

Mediastene Uzanım Gösteren Dev Retrofarengeal Apse: Bir Olgu Sunumu

Giant Retropharyngeal Abscess Extending to the Mediastinum: A Case Presentation

Cem ÖZER^a, Ömer VURAL^b, Serhat İNAN^a

^aBaşkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi- Yüreğir Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları ABD, Adana, TÜRKİYE

^bBaşkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ABD, Ankara, TÜRKİYE

ÖZET Retrofarengeal apse (RFA), nadir görülen potansiyel komplikasyonları nedeni ile ölümlü sonuçlanabilecek bir klinik durumdur. Çocuklarda RFA, genellikle üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)na ikincil gelişirken, yetişkinlerde farengeal yabancı cisimler en sık etiolojik faktördür. Yakın zamanda, boğazına cam batma öyküsü olan ve dış merkezde parenteral antibiyotik tedavisi almasına rağmen semptom ve bulguları kötüleşen 3 yaşındaki erkek hasta ateş, besleneme, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve solunum güçlüğü şikâyetleriyle kliniğimize getirildi. Fizik muayene ve radyolojik görüntüleme sonucunda mediastene kadar ulaşan dev RFA saptanmasının ardından hastaya cerrahi apse drenajı uygulandı ve parenteral antibiyotik tedavisi başlandı. Hasta, postoperatif 21. gününde şifayla taburcu oldu. RFA, yüksek mortalite riskine sahip bir patoloji olup, hastada septik tabloya neden olmadan önce tanısı konulmalı ve hastalar uygun cerrahi ve medikal yöntemlerle acilen tedavi edilmelidir.

ABSTRACT Retropharyngeal abscess (RPA) is a rare clinical condition that can result in death due to potential complications. In children, retropharyngeal abscess usually develops secondary to upper respiratory tract infection, while in adults, the pharyngeal foreign bodies are the most common etiological factor. A 3-year-old male patient who had a history of glass piece stuck in his throat and whose symptoms and signs worsened despite receiving parenteral antibiotic treatment in the outer center was admitted to our hospital with the complaint of fever, inability to feed, restricted neck movements and difficulty breathing. After the physical examination and radiological imaging, giant RPA extending to the mediastinum was detected, the patient underwent surgical abscess drainage and parenteral antibiotic treatment was started. The patient was discharged on the 21st postoperative day with healing. RPA is a pathology with a high risk of mortality, and the patient must be diagnosed before causing a septic picture and the management of this condition should be done urgently with appropriate medical and surgical intervention.

Anahtar Kelimeler: Retrofarengeal apse; drenaj

Keywords: Retropharyngeal abscess; drainage

Derin boyun enfeksiyonları, parafarengeal ve retrofarengeal boşluklar başta olmak üzere, boyunun fasiyal planları arasında yer alan potansiyel boşluklarda görülen enfeksiyonlardır. Retrofarengeal apse (RFA), çok sık görülmeyen fakat havayolu tıkanıklığı, mediastinit, jugular ven trombozu, karotis arter stenozu veya rüptürü, atlantoaksiyel subluksasyon, servikal osteomyelit, spinal kord apsesi ve menenjit gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilecek potansiyel ölümcül bir enfeksiyondur.^{1,2} Literatürde, RFA'ya bağlı mortalite oranı yaklaşık %10, komplikasyon oranı ise yaklaşık %43 olarak bildirilmiştir.³

Pediyatrik popülasyonda RFA, genellikle bu bölgenin lenf nodlarının üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)na ikincil süpürasyonu sonucunda gelişirken, yetişkinlerde farengeal yabancı cisim en önemli etiolojik faktördür.⁴

Günümüzde, RFA tedavisinde en yaygın yaklaşım apsenin drene edilmesi ve parenteral antibiyotik tedavisini içerir. Apsenin drenajı, transservikal, transoral ya da kombine yaklaşım şeklinde yapılabilmektedir. Bu makalede, pediyatrik bir hastada boğaza yabancı cisim batması sonrasında gelişen ve ciddi solunum sıkıntısına sebep olan dev RFA olgusu sunuldu.

Correspondence: Serhat İNAN

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi- Yüreğir Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları ABD, Adana, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: serhatinan06@hotmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery.

