

© Team of authors, 2023 / © Коллектив авторов, 2023

Retropharyngeal abscess in an adult

V.E. Arevina, A.V. Inkina

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russia
Contacts: Inkina Anna Vasilyevna – e-mail: larynx07@rambler.ru

Ретрофарингеальный абсцесс у взрослого пациента

В.Е. Аревина, А.В. Инкина

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия
Контакты: Инкина Анна Васильевна – e-mail: larynx07@rambler.ru

成人咽后脓肿

V.E. Arevina, A.V. Inkina

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russia
通讯作者: Inkina Anna Vasilyevna – e-mail: larynx07@rambler.ru

Doi: 10.25792/HN.2023.11.3.28–32

Background. Retropharyngeal abscess occurs mainly in early childhood as a result of suppuration of the retropharyngeal lymph nodes and proceeds as an acute, highly symptomatic process. It is extremely rare for a retropharyngeal abscess to occur in adults after injury to the posterior pharyngeal wall by a foreign body or as a result of an inflammatory process. In these cases, the condition often has a latent chronic course, which leads to diagnostic errors and, as a result, to a late start of adequate treatment. Due to the peculiarities of the topography of the retropharyngeal space, such complications of the retropharyngeal abscess as mediastinitis, aspiration pneumonia, airway obstruction, jugular vein thrombophlebitis, and sepsis can develop.

Case description. Patient M., female, 38 years old, was admitted with complaints of throat pain on swallowing on the left, pain in the upper third of the lateral neck on the left, headache, and fatigue. No purulent discharge was obtained with fine needle aspiration in the region of the posterior wall of the oropharynx on the left, in the place of the most prominent bulging. Contrast-enhanced computed tomography of the neck demonstrated an additional low-density structure in the retropharyngeal space. Lack of contrast enhancement of the internal jugular vein on the left with presumptive compression (previously, the lumen was narrowed to thread-like). The submandibular, parapharyngeal, and retropharyngeal spaces were opened on the left through the cervical collar incision (about 5 ml of purulent to serous discharge was obtained from the retropharyngeal space, and purulent discharge was obtained from the previously performed incision when washed through the drainage from the side of the oral cavity).

Outcomes. The 38-year-old patient successfully underwent surgical treatment of a retropharyngeal abscess opened with a combined approach. There were no complications in the postoperative period.

Key words: retropharyngeal abscess, abscess, retropharyngeal space, retropharyngeal, prevertebral soft tissues, cold abscess

Conflicts of interest. The author have no conflicts of interest to declare.

Funding. There was no funding for this study

For citation: Arevina V.E., Inkina A.V. Retropharyngeal abscess in an adult. Head and neck. Russian Journal. 2023;11(3):28–32

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

Актуальность. Заглоточный абсцесс встречается преимущественно в раннем детском возрасте в результате нагноения заглоточных лимфатических узлов и протекает как острый процесс с яркой клинической картиной. Крайне редко заглоточный абсцесс встречается у взрослых после травмы задней стенки глотки инородным телом или как следствие воспалительного процесса и часто носит вялое хроническое течение, которое приводит к диагностическим ошибкам и, как следствие, к позднему началу адекватного лечения. В силу особенности топографии заглоточного пространства могут развиваться такие осложнения заглоточного абсцесса, как медиастенит, аспирационная пневмония, обструкция дыхательных путей, тромбоз венозной вены, сепсис.

