

RETROFARYNGEÁLNÍ ABSCESES

MUDr. Karol Zeleník¹, doc. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D.¹, MUDr. Petr Matoušek, Ph.D.¹,
doc. MUDr. Michal Hladík, Ph.D.²

¹Otorinolaryngologická klinika FN Ostrava

²Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče FN Ostrava

Retrofaryngeální absces je hluboká krční infekce, která nejčastěji vzniká na podkladě abscedující lymfadenitidy po předcházející infekci horních dýchacích cest. Typicky se vyskytuje v období mezi 2.–4. rokem. Svými příznaky napodobuje akutní epiglottitidu. V případě podezření na retrofaryngeální absces je vždy nutná ústavní léčba a CT krku s kontrastem. Léčba spočívá v drenáži abscesu v celkové anestézii, parenterálním podávání ATB a zajištění dýchacích cest. Autoři v příspěvku popisují případ retrofaryngeálního abscesu u ročního dítěte a diskutují současné diagnostické a terapeutické postupy.

Pediatr. pro Praxi, 2007; 8(6): 389–390

Úvod

Retrofaryngeální absces (RA) je hluboká krční infekce, která se typicky vyskytuje u dětí. Dojde-li k dalšímu šíření infekce, může nastat i ohrožení života.

RA vzniká u dětí nejčastěji na podkladě abscedující lymfadenitidy po předcházející infekci horních dýchacích cest, typicky v období mezi 2.–4. rokem (5). V rozpoznání prvních příznaků RA a ve vyslovení podezření na RA má rozhodující úlohu pediatr, který se zpravidla s těmito pacienty setkává jako první. Od ledna 2005 do června 2007 jsme ve Fakultní nemocnici v Ostravě léčili 6 dětí s RA.

Kazuistika

Roční chlapec byl přijat na dětské oddělení okresní nemocnice pro 2 dny trvající febrilie 39 °C a odmítání jídla. Během noci se rozvinul chrapot a chlapec nepohlkl už ani tekutiny. Laboratorně dominovala leukocytóza $19,4 \times 10^9/l$ a CRP 140 mg/l. ORL vyšetření svědčilo pro katarální angínu a počínající epiglottitidu, parenterálně byl nasazen amoxicilin-klavulanát. Pro nález zvětšených lymfatických uzlin na krku vlevo bylo provedeno sonografické vyšetření krku s popisem uzlin reaktivního charakteru, které byly bez známek kolikvace. Pro nelepšící se klinický stav dítěte a rozvoj dušnosti bylo provedeno 4. den od začátku potíží CT s kontrastem, které zobrazilo v retrofaryngeální oblasti postkontrastně se síťící abscesové ložisko (obrázek 1 a 2).

Dítě bylo přeloženo na Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče FNO. Při přijetí bylo tachypnoické s lehkým zatahováním jugula, krk s mírnou flexí. Při vyšetření bylo patrné mírné vyklenutí zadní stěny hltanu a pro stázu slin v hypofaryngu byl hrtan zcela nepřehledný.

V celkové endotracheální anestézii byla provedena incize a drenáž abscesu z intraorální incize. Na základě dříve provedeného kulturačního vyšetření z krku (masivně *E. coli* rezistentní na amoxicilin-klavulanát) byla nasazena kombinace cefuroximu,

klindamycinu a amikacinu. Druhý pooperační den byla provedena extubace a stav dítěte se postupně upravil do normy. Propuštěno do domácí péče bylo dítě po 10 dnech hospitalizace. Imunologické vyšetření neprokázalo poruchu imunity.

