© TKBBV 2009

Türk Otolarengoloji Arşivi
Turkish Archives of Otolaryngology

Geliş tarihi / Received: Mart / March 17, 2008
Düzelti sonrası kabul tarihi / Accepted after revision: Ekim / October 10, 2008
Online yayın tarihi / Published online: Eylül / September 9, 2009
doi: 10.2399/tao.08.010

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Çocuklarda parafarengeal ve retrofarengeal apse: Olgu sunumu

Y.S.S. Cerrah, E.E. Altuntaş, A.İ. Bebek, M. Doğan, S. Müderris

Parapharyngeal and retropharyngeal abscess in children: a case report

Parapharyngeal abscesses are more observed among children other than adults. Parapharyngeal abscesses are life-threatening due to the severe complications. In this study, we report a case of a 14-month-old girl who presented with the throat pain, fever, respiratory distress or stridor and neck mass. Abscess was defined parapharyngeal and retropharyngeal region on the CT scan of the patient whose diagnoses and treatment was presented in this paper. Patients who has retropharyngeal and parapharyngeal regions abscesses must be early diagnosied and treated as a first step to avoid from complications.

Key Words: Abscess, retropharyngeal, parapharyngeal, children, CT scan, surgical drainage.

Özet

Parafarengeal ve retrofarengeal apseler sıklıkla çocukluk yaş grubunda görülmekte olup neden oldukları çeşitli komplikasyonlar sebebiyle hayati tehlike arz eden hastalıklardır. Bu patolojiye yetişkinlere kıyasla çocuklarda daha sık rastlanır. Bu çalışmada kliniğimize boğaz ağrısı, ateş, solunum sıkıntısı ve boyunda kitle şikayetleri ile getirilen; yapılan boyun bilgisayarlı tomografi (BBT) kesitlerinde retrofarengeal ve parafarengeal bölgede apse ile uyumlu görünüm olduğu saptanmış olan 14 aylık kız olgunun tanı ve tedavisinde izlenen yol sunulmuştur. Retrofarengeal ve parafaringeal bölgede apsesi olan olgularda erken tanı ve tedavi bu olgularda gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde en önemli basamaktır.

Anahtar Sözcükler: Retrofarengeal apse, parafarengeal apse, bilgisayarlı tomografi görüntüleme, cerrahi drenaj.

Turk Arch Otolaryngol, 2009; 47(4): 179-182

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2009; 47(4): 179-182

Giriş

Parafarengeal (PFA) ve retrofarengeal apseler (RFA) yaygın olmamakla birlikte potansiyel ölüm riski taşıyan klinik tablolardır. Bu patolojiye yetişkinlere kıyasla çocuklarda daha sık rastlanır ve genellikle etyolojisinde baş ve boyun enfeksiyonları,

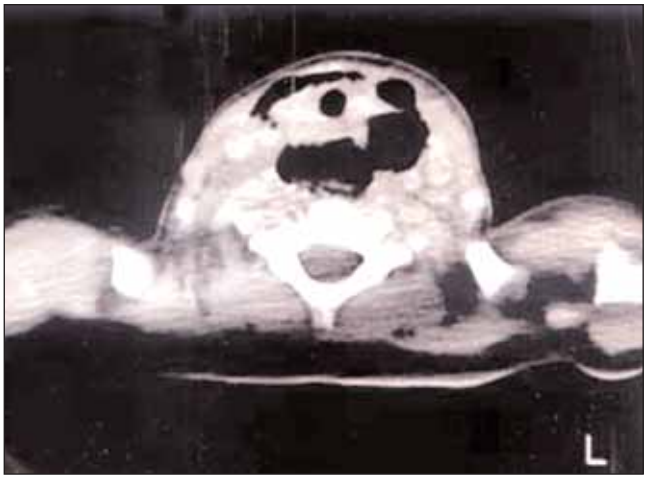
Dr. Yavuz Sultan Selim Cerrah, Dr. Emine Elif Altuntaş, Dr. Ali İhsan Bebek, Dr. Mansur Doğan, Dr. Suphi Müderris
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Sivas

yabancı bir cismin aspirasyon öyküsü, vertebral kemik tüberkülozu (Pott hastalığı) ya da farengoözefageal travma gibi faktörler rol oynar.[1-3] Bu hastalık grubunda erken tanı ve cerrahi müdahale zorunludur.[1] Fakat sık rastlanmaması, görülen semptomların çeşitliliği ve fiziksel belirtilerin azlığı acil hekimleri, pediatristler ve KBB hekimleri tarafından tanı konulmasını zorlaştırır.[4] Tedavi edilmeyen apseler farinkse spontan rüptüre olup ölümcül aspirasyona yol açabilir. Bu hasta grubunda karşılaşılabilen diğer komplikasyonlar ise apsenin boyun lateral duvarına, posterior mediastinuma ve prevertabral boşluğa yayılmasıdır.[5] Aspirasyon, hava yolu tıkanıklığı, ana kan damarlarının erozyonu ve apsenin mediastinuma ilerlemesi ölüme neden olabilir.[4] Tüm bu sebeplerden dolayı hastalara tanı konulur konulmaz geniş spektrumlu sistemik antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır. Apse oluştuktan sonra antimikrobiyal tedavinin sadece yeterli cerrahi drenajla birlikte uygulandığında etkili olacağıda unutulmamalıdır.[5]

