OLGU SUNUMU
CASE REPORT

Journal of Anatolian Medical Research
JAMER 2025;10(2):53-55
DOI: 10.55694/jamer.1596458

Pediatrik Dev Retrofarengeal Abse: İnsidental Tanı

Pediatric Giant Retropharyngeal Abscess: An Incidental Diagnosis

Nuri Ünsal[1], Altan Kaya[1], Serap Bulut Çöbden[1], Yunus Kantekin[1], Ali Bayram[1], Mehmet Yaşar[1]

[1] Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Kliniği, Kayseri, Türkiye

ÖZET

Retrofarengeal abseler, özellikle pediatrik yaş grubunda ve çoğunlukla 4 yaş altındaki çocuklarda görülen, nadir fakat ciddi komplikasyonlara yol açabilen derin boyun enfeksiyonlarıdır. Semptomların silik olması ve fizik muayenede patolojik bulguların belirgin olmaması, tanının gecikmesine neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, 7 aylık bir erkek hastada bronşiolit ön tanısıyla takip edilirken, yoğun bakım sürecinde internal juguler kateterizasyonu sırasında fark edilen boyun bölgesinden püy gelişi sonrası görüntüleme ile tanı alan dev retrofarengeal abse vakası sunulmuştur. Hastaya kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile tanı konmuş, ardından cerrahi drenaj uygulanmıştır. Postoperatif süreçte antibiyotik tedavisi ile klinik iyileşme sağlanmış ve hasta taburcu edilmiştir. Bu vaka, pediatrik yaş grubunda retrofarengeal abselerin ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini ve klinik şüphe durumunda görüntüleme yöntemlerinden kaçınılmaması gerektiğini vurgulamaktadır.

Keywords: *Retrofarengeal abse, derin boyun enfeksiyonu, üst hava yolu obstrüksiyonu*

ABSTRACT

Retropharyngeal abscesses are rare but potentially serious deep neck infections, particularly seen in the pediatric population, most commonly in children under the age of four. The nonspecific nature of symptoms and the absence of evident findings on physical examination often lead to delayed diagnosis. In this case report, we present a 7-month-old male infant who was initially followed with a presumptive diagnosis of bronchiolitis. During the intensive care follow-up, purulent discharge observed at the site of internal jugular catheterization prompted further evaluation, leading to the diagnosis of a large retropharyngeal abscess through imaging. The diagnosis was confirmed with contrast-enhanced computed tomography, and surgical drainage was subsequently performed. Clinical improvement was achieved postoperatively with antibiotic therapy, and the patient was discharged in good condition. This case highlights the importance of considering retropharyngeal abscesses in the differential diagnosis in pediatric patients and emphasizes the necessity of early imaging in cases of clinical suspicion.

Keywords: *Retropharyngeal abscess, deep neck infection, upper airway obstruction*

GİRİŞ

Retrofarengeal bölge; superiorunda kafa tabanı, lateralinde parafarengeal alanlar ve karotis kılıfı, inferiorunda ise mediastene uzanan derin servikal fasyalarla sınırlı bir anatomik boşluktur (1). Bu bölgenin yerleşimi, kritik anatomik yapılarla yakın komşuluğu nedeniyle, burada gelişen akut patolojiler yaşamı tehdit edebilecek ciddi klinik tablolara yol açabilmektedir (2). Retrofarengeal abseler, derin boyun enfeksiyonları içerisinde yer almakta olup, özellikle yenidoğan ve pediatrik yaş grubunda semptomların belirgin olmaması nedeniyle tanıda gecikmelere neden olabilmektedir. Her ne kadar erişkinlerle karşılaştırıldığında mortalite pediatrik grupta daha düşük olsa da, tanının gecikmesi komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır (3). Bu olgu sunumunda, semptomların silik olması nedeniyle geç tanı alan dev boyutlardaki bir retrofarengeal abse vakası sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yedi aylık erkek hasta, üç gündür süren ve antipiretiklere yanıt veren, 39 °C'ye kadar yükselen ateş, hırıltı ve huzursuzluk şikayetleriyle acil servise başvurdu. Öncesinde başlanan antiviral (oseltamivir) tedavisine iki gün devam edilmesine rağmen semptomlarında gerileme olmaması üzerine hasta tekrar acil servise başvurdu.

