

Süt Çocukluğu Döneminde Odağı Saptanamayan Ateş ve Ani Solunum Sıkıntısı Nedeni; Retrofarengeal Apse

Retropharyngeal Abscess: A Cause of Fever of Unknown Origin with Sudden Onset of Respiratory Distress
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Başvuru: 16.11.2012
Kabul: 02.04.2013
Yayın: 17.04.2013

Kayı Eliaçık¹, Hale Çitlenbik¹, Abdurrahman Kaya¹, Ali Kanık¹, Ali Rahmi Bakiler¹

¹ S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Retrofarengeal abse, süt çocuklarını ve küçük çocukları etkileyen, retrofarengeal alandaki lenf nodlarının iltihabı ile karakterize klinik bir durumdur. Kas yangısı sonucu gelişen boyun ağrısı, yutma güçlüğü ve göğüs hareketlerinde kısıtlılık gibi semptomlar görülür. Ancak süt çocukluğu döneminde bu semptomların saptanması oldukça güçtür. Bu yazıda ateş yüksekliği ile başvuran bir süt çocuğu olgusu sunulmuş, klinik durum ve yönetim tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: *Retrofarengeal apse, Süt çocuğu*

Abstract

Retropharyngeal abscesses commonly develop in infants and small children, and are associated with the inflammation of the retropharyngeal lymph nodes in this space. Symptoms include cervical pain, swelling and contracture of the neck due to the inflammatory involvement of those muscles. It is difficult to elucidate the etiology of these symptoms among infants. Here we present the case of an infant who was admitted with a fever. We discuss this clinic entity and the management of this condition.

Keywords: *Retropharyngeal abscess, Infant*

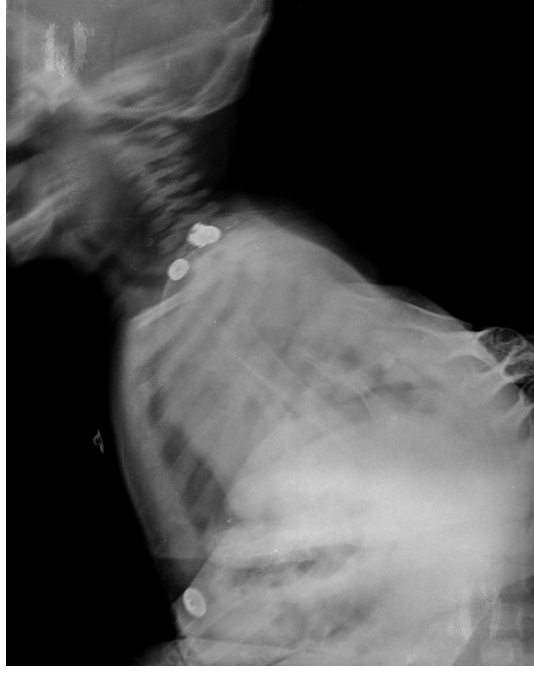
Giriş

Retrofarengeal abse çocuklarda ani solunum sıkıntısına yol açan nadir ancak ciddi bir klinik tablodur. Çoğunlukla 2-4 yaş arasındaki çocuklarda görülür ve erkekleri kızlara oranla daha sık etkiler. Olguların % 67'sinde önceden kulak, burun ve boğaz enfeksiyonu öyküsü bulunur. Retrofarengeal bölgede enfeksiyon hızla yayılır ve lenf bezleri süpüre olur. Bu bezler 3-4 yaşından sonra küçüldüklerinden ve involüsyona uğradıklarından retrofarengeal abse büyük çocuklarda nadiren görülür^{1,2}.

Burada odağı saptanamayan ateş nedeniyle yatışı yapılan ve izleminde ileri derecede solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine retrofarengeal apse tanısı alan bir süt çocuğu olgusu sunulmuştur.