Received: 29 Apr 2020

Received in revised form: 25 May 2020

Accepted: 26 May 2020

Available online: 23 Dec 2020

1307-7384 / Copyright © 2020 Turkey Association of Society of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery. Production and hosting by Türkiye Klinikleri.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

OLGU SUNUMU

Üç yaşındaki erkek hasta, ateş, boğaz ağrısı, beslenememe, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve solunum gücünü şikâyetleriyle kliniğimize getirildi. Öyküsünden, 10 gün önce evde yemek yerken boğazına cam parçası battığı ve ailesi tarafından çıkartıldığı öğrenildi. Farklı bir sağlık merkezinde 3 gün süreyle parenteral antibiyotik tedavisi verilen hastanın şikâyetlerinin giderek artması üzerine hastanemize refere edilmiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; boyunda bilateral hassasiyet ve hareket kısıtlılığıyla solunum gücünü mevcuttu. Tonsiller hiperemik, farinks posterior duvar mukozası ödemli, şiş ve bombeleşmiş görünümdeydi. Hastanın ateşi 38,2 °C, lökosit düzeyi 19.000 mm³ (%77 nötrofil) ve C-reaktif protein düzeyi 109 mg/dL olarak saptandı.

Boyun tomografisinde hastada, C1 vertebra düzeyinden üst mediastene kadar uzanan, larinks ve trakea posteriorunda yer alan, 7,8x5,7x4 cm boyutlarında, içerisinde hava sıvı seviyelenmesi bulunan apse kavitesi görülmekteydi. Aps kavitesinin larinks ve trakeayı belirgin şekilde anteriora doğru iterken, lateralde ise karotis arterleri ve internal jugular venleri laterale doğru yaylandırdığı görülmekteydi (Resim 1).

Klinik bulgular ve radyolojik görüntüleme sonucunda RFA tanısı konulan hastaya acil şartlarda cerrahi apse drenajı planlandı. Hastanın ailesi yapılacak işlem ve olası riskler hakkında bilgilendirildi ve onam formu alındı. Aps, üst mediastene kadar ilerlediği için transservikal yaklaşım tercih edildi. Boyun, sağ tarafa hokey sopası şeklinde insizyon yapıldıktan sonra cilt flebi kaldırıldı. Tiroid kıkırdak seviyesinde, karotis kılıfı mediyalindeki bir alandan apse boşuna girildi ve pürülan, kötü kokulu apse materyalinin tamamı boşaltıldı. Yaklaşık 50 cc kadar pürülan materyal boşaltıldı, mikrobiyoloji için kültür örneği alındı (Resim 2). Aps drenajı tamamlandıktan sonra apse kavitesi serum fizyolojik ve %10 povidon iyot solüsyonuyla yıkandı ve işleme son verildi. Postoperatif dönemde parenteral antibiyotik tedavisi başlanan hasta, yoğun bakım ünitesinde entübe hâlde takip edildi. Postoperatif ikinci günde çekilen kontrol boyun tomografisinde, hastada daha küçük boyut-

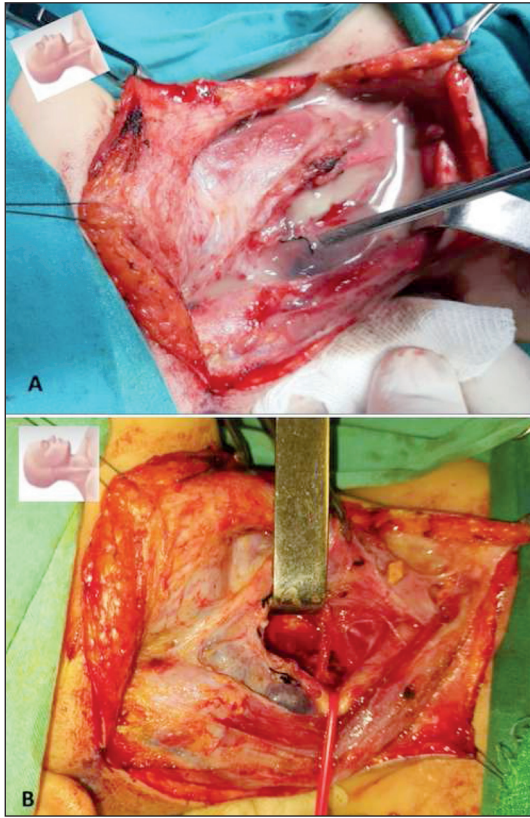


RESİM 1: Boyun bilgisayarlı tomografide retrofaringeal apse. **A)** Sagittal kesitte apseye bağlı farinks arka duvarındaki şişlik ve hava yolunda daralma **B)** Mediastene kadar ulaşan apsenin koronal kesitte görünümü **C)** Aksiyel kesitte trakeayı öne doğru iten, hava-sıvı seviyesi veren retrofaringeal apse.

