

## Çoklu Organ Yetmezliği İle Başvuran Bir Derin Boyun Enfeksiyonu Olgusu

### A Case of Deep Neck Infection Presented With Multi-Organ Failure

Burcu Başarık Aydoğan<sup>1</sup>, Gülbin Aygencel<sup>1</sup>, Faruk Kadri Bakkal<sup>2</sup>, Alper Ceylan<sup>2</sup>, Murat Dizbay<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

#### ÖZET

Derin boyun enfeksiyonları günümüzde daha nadir görülmektedir; ama görüldüğünde ciddi enfeksiyonlar olarak bilinmektedir. Bu enfeksiyonlar lokal ve sistemik komplikasyonlara bağlı olarak ciddi morbidite ve mortalite riski taşırlar. Burada kliniğimize çoklu organ yetmezliği tablosu ile başvuran, derin boyun enfeksiyonu tanısı alan ve uygun tedavi yaklaşımı ile düzelen bir olgu sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Derin boyun enfeksiyonu, çoklu organ yetmezliği

**Geliş Tarihi:** 21.08.2013

**Kabul Tarihi:** 19.12.2013

#### ABSTRACT

Deep neck infections are less common today but when they occur they remain to be serious infections. These infections carry significant morbidity and mortality due to local and systemic complications. This case report presents a patient admitted with multi-organ failure in our unit, diagnosed with deep neck infection and healed with appropriate treatment.

**Key Words:** Deep neck infection, multi-organ failure

**Received:** 08.21.2013

**Accepted:** 12.19.2013

#### GİRİŞ

Derin boyun enfeksiyonları ciddi morbidite ve mortalite ile seyreden bir klinik tablodur. Kompleks anatomi, derin yerleşim ve vital yapılara yakınlık nedeniyle tanısı ve tedavisi güçtür. Sıklıkla cerrahi girişim gerektirir. Odontojenik, faringeal veya tonsiller enfeksiyonların bu bölgeye yayılımına bağlı olarak görülür. Tanı ve tedavideki gecikmeler sepsis ve çoklu organ yetmezliğine neden olabilir.

#### OLGU SUNUMU

Kırık sekiz yaşında erkek hasta ateş, şiddetli baş boyun ağrısı ve halsizlik şikayetiyle bir dış merkeze başvurmuş. Daha önceden bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastada üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek levofloksasin ve antipiretik başlanmış. Başlanan tedaviden fayda görmeyen, takibinde genel durumu bozulan ve sarılığı gelişen hasta ünitemize kabul edildi.

Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık, takipneik, taşikardik ve normotansifti. Puls oksimetri ile oda havasında bakılan oksijen saturasyonu %99'du. Cilt ikterik, sağ servikal bölgede hafif şişlik, boyun hareketlerinde sağ tarafa kısıtlılık ve oskültasyonda akciğerlerde bilateral ralleri mevcuttu. Laboratuvar bulguları; lökosit: 14.700/mm<sup>3</sup>, trombosit: 48.000/mm<sup>3</sup>, CRP: 221 mg/dL, prokalsitonin (PCT): 2,9 ng/mL, AST:187 U/L, ALT:104 U/L, total bilirubin/direkt bilirubin: 6/4.8 mg/dL, üre/kreatinin:17/0.7 mg/dL, albumin: 2,6 g/dL idi. Periferik yaymada polimorfonükleer lökosit hakimiyeti, yer yer şistozitler ve trombositopeni ile uyumlu bulgular vardı.

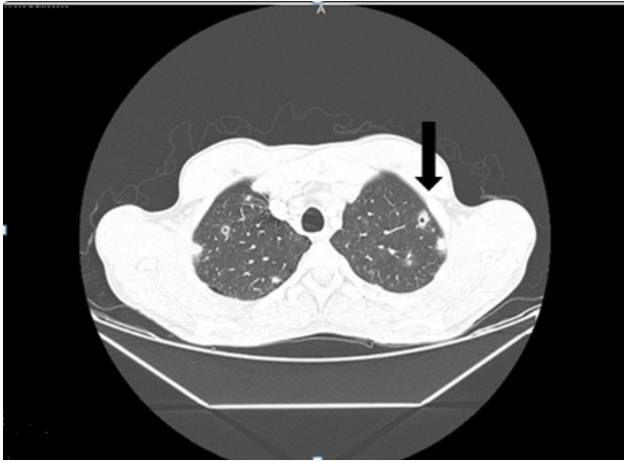
**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Gülbin Aygencel, GÜTF İç Hastalıkları AD Yoğun Bakım BD Beşevler, 06510, Ankara, Türkiye Tel: 312 202 4216 E-posta: aygencel@hotmail.com