Diskuze

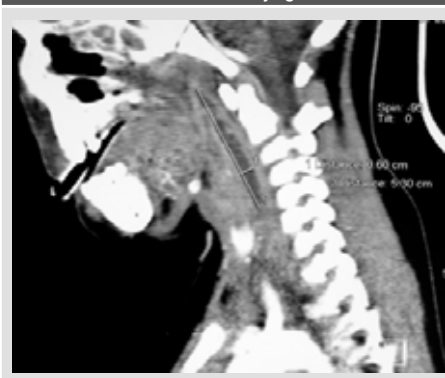
Retrofaryngeální prostor v širším slova smyslu se nachází mezi zadní stěnou hltanu a přední stěnou krční páteře. Z hlediska možného šíření infekce je důležité jeho rozdělení fasciálními listy na 3 samostatné prostory. Vlastní retrofaryngeální (Gilletoho) prostor je vpředu ohraničen střední vrstvou hluboké krční fascie a dorzálně alárním listem hluboké vrstvy hluboké krční fascie. V dolní části se oba listy spojují ve výši obratlu Th I. Mezi alárním listem a prevertebrálním listem hluboké krční fascie se nachází tzv. nebezpečný prostor, který volně přechází do zadního mediastinu a kaudálně je ohraničen až bránicí. Dorzálně od prevertebrální fascie se nachází prevertebrální prostor, pro který jsou typické studené tuberkulózní abscesy (tzv. Pottův absces) (5) (obrázek 3 a 4).

Z klinického hlediska je důležité, že v retrofaryngeálním prostoru se nachází pojivová tkáň a lymfatické (Rouvierovy) uzliny. Protože retrofaryngeální uzliny spontánně involují do 5. roku, setkáváme se

s retrofaryngeálními abscesy typicky u malých dětí. Toto potvrdilo i naše pozorování, kdy průměrný věk 6 operovaných dětí byl 2,7 let. Při infekci v oblasti hltanu (nejčastěji nosohltanu) dochází často k reaktivnímu zduření retrofaryngeálních uzlin, podobně jako dochází ke zduření krčních uzlin při infektu v oblasti patrových mandlí. Zduření retrofaryngeálních uzlin můžeme často pozorovat jako paramediální vyklenutí na zadní stěně hltanu. Dojde-li k dalšímu rozvoji infekce, vzniká absces uzliny nebo se zánět šíří i mimo uzlinu do okolí a rozvíjí se RA. Protože retrofaryngeální prostor má zcela minimální ohraničení od prostoru parafaryngeálního, setkáváme se často s šířením infekce i do tohoto prostoru. U dospělých pacientů jsou RA způsobeny zpravidla následkem perforace zadní stěny cizím tělesem, nebo iatrogeně. Dále se u dospělých může jednat o skluzný absces při petrozitidě nebo maligní externí otitidě.

Klinický obraz RA u dítěte se podobá akutní epiglottitidě. Dominují febrilie, dysfagie, odynofagie, slinění a stridor, který však nemusí být přítomen v časném stadiu. S poklesem incidence akutních epiglottitid po zavedení očkování proti *H. influenzae* typu B pojmenoval Lee pro podobnost příznaků RA jako „epiglottitidu nového milénia“ (8). Častým příznakem bývá porucha hybnosti krku. V práci Crai-

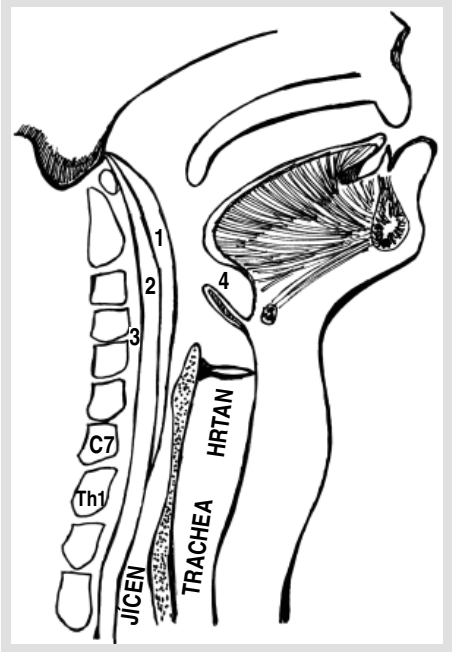
Obrázek 1. CT vyšetření v sagitální rovině – postkontrastně se síťící retrofaryngeální absces



