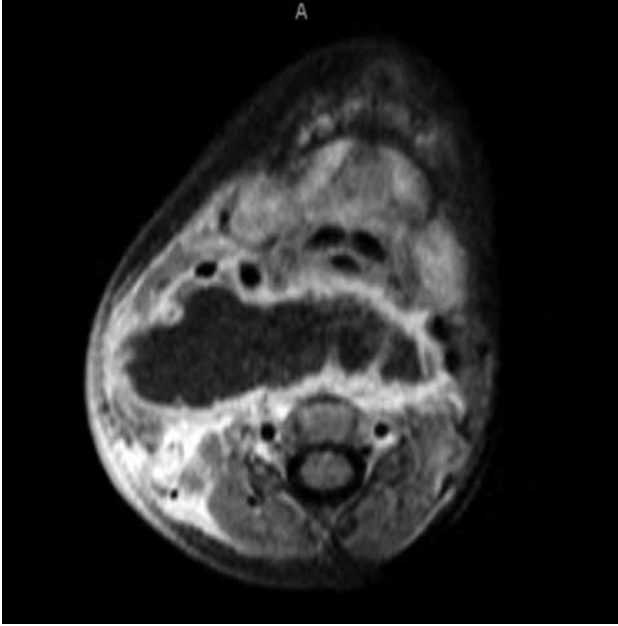
Retrofarengeal alan farengeal mukozanın arkasında, önde bukkofarengeal fasya, yanda karotis kılıf ve parafarengeal boşluk, üstte kafa tabanı ve altta mediastene kadar uzanan potansiyel bir boşluktur.<sup>[1]</sup> Boyun bölgesindeki enfeksiyonlar özellikle bu yolu kullanarak mediastene dek yayılabilirler.<sup>[2]</sup> Retrofarengeal boşluk apseleri, çoğunlukla çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonuna ikincil gelişen lenf nodlarının süpürasyonuna bağlı olarak oluşur.<sup>[1,2]</sup> Bu yazıda, kliniğimize boyun kitlesi ile başvuran ve iki taraflı lateral servikal alana uzanım gösteren

dev retrofarengeal apseli bir pediatrik hastanın tanısı ve tedavi özellikleri sunuldu.

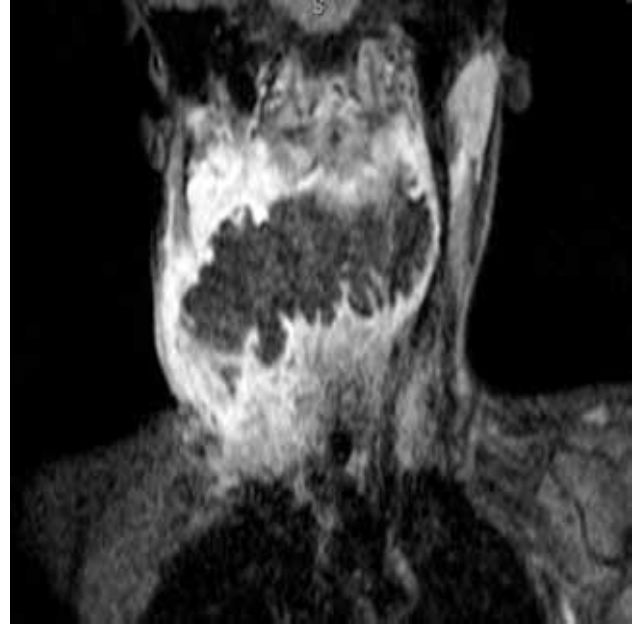
### OLGU SUNUMU

İki yaşındaki kız hastanın öyküsünden daha önceden bilinen herhangi bir hastalığı olmadığı, üç ay önce boğaz ağrısı, yutma güçlüğü ve ateş yüksekliği nedeni ile hekime başvurduğu ve antibiyotik tedavisi başlandığı, ancak tedavinin düzenli uygulanmaması nedeni ile bir ay sonra boynun sağ tarafında ağrılı şişlik ve boynuda hareket kısıtlılığı geliştiği, yeniden hekime





Şekil 1. T<sub>1</sub> ağırlıklı aksiyel kesit manyetik rezonans görüntülemesinde dev retrofarengeal apsenin görünümü.