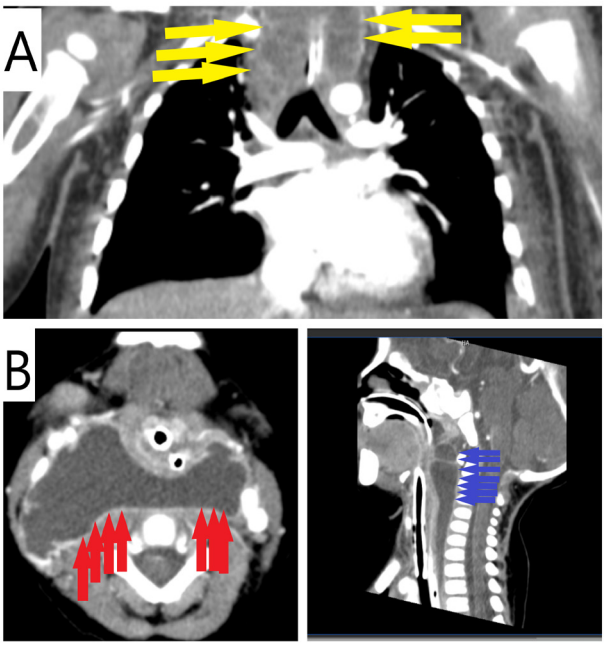
Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Nuri Ünsal, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB ve Baş Boyun Kliniği, Kayseri, Türkiye ***Email:*** unsalnuri@gmail.com
Cite this article as: Nuri Ü, Altan K, Bulut Çöbden S, Kantekin Y, Bayram A, Yaşar M. Pediatric Giant Retropharyngeal Abscess: An Incidental Diagnosis. JAMER 2025;10(2)53-55.

Received: 04.12.2024
Accepted: 23.04.2025
Online Published: 31.08.2025

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP) düzeyi 143 mg/L, beyaz küre (WBC) sayısı ise 29.000mm³ olarak saptandı. Bu bulgular doğrultusunda bronşiolit ön tanısıyla pediatri servisine yatırıldı. Hastaya profilaktik antibiyotik tedavisi olarak sefotaksim ve teikoplanin kombinasyonu başlandı.

Servis takibinde hastanın kliniğinde kötüleşme olması; solunum sıkıntısı, subkostal çekilmeler ve oksijen satürasyonunda düşüş gözlenmesi üzerine entübe edilerek üçüncü basamak pediatrik yoğun bakım ünitesine transfer edildi. Yoğun bakıma devrinin ardından, santral katerizasyon amacıyla internal juguler kateter yerleştirilmesi sırasında kılavuz iğne giriş yerinden püy gelmesi üzerine hasta kulak burun boğaz kliniğine konsülte edildi. Fizik muayenede boyun bölgesinde belirgin bir patoloji saptanmadı; ancak derin boyun enfeksiyonu şüphesiyle boyun ultrasonografisi yapıldı.

Ultrasonografide trakea posteriorunda, retrosternal alandan mediastene doğru uzanım gösteren abse formasyonu saptandı. Bunun üzerine kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. BT'de, kafa tabanından başlayarak trakea posteriorundan mediastene ve lateral olarak sternokleidomastoid (SKM) kasın medialine kadar uzanan, yaklaşık 6,5x3,5x7,5cm boyutlarında bir koleksiyon alanı izlendi (Resim 1).



Resim 1. a. Retrofarengeal absenin mediastendeki görüntüsü koronal kesit (sarı oklar). **b.** Retrofarengeal abse; aksiyel kesit te önde trakea ve özafagus görülmekte, kırmızı oklar abse cidarını göstermektedir. **c.** Retrofarengeal abse sagittal kesitte prevertebral alanda T1 vertebra seviyesine kadar ilerlemiş (mavi oklar).

