



Ascesso retrofaringeo: una patologia emergente in età pediatrica

Giulia Masa, Luca Artusio, Ilaria Brambilla, Patrizia Bulzomì, Elisabetta De Sando,
Letizia Lupo, Vincenza Brizzi, Gian Luigi Marseglia

Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia

Abstract

Ascesso retrofaringeo: una patologia emergente in età pediatrica

L'ascesso retrofaringeo è una complicanza non comune delle infezioni delle alte vie aeree più frequenti in età pediatrica e consiste nell'estensione dell'infezione ai linfonodi dello spazio retrofaringeo e nella loro eventuale suppurazione. La diagnosi di RPA si effettua mediante la TC e la terapia si basa sull'utilizzo di antibiotici per via endovenosa o sull'esecuzione di intervento chirurgico qualora sia necessario. Le complicanze del RPA oggi sono molto rare, ma la mediastinite correlata all'RPA sostenuto da MRSA è un problema reale ed emergente da non sottovalutare. Negli ultimi anni, molti autori hanno rilevato un importante incremento dell'incidenza dell' RPA che si configura come una patologia emergente da considerare nella diagnosi differenziale con altre malattie (es. epiglottite).

Retropharyngeal abscess: an emergent pathology in paediatric age

Retropharyngeal abscess (RPA) is an uncommon complication of upper-respiratory infections in children resulting from spread of infection to and eventual suppuration of retropharyngeal lymph nodes. The diagnosis is based on the use of TC. The patients can be managed with intravenous antibiotics or with surgical intervention, whether it is necessary. Actually the complications of RPA are uncommon, but there is a high correlation between MRSA infection and mediastinitis. Many authors reported a marked rise in the incidence of RPA over recent years so that it can be considered as an emerging disease and as a differential diagnosis of others disease such as epiglottitis.

Introduzione

L'ascesso retrofaringeo (RPA) è una patologia sempre più diagnosticata in ambito pediatrico e per questo è oggetto di recenti studi epidemiologici.

Il RPA è una complicanza non frequente delle infezioni delle alte vie aeree dell'età pediatrica, come faringotonsilliti, sinusiti e otiti dell'orecchio medio. La malattia si localizza a livello dello spazio retrofaringeo, interposto tra la fascia posteriore della faringe e il piano prevertebrale. Tale spazio si prolunga inferiormente nel mediastino e accoglie alcuni piccoli linfonodi che drenano i seni paranasali e il rinofaringe.

Epidemiologia

Storicamente il RPA è stato caratterizzato da un significativo livello di morbosità e mortalità a causa delle sue gravi complicanze quali la sepsi e la mediastinite. Grazie all'utilizzo precoce degli antibiotici la sua prognosi è notevolmente migliorata tant'è che la sua incidenza ha subito fino agli anni '50 un'importante diminuzione. Tuttavia, numerosi studiosi sono concordi nell'affermare che l'incidenza del RPA sia in costante aumento negli ultimi dieci anni, ma le ragioni del riemergere di questa patologia rimangono ancora poco conosciute e oggetto di dibattito.

Alcune ipotesi che sono state avanzate a questo riguardo, ma non ancora confermate sono: l'aumento di infezioni sostenute dallo stafilococco *Aureus* meticillino-resistente; i cambiamenti nelle specie batteriche e modificazioni nella suscettibilità nei loro confronti. Fortunatamente all'aumento dell'incidenza del RPA, corrisponde una riduzione della sua gravità grazie alla diagnosi precoce che permette d'intraprendere tempestivamente un adeguato trattamento prima della comparsa delle sue complicanze.

Se da una parte i dati epidemiologici mettono in evidenza come il RPA sia una malattia emergente in ambito pediatrico, dall'altra parte si assiste ad una importante riduzione dell'incidenza dell'epiglottite, un'altra malattia infettiva tipica dell'infanzia, di frequente riscontro fino agli anni '80. Infatti, l'incidenza dell'epiglottite nella popolazione infantile prima del 1985 era di 3.5-20.9 casi/10.000/anno, mentre dopo l'introduzione del vaccino anti-HiB, la sua incidenza è scesa drammaticamente a 0.3-0.9 casi/10.000/anno, comportando uno spostamento dell'infezione verso l'età adulta e la sua quasi scomparsa nell'età pediatrica.

Alla luce di questi dati epidemiologici si può concludere che l'RPA oggi sta assumendo il ruolo epidemiologico un tempo ricoperto dall'epiglottite e per questo bisogna tenere in considerazione le due patologie nella diagnosi differenziale, perché, nonostante abbiano un'eziologia e una patogenesi diverse, possono presentare un quadro clinico simile.