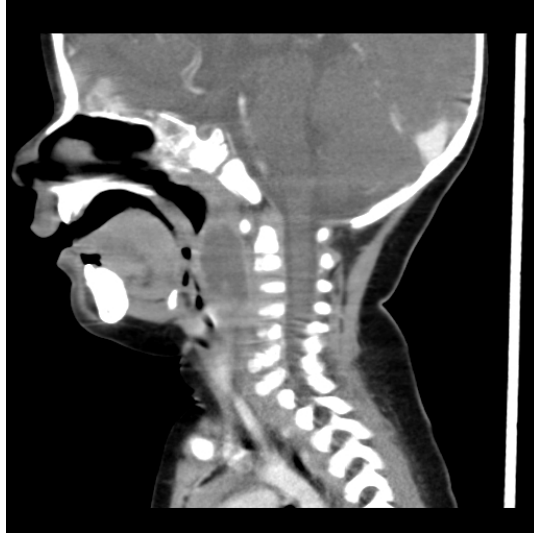
Olgu Sunumu

Yedi aylık erkek olgu, son 24 saat içinde, ateş, burun tıkanıklığı ve emmede azalma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde hafif farenks hiperemisi dışında bir patolojiye rastlanmadı. Laboratuvar tetkikleri sonuçlarına göre beyaz küresi 35300/mm³ (% 76 parçalı, % 24 lenfosit), Hb: 8,8 gr/dl, Htc: % 27.3, Plt: 506 K/uL, CRP: 107 mg/ml idi. Akciğer grafisinde pnomonik infiltrasyonu yoktu. İdrar mikroskopisi ve tam idrar tetkiki normaldi. Lomber ponksiyonunda hücre yoktu ve beyin-omurilik sıvısı (BOS) biyokimyası normaldi. Kan, idrar ve BOS kültürleri alındıktan sonra ateş odağı saptanamayan olguya 100 mg/kg/gün intravenöz (IV) seftriakson tedavisi başlandı. İzleminde ertesi gün ateşi düşen olgunun tedavisi sürerken 48. saatte inspiratuvar stridorun eşlik ettiği solunum sıkıntısı gelişti. Çekilen yan boyun grafisinde retrofarengeal bölgede şüpheli kalınlaşma saptandı (Şekil 1).

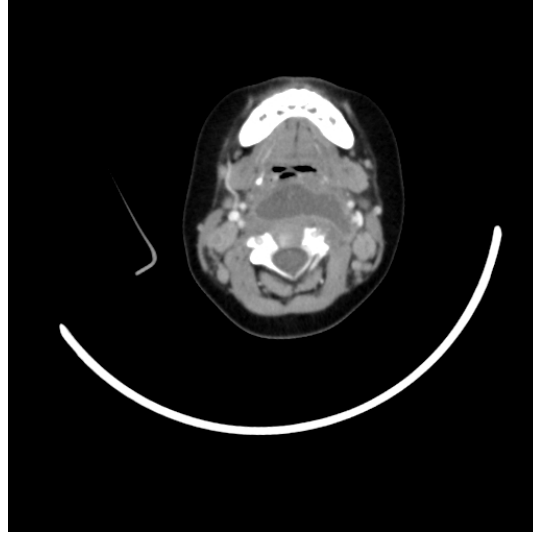


Şekil 1 : Olguya ait yan boyun grafisi: Retrofarengeal bölgede şüpheli apse görünümü

Solunum sıkıntısı giderek artan olguya kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Retrofarengeal bölgede 4,5x1,5 cm boyutlarında apse ile uyumlu sıvı birikimi gözlemlendi (Şekil 2, 3).



Şekil 2 : Olgunun kontrastlı boyun BT kesiti: Retrofarengeal apse ile uyumlu görünüm



Şekil 3 : Olguya ait diğer bir kontrastlı BT kesiti: Retrofarengeal apse görünümü

Hastanın klinik ve BT bulguları gözden geçirildikten sonra apsenin acil boşaltılmasına karar verildi. İntraoperatif alınan apse kültüründe üreme olmadı. Almakta olduğu seftriakson tedavisine 60 mg/kg/gün IV vankomisin eklendi. Postoperatif entübe şekilde altı gün çocuk yoğun bakım ünitesinde takibe devam edildi. İzleminin 14. gününde şikayeti olmayan olgu antibiyoterapisi kesilerek ayaktan takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç

Çocukluk çağında akut inspiratuvar solunum sıkıntısı ayırıcı tanısında anjioödem, laringotrakeit, epiglotit, yabancı cisim aspirasyonu, peritonsiller apse, retrofarengeal apse gibi patolojiler yer alır³. Retrofarengeal apsenden en çok şüphe ettiren bulgular ateş, tortikollis, yutma güçlüğü ve inspiratuvar stridorudur.

Retrofarengeal apseli olguların laboratuvar bulgularında genellikle lökositoz, nötrofil hakimiyeti ve artmış genç nötrofiller görülür. Yapılmış olan 62 olguluk bir çalışmada olguların % 91'inde lökosit sayısının 12000'in üzerinde olduğu, ortalama lökosit sayısının ise 22400/mcL olduğu saptanmıştır^{4,5}. Bizim olgumuzun başvurudaki lökosit sayısı 35300/mm³, nötrofil oranı % 76'idi.

