

Ali Can SUNGUR¹

GİRİŞ

Derin boyun enfeksiyonları (DBE), KBB pratiğinde sıkça karşılaşılan, tedavi süreci iyi yönetilmezse hayatı tehdit edici komplikasyonlara yol açabilen bir klinik durumdur. Baş ve boyunun kompleks yapısı ve enfeksiyonunun potansiyel komplikasyonları nedeniyle erken tanınması ve hızlıca tedavi başlanması oldukça önemlidir. Boyundaki fasyal planlarda ve potansiyel boşluklarda sellülit veya apse gelişmesi durumunda DBE'den bahsedilir. Sıklıkla baş ve yüz bölgesindeki bir enfektif odağı drene eden lenfatik yapıların süpürasyonu ya da boşluklarda yer alan yapıların inflamasyonu ile meydana gelir. Antibiyotik öncesi dönemde DBE'nin en sık nedeni tonsillit veya farenjit iken, günümüzde en sık nedeni dental enfeksiyonlardır (1). DBE genellikle polimikrobiyaldir, kültürlerde en sık Streptokok, Peptostreptokok, Stafilokoklar, anaerobik Bacterioides görülmektedir (2). DBE tanısı konulduktan sonra ilk olarak solunum yolunun güvenliği değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Sonrasında sistemik antibiyoterapi başlanmalı ve gerekirse cerrahi drenaj planlanmalıdır. Detaylı anamnez ve tüm üst aerodigestif sistem mukozası ile baş-boyun muayenesi oldukça önemlidir. Derin boyun enfeksiyonları, erişkin yaş grubunda bazen baş boyun kanseri metastazlarının ilk belirtisi olarak karşımıza çıkabilmektedir (3, 4). Bu nedenle klinik şüphe durumunda erişkin yaş grubunda apse geriledikten sonra görüntüleme, endoskopi ve ince iğne aspirasyon sitolojisi düşünülmelidir (3).

¹ Op. Dr., Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Hastalıkları AD., dralicansungur@gmail.com

mediastiniten neden olabilir, %30-50 oranında mortaldır (26). Enfeksiyonun karotis kılıfına ilerlemesi ile internal juguler venin süpüratif tromboflebiti gelişebilir ve Lemierre sendromu olarak adlandırılır. Lemierre sendromu belirtileri, SKM ön karnı boyunda yayılan ağrı, şişlik ve hassasiyet ve bacaklı ateştir (27). Enfeksiyon karotis kılıfına ilerleyerek karotis arter anevrizması veya rüptürüne neden olabilir. Boyunda fasiyal planları tutarak nekroza neden olabilir ve nekrotizan fasiit olarak adlandırılır. Yine karotis kılıf tutulumlarında XI, XII. Sinir palsileri ile karşılaşılır. Aspirasyon pnömonisi, ampiyem, akciğer apsesi; inferiora ilerleyen enfeksiyon sonucu ortaya çıkabilecek pulmoner komplikasyonlardır. Karina trakeanın inferioruna ilerleyen enfeksiyon durumunda transtorasik girişimler gereklidir (16). Sepsis, menenjit, intrakraniyal apse, DIC diğer mortal komplikasyonlardır. Komplike olmuş DBE'ler, artmış morbidite-mortalite oranları ve artmış yatış sürelerine yol açar. Komplike DBE'de patojenler neredeyse her zaman polimikrobiyaldir, ancak komplike DBE'de MRSA insidansı sıklıdır ve vankomisin tedavisi kombine antibiyoterapi içinde yer almalıdır (28).