Obrázek 2. CT vyšetření v axiální rovině – postkontrastně se síťící retrofaryngeální absces



Obrázek 3. Schéma retrofaryngeálního prostoru v sagitální rovině. 1 – retrofaryngeální prostor, 2 – nebezpečný prostor, 3 – prevertebrální prostor, 4 – epiglotis

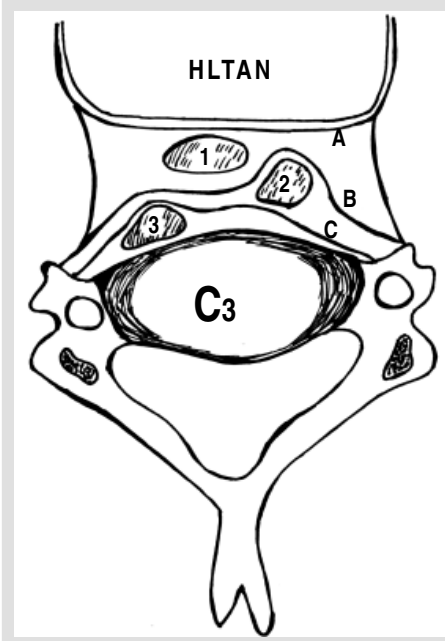


ga mělo ze 64 pacientů s RA až 45% zatuhlý krk s poruchou extenze (dětí v předklonu), 36,5% mělo tortikolis a 12,5% trpělo poruchou flexe (3). Dawes udává 67% zastoupení tortikolis mezi příznaky RA (4). Omezená hybnost krku by proto určitě měla být pro nás jedním z impulsů k úvaze o možném RA, i když není na krku patrná zjevná rezistence. Dalšími příznaky RA jsou bolest hlavy, zvracení, otalgie a otok krku.

Nejčastějším patogenem bývá *Streptococcus pyogenes* (1, 3, 5) a dále následují *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* a anaeroby (*Bacteroides* sp., *Peptostreptococcus* sp., *Fusobacterium* sp.). Často je přítomná smíšená bakteriální flóra (2).

Diagnóza je stanovena na základě klinického podezření, fyzikálního vyšetření a CT krku s kontrastem. CT vyšetření by mělo být provedeno u všech nejasných zánětlivých procesů v oblasti krku. Podstatná je asymetrie zadní stěny hltanu (vidíme polokulovité vyhlazené vyklenutí, které může být

Obrázek 4. Schéma retrofaryngeálního prostoru a retrofaryngeálních abscesů v axiální rovině. 1 – abscesové ložisko v retrofaryngeálním prostoru, 2 – absces v nebezpečném prostoru (danger space), 3 – absces v prevertebrálním prostoru, A – střední list hluboké krční fascie, B – alární list hluboké krční fascie, C – prevertebrální list hluboké krční fascie kryjící obratle



zarudlé), je třeba však na tento projev RA myslet, jinak asymetrii můžeme přehlédnout. Sonografické vyšetření krku není vhodné pro přítomnost akustických stínů způsobených vzduchem v hltanu, což se potvrdilo také v naší kazuistice.

Nebezpečí RA spočívá v obstrukci dýchacích cest, v šíření infekce do mediastina s rozvojem mediastinitidy a v rozvoji septického stavu. Další možné komplikace jsou aspirační pneumonie, epiglottitida, meningitida, nekrotizující fasciitida, perikarditida, pyopneumotorax a jiné (11).

Základem **léčby** je chirurgická drenáž, podávání širokospektrých ATB a monitorování dýchacích cest (nebo jejich zajištění). Chybou je, pokud se s chirurgickou intervencí váhá a oddaluje se, neboť CT vyšetření suspektního abscesu poskytuje 10-15% falešně pozitivních či falešně negativních výsledků.