Retrofarengeal apseli olgularda kan kültüründe nadiren üreme olur, ancak nadir de olsa yine de patojenin tanımlanmasına faydalı olabileceği için kan kültürü alınması gereklidir^{6,7}. Bu vakada alınan iki kan kültüründe de üreme saptanmadı.

Radyolojide yan boyun grafisi ve/veya kontrastlı boyun BT tetkikleri kullanılır. Radyolojik tetkiklerin kullanımı klinik durum ve retrofarengeal apse için kuvvetli şüphe olmasına göre değişir. Havayolu tıkanıklığı bulgusu yoksa ilk değerlendirmede yan boyun grafisi çekilir, takipte şüphe artarsa kontrastlı boyun BT tercih edilmelidir⁸.

Yan boyun grafisi uygun teknik ile çekilmez ise yanlış pozitif sonuçlar verebilir. Bundan kaçınmak için boyun inspiriyum sırasında normal anatomik duruşunda iken çekilmelidir. Özellikle süt çocuklarında ağlamaya bağlı retrofarengeal alanda kalınlaşma yanlış pozitifliğe neden olabilir⁹. Bizim olgumuzda inspiratuvar stridorun başladığı 48. saatte çekilmiş olan yan boyun grafisinde retrofarengeal bölgede kalınlaşma saptandı, ancak yanlış pozitiflik dışlanamadı. Daha sonra solunum sıkıntısının belirginleşmesi üzerine ertesi gün çekilen kontrastlı boyun BT ile tanı konulabildi. Kontrastlı boyun BT retrofarengeal alanı en iyi gösteren görüntüleme yöntemidir. BT ile selülit, opak olmayan yabancı cisim ve solunum yollarına bası yapan diğer kitlesel oluşumların ayırıcı tanısı

yapılabilir. Ayrıca boyun anatomisi değerlendirilebildiği için cerrahinin planlanmasında faydalıdır¹⁰. Ancak, inspiratuvar solunum sıkıntısı olan olgularda çekim için sedasyondan önce hava yolu açıklığından emin olunmalı ve gerekirse acil trakeostomi açılabilmesi için tüm hazırlıklar yapılmış olmalıdır⁸.

Retrofarengeal apsenin tedavisi ve yönetimi için randomize kontrollü çalışmalar son derece azdır. Bu konudaki öneriler sebep olan muhtemel patojenlere yönelik tedavi ve klinik gözlemlere dayanır⁶. Retrofarengeal apsedan şüphe edilen olgular hastaneye yatırılmalı ve kulak-burun-boğaz hekimlerine danışılmalıdır. Solunum sıkıntısı olan olgularda entübasyon veya trakeostomi gerekli olabilir⁴. Solunum sıkıntısı olan olgular acil cerrahi boşaltım gerektirir. Ampirik antibiyoterapi en kısa zamanda başlanmalıdır, böylece erken dönemde (selülit veya flegmon dönemi) ilerleme durdurulabilir, cerrahi ihtiyaç azaltılabilir⁴. Cerrahi tedavinin endikasyonu ve zamanı tartışmalı olup genel görüş iki günden uzun süren semptomlar ve BT'de 2 cm'den büyük apse görünümüdür. Erken cerrahi boşaltımın hastanede yatış süresini kısalttığı bildirilmiştir⁵. Solunum sıkıntısı olmayan ve 2 cm'den küçük apselerde antibiyoterapi başlanarak takip önerilmektedir¹¹. Bizim olgumuzda giderek artan solunum sıkıntısı yanında BT'de 4,5 cm çapında apse saptandığı için acil cerrahi boşaltım uygulandı.

Antibiyotikler çocuklarda retrofarengeal enfeksiyon tedavisinin gerekli bir parçasıdır. Antibiyotiklerin keşfinden önceki dönemde mortalitenin % 7-15 arası, komplikasyonların ise % 25 civarında olduğu bildirilmiştir. Antibiyotik tedavisi verildiğinde ise mortalite ve komplikasyon görülmesi sık rastlanan bir durum değildir. Yalnızca ikisinde 1 cm'den büyük abse olan 10 olgulu bir prospektif çalışmada sadece antibiyoterapi ile olguların tümünde bulguların gerilediği bildirilmiştir⁶. Cerrahi boşaltım uygulanmadan takip edilen olgularda spontan rüptür, trakeostomi ya da entübasyon gerektiren solunum sıkıntısı ve uzayan hastane yatışı karşımıza çıkabilir⁵.

