

DERİN BOYUN ENFEKSİYONLARI: 50 VAKANIN SONUÇLARI

Deep Neck Infections: Results of 50 Cases

Sedat Çağlı¹, İmdat Yüce¹, Ercihan Güney¹**Özet**

Amaç: Derin boyun enfeksiyonları (DBE) ile ilgili klinik sonuçlarımızın sunulması.

Gereç ve Yöntem: 1998-2005 yılları arasında DBE tanısı alan 50 hastanın dosyaları geriye dönük olarak gözden geçirildi. Yaşları 1-70 (ortalama 30,7) arasında değişen bu 50 hastanın 34'ü erkek, 16'sı kadındı. Hastaların fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri, mikrobiyolojik ve radyolojik çalışma sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Elli vakanın 16'sı peritonsiller abse tanısı almıştı. Diğer DBE arasında parafaringeal abse (n=12), submandibüler abse (n=8), parotis absesi (n=5), retrofaringeal abse (n=4), submental abse (n=3) ve Ludwig anjini (n=2) belirlendi. *Staphylococcus Aureus* en sık rastlanan etyolojik ajandı. Hastalar 2-24 gün (ortalama 9) arası değişen sürelerde hospitalize edildi. Otuz iki tanesi açık drenaj, altısı tekrarlayan ponksiyon ve üç tanesi kapalı drenaj olmak üzere 41 hasta operasyona gitti. İki hastada üst solunum yolu obstrüksiyonu gelişti, trakeotomi uygulandı. Septik şok gelişen bir hasta kaybedildi ve serimizde mortalite oranı %2 olarak bulundu.

Sonuçlar: Derin boyun enfeksiyonları, tanı ve tedavideki tüm gelişmelere rağmen, önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelime: Apse; Boyun; Enfeksiyon.

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to present our clinical outcome on deep neck infections.

Material and Methods: A retrospective chart review of 50 patients with deep neck infection, presenting between 1998 and 2005, was evaluated. Thirty four of 50 patients were male and 16 were female, with an age ranging between 1 to 70 years (mean 30.7 yrs). The findings of physical examinations, laboratory tests and radiologic and microbiologic studies were evaluated.

Results: Sixteen of the 50 patients were diagnosed with peritonsillar abscesses. Other deep neck infections included parapharyngeal abscess (n=12), submandibular abscess (n=8), parotid abscess (n=5), retropharyngeal abscess (n=4), submental abscess (n=3) and Ludwig's angina (n=2). *Staphylococcus Aereus* is the most common etiologic agent. The length of hospitalization period ranged from 2 to 24 days (mean 9 days). Forty-one patients of the 50 patients required surgery, including open drainage in 36 patients, repeat needle aspiration in 6 patients and closed drainage in 3 patients. Two patients who acquired life-threatening complications, upper-airway obstruction and tracheotomy was performed. One patient with septic shock died and the mortality rate was 2% in our series.

Conclusions: Most deep neck infections still remain as an important problem despite improvement in diagnosis and treatment.

Key Word: Abscess; Infection; Neck.

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB AD, Kayseri, Turkey.

Geliş Tarihi: 15 Kasım 2005

Giriş

Derin boyun enfeksiyonları ilk olarak ikinci yüzyılda Galen tarafından tanımlanmıştır (1). Zaman içinde ağız hijyenine verilen önem ve antibiyotik alanındaki gelişmeler ile bu enfeksiyonların sıklığı, morbiditesi ve mortalitesi azalmıştır (2). Derin boyun enfeksiyonlarının çoğu antibiyotik ve cerrahi drenaj ile tam olarak tedavi edilseler de mediastinit, ampiyem, perikardit, perikardiyal effüzyon, venöz emboli, karotis arter rüptürü, aortopulmoner fistül, respiratuar distres, septik şok, dissemine intravasküler koagülasyon gibi komplikasyon gelişen hastalarda mortalite % 50'lere ulaşmaktadır (3,4). Bu çalışmada servisimizde tedavi programına aldığımız derin boyun enfeksiyonları hakkında klinik bulgularımızın sunulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Ocak 1998-Eylül 2005 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz kliniğinde yatırılarak tedavi gören, derin boyun enfeksiyonu (DBE) tanısı almış 50 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Enfeksiyonun yerleşim yeri, radyoloji ve laboratuvar bulguları, kültür sonuçları, uygulanan tedavi, gelişen komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri incelendi.