Tabulka 1. Retrofaryngeální absces – shrnutí

Retrofaryngeální absces
- vzniká na podkladě abscedujících lymfadenitidy - klinický obraz je podobný akutní epiglottitidě - častá je porucha hybnosti krku - nej důležitější v diagnostice je CT s kontrastem - léčba – drenáž, ATB a zajištění dýchacích cest

Proto se k incizi a drenáži přikláníme i tehdy, pokud CT vyšetření typické sítě se abscesové ložisko neprokáže, ale podezření na absces trvá a stav pacienta se horší nebo se nelepší (5). Při zbytečném vyčkávání s chirurgickou intervencí hrozí riziko průniku infekce z vlastního retrofaryngeálního prostoru do dalších prostor („danger space“, parafarynx, mediastinum) s rizikem fatálních komplikací.

K drenáži abscesového ložiska existují 2 přístupy – transorální a zevní. Transorální přístup se provádí zásadně v celkové intubační anestezii s hlavou v záklonu, aby se zabránilo zatékání hnisu do dýchacích cest. Zevní přístup zpravidla u prostého RA nutný není a uchylujeme se k němu, pokud dojde k šíření abscesu do parafaryngeálního prostoru, do mediastina a při perzistenci abscesu po předchozí transorální intervenci. Názor některých autorů (6, 10), že za určitých okolností je možné zkusit léčit pacienty s RA jenom podáváním ATB, zásadně odmítáme. Riziko přechodu infekce do mediastina pokládáme za podstatně vyšší než rizika relativně krátké celkové anestezie a chirurgického výkonu.

Závěr

RA u dětí je zřídka, ale závažnou hlubokou krční infekcí. Svými příznaky je velmi podobný akutní epiglottitidě. V případě podezření na RA je vždy nutná ústavní léčba a CT vyšetření s kontrastem. Drenáž abscesu v celkové anestezii, systémová ATB léčba a zajištění dýchacích cest představují základní léčebná opatření (tabulka 1).

MUDr. Karol Zeleník

Otorinolaryngologická klinika FN Ostrava
17. listopadu 1790, 708 00 Ostrava-Poruba
e-mail: zelenik@pobox.sk

Literatura

1. Abdel-Haq MN, Harahsheh A, Asmar IB. Retropharyngeal abscess in children. The emerging role of group A beta hemolytic streptococcus. *Southern Medical Journal*, 2006; 99(9): 927–931.
2. Brook I. Microbiology of polymicrobial abscesses and implications for therapy. *Journal of Antimicrobial Therapy*, 2002; 50: 805–810.
3. Craig WF, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging and current management. *Pediatrics*, 2003; 111: 1394–1398.
4. Dawes LC, Bova R, Carter P. Retropharyngeal abscess in children. *ANZ J. Surg.*, 2002; 72: 417–420.
5. Komínek P, Chrobok V, Astl J a kolektiv. Záněty hltanu. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2005, s. 323.
6. Lalakea M, Messner AH. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1999; 121: 398–405.
7. Lazor JB, Cunningham MJ, Eavey RD, Weber AL. Comparison of computed tomography and surgical findings in deep neck infection. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1994; 111: 746–750.

8. Lee SS, Schwartz RH, Bahadori RS. Retropharyngeal abscess: epiglottitis of the new millennium. *J. Pediatr.*, 2001; 138: 435–437.
9. Matoušek P, Komínek P, Vantuch P. Retrofaryngogoezofageální absces. *Otorinolaryng. a Foniatr.* (Prague), 2003; 52(3): 149–152.
10. McClay EJ, Murray DA, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 2003; 129: 1207–1212.
11. Phillpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR. Paediatric retropharyngeal abscess. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 2004; 118(12): 919–926.
12. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, Casselbrant ML, Gonzalez-Valdepena H, Bluestone CD. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1995; 112: 375–382.