



DERİN BOYUN ENFEKSİYONLARI

Zühal Gül ÖZPINAR¹

GİRİŞ

Derin Boyun Enfeksiyonları aerodigestiv bölgeden kaynaklanan basit bir enfeksiyondan hayatı tehdit edebilecek kadar agresif seyredebilen ve gerektiğinde yoğun medikal tedaviye ihtiyaç duyulan bir durumdur. Oral hijyenin gelişmesiyle ve antibiyoterapinin artmasıyla birlikte morbiditesi ve mortalitesinin azalmasına rağmen hala immün yetersizliği olan hastalarda ciddi problemlere neden olabilmektedir.

Kompleks boyun anatomisini bilmek enfeksiyonun kaynağının saptanmasında, etyolojisinin belirlenmesinde ve tedavinin düzenlenmesinde oldukça önemlidir.

DERİN BOYUN ANATOMİSİ

Derin boyun boşlukları, derin servikal fasya tarafından katmanlara ayrılır ve sıklıkla suprahyoid ve infrahyoid bölge olarak organize edilir. Farklı bölgelerde farklı patolojiler görülür. Enfeksiyonun yayılması fasyal tabakalar tarafından sınırlandırılır. Derin boyun boşluklarının anatomisini bilmek, hastalığın potansiyel kökeninin belirlenmesine ve daha yakından değerlendirilmesine olanak tanır (1).

SUPRAHYOİD BÖLGE ENFEKSİYONLARI

1. Oral Mukozal ve pharyngeal Mukozal Bölge

Oral mukoza dudaklardan başlayıp sirkumvallat papillaya kadar uzanır. Sert damağın arkasından itibaren farengal boşluk başlar. Farenkste waldeyer lenfatik halkası, östaki borusu gibi enfeksiyon yayılımı için önemli yapılar bulunur. Tonsiller ve peritonsiller abseler bu bölgenin yaygın enfeksiyonlarıdır.

Peritonsiller abseler: Peritonsiller abseler derin boyun bölgesinde en sık görülen enfeksiyonlardır. Yüzeysel olarak başlayıp abseleşmeye kadar ilerleyebilir. Nadir olarak çocuklarda görülmesine rağmen genellikle orta yaşlarda (30-40yaş) görülür. Cinsiyet farkı yoktur. En sık izole edilen etken Streptokokkus pyogenestir(2).

Hastalar ses değişiklikleri, trismus, disfaji, odinofajiyle kliniğiyle başvurabilecekleri gibi ateş, titreme ve halsizlik gibi sistemik bulgularda görülebilir.

Hastanın muayenesinde enfekte tonsilin inferiora ve orta hatta itilmesi tipiktir.

¹ Uzm. Dr., Özel KONYA Farabi Hastanesi, KBB Hastalıkları Kliniği, dr.zuhalgul@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 edildiyse 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 necrophorum*dur.
- 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.