

# YETİŞKİN HASTADA İZOLE RETROFARİNGEAL APSEYE BAĞLI GELİŞEN TETRAPLEJİ ÖYKÜSÜ

A HISTORY OF TETRAPLEGY DUE TO ISOLATED RETROPHARYGEAL ABSSES IN AN ADULT PATIENT  
Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 31.07.2023  
Kabul: 18.09.2023  
Yayın: 18.09.2023

Funda Kutay<sup>1</sup>, Mehmet İhsan Gülmez<sup>1</sup>, Gül Soylu Özler<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

## Özet

Retrofaringeal apse erişkin hastalarda daha az sıklıkta gözlenen, bulunduğu bölge nedeniyle önemli yan etkilere yol açabilen, hatta ölüme neden olabilen ciddi bir derin boyun enfeksiyonudur. Akut ve kronik nedenlere bağlı gelişebilir. Bunlar sıklıkla solunum yolu, bademcik ve diş enfeksiyonları ile yabancı cisim, girişimsel işlemler sonrası travmaya bağlı gözlenebilir. Çeşitli nedenlerle retrofaringeal bölge lenf nodlarının enfekte olup süpürasyonu ile apseleşmesi sonucu oluşan bu klinik tabloda hastalar ciddi bulgularla başvurabilir. Solunum güçlüğü, yutma güçlüğü, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı, ilerleyen olgularda menenjit benzeri bulgular (ense sertliği, bilinç bulanıklığı, ateş, kol ve bacaklarda parezi) görülebilir. Bu olgu sunumunda 47 yaşında, erkek, diyabet dışında bilinen ek hastalığı olmayan, bir ay önce soğuk algınlığı benzeri şikayeti olan, birkaç gündür yemek yemede bozulma, boyun ağrısı, ateş, bilinç bulanıklığı tarif edilen hastanın acil serviste muayenesi, tanı konulması ile beraber cerrahi ve takip sürecinden bahsedilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Retrofaringeal apse, apse komplikasyonu tetrapleji

## Abstract

Retropharyngeal abscess is a serious deep neck infection that is observed less frequently in adult patients and may cause significant side effects and even death due to its location. It may develop due to acute and chronic causes. These can frequently be observed due to respiratory tract, tonsil and dental infections, foreign bodies and trauma after interventional procedures. Patients may present with serious findings in this clinical picture, which occurs as a result of infection, suppuration and abscessation of the lymph nodes in the retropharyngeal region due to various reasons. Difficulty in breathing, difficulty in swallowing, limitation and pain in neck movements, and meningitis-like findings (nuchal rigidity, confusion, fever, paresis in arms and legs) may be observed in progressive cases. In this case report, we will describe the emergency department examination, diagnosis, surgery and follow-up of a 47-year-old male patient with no known comorbidities other than diabetes mellitus, who had a cold-like complaint one month ago and had been experiencing eating disturbance, neck pain, fever and confusion for several days.

**Keywords:** Retropharyngeal abscess, abscess complication tetraplegy

## Giriş

Retrofaringeal alan; önde bukkofaringeal fasya, arkada prevertebral fasya üstte kafa tabanı ile sınırlandırılan derin boyun enfeksiyonlarının yayılımı ile ciddi sonuçlara yol açabildiği boyun bölgesidir [1]. Retrofaringeal lenf nodları derin servikal lenf zincirlerini oluşturur ve baş boyun bölgesindeki belirli hastalıklarda ilk etkilenen lenf bölgesidir. Orta kulak, paranazal sinüsler ve farenksin drenajı retrofaringeal alandaki lenf nodlarına olur [2]. Oluşum nedeni sıklıkla üst solunum yolu enfeksiyonları, ağız içi laserasyonlar, boynun travmaları, girişimsel işlemlerdir ancak travma olmaksızın immünsupresyona bağlı olarak retrofaringeal apse geliştiği de bildirilmiştir [3]. Keita ve ark. ise kendi yayınlarında en çok nedenin alana doğrudan nüfuz eden bir yabancı cisim veya enfeksiyona bağlı lenfatik kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir [4]. Ateş, boğaz ağrısı, yemek yeme güçlüğü, odinofaji, boyun ağrısı ve boyun

hareketlerinde kısıtlılık, nefes almada güçlük hatta menenjit benzeri farklı çeşitlilikteki semptom ve bulgularla kendini gösterebilir [5,6]. Özellikle ileri seviye olgularda menenjit bulgularının dikkatlice değerlendirilerek gerekirse lomber ponksiyon ile kültür alınıp ampirik antibiyotik tedavisi ile beraber hızlıca cerrahi işlemin planlanıp uygulanması gerekmektedir [7].

