

TORTIKOLIS JAKO PROJEV RETROFARYNGEÁLNÍHO ABSCESU

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Kamila Michálková², MUDr. Jaroslava Mikulášová², MUDr. Radim Vidura³, MUDr. Jaroslav Wiedermann¹, MUDr. Jiří Reitingер¹, MUDr. Josef Tenora¹, MUDr. Vlastimila Tichá, CSc.⁴, MUDr. Hana Kazdová⁵, MUDr. Radomír Vala⁶

¹Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, ²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc,

³Otolaryngologická klinika LF UP a FN Olomouc, ⁴Ústav patologie LF UP a FN Olomouc

⁵Dětské oddělení, Okresní nemocnice Vsetín, ⁶Radiodiagnostické oddělení, Okresní nemocnice Vsetín

Retrofaryngeální absces (RFA) je méně častá, ale potenciálně život ohrožující infekce hlubokých prostor krku. Jeho incidence má vzhledem k velmi rozšířenému podávání antibiotik a zlepšující se lékařské péči neustále klesající charakter. V dětském věku je pro vývoj RFA důležitý prostor mezi zadní stěnou faryngu a prevertebrální fascií, protože obsahuje hodně lymfatických uzlin (tzv. Henleyho uzliny), které drénují prostory nosohltanu a zadní nosní průduchy. Klinický význam retrofaryngeálního prostoru je zřejmý z jeho anatomického vztahu k mnohým strukturám (laterálně jsou v karotickém pouzdře uloženy cévy a nervy, trachea a jícen probíhají v přední části a krční obratle jsou na jeho zadní straně). Retrofaryngeální prostor sahá od báze lebni až k mediastinu do úrovně prvního nebo druhého hrudního obratle a umožňuje rozšíření infekce do mezihrudí nebo do jiných hlubokých tkání krku. RFA je diagnostikován primárně u dětí batolecího věku jako komplikace hnisavých onemocnění horních cest dýchacích; i když je tato entita pozorována velmi často i u adolescentů a dospělých. Převládání RFA u mladších dětí je dána skutečností, že Henleyho mizní uzliny po pátém roku života spontánně regredují a z tohoto prostoru nenávratně mizí. Poranění ústní dutiny je druhou významnější příčinou RFA (bodné rány kuličkovým nebo inkoustovým perem nebo jinými ostrými předměty). U adolescentů a dospělých jsou nejčastější příčinou RFA zevní poranění, pozření cizího tělesa nebo instrumentace, jakou je intubace nebo ezofagoskopie.

Kazuistika

Čtyřletá dívka byla doporučena k hospitalizaci pro tři dny trvající vysoké teploty do 39 °C. Stěžovala si na bolest hlavy a na bolest krku vpravo, byla malátná („boli celé tělo“), odmítala jídlo, ale nezvracela. Před měsícem byla léčena antibiotiky pro impetigo. *Při přijetí na dětské oddělení* dominoval tortikolis – antalgické postavení hlavy, byla přítomna hojná hlenová sekrece z nosu, oboustranný katarální zánět na palatinálních tonzylách. Mírná akcentace oboustranných lymfatických uzlin za kývačí. Laboratorní vyšetření: CRP 89,8 mg/l, FW 120 mm/hod, albumin 34,2 g/l, ALT 0,27 µkat/l, AST 0,40 µkat/l, urea 2,1 mmol/l. Moč+sediment: bílkovina 0, aceton 4; v sedimentu 8 leukocytů a 1 erytrocyt.

Vyšetření krku počítačovou tomografií (CT): retrofaryngeálně a parafaryngeálně vlevo byl patrný rozsáhlý útvar velikosti 35×20×45 mm. Kraniálně měla prstenčitý charakter s nesyťicím se centrem – tato tekutinová složka měla rozměry 24×12×22 mm a kolem ní byl výrazně syťic se prstenec. Útvar začínal těsně pod bázi lebni a kaudálně se táhl do výše glotis. Struktury faryngu i laryngu byly deviovány dopředu a doprava. Závěr: Rozsáhlý levostranný retro/parafaryngeální absces s kolikvací ve své kraniální části (obrázek 1). Bylo doporučeno konziliární vyšetření na ORL klinice a následná hospitalizace na dětské klinice.

