

BALIK KILÇIĞINA BAĞLI GELİŞEN RETROFARENGEAL ABSE VE MEDIASTİNİT

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 17.01.2020

Kabul: 06.05.2020

Yayın: 06.05.2020

İrfan Kara¹, İmdat Yüce², Alperen Vural², Ömer Önal², Kerem Kökoğlu²¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

BALIK KILÇIĞINA BAĞLI GELİŞEN RETROFARENGEAL ABSE VE MEDIASTİNİT

Retrofarengeal abse, nadir görülen fakat ölümcül seyredebilen bir derin boyun enfeksiyonudur. Retrofarengeal abseler çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları sonrası oluşurken erişkin hastalarda en sık sebep yabancı cisimlerdir. Enfeksiyon tehlikeli aralığa yayılarak mediastinit gibi hayati komplikasyonlara sebep olabilir. Bu yazıda balık kılçığı sonrası retrofarengeal abse gelişen ve takiplerinde mediastinite ilerleyen 47 yaş kadı hasta ve hastaya yaklaşımımız literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar kelimeler: kılçık, retrofarengeal abse, mediastinit

Abstract

RETROPHARYNGEAL ABSCESS AND MEDIASTINITIS DUE TO FISHBONE

Retropharyngeal abscess is a rare but fatal deep neck infection. Retropharyngeal abscesses occur after upper respiratory tract infections in children, while foreign bodies are the most common cause in adult patients. Infection may spread to a dangerous space, causing vital complications such as mediastinitis. In this article, we present a 47-year-old woman with retropharyngeal abscess who developed mediastinitis following fishbone and presented with light of the literature.

Keywords: fishbone, retropharyngeal abscess, mediastinitis

Giriş

Retrofarengeal abse, nadir görülen fakat ölümcül seyredebilen bir derin boyun enfeksiyonudur [1]. Bu bölge enfeksiyonları çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası lenf nodlarının süpürasyonuna bağlı gelişirken, erişkin popülasyonda en sık sebep yabancı cisimlere sekonder ortaya çıkar [2]. Retrofarengeal lenf nodları 5 yaşından sonra regrese olduğu için bu bölge enfeksiyonları küçük çocuklarda daha sık izlenir [3]. Ateş, odinofaji ve boyun ağrısı en sık şikayetler iken; boyunda şişlik, tortikollis ve ağızdan salya akması en sık bulgulardır [1]. Retrofarengeal abse özellikle tehlikeli aralık gibi diğer boşluklara yayıldığında hayatı tehdit edici bir durum olup hava yolu obstrüksiyonu, mediastinit, juguler ven trombozu, karotis arter stenoza-rüptürü, atlanto-aksiel dislokasyon, servikal dislokasyon, spinal kord abseleri ve menenjit gibi komplikasyonlar gelişebilir [4]. Derin boyun enfeksiyonlarında mortalitenin temel sebeplerinden biri mediastinittir [5]. Bu çalışmada, balık yeme sonrasında boğazda takılma hissi gelişen ve retrofarengeal abse ve mediastinit ile sonuçlanan bir olgu sunulmuştur.