larda apse materyalinin tekrar biriktiği görüldü. Aps boyutunun daha küçük ve servikal bölgede lokalize olması nedeni ile transoral apse drenajı yapıldı. Cerrahi sonrası entübe olarak yoğun bakımda izlenmeye devam edilen hasta 2 gün sonra ekstübe edildi. Pü kültüründe *Enterococcus faecium* üreyen hastaya intravenöz vankomisin (4x10 mg/kg) ve piperasilin-tazobaktam (4x300 mg/kg) tedavisi verildi. Hasta, yatışının 21. gününde şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA

RFA, çocuklarda genellikle ÜSYE'yi takiben gelişen bir patolojidir. Retrofaringeal bölgede yerleşik lenf nodlarının 5 yaşından sonra tedricen dejenere olmasından dolayı erişkinlerde apse daha az sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle, erişkin RFA etiyolojisinde daha çok yabancı cisim travması yer almaktadır. Mikrobiyolojik incelemede, pü kültüründe izole edilen mikrobiyolojik ajanlar sıklıkla streptokoklar, stafilkoklar ve oral anaerobik mikroorganizmalardır. *Corynebacterium* türleri, *Eikenella corrodens*, *E. faecium*



RESİM 2: Transservikal yaklaşım, intraoperatif görüntüler. **A)** Karotid arter medialindeki alandan drene olan püye. **B)** Tamamen boşaltılmış apse kavitesi görülmektedir.

ve *Klebsiella pneumoniae* nadiren görülen diğer mikroorganizmalardır. Sharma ve ark.nın sunduğu çalışmada 6 yaş altı çocuklarda görülen RFA'ların %86'sında etiyolojik neden olarak ÜSYE ve sepsis sorumluyken vakaların yalnızca %14'ünde yabancı cisim travmasının sebep olduğu bildirilmiştir.⁵ Nadiren de olsa viral enfeksiyonlar sonrası gelişen bakteriyel süper enfeksiyonlar da RFA ile sonuçlanabilmektedir. Del Castro ve ark.nın sunduğu bir olguda Varisella zoster virüsünün etken olduğu suçiçeği enfeksiyonunun komplikasyonu olarak gelişen RFA'dan A grubu beta hemolitik streptokok izole edilmiştir.⁶ Olgumuzda, RFA nedeni olarak yabancı cisim travmasının rol aldığı görülmektedir. Hastanın boğazına cam parçası batması ve sonrasında ailesi tarafından bu yabancı cisim çıkarılmaya çalışılırken farinks arka duvarının tekrardan travmatize edilmesi enfeksiyon nedeni olarak düşünülmüştür.

Boyunda şişlik, boyun hareketlerinde kısıtlılık, odinofaji ve ateş RFA'lı hastalarda en önde gelen be-

lirti ve bulgular arasında yer almaktadır. Solunum güclüğü ve stridor daha az sıklıkla görülen fakat patolojinin ileri seviyede olduğunu gösteren bulgulardır. Schuler ve ark.nın sunduğu 11 vakalık seride hastaların tamamında boyun hareketlerinde kısıtlılık, 9 hastada odinofaji görülürken, yalnızca 1 hastada solunum güclüğü bildirilmiştir.⁷ Olgumuzda var olan boyunda sertlik, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve solunum güclüğü bulguları hastalığın yaşamsal açıdan ciddi seviyede olduğunu düşündürmekteydi.

RFA'lı hastalardaki tedavi yaklaşımında literatürde tartışmalar bulunmaktadır ve seçenekler arasında özellikle yalnızca parenteral antibiyotik tedavisinin yanında cerrahi apse drenajını takiben parenteral antibiyotik tedavisi de bulunmaktadır. Sadece parenteral antibiyotik tedavisi uygulanan hastalarda 48-72 saat içerisinde klinik düzelme olmaması veya hastanın kliniğinin kötüleşmesi durumunda cerrahi müdahale yapılması genel kabul gören bir yaklaşımdır. Haffmann ve ark.nın sunduğu çalışmada parenteral antibiyotik tedavisi başlanan 44 hastadan 8'inde ilk 48-72 saatte klinik iyileşme olmaması nedeni ile cerrahi uygulandığı ve tomografi görüntülerinde apse uzun aksının 20 mm'den fazla olmasının medikal tedavi başarısızlığı ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir.² Olgumuzda, kliniğimize başvurmada önce farklı bir merkezde paranteral antibiyotik uygulanmasına rağmen hastanın şikâyetlerinde artış olması, hastada solunum güclüğü bulunması ve radyolojik görüntülemelerde apse boyutlarının çok büyük olması nedeni ile acil cerrahi yapılması uygun görüldü. Cerrahi drenaj planlanan hastalarda daha az travmatik olması ve cilt skarı bırakmaması nedeni ile genellikle transoral yaklaşım tercih edilmektedir. Transservikal yaklaşım ise multiloküle olan, büyük damarların laterale veya mediastene uzanım gösteren apse olgularında önerilmektedir.^{8,9} Sunduğumuz olgunun ilk başvuru görüntülemesinde, mediastene kadar ulaşan ve büyük damarları laterale yaylandıran RFA mevcuttu. Aps kavitesini tamamen temizleyebilmek ve hastanın sepsis riskini etkili şekilde bertaraf etmek amacıyla transservikal yaklaşım tercih edildi. Transservikal yaklaşımla apse kavite içerişi tamamen görülebildiği ve boşaltıldığı için aynı seansta transoral yaklaşım eklenmesine gerek duyulmadı. Postoperatif ikinci günde kontrol amaçlı çekilen tomografide