Ampirik antibiyoterapide seçilen ajan A grubu streptokok, metisilin dirençli S.aureus (MRSA)'yı da içeren S. aureus ve solunum sisteminde patojen olabilecek anaeroplara etkin olmalıdır. Kan, boğaz ve apse sıvısından alınan kültür sonuçlarına göre antibiyotik değiştirilebilir. Kültürde bir etken saptansa dahi retrofarengeal enfeksiyonlarda sıklıkla birden çok patojen olabileceği unutulmamalıdır⁸. S.aureus'un halen metisiline duyarlı olduğu bölgelerde 3. kuşak sefalosporin ve ampisilin-sulbaktam (50 mg/kg/doz 6 saatte bir) kombinasyonu veya tek başına klindamisin (13 mg/kg/doz 8 saatte bir) kullanılabilir¹. Toplum kökenli MRSA'ların çoğu klindamisine hassastır. Bu nedenle klindamisin avantajlı görünmektedir. Ancak klindamisine cevapsız şiddetli semptomları olan hastalarda vankomisin veya linezolid klindamisinle birlikte kullanılmalıdır. Bizim olgumuzda seftriakson kullanılmakta iken bulgularda artış görülmüş olup, tanı konulduktan sonra ve postoperatif dönemde vankomisin 60 mg/kg/gün 3 dozda IV olarak eklenerek tedavi 14 güne tamamlanmıştır. Genel durumu kısa süre içerisinde düzelen olgularda ise amoksisilin-klavulonat 45 mg/kg/doz 12 saatte bir ağızdan veya klindamisin 13 mg/kg/doz 8 saatte bir ağızdan kullanılarak tedavi 14 güne tamamlanabilir¹.

Antibiyotik tedavisine yanıtız olgularda 24- 48 saat sonra ikinci bir boyun BT çekilmelidir⁴. Tedaviye yanıtızlık durumunda dirençli patojen, komplikasyon gelişimi ve alta yatan konjenital kist gibi durumlar akla gelmelidir⁹. Olguların çoğunun cerrahi sonrası 3-5 gün entübe şekilde izlendiği bildirilmektedir⁶. Bizim olgumuz cerrahi boşaltım sonrası altı gün entübe şekilde yoğun bakımda izlenerek ardından servise alındı. Olgumuzun takibinde solunum sıkıntısı, boğaz ağrısı, kitle, ateş ve boyunda hareket kısıtlılığı gibi bulgular olmadı.

Sonuç: Retrofarengeal abse en sık 2-4 yaş arasındaki çocuklarda görülür, ancak buradaki 7 aylık hasta gibi süt çocuğu olguları da vardır. Ateşi takiben gelişen inspiratuvar solunum sıkıntısı durumunda ayırıcı tanıda mutlaka retrofarengeal abse akla getirilmeli, erken tanı konularak uygun antibiyoterapi ve/veya cerrahi boşaltım sağlanmalıdır.

Teşekkür

Makalenin dilinin düzeltilmesinde emeği geçen Uzm. Dr. Cemil Koçyiğit'e teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Pappas DE, Hendley JO. Retropharyngeal abscess, lateral pharyngeal abscess, and peritonsillar cellulitis/abscess. In: Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Behrman RE, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 19th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders; 2011:1440-1442.
2. Ünüvar E, Oğuz F, Ertuğrul T. Üst solunum yolları ve hastalıkları. In: Neyzi O, Ertuğrul T, eds. Pediatri, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri; 2010:1051.
3. Zoorob R, Sidani M, Murray J. Croup: an overview. Am Fam Physician 2011;83:1067-1073.
4. Schwartz RH. Infections related to the upper and middle airways. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 2nd ed. New York, Churchill Livingstone; 2008:213.
5. Page NC, Bauer EM, Lieu JE. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;138:300-6.
6. McClay JE, Murray AD, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 129:1207-12.
7. Sperring JL. Neck and oral cavity infections. In: Zaoutis LB, Chiang WV, eds. Comprehensive Pediatric Hospital Medicine. Philadelphia, Mosby; 2007:360.
8. Baum ED, Elden LM. Bacterial infections of the neck. In: Burg FD, Ingelfinger JR, Polin RA, Gershon AA, eds. Current Pediatric Therapy, 18th ed. Philadelphia, Saunders; 2006:1117.
9. Currarino G, Williams B. Air collection in the retropharyngeal soft tissues observed in lateral expiratory films of the neck in 9 infants. Pediatr Radiol 1993; 23:186-8.
10. Gaglani MJ, Edwards MS. Clinical indicators of childhood retropharyngeal abscess. Am J Emerg Med 1995;13:333-6.
11. Vural C, Gungor A, Comerci S. Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population. Am J Otolaryngol 2003;24:143-8.