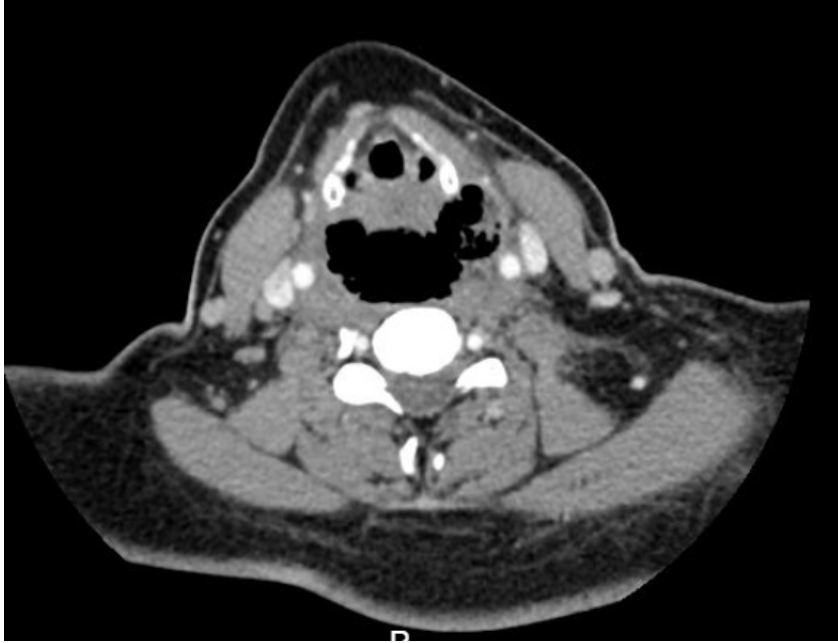
Olgu Sunumu

Beş gün önce balık yeme sonrasında boğazda ağrı ve takılma hissi nedeniyle bir sağlık merkezine başvuran 49 yaşındaki kadın hastada herhangi bir patoloji ve yabancı cisim saptanmamış. Takip eden günlerde hasta, şikayetlerinde artma ve ilave olarak ateş ve yutma güçlüğü gelişmesi nedeniyle tekrar hastaneye başvurmuş, yapılan muayene de yabancı cisim izlenmemiş ve hospitalize edilerek intravenöz (iv) antibiyotik tedavi başlanmış.

Sorumlu Yazar: İrfan Kara, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi hastanesi kbb plk onikişubat/kahramanmaraş
drirfankara@gmail.com

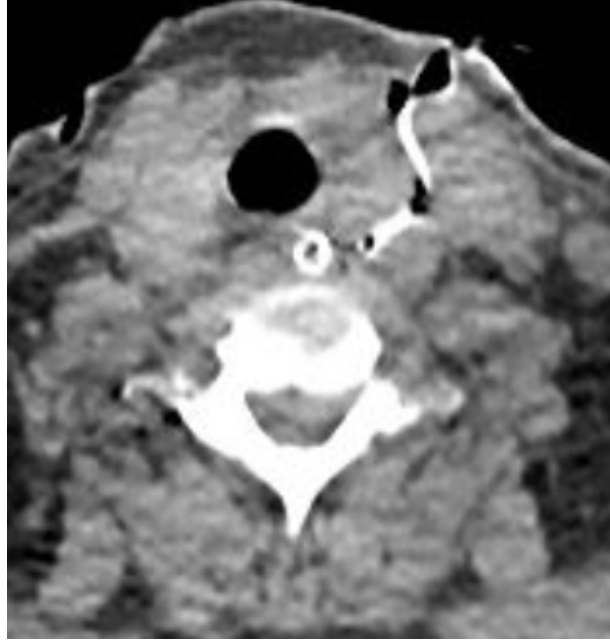
Kara İ ve ark . Balık kılçığına bağlı gelişen retrofarengeal abse ve mediastinit. ENTcase. 2020;6(2):37-42

Antibiyotik tedavisi altında iken gelişen dispne nedeni ile tarafımıza yönlendirilmiş. Muayenesinde boyunda ısı artışı, hassasiyet mevcut olan, endoskopik muayenesinde laringofarenkste tükürük göllenmesi ve posterior faringeal duvarda itilme gözlenen hastanın, beyaz küresi 14.580, C-Reaktif Protein değeri 105 idi. Özgeçmişinde distimik bozukluk hariç özellik yoktu. Retrofarengeal apse ön tanısı ile kontrastlı boyun toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi ve hastaya acil cerrahi drenaj yapıldı.



Şekil 1 : Hastanın ilk gelişinde çekilen BT’de retrofarengeal bölgede yoğun gaz dansiteleri izlenmektedir.

Abse drenajı sonrası direkt laringoskopik muayenesinde sol piriform sinüste perforasyon izlendi, tümör ihtimaline karşı biyopsi alındı. Perforasyon kenarları sütüre edilip, strep kaslardan flep çevrilerek bölge desteklendi. Patoloji sonucu `akut nekrotizan iltihabi olay` şeklinde raporlandı. Hasta drenaj sonrası 1 gün yoğun bakımda takip edildi ve takiplerinde nazogastrik sonda ile beslendi.



