

RETROFARENGEAL ABSEYE SEKONDER AMPİYEM VE PERİKARDİTİS

-Bir olgu nedeniyle-

Dr. Kuddusi Cengiz (X)

Dr. Gürler İliçin (XX)

ÖZET

Erişkinde retrofarengeal abseye nadiren rastlanır. Retrofarengeal abseye sekonder olarak ampiyem ve perikarditisin gelişmesi ise son derece nadirdir. Yazıda bir olgu sunularak ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Günümüzde etkili antibiotiklerin tedavi şemasına girmesine rağmen retrofarengeal abseye nadir de olsa rastlanmaktadır. Retrofarengeal absenin ampiyem ve perikardite yol açması ise gözden geçirdiğimiz son on yıllık literatürde sadece üç pediatrik olguyu içermektedir (1). Erişkin yaşta travma ve immün-yetmezlik olmadan retrofarengeal abse ve buna sekonder ampiyem ve perikarditisin gelişmesi olgumuzun ilginç yönünü oluşturmaktadır.

Olgu Sunumu :

44 yaşında erkek hasta 15.12.1980 tarihinde Ondokuz mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları bölümüne, yutma güçlüğü, ateş göğsünde ağrı yakınmaları ile başvurdu.

Öyküsünde, on gün öncesine kadar hiçbir yakınması olmayan hastada aniden yutma güçlüğü, ateş, öksürük ve ekspektorasyon başladığı, öksürüğünün zorlukla yutabildiği yiyecekleri takiben ortaya çıktığı ve 24 saatte 100 ml. kadar beyaz köpüklü balgam çıkardığı anlaşıldı. Hastanın istirahatte bile nefesinin daraldığı, göğsünün sol tarafında kalbi üzerinde önceleri iğne batar gibi, daha sonra sıkıştırıcı gibi, daha sonra da sıkıştırıcı karakterde ağrısının olduğu ve üşüme titreme ile ateşinin $39.5-4^{\circ}\text{C}$ a çıktığı öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde, 20 yıldır günde yarım paket sigara içtiği, ailevi bir hastalığının olmadığı ve daha önce hiç hastalanmadığı anlaşıldı.

1. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Öğretim Görevlisi.

2. " " " " " " Sorumlusu.

+ Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi-SAMSUN

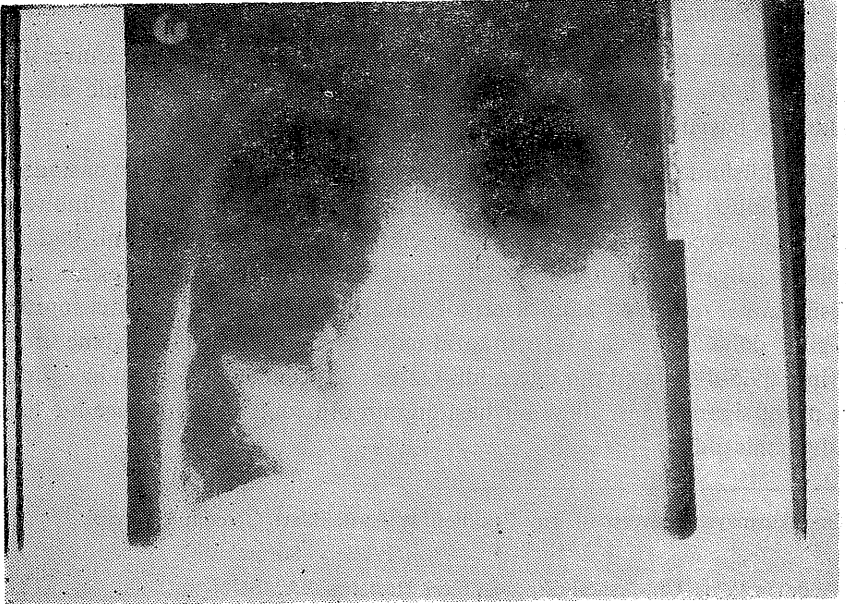
Fizik muayenede: Ateş 38.9°C, nabız 116/dk, kan basıncı 1300/90 mmHg idi. Palpasyonla boyun sağ yan ve ön tarafı hassastı. Farenks arka duvarı kabarık, epiglot düşük, sol vokal kord paralitiktir. İkinci molar diş çürüktü, Sol akciğer alt zonlarda solunum sesleri azalmıştı. Sol sinüs kapalıydı. Sağ akciğer arka 8-9 uncu torasik vertebra hizasında plevral ve kalpte perikardiyal frotman vardı. Diğer sistemlerde önemli bir patolojik bulgu yoktu.

