

Süt Çocukluğu Döneminde Ani Solunum Sıkıntısı ve Odağı Açıklanamayan Ateş: Retrofarengeal Apse An Infantile Case with Unknown Fever and Sudden Onset of Respiratory Distress: Retropharyngeal Abscess

Kayı Eliaçık¹, Hale Çitlenbik², Abdurrahman Kaya², Ali Kanık¹, Ali Rahmi Bakiler³

¹ Uzm.Dr., İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

² Arş.Gör.Dr., İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

³ Prof. Dr., İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Retrofarengeal apse; süt çocuklarını ve küçük çocukları etkileyen, retrofarengeal alandaki lenf nodlarının iltihabı ile karakterize klinik durumdur. Kas yangısı sonucu gelişen boyun ağrısı, yutma güçlüğü ve boyun 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: Ateş, retrofarengeal apse, süt çocuğu

Summary

Retropharyngeal abscess affects infants and small children and is associated with the inflammation of the retropharyngeal lymph nodes in this space. Symptoms like cervical pain, swelling and contracture of the neck because of the muscle inflammatory process. But it is hard to determine these symptoms among infants. In this article, an infant case who was admitted with fever was presented; clinic entity and the management was discussed.

Key words: Fever, retropharyngeal abscess, infant.

Kabul tarihi: 02.Ocak.2013

Giriş

Retrofarengeal apse 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 apse büyük çocuklarda nadiren görülür (1,2).

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

Olgu

Yedi aylık erkek olgu; son 24 saattir ateş, burun tıkanıklığı ve emmede azalma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde hafif farenks hiperemisi dışında bir patolojiye rastlanmadı. Laboratuvarında beyaz küresi 35300/mm³ (%76 parçalı,

%24 lenfosit), hemoglobulin (Hb) 8,8 gr/dl, hematokrit (Htc) %27,3, platelet (Plt) 506 K/uL, c-reaktif protein (CRP) 107 mg/ml idi. Akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyonu yoktu. İdrar mikroskopisi ve tam idrar tetkiki normaldi. Lomber ponksiyonunda hücre yoktu, 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 tedavi sürerken 48. saatte inspiratuar stridorun eşlik ettiği solunum sıkıntısı gelişti. Çekilen yan boyun grafisinde retrofarengeal bölgede şüpheli kalınlaşma saptandı (resim 1).

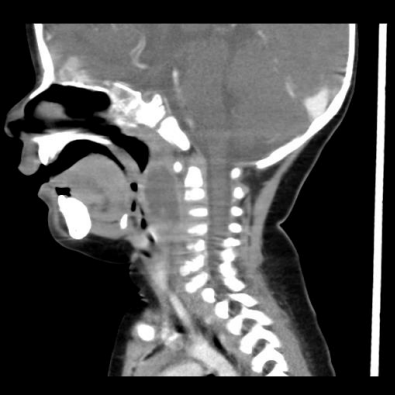
Resim 1. Olguya ait yan boyun grafisi: Retrofarengeal bölgede şüpheli apse görünümü



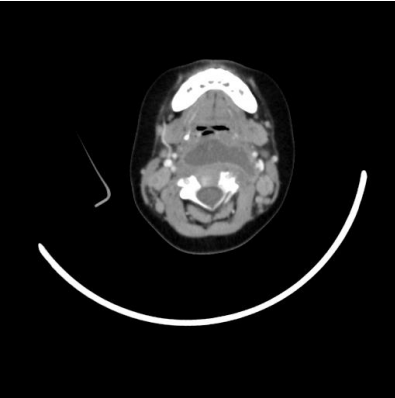
Solum sıkıntısı giderek artan olguya kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Retrofarengeal bölgede 4,5x1,5 cm boyutlarında apse ile uyumlu sıvı birikimi gözlemlendi (resim 2,3). Hastanın kliniği ve BT bulguları ile apsenin acil boşaltılmasına karar verildi. İntraoperatif alınan apse 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.

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



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



Tartışma

Çocukluk çağında akut inspiratuar solunum sıkıntısı ayırıcı tanısında anjioödem, laringotrakeit, epiglotit, yabancı cisim aspirasyonu, peritonsiller apse, retrofarengeal apse gibi patolojiler yer alır (3). Retrofarengeal apseden en çok şüphe ettiren bulgular ateş, tortikollis, yutma güçlüğü ve inspiratuar 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 $12000/\text{mm}^3$ 'ün üzerinde olduğu, ortalama lökosit sayısının ise $22400/\text{mm}^3$ olduğu saptanmıştır (4,5). Sunulan olgunun başvurudaki lökosit sayısı $35300/\text{mm}^3$, 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 saptanmamıştır.