Epiglottite

L'epiglottite presenta un'eziologia prevalentemente di natura infettiva, il suo principale agente eziologico è *Hemofilus Influenzae* tipo b (HiB), che sostiene il 25% dei casi di epiglottite anche in era vaccinale; altri patogeni responsabili, ma identificati meno frequentemente sono *Streptococcus sp*, *Staphylococcus Aureus*, virus quali HSV1 e 2, VZV, *Parainfluenzae*, EBV e funghi come la candida. Più raramente l'epiglottite può presentare un'eziologia non infettiva e quindi insorgere in seguito a danni termici (soprattutto nei bambini allattati al biberon), traumi, aspirazione di corpi estranei, reazione a chemioterapici, in associazione con asma ed allergie, neoplasie della glottide.

Tipicamente l'epiglottite da HiB provoca un edema flemmoso dell'epiglottide e dell'area sopra glottidea e si presenta prevalentemente nei bambini di età compresa tra i 10 mesi e i 7 anni. L'esordio è improvviso e si manifesta con febbre elevata, stato tossico e distress respiratorio. La sua evoluzione è molto rapida con prognosi riservata. Clinicamente si presenta con il quadro di una sindrome di *croup* con tosse abbaiente, stridore inspiratorio e dispnea inspiratoria.

Il bambino si trova in uno stato di ansietà e di grave compromissione generale con faringodinia, disfagia, scialorrea e postura del collo e della schiena in iperestensione per aumentare il più possibile il calibro delle vie aeree. La diagnosi di epiglottite nei bambini si effettua mediante la radiografia laterale del collo o con endoscopia in sedazione e mediante gli esami di laboratorio (emocromo, emocultura). Il trattamento è volto alla stabilizzazione e al mantenimento della pervietà delle vie aeree, che si effettuerà, quando necessario, con procedure d'urgenza come intubazione e tracheostomia. E' poi necessario intraprendere una terapia antibiotica per HiB con cefalosporine di terza generazione o con ampicillina più cloramfenicolo.

Ascesso retrofaringeo

L'Ascesso retrofaringeo rientra nel gruppo delle infezioni della testa e del collo la cui incidenza ha subito un notevole incremento negli ultimi anni in tutte le fasce dell'età pediatrica.

L'età più colpita è quella dei bambini al di sotto dei 5 anni e gli agenti eziologici principalmente responsabili sono: streptococco beta emolitico di gruppo A che colpisce preferibilmente la fascia di età compresa tra i 3 e i 5 anni e gli stafilococchi, che prediligono le fasce di età tra 0-2 anni e 6-17 anni. Altri batteri identificati in coltura, ma meno rilevanti dal punto di vista epidemiologico, sono: streptococco *Pneumoniae*, streptococco *Alfa Viridans*, *Haemophilus Influenzae*, *Moraxella Catarrhalis*, micobatteri Atipici, *Escherichia Coli*, e flora mista. Il quadro clinico è caratterizzato da un esordio subdolo con prodromi virali a carico delle alte vie respiratorie seguiti poi da un rapido deterioramento delle condizioni generali del bambino che si presenta con febbre elevata, mal di gola importante, scialorrea, torcicollo a scopo antalgico, dolore a livello del collo, odinofagia. Meno frequentemente si possono riscontrare tosse, apnee ostruttive notturne, cambiamenti della voce in senso gutturale e rash cutanei. All'esame obiettivo tipico è il riscontro di una linfadenopatia laterocervicale con tumefazione del collo di consistenza pastosa, una limitazione dell'escursione dei movimenti del collo e trisma. All'esplorazione del faringe posteriore talvolta si può rendere visibile una protrusione in avanti della parete. La postura che assume il bambino con RPA è caratteristicamente con bocca aperta e con collo in iperestensione nel tentativo di migliorare la respirazione. In virtù di tali considerazioni, risulta opportuno considerare la diagnosi differenziale fra l'ascesso e l'epiglottite, come mostrato nella tabella 1.

Le principali complicanze del RPA includono:

- la mediastinite, che si verifica per discesa del processo suppurativo lungo il piano fasciale profondo del collo fino al mediastino;
- la sepsi;
- l'ostruzione delle vie aeree;
- la trombosi della vena giugulare interna;
- l'aneurisma della carotide.

Tali complicanze sono attualmente molto rare grazie alla diagnosi precoce e al rapido inizio del corretto trattamento. Tuttavia un problema emergente è rappresentato dall'incremento delle infezioni nello spazio retrofaringeo sostenute da stafilococco *Aureus* meticillino-resistente (MRSA) che possono presentare come temibile complicanza lo sviluppo di mediastinite in età pediatrica, soprattutto nei pazienti al di sotto di un anno di età, che sono più vulnerabili a causa dell'immaturità del loro sistema immunitario.