Při přijetí na kliniku byla pacientka lucidní, orientovaná, ustrašená, bojácná, reagovala přiměřeně, tortikolis přetrvával, rotace byla omezena, anteflexe volná, ale omezený záklon. Uši nebolestivé, bez výtoku. Z nosu měla hlenohnisavou sekreci, která byla vidět i na zadní stěně hltanu, drobné povlázky na patrových tonzylách. Byla zduřena levá submandibulární krajina s mírnou lymfadenopatií, citlivou na pohmat. Dýchání bylo skřípkové, volné a symetrické, bez známek dyspnoe, akce srdeční byla pravidelná, ozvy ohraničené,

počet dechů 32/min, pulz 120/min, TK 120/70 mm, saturace 96 %, teplota 37,4 °C. Břicho v niveau, klidné, peristaltika slyšitelná, bez organomegalie, končetiny bez otoků, periferie dobře prokrvená s normálním kapilárním návratem, periferní otoky nebyly pozorovány.

Laboratorní vyšetření: Hb 111 g/l, erytrocyty $4,30 \times 10^{12}/l$, leukocyty $21,3 \times 10^9/l$, destičky $497 \times 10^9/l$, diferenční rozpočet: granulocyty 79,3 %, lymfocyty 9,5 %, monocyty 6,9 %, eozinofily 0,4 %, bazofily 3,9 %, CRP 82,1 mg/l, moč+sediment: pH 5, ketolátky 2, urobilinogen 1, erytrocyty 3, leukocyty 11, Quick 87 %, Quick-INR 1,10, aPTT 30 s, K 3,64 mmol/l, Na 136 mmol/l, Ca 2,51 mmol/l, Mg 0,8 mmol/l, osmolalita séra 284 mmol/l, ALT 0,12 µkat/l, AST 0,36 µkat/l.

Obrázek 1. CT vyšetření krku: rozsáhlý levostranný retro/parafaryngeální absces s kolikvací (šipka). Struktury faryngu jsou odtlačeny dopředu a doprava.



Rentgen (rtg) plic: normální nálezy na srdci a na plicích, mediastinum bylo přiměřeně široké.

Po doplňujícím vyšetření bylo v den přijetí provedena na ORL klinice levostranná tonzilektomie, při které nebyla nalezena komunikace s abscesovou dutinou, která byla ale přítomna za levou stranou zadní stěny faryngu. Skalpelem byl tento prostor otevřen, byla provedena incize a dilatace, po které se vyřinulo větší množství (cca 3 cm³) mléčně zkaleného hnisu, který byl odeslán na bakteriologické vyšetření.

Mikrobiologické vyšetření hnisu (po pomnožení): *Streptococcus sp.* (viridující) a *Neisseria sp.* Anaerobní kultivace negativní.

Histologie patrové tonzily: tkáň tonzily s objemnými antigeně stimulovanými lymfatickými folikuly a obrazem katarálně hnisavého zánětu (obrázek 2 a 3). Tři následující dny bylo dítě hospitalizováno na Jednotce intenzivní a resuscitační péče dětské kliniky: mělo jen subfebrilní teploty, saturace O₂ mezi 97–100 %, perorální příjem byl menší, nezvracelo, mělo mírné bolesti při polykání. V celkové anestézii byly prováděny dilatace abscesové dutiny (celkem třikrát). Druhý den ještě odtékal hnisavý obsah. Třetí den byla dilatace dutiny s následným výplachem již negativní, vyklenutí faryngu je podstatně menší. Laboratorní vyšetření (3. den hospitalizace): Hb 105 g/l, erytrocyty $4,0 \times 10^{12}/l$, Le $5,70 \times 10^9/l$, destičky $530 \times 10^9/l$, CRP 27,9 mg/l. Kontrolní CT vyšetření druhý den již prokazovalo zmenšení abscesové dutiny v průměru na 15 mm. Dítě bylo léčeno klindamycinem (5 dnů i. v. aplikace), dalších 10 dnů orální formou – kapsle. Při opakovaném ORL vyšetření byla zjištěna adenoidní vegetace, která byla po období rekonvalescence doporučena k adenotomii.