Olgu Sunumu

14 aylık bir kız bebek 3 gündür süren boynun sol tarafında şişlik, ilerleyen solunum sıkıntısı, yüksek ateş ve stridor şikayetleri ile kliniğimize getirildi. Olgunun medikal öyküsünde yabancı cisim aspirasyonu, travma, disfaji, öksürük, boyunda şişlik, üst solunum yolu enfeksiyonu ve siyanoz yoktu. Olgunun özgeçmişinde immün sistemde bozukluk tespit edilmedi. Yapılan ilk fizik muayenesinde boyun sol tarafında 2x2 cm boyutlarında yumuşak kıvamlı üzeri hiperemik bir şişlik tespit edildi. Solumun sıkıntısı çok ileri derecede değildi fakat yatar pozisyonda ve uyku esnasında artmaktaydı. Laboratuvar bulgularında şiddetli inflamasyon ile uyumlu olarak eritrosit sedimentasyon hızı 90 mm/1 s; WBC 14.7; CRP 295 olarak saptandı. Olgunun ateşi 37-38 °C arasında değişmekteydi. Olguya mevcut inflamasyon bulguları göz önünde tutularak ampirik olarak intravenöz anti-inflamatuar (meropenem trihidrat ve klindomisin) tedavi başlandı. Olgunun boyun bilgisayarlı tomografi görüntülerinde parafarengeal ve retrofarengeal alanda apseyle uyumlu birbiriyle ilişkili iki kavite izlendi (Resim 1).

Olgu hospitalize edildi ve genel anestezi altında eksternal yaklaşımla apse drenajı yapıldı ve apse içeriğinden mikrobiyolojik incelemeler için örnek alındı. Hastanın yapılan kültürlerinde normal oral florada bulunan mikroorganizmalar dışında bir mikroorganizma tespit edilmedi. Operasyon sırasında apsenin yaygınlığı nedeni ile meydana gelebilecek ödemden dolayı postoperatif dönemde solunum sıkıntısı oluşabileceği düşünülerek trakeatomi açıldı. Olguya preoperatif dönemde başlanmış olan intravenöz antibiyotik tedavisine devam edildi. Olgunun izleminde ateşinin normal seviyeye indiği, klinik tablosunun düzeldiği ve kan parametrelerinde belirgin düzelme olduğu gözlendi. Postoperatif 10. günde olgunun antibiyotik tedavisi sonlandırıldı ve dekanülize edilerek taburcu edildi.



Resim 1. Parafarengeal ve retrofarengeal alanda apse.

Tartışma

Derin boyun enfeksiyonları olan retrofarengeal (RFA) ve parafarengeal (PFA) apseler hem anatomik lokalizasyonundan hem de üst solunum yolunu obstrüksiyona uğratma potansiyelinden dolayı tedavi edilmezse ölümcül olabilmektedir; bu nedenle ile ayırıcı tanı ve tedavi protokolleri acil hekimleri, pediatristler ve KBB hekimleri tarafından çok iyi bilinmesi gereken hastalıklardır. Enfeksiyon bölgesi posterior parafarengeal duvarla prevertebral fasya arasındaki lenf nodlarına ilerler. Bu lenf nodları yaşamın ilk 3. veya 4. yılı içerisinde atrofiye olur, fakat bazı araştırmacılar bunun pubertede gerçekleştiğini ileri sürmektedirler.[4,6] Nontravmatik nedenlerden kaynaklanan RFA ve PFA sıklıkla erken çocukluk döneminde görülür. Yetişkinlerde görülen RFA ve PFA'ların etyolojisinde ise sıklıkla travma, yabancı cisim aspirasyonu, cerrahi komplikasyon ve immünsüpresif durumlar yer almaktadır. RFA ve PFA erken çocukluk döneminde daha sık görülmektedir, buna sebep olarak bölgesel lenf nodlarının ilerleyen yaşla birlikte atrofiye uğraması ve riskin azalması gösterilmektedir. Boyunda şişlik, tükürüğünün ağızdan dışarıya akması, tortikolis sık görülen klinik bulgular arasındadır. Bunlara ek olarak ateş, odinofaji ve boyunda hassasiyet de görülmektedir.[1-3-5] Dental enfeksiyonları takiben ortaya çıkan RFA ve PFA olgularında diğerlerine kıyasla dah sık ve ciddi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır.[7] Bu olguların tümüne tam bir baş ve boyun muayenesi yapılmalıdır.[1] Fakat intraoral muayene bu hasta grubunda çene hareketlerinde meydana gelen kısıtlılıktan dolayı zordur.[1,7]

