

Retrofaryngeální absces

Retrofaryngeální absces (RA) je hluboká krční infekce, která se typicky vyskytuje u dětí. Dojde-li k dalšímu šíření infekce, může nastat ohrožení života. RA vzniká nejčastěji na podkladě abscedující lymphadenitidy, po předcházející infekci horních dýchacích cest, typicky v období mezi 2.–4. rokem života. RA svými příznaky velmi připomíná epiglottitidu.

Anatomické a patofyziologické souvislosti

Retrofaryngeální prostor se v širším slova smyslu nachází mezi zadní stěnou hltanu a přední stěnou krční páteře. 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 baze lební k mediastinu a umožňuje rozšíření infekce do mezihrudí nebo do jiných hlubokých tkání krku.

Z hlediska možného šíření infekce je důležité jeho rozdělení fasciálními listy na 3 samostatné prostory. Vlastní **retrofaryngeální (Gilleteho) 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 Th1. Mezi alárním listem a prevertebrálním listem hluboké krční fascie se nachází tzv. **nebezpečný prostor** („danger space“), který volně přechází do **zadního mediastinu** a kaudálně je ohraničen až bránicí.

Z klinického hlediska je důležité, že v retrofaryngeálním prostoru se nachází pojivová tkáň a **lymfatické (Rouvierovy) uzliny**.

RA je diagnostikován primárně u batolat jako **komplikace hnisavých onemocnění horních cest dýchacích**. Převládání RA v této věkové skupině je dáno skutečností, že Rouvierovy lymfatické uzliny po 5. roku života spontánně regredují a nenávratně z tohoto prostoru mizí.

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.



prevertebrální otok měkkých tkání (šipka)

Etiologie

Nejčastějším patogenem bývá *Streptococcus pyogenes* a dále následují *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* a anaeroby (*Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp.). S rozšířením rutinního očkování proti *Haemophilus influenzae* typu b, extrémně ubylo infekcí vyvolaných tímto kmenem. Často je přítomna smíšená bakteriální flora.

Klinický obraz

Klinický obraz RA se podobá akutní epiglottitidě. Dominují **febrilie, dysfagie, odynofagie, slinění a stridor**, který však nemusí být přítomen v časném stadiu. Hlas může připomínat „horký brambor v ústech“. Častým příznakem bývá porucha hybnosti krku (poruchy flexe, extenze, torticollis).

Dalšími příznaky jsou bolest hlavy, nechutenství, zvracení, otalgie, adenopatie. Dítě často přichází i s obrazem sepsy nejasné etiologie nebo s příznaky „toxické“ laryngitidy.

Omezená hybnost krku u febrilního nebo nemocně vypadajícího dítěte by proto určitě měla být impulzem k úvaze o možném RA.

Diagnostika

Diagnóza je stanovena na základě klinického podezření, fyzikálního vyšetření a **CT krku s kontrastem**. CT scan by měl být proveden u všech nejasných zánětlivých procesů v oblasti krku. Podstatná je **asymetrie zadní stěny hltanu**. CT rovněž dovede diferencovat absces od celulitidy. UZV v této indikaci není přínosné. Při potvrzené diagnóze RA rutinně provádíme **RTG hrudníku** k vyloučení aspirační pneumonie nebo mediastinitidy.

Komplikace

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, pyopneumothorax a jiné.

Terapie

Základem léčby je **chirurgická drenáž**, podávání širokospektrých **antibiotik** a monitorování průchodnosti dýchacích cest nebo jejich zajištění tracheální intubací. Chybou je, pokud se s chirurgickou intervencí váhá a oddaluje se, neboť CT vyšetření suspektního abscesu poskytuje 10–15 % falešně pozitivních či negativních výsledků. Proto k incizi a drenáži přistupujeme i při negativním CT nález, pokud se klinický stav pacienta horší nebo nelepší. Při zbytečném vyčkávání s chirurgickou intervencí hrozí riziko průniku infekce z vlastního retropharyngeálního prostoru do dalších prostor („danger space“, parapharynx, mediastinum) s rizikem fatálních komplikací.

Pokud není vytvořen absces a jsou známky „pouze“ celulitidy postačuje konzervativní terapie. Volíme antibiotika s citlivostí na grampozitivity a anaeroby, tj. klindamycin nebo potencované aminopeniciliny.

Odkazy

Související články

Zdroj

- HAVRÁNEK, Jiří: *Infekce horních dýchacích cest*.