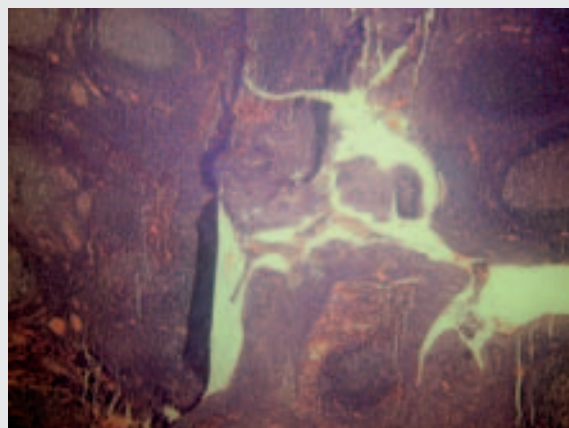
Diskuze

Klinická prezentace RFA se liší v závislosti na věku: častými projevy RFA u kojenců je horečka, slinění, nechutenství a stridor. Některé případy RFA probíhají pod obrazem sepsy. V anamnéze často zjistíme zánět horních cest dýchacích, méně často i zánět středního ucha. Při fyzikálním vyšetření dominuje krční adenopatie a nuchální rigidita, zduření stěny hltanu lze spatřit velmi obtížně vzhledem k malé šíři orofaryngu. U starších dětí je kromě horečky charakteristická bolest v krku, bolest krku, dysfagie, tortikolis, slinění nebo hlas připomínající „horký brambor“ v ústech. Diagnóza RFA je kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření založena na prostém bočním rentgenovém snímku s přítomným rozšířením prevertebrálních měkkých tkání. Mnohem přesnější zobrazovací metodou je CT vyšetření, které umožní diferenciaci abscesu od celulitidy (senzitivita CT vyšetření pro RFA je 75–100 %) (2). Rentgenové vyšetření hrudníku je rovněž nezbytnou součástí diagnostiky RFA, neboť usnadní vyloučit mediastinitidu a aspirační pneumonii. Častými patogeny RFA jsou *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* skupiny A, *Klebsiella sp.*, ale i anaeroby (1, 2, 3). Z toho vychází i doporučení iniciační antibiotické léčby (kombinované peniciliny, klindamicin, metronidazol, cefalosporiny).

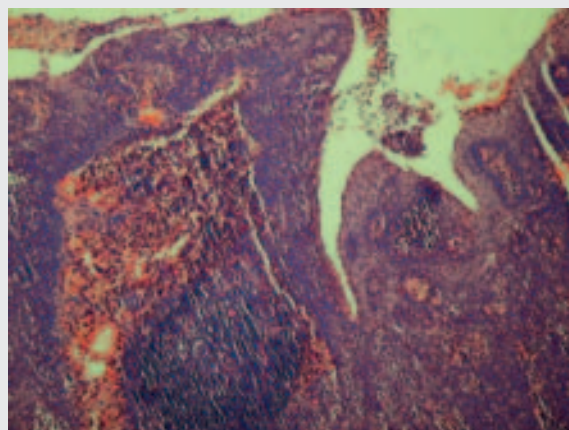
Literatura:

1. Herendeen NE, Szilagyi PG. Retropharyngeal abscess. In: Behrman RE, (ed). Textbook of pediatrics (ed) 16. Philadelphia Saunders WB Co. 2000: 1266.
2. Morrison JJr, Pashley NR. Retropharyngeal abscess in children: A 10 year review. *Pediatr Emerg Care* 1988; 4: 9–11.

Obrázek 2. V přehledu patrná v hloubce široce dilatovaná krypta se zánětlivými elementy v lumen a v lemujícím epitelu (40× HE)



Obrázek 3. Detailní záběr na zánětlivě změněnou kryptu v hloubce tonzily (100× HE)



RFA může v dětském věku být často život ohrožující infekcí pro své závažné komplikace (3). Mezi akutní komplikace patří obstrukce dýchacích cest a aspirace. Mnohem závažnějšími komplikacemi je ale provalení abscesu do plic s rozvojem pneumonie a empyemu nebo jeho ruptura do mezihrudí a s rozvojem mediastinitidy. Za závažnou komplikaci je považováno i krvácení z erodovaných velkých cév krku. Z diferenčně diagnostického hlediska je důležité odlišit RFA od laryngitidy. Tlak abscesu na stěnu laryngu může být příčinou stridoru. Každá akutní laryngitida, která je provázena vysokými horečkami a „toxickým“ vzhledem dítěte, by proto rozhodně měla být vyšetřena krčním specialistou. U našeho pacienta, kromě jiných typických příznaků, dominovala při diagnóze RFA tortikolis s antalgickým držením hlavy. Uvádí se, že kvůli svalovému spazmu je tortikolis častěji pozorována u pacientů s parafaryngeálně uloženým abscesem (1).

3. Toback S, Herr S. Retropharyngeal abscess in a toxic-appearing infant. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17: 255–257.