PFA ve RFA'li olgularda tanıya ulaşmak için lateral havayolu X-ray ve boyun BT taraması yapılması gerekmektedir. Lateral hava yolu X-ray'i yararlı olmasına karşın sellülit ve apse formasyonunu her zaman birbirinden ayırt edemeyebilir.[1] Çocuk yaş grubunda tatmin edici bir lateral X-ray elde etmek güç olduğu için apseden şüphelenildiğinde BT taraması önerilir.[1] Antibiyotik tedavisi başlanılmadan önce hastanın genel klinik durumu dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Antibiyotik tedavisi uygulandığında klinik takip önemlidir ve gerektiğinde acil cerrahi müdahale yapılmalıdır.[1] Vakaların çoğunda acil cerrahi müdahale ve beraberinde sistemik antibiyotik tedavisi gerekmektedir.[1,7] Bu olgularda tanı konduğu anda ampirik olarak anaerob mikroorganizmalar üzerinde de etkili olabilecek şekilde geniş spektrumlu antibiyotiklere ve antiinflamatuar tedaviye başlanmalıdır.

Retrofaringeal ve parafaringeal apsede cinsiyet ayrımı yoktur; ancak RFA daha çok çocuklarda görülürken PFA daha çok adultlarda görülür.[7] Bizim olgumuzda ise hem RFA hem de PFA bir arada tespit edilmiştir. Flanary ve Conley yaptıkları çalışmada 36 aylıktan küçük çocuklarda %30 daha fazla havayolu obstrüksiyonu olabileceğini göstermişlerdir.[8,9]

RFA ve PFA olgulardan yapılan mikrobiyolojik incelemelerde en sık izole edilen mikroorganizma *Streptococcus pyogenes* (A grubu betahemolitik streptokok) olup bunu *Staphylococcus aureus*, *Haemophylus influenzae* izler. Daha az sıklıkta kültürlerde *Neisseria sp*, *Proteus sp*, ve *Pseudomonas aeruginosa* izole edilmektedir. Bu olguların kültürlerinde en sık izole edilen anaeroblar ise *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus sp*, ve *Peptostreptococcus sp*'dir. Bizim olgumuzun yapılan kültürlerinde ise normal boğaz florası tespit edilmiştir.[7]

RFA'ler de apse kolaylıkla tespit ediliyor ve ulaşılabiliyorsa intraoral drenaj tercih edilmektedir.[1] Eksternal drenaj yaygın olarak kullanılan bir metot olmasına rağmen, bu yaklaşım, bizim vakamızda olduğu gibi, apselerin parafarengeal alan gibi yakınında-

ki derin boyun boşluklarına ilerlediği vakalarda kullanılması önerilmektedir.[1,8,9] Eksternal drenajın diğer endikasyonları multiloküler apse ve intraoral drenaj sonrası apsenin nüks etmesidir.

Tüm hastalarda kısa dönemli postoperatif entübasyon ya da trakeotomi düşünülmelidir. Küçük ve yeterli drenaj sağlanan apselerde postoperatif dönemde esktübasyon yapılabilir, fakat hasta postoperatif dönemde monitorize edilmeli ve acil entübasyon ve trakeotomi açısından hazırlıklı olunmalıdır.[1,7,9]

RFA ve PFA mortalitesi ve morbiditesi erken tanı ve tedavisi yapılmadığı taktir de yüksek olan hastalık gruplarıdır. Sonuç olarak RFA ve PFA'li olgularda erken tanı ve tedavi gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde en önemli basamaktır. Bu nedenle acil hekimleri, pediatristler ve KBB uzmanları tarafından özellikle çocuk hastalarda bu hastalıkların tanı ve tedavisini iyi bilinmesi; ayrıca hızlı bir şekilde ayırıcı tanısının yapması gereklidir.

Kaynaklar

1. **Brook I.** Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1545-50.
2. **Nicolai P, Lombardi D, Berlucchi M, Farina D, Zanetti D.** Drainage of retro-parapharyngeal abscess: an additional indication for endoscopic sinus surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 722-30.
3. **Daya H, Lo S, Papsin BC, et al.** Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 69: 81-6.
4. **Craig FW, Schunk JE.** Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics* 2003; 111: 1394-8.
5. **Sharma HS, Kurl DN, Hamzah M.** Retropharyngeal abscess: recent trends. *Auris Nasus Larynx* 1998; 25: 403-6.
6. **Belet N, İnce E.** Çocukluklarda derin boyun enfeksiyonları: Peritonsiller, retrofaringeal ve lateral faringeal apse. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007; 3: 52-8.
7. **Duman M.** Çocuklarda üst havayolunda tıkanıklık oluşturan akut enfeksiyonlar. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3: 16-25.
8. **Benaixa JP, González-Pérez JM, Rodríguez Sola M, Moreno Luna R, Rando I, Esteban F.** Treatment of peripharyngeal abscesses by means of intra-oral puncture-aspiration and drainage *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007; 58: 105-9.
9. **Flanary VA, Conley SF.** Pediatric deep space neck infections: the Medical College of Wisconsin experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997; 38: 263-71.

Bağlantı Çakışması:
Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Emine Elif Altuntaş
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
Cumhuriyet Üniversitesi Yerleşkesi 58140 SİVAS
Tel: (0346) 258 03 93
e-posta: ealtunta@yahoo.com