Bu bulgu üzerine hastaya ameliyathane koşullarında cerrahi drenaj planlandı.

Operasyonda, BT ile korele olacak şekilde sağ SKM kasının orta 1/3 seviyesinden yapılan insizyonla kas lifleri arasından girilerek abse kavitesine ulaşıldı ve yaklaşık 50 cc püy drene edildi. Abse boşluğuna penrose dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Postoperatif takiplerde hastanın akut faz reaktanlarında gerileme izlendi. Beşinci günde drenden gelişi olmayan hastanın penrose dreni çekildi. Antibiyotik tedavisinin 21. gününde, akut faz reaktanlarının normale dönmesi ve klinik iyileşmenin sağlanması üzerine hasta oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Derin boyun enfeksiyonları özellikle antibiyotik kullanımın yaygınlaşması ile mortalite ve komplikasyon oranlarının azalması ile birlikte özellikle pediatrik yaş grubunda tanı ve tedavi zorlukları nedeniyle önem arz etmektedir. Amerika'da yatan hasta verilerinin retrospektif incelendiği makalede pediatrik derin boyun enfeksiyonlarının sıklığı 100000 de 4,6; komplikasyon oranı ise % 4,8 bulunduğu bildirilmiştir (4). Retrofarengeal abseler nadir görülmekle beraber en çok pediatrik yaş grubunda görülmektedir. Buna neden olan olayın doğumla beraber var olan retrofarengeal bölgedeki lenfoid dokunun genellikle 4 -5 yaşlarında sonra atrofiye olduğudur (5). Vakaların çoğu 6 yaşında küçük çocuklarda görülmekle birlikte cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (6). Bizim de sunduğumuz vaka 7 aylık olup literatürdeki görülme yaşı ile uyumludur.

Derin boyun enfeksiyonların tedavisinde cerrahi tedavi ile birlikte medikal tedavi kullanılmaktadır fakat eğer hastada abse var ise erken yapılan drenaj hastaların hızlı iyileşmesine olanak sağlar aynı zamanda daha erken taburculuğa imkân tanır (7). Retrofarengeal abselerde tedavi bütün derin enfeksiyonlarında olduğu gibi hava yolu güvenliğinin sağlanması medikal antibiyotik tedavisi ve yapılabilirse cerrahi drenajdır (8). Hasta hospitalize edilmeli geniş spektrumlu antibiyotik ile birlikte eğer yapılabilirse hava yolu güvenliği ve drenaj sonrası absenin trakea yolu ile akciğere gitmesini önlemek amacıyla trendelenburg pozisyonunda drenaj tercih edilmelidir (9). Vakamızda olduğu gibi büyük boyutlara ulaşan bir retrofarengeal abse varlığında, absenin boyutu nedeniyle derin boyun fasyaları arasındaki anatomik bağlantılar aracılığıyla enfeksiyonun SKM mediali ve juguler ven fasyası boyunca yayılması söz konusu olabilir. Bu durumda, cerrahi drenaj işlemi boyun bölgesinden de güvenle gerçekleştirilebilir.

Retrofarengeal abselerin en önemli özelliği özellikle pediatrik yaşlarda görülmeleri ve semptomların silik

olması nedeniyle tanının geç olmasıdır (10). Bizim vakamızda hastanın tanısı ilk anda konulamamış akut faz reaktanlarının yüksek olması nedeniyle hospitalize edilip kliniğinin progrese olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Bu sırada damar yolu ihtiyacı nedeniyle santral venöz kateter takma girişimi sırasında gelen püy sonrasında tanı konulmuştur. Yerleşimi itibariyle ciddi morbitide ve mortalite sebebi olan retrofarengeal abseler mediastinit, juguler ven trombozu, sepsis gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir (11).