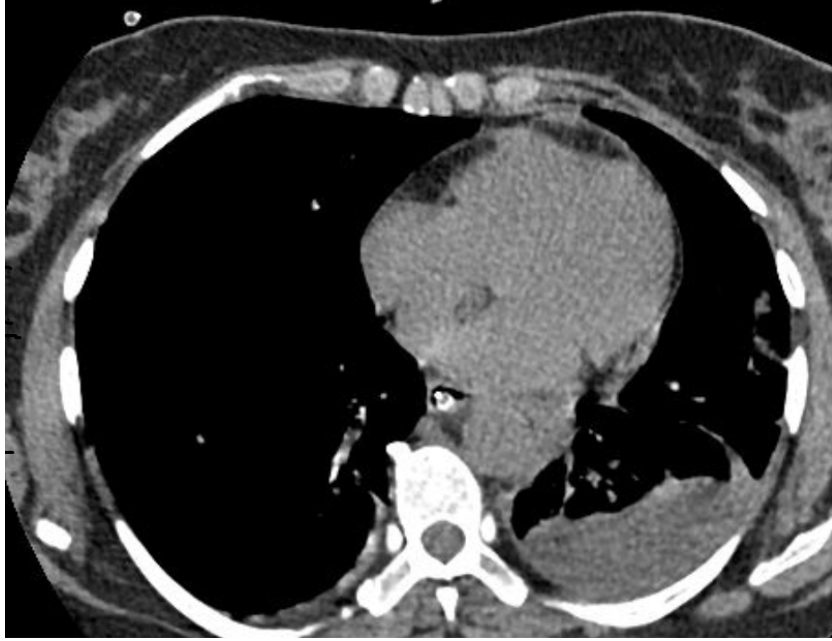
Şekil 2 : Kontrol boyun BT'de nazogastrik sonda ve penröz dren izlenmekte,gaz dansitelerinin kaybolduğu görülmektedir.

Gram boyamada gram (-) basil, gram (+) basil ve gram (+) kok görüldü. Aerop kültürde alfa-hemolitik streptokok üredi, anaerop kültürde üreme olmadı. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası hastaya siprofloksasin 2x200 mg iv, klindamisin 4x600 mg iv başlandı. Hastanın post-op 7. günde göğüs ağrısı ve nefes darlığı olması üzere çekilen boyun-toraks BT çekildi. Bt'de toraks girim düzeyinden itibaren özefagus posteriorundan sol atrium distali düzeyine kadar uzanan gaz dansiteleri izlendi ve mediastinit lehinde değerlendirildi.



Şekil 3 : Toraks BT'de mediastinite ait görünüm.

Sol hemitoraksta pleural mai izlendi.



Şekil 4 : Özellikle sol akciğerde plevral efüzyona ait görünüm.

Hastaya göğüs cerrahi tarafından sol torakotomi uygulanarak mediastinal plevra açılıp toraks boşluğu drenaja uygun hale getirildi. Perikardial alanda bulunan enfekte mai drenajı için perikardial pencere açılıp, akciğer ekspansasyonun sağlanması için kalınlaşmış olan plevra dekortike edildi, toraks tüpü takıldı. Dekortikasyon materyalinin patoloji sonucu 'fibrinöz plörit' olarak raporlandı. Postoperatif takiplerinde ateşleri gerileyen, kliniği düzelen hastanın önce boyun ardından toraks drenajları çekildi. İv antibiyotik tedavisi 3 hafta devam edildi. Takiplerinde kan değerleri ve kliniği düzelen hasta, 3 hafta oral amoksisilin-klavulanik asit ve siprofloksasin tedavisi önerilerek taburcu edildi.

