

BÖLÜM 44

BOYUN RADYOLOJİSİ

Enver SORKUN¹
Tuğba ASLAN DÜNDAR²

BOYUN BOŞLUKLARI

Suprahoid boyun klasik olarak nazofarinks, orofarinks, oral kavite olarak bölümlere ayrılmış olup bu sınıflama SCC(Skuamoz Hücreli Karsinom) evrelemesi için hala faydalıdır. Derin servikal fasyalar tarafından yapılan bölümlenmeler orofarinks, nazofarinks,oral kavite ayrımlarına uymaz, bu bölümlenme infrahyoid bölgeye de devam ederek tüm boyun boyunca da devam edebilir. Üç adet derin fasya tarafından boyun kompartmanlara bölünmüştür. Servikal fasya, hastalığın yayılımını sınırlandırırken, zıt olarak da yayılımına yön de verebilir. (Tablo 1) (1-2)

Derin servikal fasya;

1. Yüzeysel tabaka
2. Orta tabaka-visseral fasya
3. Derin tabaka-prevertebral fasya olmak üzere üç kısımda incelenir.

DERİN SERVİKAL FASYA

1. Yüzeysel Tabaka (investing) Fasya

Kafa tabanından klavikulaya kadar tüm boynu sarar. Suprahoid bölgede parotid,

mastikatör, parotid boşluğu yapar. Infrahyoid bölgede sternokleidomastoid kas ve trapezius kası sarar.Bir katmanı karotid kılıfına katkıda bulunur.

2. Orta Tabaka

Strep kasların derin tabakasını sarar. Önde derin servikal fasyanın yüzeysel tabakası ile birleşir. Tiroid bezini kapsüllemek için bölünür.Posterior kenarı retrofaringeal boşluğun ön duvarını yapar. Bir katmanı karotid kılıfına katkıda bulunur.

3. Derin Tabaka

Perivertebral boşluğu tanımlar ve çevreler. Prevertebral,parasipinal, skalen kaslar; vertebra; vertebral arter, ven; frenik sinir; brankial pleksus trunkusunu çevreler. Servikal vertebranın transvers çıkıntıları hizasında "alar tabaka" ve "prevertebral tabaka" olmak üzere ikiye ayrılır. Prevertebral fasya hemen vertebra corpuslarının önünde seyreder ve tüm vertebra boyunca ilerler. Böylece kafa tabanından koksiks kemigine kadar ilerler. Alar ve prevertebral fasyalar arasındaki alana "Tehlikeli alan" (Danger Space) denilmektedir.

¹ Arş. Gör. İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, enversorkun@gmail.com

² Op. Dr., İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, tugbaslanmd@gmail.com

CEVAPLAR

- 1) A
- 2) A
- 3) D
- 4) B
- 5) B
- 6) Enfeksiyon kaynağı olan diş eksize edilmedi, bu noktadan itibaren tedavi enfeksiyonun derecesine bağlıdır. Erken teşhis edildiye IV antibiyotikler yeterli olabilirken, osteomyelit durumlarında abse drenajıyla birlikte subperiostal dren ve uzun süreli IV. antibiyotik tedavisi gerekebilir.
- 7) Akut fazda iltihaplı tükrük bezi büyümüş, hipoekoik, heterojen yapıda ve vaskülaritesi artmıştır.
- 8) Kronik dönemde ise tükrük bezi küçük, düzensiz yapıdadır dilate tükrük kanalları görülebilir.
- 9) Enfeksiyonun tehlikeli alana oradan da mediastene ilerlemesidir.
Lemierre sendromu orofarengeal enfeksiyonun hematogen yolla yayılması sonrasında embolik yayılım, internal juguler venin trombozu ile beraber gösterilmesine denir.
En sık etken fusobacterium necrophorumdur.
- 10) Larinjit, enfekte laringosel, trakeobronşit ve supüratif tiroidit.

KAYNAKLAR

1. Brook I Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. J Oral Maxillofac Surg 2004; 62: 1545-1550
2. Lazor JB, Cunningham MJ, Eavey RD, Weber AL. Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck infections. Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;111:746-750.
3. Lee YQ, Kanagalingam J. Bacteriology of deep neck abscesses: a retrospective review of 96 consecutive cases. Singapore Med J. 2011; 52:351-355.
4. Poeschl PW, Crepaz V, Russmueller G, et al. Endodontic Pathogens Causing Deep Neck Space Infections: Clinical Impact of Different Sampling Techniques and Antibiotic Susceptibility. J Endod 2011;37:1201-1205.
5. Gillespie B: Neck Spaces and Fascial Planes. In: Essential Otolaryngology, ed.: Lee KJ, Chan Y, Das S, The United States of America: McGraw-Hill Companies, Inc.;2012, 557-575.
6. Koç A, Alakhras WM, Acipayam H, et al. Seven years of experience in 160 patients with deep neck infection. KBB Uygulamaları 2016;4:22-26.
7. Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, et al. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck infection. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2015;132:261-264.
8. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. Pediatrics. 2003;111:1394-1398.
9. Lee J, Kim H, Lim S. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. Yonsei Med J 2007;48:55-62.
10. Huang T, Liu T, Chen P, et al. Deep neck infection: analysis of 185 cases. Head Neck 2004; 26:854-860.
11. Nusbaum A, Som P, Rothschild M, et al. Recurrence of a deep neck infection: a clinical indication of an underlying congenital lesion. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125:1379-1382.
12. Lin R-H, Huang C-C, Tsou Y-A, et al. Correlation between Imaging characteristics and microbiology in patients with deep neck infections: a retrospective review of one

hundred sixty-one cases. *Surg Infect (Larchmt)* 2014; 15:794–799.

13. Seppanen L, Rautemaa R, Lindqvist C, et al. Changing clinical features of odontogenic maxillofacial infections. *Clin Oral Investig* 2010; 14:459–465.
14. Heim N, Faron A, Wiedemeyer V, et al. Microbiology and antibiotic sensitivity of head and neck space infections of odontogenic origin. Differences in inpatient and outpatient management. *J Craniomaxillofac Surg* 2017; 45:1731–1735.