Şekil 2. T<sub>1</sub> ağırlıklı koronal kesit manyetik rezonans görüntülemesinde dev retrofarengeal apsenin görünümü

başvurulduğu ve bu kez de intramusküler antibiyoterapi başlandığı ve iki ay boyunca ara ara antibiyotik tedavisi almaya devam ettiği öğrenildi. Dış merkezde uygulanan bu tedaviye rağmen yakınmalarında artış olan ve hastanemize sevk edilen hastanın yapılan muayenesinde her iki tarafta arkada trapes kasa, önde sternokleidomastoid kas ön kenarına, altta klavikulaya uzanan, üzeri hiperemik ağırlı şişlik palpe edildi. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde retrofarengeal bölgeyi tamamen doldurup her iki lateral boyuna uzanan, transvers çapı 8.9 cm, ön-arka çapı 4.2 cm ve sefalokaudal çapı 6.1 cm uzunluğunda apse ile uyumlu görünüm saptandı (Şekil 1, 2). Hastanın ameliyat öncesi hemogramında beyaz küre sayısı 21200 idi ve %75 nötrofil hâkimiyeti saptandı. C-reaktif protein (CRP) değeri ise 101 idi. Hastanın akciğer grafisinde mediastinitisi düşündürülen bulgu saptanmadı. Hastanın ailesi yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Hastaya genel anestezi altında acil cerrahi drenaj uygulandı. Ameliyat sırasında entübasyon güçlüğüyle karşılaşılmadı. Aurikula lobülünün yaklaşık 2 cm altında şişliğin en bombe yerinden aerob ve anaerob kültür için aspirasyon yapıldı. Daha sonra bu bölgeden 2 cm'lik insizyon yapıldı ve apse lojuna girildi. Sağ taraf

sternokleidomastoid kas medialinden sol taraf sternokleidomastoid kasa kadar uzanan retrofarengeal apse drene edildi ve apse lojuna yıkama drenleri yerleştirildi.

Günlük rifosin ile yıkama uygulanan hastaya pediatri ile konsülte edilerek klindamisin ve ampisilin başlandı ve günlük pansumanlar ile izlendi. Hastada aerop ve anaerop apse kültürü çalışıldı. Direkt bakıda bol polimorfonükleer lökosit görülen hastanın 48. saat kültüründe üreme saptanmadı. Ameliyat sonrası dördüncü gün hemogramında beyaz küre sayısı 10800'e geriledi ve %53 nötrofil hakimiyeti saptandı. CRP değeri ise 26.8'e geriledi. Hasta ameliyattan 18 gün sonra taburcu edildi. Altıncı ay kontrol muayenesinde boyundaki insizyon skarı dışında ek sekele rastlanmadı.

#### TARTIŞMA

Retrofarengeal apse, çocukluk çağı üst solunum yolu enfeksiyonlarının nadir bir komplikasyonudur.<sup>[1,2]</sup> Nadir görülen bir durum olmasına rağmen, havayolu obstrüksiyonu, servikal nekrotizan fasiit, mediastinit, juguler ven trombozu, karotis arter anevrizması gibi ölümcül komplikasyonlara yol açabilmesi açısından önemlidir.<sup>[3-6]</sup> Çoğunlukla üst solunum yolu enfeksiyonuna ikincil gelişen lenf nodlarının

süpürasyonuna bağlı olarak oluşur.<sup>[7]</sup> Sıklıkla çocukluk çağında görülür ve ortalama görülme yaşı 3 ay-3 yaş olarak değişmektedir.<sup>[5]</sup> Çocukluk çağında yetişkinlere oranla daha sık görülmesinin en önemli nedeni retrofarengeal lenf nodlarının beş yaşından sonra atrofiye uğramasıdır.<sup>[6]</sup> Erişkin yaşta retrofarengeal apse ile karşılaşıldığında travma ya da geçirilmiş cerrahi öyküsü sorgulanmalıdır.<sup>[6]</sup>

Retrofarengeal apselerde klinik spesifik olmamakla birlikte sıklıkla ateş ve irritabilite gibi semptomlarla karşımıza çıkar.<sup>[2,3]</sup> Craig ve Schunk<sup>[8]</sup> retrofarengeal apseli hastaların başını hiperekstansiyona getirememesini "Bolte işareti" olarak tanımlamış ve özellikle ayırıcı tanıda yardımcı olduğunu vurgulamışlardır. Yan servikal grafiler erken dönemde tanıya yardımcı olsa da tanıda altın standart görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografi (BT)'dir, ancak MRG de yapılabilir.<sup>[1-3]</sup> Yan grafide C2 vertebra seviyesinde yumuşak doku kalınlığının 7 mm'den fazla olması çocuk ve erişkinlerde patolojik olarak kabul edilmelidir.<sup>[8,9]</sup> C6 vertebra seviyesindeki yumuşak doku kalınlığının çocuklarda 14 mm'den, erişkinlerde ise 22 mm'den fazla olması patolojik olarak kabul edilmektedir.<sup>[8,9]</sup>