daha küçük boyutlarda ve servikal bölgede yerleşik apse saptanması üzerine hastaya ikinci seansta transoral yaklaşım tercih edildi. Olgunun püy kültüründe *E. faecium* izole edildi. Enterokoklar gastrointestinal sistem, ağız, vajina ve üretrada normal flora elemanı olarak bulunmalarına rağmen hastane ve toplum kökenli enfeksiyonlarda giderek artan sıklıkta etken olarak saptanmaya başlanmıştır. Sunduğumuz olguda izole edilen *E. faecium* sık görülmeye başlayan ve antibiyotik direnci fazla olabilen enterokok türlerinden 1 tanesidir. Bu nedenle tedavide antibiyogram sonuçları dikkate alınarak, enfeksiyon bölümü önerileri doğrultusunda 21 günlük parenteral vankomisin ve piperasilin-tazobaktam tedavisi uygulandı ve tedavinin sonunda hasta şifayla taburcu edildi.

RFA uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde, kısa sürede mediastinit ve sepsise neden olarak mortalliteyle sonuçlanabileceği unutulmamalıdır. Hastaların klinik durumu yakın takip edilmeli, bulguları şiddetli olan hastalarda yoğun bakım desteği sağlanmalı, etkili antibiyotik tedavisi ve apse drenajı yapılmalıdır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Cem Özer, Ömer Vural, Serhat İnan; **Tasarım:** Cem Özer, Ömer Vural, Serhat İnan; **Denetleme/Danışmanlık:** Cem Özer; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Cem Özer, Ömer Vural, Serhat İnan; **Analiz ve/veya Yorum:** Cem Özer, Ömer Vural, Serhat İnan; **Kaynak Taraması:** Cem Özer, Ömer Vural, Serhat İnan; **Makalenin Yazımı:** Cem Özer, Ömer Vural, Serhat İnan; **Eleştirel İnceleme:** Cem Özer; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Cem Özer; **Malzemeler:** Cem Özer.

KAYNAKLAR

- Lalakea ML, Messner AH. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999;121(4):398-405.[Crossref] [PubMed]
- Hoffmann C, Pierrot S, Contencin P, Morisseau-Durand MP, Manach Y, Couloigner V, et al. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011;75(9):1099-103.[Crossref] [PubMed]
- Gianoli GJ, Espinola TE, Guarisco JL, Miller RH. Retropharyngeal space infection: changing trends. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991;105(1):92-100.[Crossref] [PubMed]
- Goldenberg D, Golz A, Joachims HZ. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol.* 1997;111(6):546-50.[Crossref] [PubMed]
- Sharma HS, Kurl DN, Hamzah M. Retropharyngeal abscess: recent trends. *Auris Nasus Larynx.* 1998;25(4):403-6.[Crossref] [PubMed]
- Del Castro MM, Coca-Pelaz A, Menéndez S, Vivanco-Allende A, Pedregal-Mallo D, Garcia-Cabo P, et al. Retropharyngeal abscess and mediastinitis as an uncommon complication of varicella infection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;23:132.[Crossref] [PubMed]
- Schuler PJ, Cohnen M, Greve J, Plettenberg C, Chereath J, Bas M, et al. Surgical management of retropharyngeal abscesses. *Acta Otolaryngol.* 2009;129(11):1274-9.[Crossref] [PubMed]
- Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retropharyngeal space infection in children. *Laryngoscope.* 2001;111(8):1413-22.[Crossref] [PubMed]
- Choi SS, Vezina LG, Grundfast KM. Relative incidence and alternative approaches for surgical drainage of different types of deep neck abscesses in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;123(12):1271-5.[Crossref] [PubMed]