Bu yazıda amaç retrofringeal apseye bağlı nadir de olsa gelişebilen tetraplejinin hızlı tanı ve doğru tedavi uygulanması ile tamamen düzelebileceğini göstermektir.

## Olgu Sunumu

Kırk yedi yaşında erkek hasta solunum güçlüğü ve el-ayakları hareket ettirememeye şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Öyküsünde yaklaşık bir ay önce iştahsızlık, halsizlik, soğuk algınlığı benzeri şikayetlerinin geliştiği, çok şiddetli olmaması nedeniyle hastaneye başvurmadığı ancak yaklaşık iki gün önce yeme içmede iyice bozulma, solunum güçlüğü ve el-ayakları hareket ettirememeye bulguları gelişmesi üzerine geldiği öğrenildi. Fizik muayenede bilinçte bulanıklık, halsiz bitkin görünüm ve başı ekstansiyona getiremediği (Bolte işareti), tüm ekstremitelerde 4/0 kas güçsüzlüğü olduğu tespit edildi. Hastaya menenjit şüphesi ile beyin cerrahi bölümü tarafından lomber ponksiyon yapılmış ve kültür gönderilmişti. Orofarinks bakısında orofaringeal bölgede itilme sonucu asimetri oluşturan apse şüpheli lezyon gözlemlendi. 38,5°C derece ateş, beyaz küresi 15.000 mm<sup>3</sup> ve CRP'si 300 mg/dl olan hastanın çekilen boyun yan grafisinde apse şüpheli görüntü tespit edildi ve sonrasında hastaya boyun BT çekildi. Sagittal planda orofaringeal bölgeye sınırlı, servikal vertebralarda dejenerasyona yol açmış apse formasyonu gözlemlendi (Şekil 1).



Şekil 1 :Boyun bt görüntüsü

Tetraplejinin apseye bağlı servikal bölgede gelişen spondilodiskite bağlı oluşabileceği düşünüldü. Hasta tarafımızca yatırılıp enfeksiyon hastalıkları anabilim dalına danışılarak meropenem ve linezolid ile IV tedaviye başlandı. Hemen ardından solunum güvenliğini sağlamak amacıyla trakeotomi açıldı ve ardından trendelenburg pozisyonunda oral olarak apse drene edildi (Şekil 2).



**Şekil 2** :Trakeotomi sonrası apse drenajı

Kültür sonuçlarında streptokokus ve anaerobik bakteri üremesi gözlenen hastanın mevcut antibiyotik tedavisi ile 21 gün takibi yapıldı. Enfeksiyon hastalıkları ve beyin cerrahi bölümü ile beraber takip edilen hastanın önce bilinç durumu ardından tetrapleji durumu hızla düzeldi. Beslenme ve solunum problemi de kalmayan CRP değerleri normal sınırlara inen hastanın trakeotomisi de kapatılarak tam tedavi ile taburcu edildi.

## Tartışma

Menenjit vakalarının yaklaşık %75'i uzak veya bitişik bir enfeksiyon (örn. idrar yolu enfeksiyonu, gastrointestinal sistem enfeksiyonları, otitis media veya derin boyun enfeksiyonları) sonucu ortaya çıkmaktadır [8].

Bu olgumuzda da retrofaringeal apse ve spondilodiskite ikincil gelişen menenjit ve tetrapleji gözlenmiştir. Yine bu olguda olduğu gibi travma hikayesi olmadan gelişen retrofaringeal apse ve ikincil menenjitte altta yatan etkenlerde yaklaşık %75 ile %95, ileri yaş, kanser öyküsü, immüno-supresif tedavi, HIV enfeksiyonu, kronik alkolizm veya diabetes mellitus gibi immüno-supresif nedenler gözlenebilmektedir [9-10].