Клинический случай. Пациентка М., 38 лет поступила с жалобами на боль в горле при глотании слева и на боль в верхней трети боковой поверхности шеи слева, головную боль, общую слабость. При пункции в области задней стенки ротоглотки слева в месте наибольшего выбухания гнойного отделяемого не было

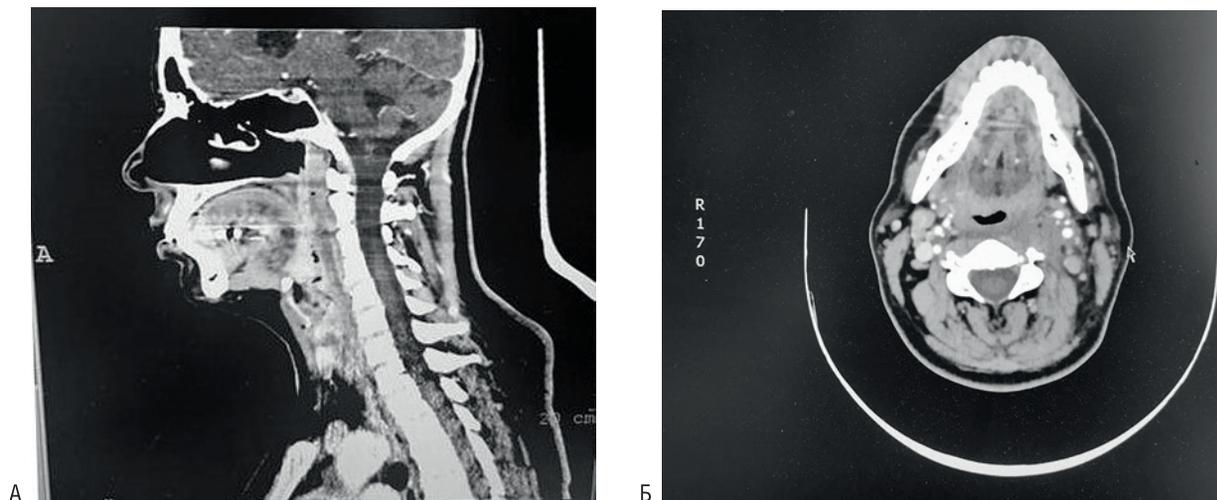


Рис. 1. Ретрофарингеальный абсцесс

Fig. 1. Retropharyngeal abscess

этой проблеме и подготовки персонала с целью своевременной диагностики и адекватной терапии подобных больных [11].

Заглоточный абсцесс относится к неотложным состояниям и требует максимальной настороженности. Методом выбора является хирургическое вмешательство, в ходе которого абсцесс вскрывают, дренируют, проводят антисептические процедуры. Подбирают антибактериальные препараты широкого спектра действия, назначают противовоспалительные, жаропонижающие, антигистаминные препараты, щадящий режим и наблюдение [12].

Целью антимикробной терапии является эрадикация микроорганизмов с целью как уменьшения симптомов инфекции, так и предупреждения развития осложнений. Основным бактериальным агентом является β -гемолитический стрептококк группы А, наличие которого подтверждается примерно у 31% больных. Среди прочих возможных возбудителей упоминают гемолитические стрептококки других групп, золотистый стафилококк, энтеробактерии, гемофильную палочку [13]. Многолетний опыт лечения острой гнойной воспалительной патологии ЛОР-органов свидетельствует о том, что эффективность терапии острых инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов в значительной степени обусловлена тем, насколько своевременно и рационально проводится системная антибактериальная терапия, поскольку антибиотики относятся к этиотропным лекарственным средствам, избирательно подавляющих жизнедеятельность микробной флоры и обладающих специфичностью в отношении возбудителей инфекционных заболеваний человека [14, 15].

Прогноз в решающей степени зависит от своевременности обращения за помощью.

Клинический случай

Пациентка М., 38 лет поступила в ЛОР-отделение МОНКИ с жалобами на боль в горле при глотании слева и боль в верхней трети боковой поверхности шеи слева, головную боль, общую слабость. Данные жалобы беспокоили в течение 5 дней. Больная получала консервативное лечение у невролога без положительного эффекта. Температура тела не повышалась.

Бригадой СМП больная была доставлена в приемное отделение ГБУЗ МО МОНКИ, где была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (КТ) шеи и головного мозга с контрастным усилением, по данным которой определялась дополнительная структура пониженной плотности в ретрофарингеальном пространстве. Отсутствие контрастирования внутренней яремной вены слева – компрессия? (рис. 1).