Retrofarengeal apseli hastalarda havayolu güvenliğinin sağlanması, antibiyoterapi ve cerrahi drenaj tedavinin üç temel basamağıdır. İnsizyon ve drenajda ilk tercih edilen yöntem transoral yaklaşımdır ve genellikle yeterli olmaktadır. Strovski ve ark. 2009 yılında yapmış oldukları olgu sunumunda, transvers 4.5 cm ön-arka 2.7 cm sefalokaudal 8.0 cm boyutunda retrofarengeal apseye transoral yaklaşımla drenaj uygulamışlardır. Bizim olgumuzda ise apsenin laterale uzanımı çok daha belirgin olduğu ve multipl septasyon ve lokulasyon içerdiği için transservikal yaklaşımla drenajı tercih edildi.<sup>[10]</sup>

Retrofarengeal apseli hastaların mikrobiyolojik incelemeleri değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunda aerob ve anaerob karışık flora bakterilerinin ürediği bildirilmiştir.<sup>[11]</sup> Grisaru-Soen ve ark.<sup>[11]</sup> yapmış oldukları çalışmada retrofarengeal apse tanısı konulan 26 hastayı geriye dönük olarak incelenmişler ve hastaların sadece %4'ünde kan kültüründe üreme olduğunu, %28'inde ise ameliyat sırasında alınan apse kültüründe üreme olduğunu bildirmişlerdir. Bizim hastamızda ameliyat sırasında alınan apse kültüründe üreme saptanmadı.

Antibiyotik olarak tekli antibiyoterapiden ziyade geniş spektrumlu kombine antibiyotiklerin kullanılması önerilmektedir ve ön planda sefalosporin ve klindamisin kombinasyonu tercih edilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde enfeksiyonun alar fasyadan tehlikeli boşluğa yayılmasıyla oluşan mediastinit ölümcül bir komplikasyondur. Juguler ven trombozu, karotis arter erozyonu, aspirasyon pnömonisi ve ampiyem meydana gelebilecek diğer komplikasyonlardır.<sup>[12]</sup>

Bizim hastamızın klinik bulguları incelendiğinde ilk olarak spesifik olmayan semptomlarla başladığı, düzensiz antibiyotik tedavisine ve tanıda gecikmeye bağlı olarak apsenin ileri derecede progrese olduğu ve retrofarengeal bölge sınırlarını aşarak her iki tarafta lateral boyuna ulaştığı görülmektedir. Kliniğimize başvuru anında yapılan muayenesinde boyunda sağ tarafta daha belirgin olmak üzere her iki tarafta ağrılı şişlik ve boyun hareketlerinde kısıtlılığı olan hastada apse her iki tarafta damar sinir paketinin medialine ulaşmasına karşın juguler ven trombozu ve karotis arter erozyonuna yol açmamıştı.

Sonuç olarak, retrofarengeal apse ciddi komplikasyonlarına karşın, erken tanı ve uygun tedaviyle iyi sonuçlar elde edilebilen bir hastalıktır. Apse drenajına ek olarak uygulanan intravenöz antibiyoterapi etkin bir tedavi yöntemi olup komplikasyon gelişimi açısından hasta yakından takip edilmelidir.

#### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

#### KAYNAKLAR

1. Reilly BK, Reilly JS. Retropharyngeal abscess: diagnosis and treatment update. Infect Disord Drug Targets 2012;12:291-6.
2. Karlidağ T, Alpay HC, Kaygusuz I, Keleş E, Orhan I, Karlidağ GE, et al. Retropharyngeal abscesses: a retrospective analysis of 10 patients. [Article in Turkish] Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2008;18:300-5.
3. Hoffmann C, Pierrot S, Contencin P, Morisseau-Durand MP, Manach Y, Couloigner V. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2011;75:1099-103.

4. Philpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR. Pediatric retropharyngeal abscess. *J Laryngol Otol* 2004;118:919-26
5. Daya H, Lo S, Papsin BC, Zachariasova A, Murray H, Pirie J, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69:81-6.
6. Harkani A, Hassani R, Ziad T, Aderdour L, Nouri H, Rochdi Y, et al. Retropharyngeal abscess in adults: five case reports and review of the literature. *ScientificWorldJournal*. 2011;11:1623-9.
7. Georget E, Gauthier A, Brugel L, Verlhac S, Remus N, Epaud R, et al. Acute cervical lymphadenitis and infections of the retropharyngeal and parapharyngeal spaces in children. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2014 Sep 5;14:8.
8. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):1394-8.
9. Ouoba K, Diop EM, Diouf R, Ndiaye I. Retropharyngeal abscess. 6 case reports. *Med Trop (Mars)* 1994;54:149-51. [Abstract]
10. Strovski E, Mickelson JI, Ludemann JP. Minimally invasive drainage of a giant retropharyngeal abscess. *Int J of Pediatr Otorhinolaryngol Extra* 2009;4:92-5.
11. Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, Schwartz D, Paret G. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children--epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:1016-20.
12. Wright CT, Stocks RM, Armstrong DL, Arnold SR, Gould HJ. Pediatric mediastinitis as a complication of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* retropharyngeal abscess. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134:408-13.