SONUÇ

Derin boyun enfeksiyonu, erken tanınması ve tedavi edilmesi gereken önemli bir klinik durumdur. Günümüzdeki sık ve bilinçsiz antibiyotik kullanımı ile bakteriyel patojenler direnç kazanmakta ve daha komplike enfeksiyonlara yol açabilmektedir. DBE şüphesinde yakın takip, hava yolunun güvene alınması, hospitalizasyon ve uygun tedavi, mortalite ve morbiditelerin önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Har-El G, Aroesty JH, Shaha A, Lucente FE. Changing trends in deep neck abscess: a retrospective study of 110 patients. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*. 1994;77(5):446-50.
2. Huang T-T, Tseng F-Y, Yeh T-H, Hsu C-J, Chen Y-S. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *Acta oto-laryngologica*. 2006;126(4):396-401.
3. Lin Y-Y, Hsu C-H, Lee J-C, Wang H-W, Lin Y-S, Wang C-H, et al. Head and neck cancers manifested as deep neck infection. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2012;269(2):585-90.
4. Wang C-P, Ko J-Y, Lou P-J. Deep neck infection as the main initial presentation of primary head and neck cancer. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2006;120(4):305-9.
5. Chi T-H, Tsao Y-H, Yuan C-H. Influences of patient age on deep neck infection: clinical etiology and treatment outcome. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2014;151(4):586-90.
6. Nusbaum AO, Som PM, Rothschild MA, Shugar JM. Recurrence of a deep neck infection: a clinical indication of an underlying congenital lesion. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 1999;125(12):1379-82.
7. Wetmore RF, Mahboubi S, Soyupak SK. Computed tomography in the evaluation of pediatric

- neck infections. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*. 1998;119(6):624-7.
8. Mayor GP, Millán JMS, Martínez-Vidal A. Is conservative treatment of deep neck space infections appropriate? *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*. 2001;23(2):126-33.
 9. Oh J-H, Kim Y, Kim C-H. Parapharyngeal abscess: comprehensive management protocol. *Orl*. 2007;69(1):37-42.
 10. Thompson JW, Reddk P, Cohen SR. Retropharyngeal abscess in children: a retrospective and historical analysis. *The Laryngoscope*. 1988;98(6):589-92.
 11. Vieira F, Allen SM, Stocks RMS, Thompson JW. Deep neck infection. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2008;41(3):459-83.
 12. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*. 2004;26(10):854-60.
 13. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Mosto MCD. Conservative management of deep neck abscesses in adults: the importance of CECT findings. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*. 2006;135(6):894-9.
 14. Yeow K-M, Liao C-T, Hao S-P. US-guided needle aspiration and catheter drainage as an alternative to open surgical drainage for uniloculated neck abscesses. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2001;12(5):589-94.
 15. Klug TE. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. *Danish Medical Journal*. 2017;64(3).
 16. Weed HG FL. *Deep neck infection*. Philadelphia: Elsevier, Mosby; 2005.
 17. Khayr W, Taepke J. Management of peritonsillar abscess: needle aspiration versus incision and drainage versus tonsillectomy. *American journal of therapeutics*. 2005;12(4):344-50.
 18. Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2003;128(3):332-43.
 19. Shaul C, Koslowsky B, Rodriguez M, Schwarz Y, Muahhna N, Peleg U, et al. Is needle aspiration for peritonsillar abscess still as good as we think? A long-term follow-up. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2015;124(4):299-304.
 20. Chau JK, Seikaly HR, Harris JR, Villa-Roel C, Brick C, Rowe BH. Corticosteroids in peritonsillar abscess treatment: a blinded placebo-controlled clinical trial. *The Laryngoscope*. 2014;124(1):97-103.
 21. Hansen MD B, Ryndin DO S, Mullen MD K. *Infections of Deep Neck Spaces*. 2020.
 22. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics*. 2003;111(6):1394-8.
 23. Watari T, Tokuda Y. Double tongue signs in a case of submandibular space infection. *Case Reports*. 2018;2018:bcr-2018-225559.
 24. Boscolo-Rizzo P, Da Mosto MC. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. *International journal of infectious diseases*. 2009;13(3):327-33.
 25. Davis DP, Wold RM, Patel RJ, Tran AJ, Tokhi RN, Chan TC, et al. The clinical presentation and impact of diagnostic delays on emergency department patients with spinal epidural abscess. *The Journal of emergency medicine*. 2004;26(3):285-91.
 26. Pinto A, Scaglione M, Scuderi MG, Tortora G, Daniele S, Romano L. Infections of the neck leading to descending necrotizing mediastinitis: role of multi-detector row computed tomography. *European journal of radiology*. 2008;65(3):389-94.
 27. Brook I. Microbiology and management of deep facial infections and Lemierre syndrome. *ORL*. 2003;65(2):117-20.
 28. Miller LG, Perdreau-Remington F, Rieg G, Mehdi S, Perlroth J, Bayer AS, et al. Necrotizing fasciitis caused by community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Los Angeles. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(14):1445-53.