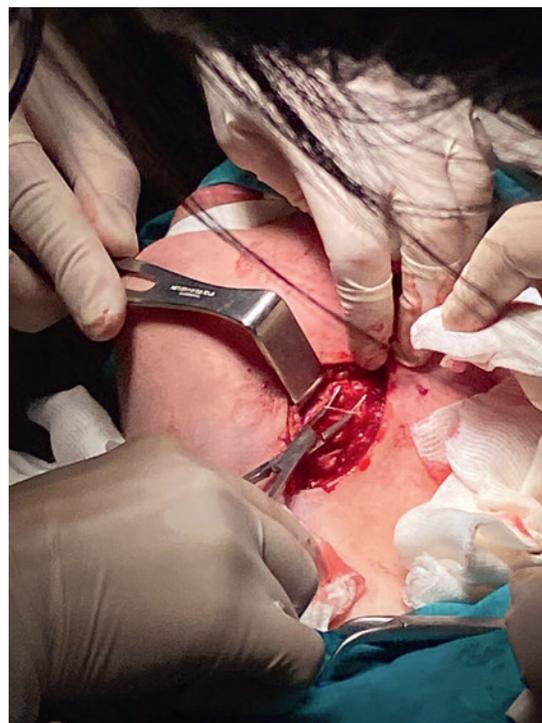
При поступлении состояние средней степени тяжести. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Температура тела 36,5 °С, артериальное давление 120/75 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 74 уд./мин. Оториноларингологический осмотр при поступлении: при фарингоскопии – тризм жевательной мускулатуры 1-й степени, выбухание задней стенки ротоглотки слева, между корнем языка и небной занавеской, где слизистая оболочка незначительно гиперемирована. Небные миндалины – за небными дужками, налет отсутствует. Остальная слизистая оболочка ротоглотки розовая, чистая. Форма шеи изменена за счет припухлости в области верхней трети шеи слева, кожные покровы в этой области гиперемированы, болезненные при пальпации, определяется увеличенный лимфатический узел.

Больной была выполнена комплексная лабораторная диагностика: уровень С-реактивного белка (СРБ) составил 113,52 мг/л, число лейкоцитов – $10,1 \times 10^9$ /л. В целях дифференциальной диагностики и определения дальнейшей тактики лечения в тот же день под местной анестезией была выполнена пункция в области задней стенки ротоглотки слева в месте наибольшего выбухания. Гнойного отделяемого получено не было. Был выполнен вертикальный разрез длиной около 1 см по задней стенке ротоглотки слева в месте выбухания, при разведении краев было получено геморрагическое отделяемое. Был взят посев на флору и чувствительность: *Staphylococcus epidermidis* 10^3 . Была назначена антибактериальная терапия, антигистаминные и обезболивающие препараты.

С учетом клинической картины, результатов контрастно-го КТ-исследования и лабораторных анализов больной был выставлен диагноз «Ретрофарингеальный абсцесс. Шейная лимфаденопатия слева».



А



Б

Рис. 2. Послойное рассечение слоев шеи

Fig. 2. Layer-by-layer dissection of the cervical layers

Учитывая жалобы больной, данные клинической картины и КТ-исследования, клинико-лабораторные данные, отсутствие гнойного отделяемого при пункции и вскрытии боковой поверхности глотки слева через полость рта, было принято решение о проведении хирургического лечения под общей анестезией (вскрытие парафарингеального, окологлоточного и подчелюстного пространств шеи слева через колыярный доступ).