Hastaların solunum güçlüğü, yeme yutma güçlüğü, boyun ağrısı gibi retrofaringeal apseyi düşündürecek bulguların yanı sıra bilinç değişikliği, ekstremitelerde kas güçsüzlüğü gibi spondilodiskite düşündürecek bulguların olması, dikkatli bir orofarinks muayenesinde şişlik ve itilmenin gözlenmesi ayrıca direkt- yan grafiler, boyun tomografisi, manyetik rezonans görüntüleme ile değerlendirmenin pekiştirilmesi, etkilenen bölgelerin belirlenmesi ve doğru tanı ile hızlı müdahalenin gerçekleştirilmesi açısından değerlidir [11-12]. Direk ve yan boyun radyografileri, özellikle küçük çocuklarda şüpheli retrofaringeal apsenin ilk değerlendirmesinde tipik olarak tercih edilen görüntüleme çalışmasıdır. Yan boyun radyografileri daha düşük radyasyona maruz kalma avantajına sahiptir ve hava yolu bozukluğu belirtileri gösteren hastalar tarafından daha iyi tolere edilme eğilimindedir. Normal prevertebral boşluğun üst sınırı C2'de 7 mm ve C6'da 14 mm'dir. C6'da 30 mm genişlik apse toplandığını gösterir. Tanı ve tedavide geç kalınması durumunda retrofaringeal apseler menenjit, ciddi kanamalar, larengeal spazm, bronşiyal erozyon, metastatik apse, apsede yırtılma, perikardit, ampiyem, en ciddi komplikasyon olan mediastinit, aspirasyon pnömonisi, akut hemipleji gibi hayatı tehdit edici sonuçlara neden olabilir [13]. Oliveira Souza ve arkadaşları komplike bir retrofaringeal apseye bağlı miyelopatiden bahsetmektedir [14]. Bizim vakamıza benzer klinik yönleri de olan bu vakada 46 yaşında, bağışıklığı yeterli bir erkek hasta, 2 aydır ilerleyen şiddetli boyun ağrısı, aralıklı ateş,

kilo kaybı ve disfaji, alt ve üst ekstremitelerde güçsüzlük ve uyuşma öyküsü ile başvurmuş. Ayrıca idrar kaçırma ve dışkı tutma sorunu da mevcutmuş. Yine Kusunoki ve ark. tarafından erişkin bir hastada medikal tedavi almasına rağmen tetrapleji ve bilinç bulanıklığı gelişen, cerrahi müdahale ile apse drenajı yapılan ve takiplerde kliniği tamamen düzelen hastadan bahsetmektedir [15]. Bu iki farklı yayında göstermektedir ki erişkin hastada gelişen retrofaringeal apselerde nadir olarak tetrapleji gelişebilmekte, doğru tanı ve uygulamalarla bu ciddi rahatsızlık tamamen düzelmektedir. Bizim olgumuz da nadir bir olgu olması, uygun tanı, tedavi ve takibin nasıl yapılması gerektiği ile ilgili bilgi vermesi nedeniyle önemli bir değere sahiptir.

Özellikle solunum sıkıntısı yaratan büyük apselerde solunumu güvence altına almak için cerrahi drenaj öncesinde trakeotomi açmak gereklidir [16]. Bizde olgumuzda trakeotomi açtıktan sonra apse drenajı uyguladık.

Yine bu olgumuzda olduğu gibi büyük retrofaringeal apseye bağlı gelişen nadir yan etkilerden olan menenjitin gözlenmesi durumunda kültür alınması, apsenin drene edilmesi ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ile iyileşme durumunun takip edilmesi uygun yaklaşım olacaktır [17].

## Teşekkür

Hastanın tedavi ve takibinde emeği geçen tüm Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Kbb bölümü çalışanlarına teşekkür ederiz.