Bulgular

Elli hastanın 34'ü erkek, 16'sı kadındı. Yaşları 1-70 (ortalama 30,7) arasında değişiyordu. Hastaneye başvurudan önce geçen süre 2-45 gün (ortalama 9 gün) arasındaydı. Özgeçmişlerinde; iki hastada diabetes mellitus, bir hastada hipertansiyon, bir hastada kalp hastalığı ve astım mevcuttu. Yirmi bir hasta kliniğimize başvurmadan önce oral antibiyotik kullanmıştı. Hastaların başvuru sırasındaki şikayetleri Tablo I'de, belirlenen etyolojik faktörler Tablo II'de görülmektedir. Hastalığın gidişatı ve apse formasyonu gelişmesi açısından hastalar düzenli aralıklarla klinik ve radyolojik olarak değerlendirildi. Tanı ve takip amacıyla hastaların dördü direkt radyografi, 12'si ultrason, 30'u kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ve sekiziyse manyetik rezonans (MR) ile değerlendirildi (Resim 1-2). Derin boyun enfeksiyonlarının dağılım yerleri Tablo III'te görülmektedir.

Hastaların ilk başvuruda saptanan lökosit sayıları 1200-29800 hücre/ml arasında idi. 1200 hücre/ml lökosit olan hasta enfeksiyöz mononükleoz tanısı aldı.

Yirmi dört akut tonsillitli hastanın 16'sında peritonsiller apse gelişirken, dördünde parafaringeal, üçünde submandibüler, birinde parotis apsesi geliştiği belirlendi.

Elli hastanın 28'inde kültür sonuçlarına ulaşıldı. Bu hastalardan 14'ünde tek bir patojen saptandı. Diğer 14 hastanın kültürlerinde birden fazla bakteri üremesi oldu. Bunların sekizinde hem aerob hem de anaerob bakteri tespit edildi. Kültür sonuçları Tablo IV'te görülmektedir.

Anaerob üreme olan sekiz olgunun dördünde iyatrojenik (diş çekimi, diş dolgusu ve tonsillektomi) nedenler vardı.

Tüm hastalara parenteral, ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Hastaların 48'ine ampicilin-sulbaktam (100 mg/kg /gün, iv) kullanıldı. Penisilin allerjisi tarifleyen iki hastada klindamisin (2x600 mg iv) kullanıldı. Kültür için örnek alınabilen 28 hastada tedavi kültür ve antibiyogram sonuçlarına göre enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek yeniden düzenlendi. Klinik ve radyolojik takipler sırasında apse formasyonu görülen veya 48 saatlik antibiyotik tedavisine rağmen klinik düzelme görülmeyen hastalara cerrahi olarak müdahale edildi.

Tedavide 32 hastaya açık drenaj, altı hastaya tekrarlanan ponksiyonlar ve üç hastaya da kapalı drenaj olmak üzere 41 hastaya müdahale edildi. Bütün hastalara yattıkları süre içinde (2-24 gün) parenteral olmak üzere, toplam iki-dört hafta süreyle antibiyotik verildi.

Olguların hastanede kalış süreleri 2-24 gün (ortalama dokuz gün) arasında değişmekteydi. Tedavi sırasında iki hastada solunum sıkıntısı gelişti, iki hastaya trakeotomi açıldı. Hastalardan biri sepsis nedeniyle kaybedildi. Diğer hastaların takibinde tam iyileşme gözlemlendi.