Под наркозом в положении больной на спине, с подложенным под лопатки валиком и поворотом головы вправо выполнен разрез кожи от угла нижней челюсти слева вниз по передней краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы длиной около 10 см. Рассечены кожа, подкожно-жировая клетчатка, подкожная мышца шеи (рис. 2). Грудинно-ключично-сосцевидная мышца мобилизована и отведена вместе со сосудисто-нервным пучком латерально. Тупым путем вскрыто подчелюстное и парафарингеальное пространства слева. Получено серозное отделяемое. Внутренние фасции шеи отслоены, рассечены. Превентивные мягкие ткани шеи отслоены вдоль позвоночника вверх, вскрыто ретрофарингеальное пространство шеи, получено около 5 мл гнойно-серозного отделяемого. Взят посев на флору и чувствительность к антибиотикам: *S. epidermidis* 10⁵, *Enterococcus faecalis* 10³. Установлены 2 однопросветных дренажа (в ретрофарингеальное и парафарингеальное пространства). При промывании через дренажи со стороны полости рта получено гнойное отделяемое (из ранее выполненного разреза). В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, применялись антигистаминные препараты и обезболивание, промывание раны по дренажам, которые были заменены на резиновые выпускники на 2-е сутки. Ввиду отсутствия гнойного отделяемого из раны, нормальных показателей клинических анализов крови (СРБ 40,25 мг/л, лейкоциты 9,8x10⁹/л), нормальной температурной реакции, отсутствия жалоб пациентки,

ее удовлетворительного состояния, дренажи были удалены на 3-е сутки. Под местной анестезией края раны были освежены, рана послойно ушита узловыми швами (мышцы, подкожная клетчатка). На кожу наложен косметический шов. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Заглоточный абсцесс встречается в основном в детской практике в силу возрастных анатомических особенностей. Редкая встречаемость заглоточных абсцессов у взрослых и часто вялое хроническое течение приводит к диагностическим ошибкам и, как следствие, к позднему началу адекватного лечения [3]. Мы предполагаем, что представленный опыт может быть полезен при выборе метода лечения у взрослых пациентов с ретрофарингеальным абсцессом.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник для студ. мед. вузов. 2-е изд., испр. и доп. М., 2008. 649 с. [Palchun V.T., Magomedov M.M., Luchikhin L.A. Otorhinolaryngology. Textbook for students of medical universities. 2nd edition, revised and supplemented. M., 2008. 649 p. (in Russ.).]
2. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М., 2012. 288 с. [Palchun V.T., Luchikhin L.A., Kryukov A.I. Inflammatory diseases of the pharynx. M., 2012. 288 p. (in Russ.).]
3. Алиев Ш.М., Шпотин В.П., Эдильсultanов У.В. и др. Опыт лечения больных заглоточным абсцессом. Трудный пациент. 2020;18(11–12):44–6. Doi: 10.24411/2074-1995-2020-10083. [Aliiev Sh.M., Shpotin V.P., Edilsultanov U.V. et al. Experience of treatment of patients with pharyngeal