Radyolojide yan boyun grafisi ve/veya kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisi 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 edilmelidir (8).

Yan boyun grafisi uygun teknik ile çekilmez ise yanlış pozitif sonuçlar verebilir. Bundan kaçınmak için boyun inspiryum sırasında normal anatomik duruşunda iken çekilmelidir. Özellikle süt çocuklarında ağlamaya bağlı retrofarengeal alanda kalınlaşma yanlış pozitifliğe neden olabilir (9). Sunulan olguda inspiratuar 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 faydalıdır (10). Ancak, inspiratuar solunum sıkıntısı olan olgularda çekim için sedasyondan önce hava yolu açıklığından emin olunmalı ve gerekirse acil trakeostomi açılabilmesi için tüm hazırlıklar yapılmış olmalıdır (8).

Retrofarengeal apsenin tedavisi ve yönetimi için randomize kontrollü çalışmalar son derece azdır. Bu konudaki öneriler, olası etken patojenlere yönelik tedavi ve klinik gözlemlere dayanır (6). Retrofarengeal apsedan şüphe edilen olgular hastaneye yatırılmalı ve kulak-burun-boğaz uzman hekimlerine danışılmalıdır. Solunum sıkıntısı olan olgularda entübasyon veya trakeostomi gerekli olabilir. 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 azaltılabilir (4). Cerrahi tedavinin endikasyonu ve zamanı tartışmalı olup genel görüş iki gündend uzun süren semptomlar ve BT'de 2 cm'den büyük apse görünümüdür. Erken cerrahi boşaltımın hastanede yatış süresini kısalttığı bildirilmiştir (5). Solunum sıkıntısı olmayan ve 2 cm'den küçük apselerde antibiyoterapi başlanarak takip önerilmektedir (11). Sunulan olguda giderek artan solunum sıkıntısı yanında BT'de 4,5 cm çapında apse saptandığı için acil cerrahi boşaltım uygulanmıştır.

Antibiyotikler çocuklarda retrofarengeal enfeksiyon tedavisinde gereklidir. 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 olguluk bir prospektif çalışmada sadece antibiyoterapi ile olguların tümünde bulguların gerilediği bildirilmiştir (6). Cerrahi boşaltım uygulanmadan takip edilen olgularda spontan rüptür, trakeostomi ya da entübasyon gerektiren solunum sıkıntısı ve uzayan hastane yatışı karşımıza çıkabilir (5).

Ampirik antibiyoterapide seçilen ajan A grubu streptokok, Stafilokokkus 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 unutulmamalıdır (8). 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) kullanılabilir. Ancak klindamisine cevapsız şiddetli semptomları olan hastalarda vankomisin veya linezolid klindamisine birlikte kullanılmalıdır. Sunulan olguda 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.

Smyrna Tıp Dergisi 46

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 tamamlanabilir (1).

Antibiyotik tedavisine yanıtız olgularda 24-48 saat sonra ikinci bir boyun BT çekilmelidir (4). Tedaviye yanıtızlık durumunda dirençli patojen, komplikasyon gelişimi ve altta yatan konjenital kist gibi durumlar akla gelmelidir (9). Olguların çoğunun cerrahi sonrası 3-5 gün entübe şekilde izlendiği bildirilmektedir (6). Sunulan olgu, cerrahi boşaltma sonrası altı gün entübe şekilde yoğun bakımda izlendikten sonra servise alınmıştır. Olgunun takibinde solunum sıkıntısı, boğaz ağrısı, kitle, ateş ve boyunda hareket kısıtlılığı gibi bulgular gözlenmedi.

Sonuç

Retrofarengeal apse 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 akla getirilmeli, erken tanı konarak uygun antibiyoterapi ve/veya cerrahi boşaltma sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Pappas DE, Hendley JO. Retropharyngeal abscess, lateralpharyngeal 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;1440-2
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;83:1067-73
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. 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.
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.
10. Gaglani MJ, Edwards MS. Clinical indicators of childhood retropharyngeal abscess. Am J Emerg Med 1995;13:333.
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.

İletişim:

Uzm.Dr. Kayı Eliaçık
TC. Sağlık Bakanlığı
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gaziler cad. 35110 İzmir, Türkiye
Tel: +90.232.4696969
e-mail: kayieliacik@gmail.com