Tartışma

Derin boyun enfeksiyonları, her yaş grubunu etkileyen, yerleşim yerindeki farklılıklar nedeniyle tanıda güçlüklerle karşılaşılabilir ve komplikasyon oranı yüksek olan enfeksiyonlardır. En sık üst solunum yolu enfeksiyonlarına, daha sonra da, odontojenik nedenlere bağlı olarak gelişirler (5). Konjenital kist ve fistül enfeksiyonları, kesici, delici yabancı cisimler veya endoskopi, dental enjeksiyonlar gibi iyatrojenik nedenler, ilaç bağımlılarında boyun bölgesine uygulanan intravenöz enjeksiyonlar sonucu da gelişebilmektedirler (6) Olguların %30-50'sinde belli bir neden bulunmamaktadır (7). DBE her yaşta görülmekle birlikte, retrofaringeal apseler daha çok çocuk yaş grubunda görülür (8). Bu çalışmada 50 hastanın 41'inde etyolojik faktör belirlendi. En sık rastlanan neden akut tonsillitti (Tablo II).

Fizik muayenede özellikle orofarinks ve dişler etyolojinin tespiti için, larinks muayenesi ise komplikasyonların takibi yönünden önemlidir (9).

DBE'lu hastalarda halsizlik, iştahsızlık ve ateş gibi genel enfeksiyon bulguları yanında, boğaz ağrısı, boyunda şişlik, yutma güçlüğü, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve trismus gibi semptomlar sıkça görülür (9). Bu çalışmada hastalarımızda en sık görülen semptomlar boyunda şişlik ve boğaz ağrısıydı (Tablo I).

Tam kan sayımında lökosit sayısı genellikle 15.000'den fazladır (6). Bu çalışmada saptanan lökosit sayısı 1200-29800 hücre/ml (ort.14.000 hücre/ml) arasında değişmekteydi.

Görüntüleme yöntemi olarak en çok kontrastlı BT tercih edilir. BT ve MR abse ile selülit ayırımında ve cerrahi endikasyon konulmasında yararlıdır (10).

Ungkanont ve ark. (11) DBE'nun en sık yerleşim gösterdiği üç bölgeyi sırasıyla peritonsiller, retrofaringeal ve submandibüler bölge olarak rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ilk üç sırayı peritonsiller, parafaringeal ve submandibüler bölgeler almaktadır (Tablo III).

DBE kültürlerinde genellikle oral flora bakterileriyle uyumlu aerobik ve anaerobik mikroorganizmalar ürer (9). Bu çalışmada kültür sonucu elde edilen 28 hastanın 14'ünde yalnızca bir bakteri, 14'ünde ise birden fazla bakteri üredi. Bunların sekizinde hem aerob hem de anaerob bakteriler tespit edildi. En sık görülen mikroorganizmalar, S. Aureus ve β-hemolitik Streptokoklardı (Tablo IV).

DBE'nun tedavisinde parenteral antibiyotik tedavisi ve drenaj esastır. Direnç gelişimi ve anaerobik etkenler mutlaka dikkate alınmalıdır. Ampirik başlanan tedavi kültüre göre gerektiğinde değiştirilmelidir. Abseden mutlaka kültür için örnek alınmalıdır. Tüm hastalarımıza ampirik olarak parenteral antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Ampirik tedavi olarak ise ampisilin-sulbaktam grubu antibiyotikler çoğunlukla birinci tercihimiz olmaktadır.

Cerrahi insizyon ve drenaj apsenin yerleşim yerine göre farklılık göstermekle birlikte uygun vakalarda ultrason veya BT eşliğinde yapılabilir. Belirgin abse formasyonu olan ve 48 saatlik antibiyotik tedavisine cevap vermeyen vakalarda cerrahi insizyon ve drenaj gerekir. Bazı yazarlar iğne aspirasyonu ve antibiyotik tedavisinin yararını savunmaktadır (5). Bu çalışmada 32 hastaya açık drenaj, 6 hastaya tekrarlanan ponksiyonlar ve 3 hastaya da BT eşliğinde kapalı drenaj uygulandı.

Başlıca komplikasyonlar sepsis ve solunum yolu obstrüksiyonudur (8). Tedavi sırasında iki hastamızda solunum sıkıntısı gelişti ve iki hastaya da trakeotomi açıldı. Hastalardan biri sepsis nedeniyle kaybedildi. Diğer hastaların takibinde tam iyileşme gözlemlendi.