- abscess. *Trudnyj pacient*. 2020;18(11-12):44-6. Doi: 10.24411/2074-1995-2020-10083. (in Russ.).
4. Borgohain B. Prompt restoration of airway along with rapid neurological recovery following ultrasonography-guided needle aspiration of a tubercular retropharyngeal abscess causing airway obstruction. *Singapore Med. J.* 2011;52:229–31.
 5. Garg A., Wadhera R., Gulati S.P., et al. Giant retropharyngeal abscess secondary to tubercular spondylitis. *Indian J. Tuberc.* 2009;56:225–8.
 6. Назаров С.С., Решетнева Е.В., Иноземцева А.И. и др. Лекарственная устойчивость при распространенном туберкулезном спондилите у пациентов с ВИЧ-инфекцией и с ВИЧ-негативным статусом. *Мед. альянс*. 2015;1:160. [Nazarov S.S., Reshetneva E.V., Inozemtseva A.I., et al. *Lekarstvennaya ustoichivost pri rasprostranennom tuberkuloznom spondilite u patsientov s VICH-inphektsiej i VICH-negativnym statusom. Med. Alyans*. 2015;1:160 (in Russ.)].
 7. Ozbek C., Dagli S., Tuna E.E., et al. Giant retropharyngeal abscess in an adult as a complication of acute tonsillitis: case report. *Ear. Nose Throat J.* 2009;88:20–2.
 8. Hoffmann C., Pierrot S., Contencin P., et al. Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2011;75:1099–103.
 9. Киселев А.С., Раковский А.В., Типикин В.П. Случай гигантского заглочного абсцесса. *Рос. оториноларингология*. 2005;5(18):135–7. [Kiselev A.S., Rakovsky A.V., Tipikin V.P. A case of giant retropharyngeal abscess. *Ros. otorinolaringologija*. 2005;5(18):135-7 (in Russ.)].
 10. Родионов Н.Ф., Кулагин А.Я., Косолапов И.Н. Ретрофарингеальный абсцесс у взрослой больной, осложненный гнойным менингоэнцефалитом. *Вестник оториноларингологии*. 2011;5:68–9. [Rodionov N.F., Kulagin A.Y., Kosolapov I.N. *Retropharyngeal abscess in an adult patient complicated by purulent meningoencephalitis. Vestnik otorinolaringologii*. 2011;5:68-9 (in Russ.)].
 11. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Гнойные осложнения воспалительных заболеваний глотки. *РМЖ*. 2015;6:332. [Svistushkin V.M., Mustafaev D.M. *Purulent complications of inflammatory diseases of the pharynx. RMJ*. 2015;6:332 (in Russ.)].
 12. Забиров Р.А., Резниченко А.В., Багаудинов А.А. Заглочные абсцессы у взрослых и их хирургическое лечение. *Российская оториноларингология*. 2013;4:152–4. [Zabirov R.A., Reznichenko A.V., Bagaudinov A.A. *Zaglotochnie abscessi u vzroslykh i ikh khirurgicheskoe lechenie. Rus. Otorhinolaryngol.* 2013;4:152–4 (in Russ.)].
 13. Ludwig E., Thege M.K., Arr M., Kovacs G. Resistance of some selected pathogens to antimicrobials. *Hungary Internat. J. Antimicrob. Agents*. 1995;6(2):99–102.
 14. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике. *Лечащий врач*. 2003;8:48–54. [Dvoretzky L.I., Yakovlev S.V. *Errors in antibacterial therapy of respiratory tract infections in outpatient practice. Lechashij vrach*. 2003;8:48-54 (in Russ.)].
 15. van Buchem F.L., Knotnerus J.A., Schrijnemaekers V.J., Peeters M.F. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet*. 1997;349:683–7.

Поступила 24.07.2022

Получены положительные рецензии 05.08.22

Принята в печать 05.09.22

Received 24.07.2022

Positive reviews received 05.08.22

Accepted 05.09.22

Вклад авторов: А.В. Инкина, В.Е. Аревина – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала. В.Е. Аревина – написание текста. А.В. Инкина – редактирование.

Contribution of the authors: A.V. Inkina, V.E. Arevina – research concept and design, collection and processing of the material. V.E. Arevina – text writing. A.V. Inkina – editing.

Информация об авторах:

Аревина Виктория Евгеньевна – младший научный сотрудник отделения оториноларингологии ГБУЗ МО МОННИКИ им. М.Ф. Владимирского. Адрес: 129110 Москва, ул. Щепкина 61/2; e-mail: vik.dyatlova21@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-5889-7883.

Инкина Анна Васильевна – к.м.н., научный сотрудник отделения оториноларингологии ГБУЗ МО МОННИКИ им. М.Ф. Владимирского. Адрес: 129110 Москва, ул. Щепкина 61/2; e-mail: larynx07@rambler.ru. ORCID: 0000-0002-1093-6764.

Information about the authors:

Victoria Evgenievna Arevina – Junior Researcher, Department of Otorhinolaryngology, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute. Address: 129110 Moscow, 61/2 Shchepkina St.; e-mail: vik.dyatlova21@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-5889-7883.

Anna Vasilievna Inkina – Candidate of Medical Sciences, Research Associate, Department of Otorhinolaryngology, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute. Address: 129110 Moscow, 61/2 Shchepkina St.; e-mail: larynx07@rambler.ru. ORCID: 0000-0002-1093-6764.