Tartışma

Retrofarengeal bölge derin servikal fasyanın visseral ve alar yaprakları arasında, kafa tabanı ile trakeal bifurkasyona kadar uzanan, içerisinde primer olarak lenf nodlarını barındıran alandır [4]. Enfeksiyon bu bölgeye posterior faringeal bölge veya özefagus perforasyon yoluyla ya da indirekt olarak parafarengeal bölgeden yayılabilir [6]. Retrofarengeal abse çocuklarda en sık üst solunum yolu enfeksiyonlarına sekonder gelişirken erişkinlerde en sık görülme sebebi travma ve yabancı cisimlerdir [6]. Keskin kenarlı yabancı cisimler dil kökü ile alt özefagusa kadar olan alanda herhangi bir lokalizasyonda duvara impakte olabilir ve eğer erken zamanda çıkarılmaz ise erozyon ve perforasyona sebep olabilir [7]. Shivakumar ve ark. [7] yaptıkları çalışmada keskin kenarlı yabancı cisimlere bağlı en sık komplikasyon retrofarengeal abse tespit edilmiş, komplikasyonlar tanıda gecikme ve yabancı cisimlerin geç çıkartılmasına bağlanmıştır. Bölgenin enfeksiyonu prevertebral bölgeye ve bu boşluğu takip ederek toraksa ulaşır sonuçta mediastinit ve ampiyem gelişebilir [7]. Hastalığın %10 mortalite, %43 komplikasyon oranları mevcuttur [4]. Yapılan bir çalışmada 8 retrofarengeal abseli hastanın 6'sında etyolojide balık kılçığı saptamıştır [8]. Brito-Mutunayaman ve ark. [6] 56 yaşındaki diyabetik hastada balık kılçığına sekonder retrofarengeal abse vakası sunmuşlardır. Mevcut makalede de balık yeme sonrası retrofarengeal abse gelişen erişkin, önemli bir ek hastalığı olmayan hasta sunulmuştur. Yung ve ark. [9] tavuk kemiğine bağlı gelişen üst özefagus perforasyonuna sekonder retrofarengeal abse ve süpüratif tiroidit gelişen vaka bildirmişlerdir.

Radyolojik değerlendirmede lateral grafiler fayda sağlayabilir fakat retrofarengeal bölgede gaz yoksa abse ile selülit ayrımı yapılamaz [1]. Tanıda BT'nin sensitivitesi %88 olarak bildirilmiştir [10] ve abseyi göstermede en

değerli görüntüleme yöntemi kontrastlı BT'dir [11]. BT ile retrofarengeal abse-selülit ayrımı yapılabilir, enfeksiyonun boyuna veya mediastene yayılımı görülebilir, non-opak yabancı cisimler tespit edilebilir, ayrıca absenin büyük damarlarla ilişkisi ortaya konur böylece cerrahi yaklaşıma katkı sağlar [11]. Sunulan vakada da ön tanı BT ile desteklenmiş ve takipler PA akciğer grafisi ve BT ile yapılmıştır.

Retrofarengeal apse sonrasında hastalar yakın takip edilmelidir zira abseye bağlı akut solunum yolu obstrüksiyonu, sepsis, mediastinit, aspirasyon pnömonisi, ampiyem, jugüler ven trombozu ve karotis arter rüptürü gelişebilir [4]. Sunulan vakada takiplerde mediastinit ve plevral efüzyon tespit edilmiş, hasta göğüs cerrahisi tarafından operasyona alınmıştır.

Derin boyun enfeksiyonlarında kültürde mikst flora üremektedir, bu ajanlar alfa hemolitik, beta hemolitik streptokoklar, stafilokoklar, peptostreptokoklar, fusobakterium nucleatum, bacterioides türleri, actinomices, eikinella corrodens, mikrokoklar ve spiroketlerdir [12]. Sunulan vakada kültürde alfa-hemolitik streptokok üremiştir. Tedavinin önemli bir basamağı ampirik intravenöz geniş spektrumlu antibiyotik tedavidir ve takiplerde kültür sonucuna göre değişiklik yapılabilir, bu ampirik tedavi gram pozitif kokları kapsayacak şekilde olmalıdır, bu ilaç penisilin grubu olabilir, anaeroplara yönelik metronidazol eklenebilir [5]. Hastaya ampirik olarak siprofloksasin 2x200 mg, klindamisin 4x600 iv başlanmıştır. Dawes ve ark. [1] yaptıkları çalışmada pediatrik olgularda başlangıç tedavisi olarak 3.kuşak sefolosporin, kloksasilin ve metronidazol önermiştir.