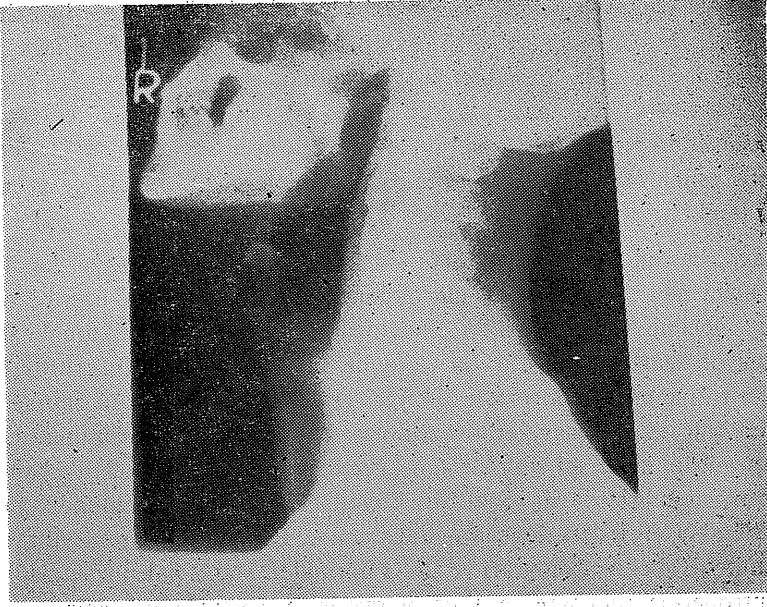
Hastanın laboratuvar incelenmesinde; Hb10,6 gr/dl, beyaz küre 14.200, periferik yaymada, % 86 parçalı, 9 lenfosit, % 3 monosit, % 2 band, trombosit bol, eritrosit yapısı, normokrom normositerdi. Sedimentasyon saatte 60 mm idi. İdrar tetkiki normaldi.

BUN 15 mg/dl, açlık kan şekeri 85 mg/dl, Na⁺ 143 Eq/lt, K⁺ 4.3 mEq/lt, Cl 106 mEq/lt bilirubin, 0.8 mg/dl, alkalen fosfatase 2.4 B.Ü, SGOT 24; SGPT 20Ü; total protein 6.8 gr/dl, albumin 3.9 gr/dl, total lipid 680 mg/dl, kolesterol 118 mg/dl, ürik asit 5.8 mg/dl; kreatinin 0.9 mg/dl idi PPD negatif bulundu.

Akciğer grafisinde, mediasten genişlemişti ve her iki plevrada sıvı mevcuttu (Şekil 1). Boyun yan grafisinde, retrofarengeal bölge genişlemişti ve o sahada hava mevcuttu (Şekil 2). EKG de, perikarditile uyumlu ST-T değişiklikleri gözlemlendi. Ekokardiografide, perikardda 100-150 ml. kadar sıvı olduğu tesbit edildi.

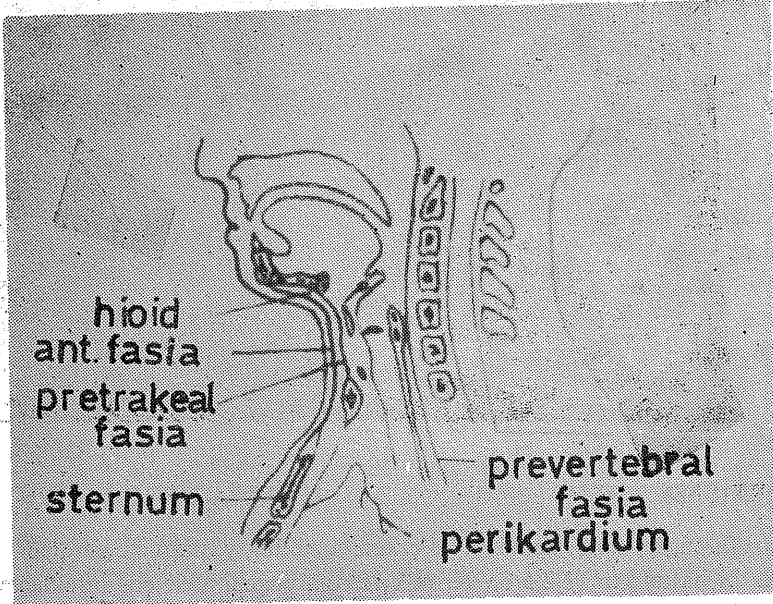
Hastanın retrofarengeal absesi ve plevral sıvısı boşaltıldı. materyaller pürülan karakterde olup, % 90 parçalı, % 10 lenfosit ile mm³ de 7000 lökosit ihtiva et-





mekteydi. Materyalin, dansitesi 1015, şekeri 38 mg/dl., proteini 3.8/dl. ve rivaltası pozitif bulundu. Balgam ve boşaltılan pü kültüründe pseudomonas auroginosa üredi. Tüberküloz basili ve mantar negatifti.