Tanı ve tedavideki tüm gelişmelere rağmen, derin boyun enfeksiyonları önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Komplikasyonların azaltılması tedavinin erken dönemde, etkin ve yeterli süre uygulanmasına bağlıdır.



Resim 1: Boyun bilgisayarlı aksiyel tomografide submandibüler bölgede apse birikimi. Beyaz ok: Submandibüler alanda apse; Siyah ok: Submandibüler alanda hava görünümü.



Resim 2: Boyun bilgisayarlı aksiyel tomografide parafaringeal bölgede apse birikimi. Siyah ok: Apsenin görünümü ve periferik kontrastlanma.

Tablo I. Hastaların başvuru sırasındaki şikayetleri

Başvuru şikayetleri	Hasta sayısı	Yüzde
Boyunda şişlik	15	30
Boğaz ağrısı	12	24
Ateş ve boğaz ağrısı	7	14
Ağzını açamama	5	10
Boyunda şişlik ve ağrı	4	8
Yutma güçlüğü	3	6
Nefes darlığı	1	2
Boyunda şişlik ve nefes darlığı	1	2
Boyunda hareket kısıtlılığı	2	4
Toplam	50	100

Tablo II. Hastalarda belirlenen etyolojik faktörler

Etyolojik faktör	Hasta sayısı	Yüzde
Akut tonsillit	24	48
İyatrojenik	6	12
Dental enfeksiyon	3	6
Yabancı cisim batması	3	6
Travma	3	6
Enfeksiyöz mononükleoz	1	2
Karbonkül	1	2
Etyoloji bulunamayan	9	18
Toplam	50	100

Tablo III. Derin boyun enfeksiyonlarının yerleşim yerlerine göre dağılımı

Apsenin yeri	Hasta sayısı	Yüzde
Peritonsiller apse	16	32
Parafaringeal apse	12	24
Submandibuler apse	8	16
Parotis apsisi	5	10
Retrofaringeal apse	4	8
Submental apse	3	6
Ludwig anjini	2	4
Toplam	50	100

Tablo IV. Kültürde üreyen mikroorganizmalar

Üreyen mikroorganizma	Kültür sayısı
Staf. Aureus	8
β-hemolitik Streptokok	7
Strep. Pneumoniae	6
Strep. Viridans	6
Peptostreptokok	5
Bakteroides Frajilis	3
Streptokok Anginosus	2
Corynebakterium Ülserans	2
Staf. Epidermidis	2
Neisseria	1
Pseudomonas Aeruginosa	1
Toplam	43

KAYNAKLAR

- 1.Chen MK, Wen YS, Chang CC, et al. Predisposing factors of life-threatening deep neck infection: logistic regression analysis of 214 cases. *J Otolaryngol* 1998; 27: 141-144.
- 2.Newman MG. Anaerobic oral and dental infections. *Rev Infect Dis* 1984; 1: 107-114.
- 3.Beck HJ, Salassa JR, McCaffrey TV, et al. Life-threatening soft-tissue infections of the neck. *Laryngoscope* 1984; 94: 354-362.
- 4.Levine TM, Wurster CF, Krespi YP. Mediastinitis occurring as a complication of odontogenic infections. *Laryngoscope* 1986; 96: 747-750.
- 5.Johnson JT. Deep neck abscesses. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*.1. baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1997; 667-675.
6. Güney E. Baş boyun bölgesi fasyalar arası enfeksiyonlar. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (Eds), *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002, ss492-504*
- 7.Miman MC, Öncel S, Kalcioğlu T ve ark. Derin boyun enfeksiyonlarına klinik yaklaşım. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi* 2001; 8: 206-213.
- 8.Gidley PW, Ghorayeb BY, Stiernberg CM. Contemporary management of deep neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116: 16-22.
- 9.Marra S, Hotaling AJ. Deep neck infections. *Am J Otolaryngol* 1996; 17: 287-298.
- 10.Har-El G, Aroesty JH, Shaha A, et al. Changing trends in deep neck abscess. A retrospective study of 110 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 446-450.
- 11.Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, et al. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112: 375-382.