## Kaynaklar

1. Wippold FJ II. Diagnostic imaging of the larynx. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 3rd ed. St. Louis: CV Mosby; 1998. p. 1895-919
2. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics*. 2003 Jun;111(6 Pt 1):1394-8. doi: 10.1542/peds.111.6.1394. PMID: 12777558.
3. Peces R, Baltar J, Laures AS, Navascués RA, Alvarez-Grande J. Retropharyngeal abscess in a renal transplant recipient. *Nephrol Dial Transplant*. 1997 Nov;12(11):2439-41. doi: 10.1093/ndt/12.11.2439. PMID: 9394343.
4. Keita A, Diallo I, Fofana M, Diallo MA, Diallo MMR, Balde O, Camara A, Sacko S. Abcès rétropharyngé et la revue de la littérature: à propos de 5 observations [Retropharyngeal abscess: case study of 5 cases and literature review]. *Pan Afr Med J*. 2020 Aug 28;36:360. French. doi: 10.11604/pamj.2020.36.360.24282. PMID: 33224426; PMCID: PMC7664136.
5. Çankaya H, Yuca K, Kıroğlu F, İçli M. İleri derecede solunum sıkıntısına sebep olan bir retrofaringeal abses olgusu. *Van Tıp Dergisi* 2003;10:53-5.
6. Chang L, Chi H, Chiu NC, Huang FY, Lee KS. Deep neck infections in different age groups of children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010 Feb;43(1):47-52. doi: 10.1016/S1684-1182(10)60007-2. Epub 2010 Mar 29. PMID: 20434123
7. Chaudhuri A, Martinez-Martin P, Kennedy PG, Andrew Seaton R, Portegies P, Bojar M, Steiner I; EFNS Task Force. EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults. *Eur J Neurol*. 2008 Jul;15(7):649-59. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02193.x. Erratum in: *Eur J Neurol*. 2008 Aug;15(8):880. Martin, P M [corrected to Martinez-Martin, P]. PMID: 18582342.
8. van de Beek D, Drake JM, Tunkel AR. Nosocomial bacterial meningitis. *N Engl J Med*. 2010 Jan 14;362(2):146-54. doi: 10.1056/NEJMra0804573. PMID: 20071704.
9. Kohlmann R, Nefedev A, Kaase M, Gatermann SG. Community-acquired adult *Escherichia coli* meningitis

- leading to diagnosis of unrecognized retropharyngeal abscess and cervical spondylodiscitis: a case report. *BMC Infect Dis.* 2015 Dec 12;15:567. doi: 10.1186/s12879-015-1310-4. PMID: 26654107; PMCID: PMC4676899.
10. Pomar V, Benito N, López-Contreras J, et al. Spontaneous gram-negative bacillary meningitis in adult patients: characteristics and outcome. *BMC Infectious Diseases.* 2013 Sep;13:451. DOI: 10.1186/1471-2334-13-451. PMID: 24079517; PMCID: PMC3849584.
  11. Allotey J, Duncan H, Williams H. Mediastinitis and retropharyngeal abscess following delayed diagnosis of glass ingestion. *Emerg Med J.* 2006 Feb;23(2):e12. doi: 10.1136/emj.2004.020867. PMID: 16439726; PMCID: PMC2564068.
  12. Lazor JB, Cunningham MJ, Eavey RD, Weber AL. Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck infections. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994 Dec;111(6):746-50. doi: 10.1177/019459989411100608. PMID: 7991254.
  13. Takao M, Ido M, Hamaguchi K, Chikusa H, Namikawa S, Kusagawa M. Descending necrotizing mediastinitis secondary to a retropharyngeal abscess. *Eur Respir J.* 1994 Sep;7(9):1716-8. doi: 10.1183/09031936.94.07091716. PMID: 7995405.
  14. Souza NVO, Adissy EN, Fonseca ABR, Greggio B, Trapp B, DA Silva CC, Ferraz ME. Complicated retropharyngeal abscess: an atypical cause of myelopathy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2021 Jan;79(1):88. doi: 10.1590/0004-282X-anp-2020-0206. PMID: 33656116.
  15. Kusunoki T, Ito S, Iizuka T, Ono N, Ikeda K. A case of retropharyngeal abscess with spondylitis causing tetraplegia. *Clin Pract.* 2012 Apr 30;2(2):e52. doi: 10.4081/cp.2012.e52. PMID: 24765451; PMCID: PMC3981293.
  16. Schroeder LL, Knapp JF. Recognition and emergency management of infectious causes of upper airway obstruction in children. *Semin Respir Infect.* 1995 Mar;10(1):21-30. PMID: 7761710.
  17. Gidley PW, Ghorayeb BY, Stiernberg CM. Contemporary management of deep neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Jan;116(1):16-22. doi: 10.1016/s0194-5998(97)70345-0. PMID: 9018251.