Hastaya retrofarengeal abseye sekonder ampiyem ve perikarditis tanısı, konulduktan ve tüm kültürleri alındıktan sonra penisilin kristaline 8x3.000.000 Ü;

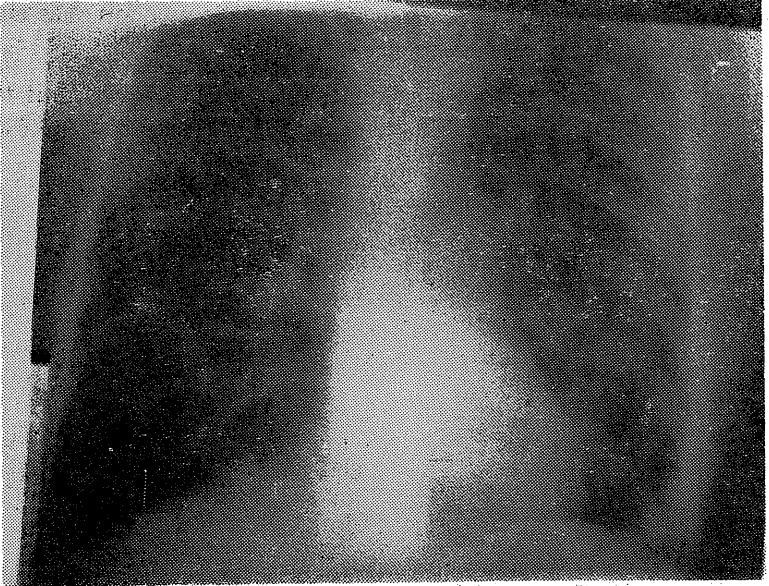


gentamisin 3x80 mg/gün de intravenöz yolla uygulandı. Kültür ve duyarlılık sonuçlarına göre de, karbenisillin, (4x7g/gün) ikili antibiyotik tedaviye ilave edildi. Hasta damardan ve gavaj ile beslendi. Yatışının 4 üncü gününe kadar günde 4-5 kez titreme ile 3-40°C yi bulan tatesinin günde 1-2 kez ve en fazla 38.2°C olması üzerine penisillin kristalize, 20 inci günde de ateşinin normale düşmesi üzerine diğer ilaçları kesildi. Hasta yatışının 14 üncü gününden itibaren klinik ve laboratuar olarak giderek iyileşmeye başlandı. Ses kısıklığı kayboldu.

Tedavi sırasında böbrek ve kulak komplikasyonları yakından izlendi. Yatışının 30 uncu gününde hastanın sulu gıdaları tolere edebilmesi üzerine ağızdan beslenmeye geçildi. Taburcu edildiği zaman, Hb 11.4 g/dl, beyaz küre 4600 mm³, sedimentasyon saatte 12 mm, BUN 12mg/dl, kreatinin 0.7mg/dl, kreatin klerens 120 ml/dk, işitme testleri normaldi. Akciğer grafisi; yutma güçlüğü olduğu zaman çekilmesine çalışılan özofagus grafisi sırasında az bir miktar baryumun aspire edilmesine ait görünüm ve sol sinüse uyan kısımda çok hafif bir plevral kalınlaşma dışında normal sınırlardaydı (Şekil 4). Boyun grafisi, normal bulundu (Şekil 5). Dinlemekle akciğer sesleri doğal sol sinüs açıldı. Perikardiyal ve plevral frotman kayboldu. kontrol ekokardiografi ve EKG normaldi. Hasta halen izlenmekte olup, aylık kontrollerine gelmekte ve aktif olarak işine devam etmektedir.