©Telif Hakkı 2014 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

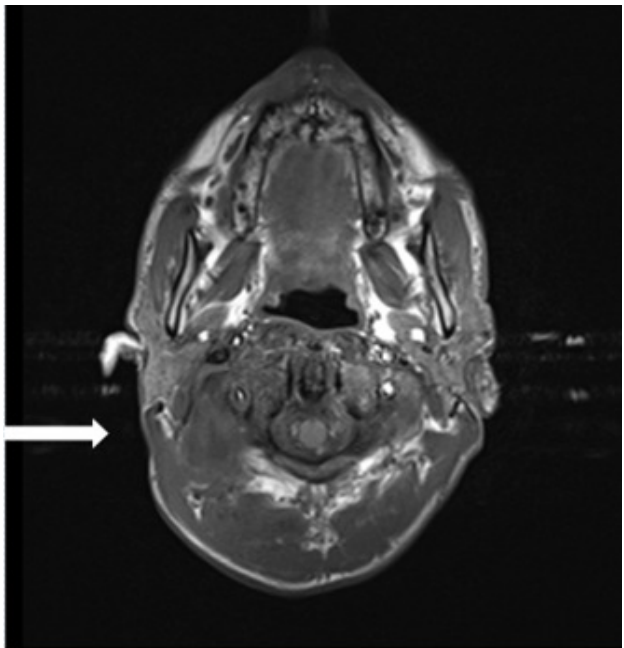
©Copyright 2014 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi: <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2014.10>

Mevcut bulgular ile hasta daha çok intraabdominal sepsis ve dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) olarak değerlendirildi. Yapılan batin USG'de safra çamuru ve batında minimal serbest sıvı dışında başka patolojiye rastlanmadı. Sağ servikal bölgeye yapılan boyun USG'si ise reaktif milimetrik lenf nodları olarak rapor edildi. Ateşli dönemde kan ve idrar kültürleri alınan hastaya ampirik olarak piperasilin-tazobaktam ve siprofloksasin tedavisi başlandı. Ertesi gün trombositopenisi derinleşen ve bilirubin değerleri daha da yükselen hastaya enfeksiyon odağının tespiti için boyun, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) çekirildi. Boyunda sağ subokspital bölgede C3 vertebra düzeyine kadar uzanan koleksiyon alanı; akciğerde ve sol böbrekte septik emboliyi düşündüren lezyonlar gözlemlendi (Resim 1). Yumuşak doku enfeksiyonlarını da kapsamı açısından tedaviye linezolid eklendi. Çekilen boyun Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) subdural alana kadar uzanan sağ subokspital paravertebral apse saptandı (Resim 2, 3). Takibinde total bilirubin düzeyi: 14 mg/dL'ye kadar yükseldi, daha önce çekilen abdomen BT'de bunu açıklayacak patoloji saptanmayan hastada bilirubin yüksekliği sepsise bağlı organ yetmezliğinin bir parçası olarak düşünüldü. Septik embolileri olması nedeniyle kalp enfektif endokardit açısından önce transtorasik daha sonra ise transözefagial ekokardiyografi ile değerlendirildi, bir patoloji saptanmadı. Hasta, Kulak-Burun-Boğaz (KBB) bölümü tarafından değerlendirildi ve operasyona karar verildi. Hastadaki derin boyun apsesi drene edildi. Ameliyat esnasında 300 mL pürülan materyal gelen hastaya dren konuldu. Takibinde de drenden yaklaşık 150 mL hemopürülan materyal geldi. Apse materyalinden gönderilen kültürde *S. aureus* üredi, duyarlı olduğu antibiyotik tedavisine devam edildi. İzleminde bilirubin değerleri gerileyen ve trombosit sayısı 416 000/mm<sup>3</sup>'e kadar yükselen hasta Enfeksiyon hastalıkları kliniğine tedavisinin devamı açısından devir edildi.