Retrofarengeal abselerde klinik spesifik olmamakla ve beraber ateş, huzursuzluk önemli semptomlar olarak karşımıza çıkar (6). Yan servikal grafiler tanıda yardımcı olmasına rağmen yaygınlaşması nedeniyle retrofarengeal abse şüphesi var ise altın standart olarak kontrastlı BT öne çıkmaktadır (12). Retrofarengeal abseli hastalarda etken mikroorganizmaların genellikle aerob ve anaerob bakterileri içeren miks flora bakterileri olduğu bildirilmiştir (13). Yapılan çalışmalarda cerrahi sırasında alınan kültürlerin %28 üreme olduğu bildirmiş olup (13) olgudaki hastamızın kültürlerinde üreme olmamıştır. Antibiyotik seçimlerinde tekli yerine ikili ve geniş spektrumlu antibiyoterapi önerilmektedir (6).

Sonuç

Retrofarengeal abse, özellikle pediatrik yaş grubunda ve sıklıkla 4 yaş altı çocuklarda görülmekte olup, bu yaş grubunda semptomların silik seyretmesi ve fizik muayenede bulgu vermemesi olasılığı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik şüphe durumlarında görüntüleme yöntemlerinin kullanımından kaçınılmamalı, tanı süreci geciktirilmemelidir. Gelişebilecek ciddi komplikasyonlar nedeniyle tedavi süreci hızlı ve agresif bir şekilde yürütülmeli, mümkün olan durumlarda cerrahi drenajdan yararlanılmalıdır.

Yazılı Onam: Çalışmanın yayımlanması için olgunun ebebeyinden yazılı onam alındı.
Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.
Finansal Destek: Bu çalışma herhangi bir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.
Yazar Katkıları: Konsept: N.Ü., A.K., Y.K., Dizayn: N.Ü., S.B.Ç., M.Y., Veri Toplama: N.Ü., S.B.Ç., Analiz ve yorum: A.B., Literatür Tarama: A.K., Makale Yazımı: N.Ü., A.K., Y.K., A.B., M.Y.

KAYNAKLAR

1. Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. Radiology. 1990;174(1):59-64.
2. Weiner KAS, Rieger CC, Wohl DL, Harley EH. Retropharyngeal abscess with mediastinal extension: a case series and review of the literature. Ear Nose Throat J. 2023;102(9):580-583.
3. Shah RK, Chun R, Choi SS. Mediastinitis in infants from deep neck space infections. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140(6):936-938.
4. Adil E, Tarshish Y, Roberson D, Jang J, Licameli G, Kenna M. The public health impact of pediatric deep neck space infections. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;153(6):1036-1041.
5. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. Pediatrics. 2003;111(6):1394-1398.
6. Hoffmann C, Pierrot S, Contencin P, Morisseau-Durand MP, Manach Y, Couloigner V. Retropharyngeal infections in children: treatment strategies and outcomes. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011;75(9):1099-1103.
7. Saluja S, Brietzke SE, Egan KK, Klavon S, Robson CD, Waltzman ML, et al. A prospective study of 113 deep neck infections managed using a clinical practice guideline. Laryngoscope. 2013;123(12):3211-3218.
8. Poe LB, Manzione JV, Wasenko JJ, Kellman RM. Acute internal jugular vein thrombosis associated with pseudoabscess of the retropharyngeal space. Am J Neuroradiol. 1995;16(4):892-896.
9. Sato K, Izumi T, Toshima M, Nagai T, Muroi K, Komatsu N, et al. Retropharyngeal abscess due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a case of acute myeloid leukemia. Intern Med. 2005;44(4):346-349.
10. Morrison JE Jr, Pashley NR. Retropharyngeal abscesses in children: a 10-year review. Pediatr Emerg Care. 1988;4(1):9-11.
11. Allotey J, Duncan H, Williams H. Mediastinitis and retropharyngeal abscess following delayed diagnosis of glass ingestion. Emerg Med J. 2006;23(2):e12.
12. Reilly BK, Reilly JS. Retropharyngeal abscess: diagnosis and treatment update. Infect Disord Drug Targets. 2012;12(4):291-296.
13. Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, Schwartz D, Paret G. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children: epidemiology, clinical features, and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010;74(9):1016-1020.