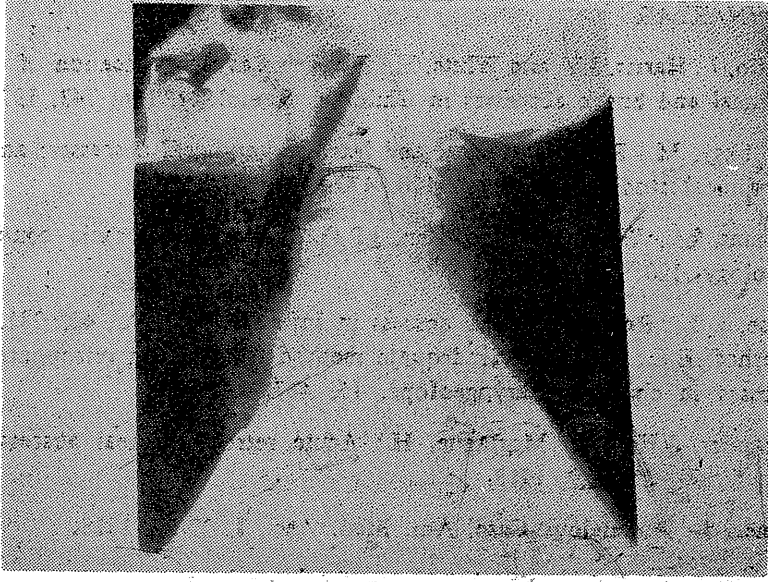
1975 yılında...

1975 yılında...



TARTIŞMA

Retrofarengeal abse, bebeklik ve erken çocukluk yaşlarında görülen ve nadir rastlanan bir hastalıktır (1,2,5-7). Kronik retrofarengeal abse çoğunlukla vertebral



tüberkülozdan gelişir. Akut vakaları ise hemen daima çocuklarda görülüp, burun, boğaz ve orta kulak enfeksiyonlarından kaynaklanır (1,2,7). Enfeksiyon, farengeal duvardan komşuluk yoluyla lenfatiklerle ve nadiren venöz yolla farengeal lenf bezlerine ulaşabilir (5-7). Boyun ile göğüs arasında anatomik devamlılık Grodinsky (2) tarafından açıklanmış, Oliphant ve arkadaşları (3) tarafından da kadavra kesitlerinde gösterilmiştir. Her iki çalışmada da boyundaki patolojik lezyonların göğüse, göğüstekinlerin boyuna geçebileceğini bildirmişlerdir. Boyun anatomik yönden ön, orta ve arka olmak üzere üç kompartmana ayrılmaktadır. Orta veya visseral kompartuman, timus, tiroid, trakea, özofagus ve büyük servikal damarları kapsar. Pasterior kompartumandan, prevertebral fascia ile ayrılır (Şekil 3). Visseral kompartuman mediastan ile direk temastadır.

Son 10 yıllık literatür araştırmamızda, 1978 de Romilo ve arkadaşları (1) tarafından yaşları, 5,13 ay ve 10 yaş arası olan üç pediatrik olgu yayınlanmıştır. Bizim olgumuzda immün yetmezlik ve travma söz konusu değildi. İkinci molar diş çürüklüğü dışında retrofarengeal abseye neden olabilecek bir odakta bulunmadı. Olgumuzdaki retrofarengeal abse muhtemelen çürük 2 inci molar diştten kaynaklanmıştır. Gerçekten literatürde çürük dişe bağlı retrofarengeal abse vakaları da bildirilmiştir (7).

SUMMARY

EMPYEMA and PERICARDITIS DUE TO RETROPHARYNGEAL ABSCESS

A case with empyema and pericarditis developing as a complication of retropharyngeal abscess has been presented and the literature was also reviewed.

KAYNAKLAR

- 1- Romilo, J., Harris, J.V. and White, H.: Empyema as a complication of retropharyngeal and neck abscesses in Children, Radiology, 126: 743, 1978.
- 2- Grodinsky, M.: Retropharyngeal and lateral pharyngeal abscesses; anatomic and clinical study, Ann. Surg, 110: 177, 1939.
- 3- Oliphant, M., Wiot, J. F., Whalen, J.P.O. The cervicothoracic continuum, Radiology, 120: 257, 1976.
- 4- Morse, J. L.: Retropharyngeal abscess in Infancy, J.A.M.A., 40, 281, 1903.
- 5- Meierhof, E.L.: A safe and adequate method for opening retropharyngeal abscesses in children, Laryngoscope, 15, 467, 1905.
- 6- Alexander, I.H., and Mortague, H.: Acute retropharyngeal abscess, N.Y. Med. J., 98, 227-229, 1913.
- 7- Hurner, J.: Anamalous Case. Am. Med. Acc., I, 22-29, 1818.