Resim 1: Toraks tomografisinde septik emboliler



Resim 2: Hastanın çekilen boyun MRG'de derin boyun enfeksiyonuna yönelik bulgular



Resim 3: Hastanın çekilen boyun MRG'de derin boyun enfeksiyonuna yönelik bulgular

#### TARTIŞMA

Derin boyun enfeksiyonu; her yaş grubunda görülebilen, lokalizasyon farklılıkları nedeniyle tanısı güç olabilen, tedavisinde genellikle cerrahi girişim gerektiren ve gecikildiğinde komplikasyonlarla seyrebilen ciddi bir enfeksiyondur. En sık üst solunum yolu enfeksiyonlarına ve odontojenik nedenlere bağlı olarak gelişebileceği gibi, peritonsiller ya da retrofaringeal apse, Ludwig anjinası ya da travmatik faringeal perforasyonlar gibi diğer sebeplere bağlı da gelişebilir (1). Olguların %30-50' sinde belli bir neden bulunamamaktadır (2). Bizim olgumuzda da ağız hijyeni kötü olmakla birlikte odontojenik dahil tespit edilebilen bir enfeksiyon odağı bulunamadı.

Derin boyun enfeksiyonu olan 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 (3). Bizim olgumuzda baş-boyun ağrısı ve boyun hareketlerinde kısıtlılık tariflemekteydi.

Tam kan sayımında lökosit sayısı genellikle 15.000/mm<sup>3</sup> ve üstündedir (4). Olgumuzda da gelişte 14.800/mm<sup>3</sup> olarak saptanan lökosit sayısı bir ara 22.000/mm<sup>3</sup> değerine kadar da çıkmıştır. Görüntüleme yöntemi olarak en çok kontrastlı BT tercih edilir. BT ve MRG, apse ile selülit ayırımında ve cerrahi endikasyon konulmasında yararlıdır (5). Bizim olgumuzda da apse lokalizasyonu boyun MRG ile netleştirilmiş ve cerrahiye bu şekilde karar verilmiştir.

Enfeksiyondan sıklıkla mikst aerob ve anaerob mikroorganizmalar sorumludur. Kültürde sık tanımlanan organizmalar stafilokoklar (*S. aureus*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis* vb), streptokoklar (*S. milleri*, *S. viridans* vb), peptostreptokoklar, Klebsiella (özellikle diyabetik hastalarda), bacteroides ve fusobacterium türleridir (6). Bizim hastamızın pü kültüründe de *S. aureus* üremesi saptanmıştır.

Derin boyun enfeksiyonunun tedavisinde parenteral antibiyotik tedavi ve drenaj esastır. Direnç gelişimi ve anaerob etkenler mutlaka dikkate alınmalıdır. Ampirik başlanan tedavi kültüre göre gerektiğinde değiştirilmelidir. Apseden mutlaka kültür için örnek alınmalıdır. Bizim olgumuzda uygun antibiyotik ve apse drenajı ile tedavi edilmiştir.

Başlıca komplikasyonları lokal ve sistemik olarak gruplandırılabilir. Üst hava yolu obstrüksiyonu, jugular ven trombozu, karotid arter rüptürü, mediastinit, perikardit vb lokal komplikasyonlar iken; sepsis, çoklu organ yetmezliği vb sistemik komplikasyonlardır (7). Bizim olgumuz sepsis, DİK ve hiperbilirubinemi ile giden çoklu organ yetmezliği tablosu ile kliniğimizde başvurmuştur.

**SONUÇ**

Tanı ve tedavideki tüm gelişmelere rağmen, derin boyun enfeksiyonları önemli bir medikal sorun olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Komplikasyonların azaltılması için erken tanı, cerrahi girişimi de kapsayan etkin odak kontrolü, yeterli süre ve dozda uygulanan etkin antimikrobiyal tedavi önemlidir.

**Çıkar Çatışması**

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

**KAYNAKLAR**

1. Johnson JT. Deep neck abscesses. In: Myers EN, Eibling DE, editors. Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997. p. 667-75.
2. Mıman MC, Öncel S, Kalcıoğlu T, Kızılay A, Aktaş D, Özturan O. Derin boyun enfeksiyonlarına klinik yaklaşım. KBB İhtisas Dergisi 2001; 8: 206-13.
3. Marra S, Hotaling AJ. Deep neck infections. Am J Otolaryngol 1996; 17: 287-98.
4. Güney E. Baş boyun bölgesi fasyalar arası enfeksiyonlar. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editors. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002. p. 492-504.
5. Har-El G, Aroesty JH, Shaha A, Lucente FE. Changing trends in deep neck abscess. A retrospective study of 110 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 446-50.
6. Lee YQ, Kanagalingam J. Bacteriology of deep neck abscesses: a retrospective review of 96 consecutive cases. Singapore Med J. 2011; 52: 351-5.
7. Gidley PW, Ghorayeb BY, Stiernberg CM. Contemporary management of deep neck space infections. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 116: 16-22.