Retrofarengeal apsenin tedavisinde yeterli ve güvenli hava yolu sağlamak primer öncelik olmalıdır, güvenli havayolu için gerekli vakalarda entübasyon ve trakeotomi çekinmeden yapılmalıdır [12]. Dawes ve ark. [1] abse drenajı için ulaşım ve tanı kolaylığı açısından transoral yolu tavsiye etmektedir. Retrofarengeal abse ve büyük damarların medialinde yerleşen lateral faringeal abselerin intraoral yolla drenajı tercih edilirken çoklu boşluk tutulumu olan ve büyük damarların laterale yerleşmiş lateral farengeal abselerde eksternal drenaj tercih edilir [13]. Sunulan hastada apsenin sadece retrofarengeal alanla sınırlı olmaması nedeni ile transservikal yol tercih edildi, aynı seansta priform sinüste mevcut perforasyon da tamir edildi. Parafarengeal abseler Lincoln otobanı (karotis kılıfı içerisinde yer alan kafa tabanından mediastene kadar uzanır visseral vasküler boşluk) yoluyla mediastene yayılırken, retrofarengeal abselerde direkt süperior mediastene ulaştığı için mediastinit daha sıktır [12].

Sonuç

Üst solunum sindirim yolundaki yabancı cisimler hızlıca tanınıp çıkartılmalı, gelişebilecek retrofarengeal abse açısından uyanık olunmalıdır. Abse nedeniyle takip edilen hastalarda öncelik solunum yolunun kontrol altına alınmasıdır, hastalarda gelişebilecek mediastinit açısından dikkatli olunmalıdır. Retrofarengeal abseli hastalarda erken dönemde Toraks BT çekilmesi mediastinitin atlanmaması açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Dawes, L.C., R. Bova, and P. Carter, Retropharyngeal abscess in children. ANZ journal of surgery, 2002. 72(6): p. 417-420.
2. Goldenberg, D., A. Golz, and H. Joachims, Retropharyngeal abscess: a clinical review. The Journal of Laryngology & Otology, 1997. 111(6): p. 546-550.
3. Cmejrek, R.C., J.M. Coticchia, and J.E. Arnold, Presentation, diagnosis, and management of deep-neck abscesses in infants. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 2002. 128(12): p. 1361-1364.
4. Gianoli, G.J., et al., Retropharyngeal space infection: changing trends. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 1991. 105(1): p. 92-100.
5. Barakate, M.S., et al., Ludwig's angina: report of a case and review of management issues. Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, 2001. 110(5): p. 453-456.
6. Brito-Mutunayagam, S., et al., Parapharyngeal and retropharyngeal abscess: anatomical complexity and

- etiology. *Medical Journal of Malaysia*, 2007. 62(5): p. 413.
7. Shivakumar, A., et al., Foreign body in upper digestive tract. *The Indian Journal of Pediatrics*, 2004. 71(8): p. 689-693.
 8. Poluri, A., et al., Retropharyngeal abscess secondary to penetrating foreign bodies. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery*, 2000. 28(4): p. 243-246.
 9. Yung, B.C., et al., Acute suppurative thyroiditis due to foreign body–induced retropharyngeal abscess presented as thyrotoxicosis. *Clinical nuclear medicine*, 2000. 25(4): p. 249-252.
 10. Lazor, J.B., et al., Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck infections. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 1994. 111(6): p. 746-750.
 11. Wald, E.R., et al., Retropharyngeal infections in children. *UpToDate*, Waltham, MA (Updated on January 22, 2014).
 12. Kamath, M.P., et al., Presentation and management of deep neck space abscess. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 2003. 55(4): p. 270-275.
 13. Choi, S.S., L.G. Vezina, and K.M. Grundfast, Relative incidence and alternative approaches for surgical drainage of different types of deep neck abscesses in children. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 1997. 123(12): p. 1271-1275.