La diagnosi di RPA si avvale dell'utilizzo della diagnostica per immagini come la radiografia laterale del collo e la TC, la quale rappresenta l'esame migliore per l'identificazione precisa della sede della raccolta ascessuale, mentre meno utilizzate e di minor aiuto sono la RM e l'ecografia.

E' importante effettuare gli esami microbiologici per l'identificazione dell'agente patogeno responsabile e l'antibiogramma per intraprendere una terapia antibiotica mirata.

Il trattamento del RPA è complesso e si effettua mediante terapia antibiotica per via endovenosa (solitamente vengono utilizzate cefalosporine di terza generazione), che non sempre risulta efficace, poiché lo spazio retrofaringeo è un sito difficile da raggiungere e molti patogeni responsabili sono multiresistenti.

In alcuni casi è necessario effettuare un intervento chirurgico di drenaggio della raccolta ascessuale, che viene intrapreso qualora siano presenti le seguenti condizioni: la durata dei sintomi superiori a due giorni; l'area della sezione trasversale alla TC sia superiore ai due centimetri quadrati; vi sia la presenza di trisma; il trattamento antibiotico già in corso non abbia portato alla risoluzione del quadro clinico; all'esame obiettivo vi sia il rilievo di rigonfiamento faringeo posteriore.

Conclusioni

Da quanto esposto in questo articolo emerge che l'ascesso retrofaringeo (RPA) e l'epiglottite sono due patologie dell'età pediatrica che possono presentarsi con un quadro clinico molto simile. La loro epidemiologia è andata modificandosi nel corso del tempo: l'incidenza dell'RPA è in costante aumento negli ultimi dieci anni, mentre l'incidenza dell'epiglottite è andata incontro ad una drastica riduzione a partire dagli anni '90 dopo l'introduzione del vaccino Anti-HIB. Considerando tali dati epidemiologici si può concludere che il RPA è una patologia emergente e solo apparentemente rara, che deve entrare in diagnosi differenziale con altre patologie più note, come l'epiglottite, ma che oggi sono di minor peso epidemiologico.

Tabelle e Figure

Caratteristiche	Epiglottite	Ascesso Retrofaringeo
<i>Esordio</i>	Rapido (6-12 ore)	Subdolo (prodromi virali seguiti da rapido deterioramento)
<i>Età di insorgenza</i>	2-8 anni	<5 anni
<i>Stagione</i>	Tutto l'anno	Tutto l'anno
<i>Patogeni</i>	Hib, gabhs, str pn, staph.	Gabhs, staph, str pn, batteri anaerobi
<i>Patogenesi</i>	Edema infiammatorio glottide	Ascesso nello spazio retrofaringeo
<i>Febbre</i>	Elevata	Elevata
<i>Tosse</i>	No	No
<i>Linfoadenomegalia</i>	Possibile	Frequente
<i>Faringodinia</i>	Severa	Severa
<i>Scialorrea</i>	Frequente	Frequente
<i>Postura</i>	Sniffing, bocca aperta	Sniffing, bocca aperta
<i>Voce</i>	Gutturale	Gutturale (meno frequente)
<i>Aspetto</i>	Tossico	Tossico
<i>Posizione</i>	Collo iperesteso	Collo iperesteso
<i>Dolore a collo e nuca</i>	Possibile	Torcicollo, alterati movimenti collo

Tabella 1. Diagnosi differenziale tra epiglottite e ascesso retrofaringeo.

Bibliografia

1. Page NC, Bauer EM, Lieu JEC. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2008; 138, 300-306.
2. Wright CT, Stocks RMS, Armstrong DL et al. Pediatric Mediastinitis as a Complication of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Retropharyngeal Abscess.
3. Duval M, Daniel SJ. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses or phlegmons in children. Is there an association with adenotonsillectomy?. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2008; 72: 1765-1769.
4. Glynn F, Fenton JE. Diagnosis and Management of Supraglottitis (Epiglottitis).

5. Kavanagh KR, Batti JS. Traumatic epiglottitis after foreign body ingestion. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2008; 72: 901-903.
6. Sobol SE, Zapata S. Epiglottitis and Croup. *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 551-566.
7. Wheeler DS, Dauplaise DJ, Giuliano JS. Infant With Fever and Stridor.
8. McConnell A, Tan B, Scheifele D et al. Invasive Infections Caused by *Haemophilus influenzae* Serotypes in Twelve Canadian IMPACT Centers, 1996-2001. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26: 1025-1031.
9. Daya H, Lo S, Papsin B et al. Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: the Toronto Experience. *Int J Pediatr Otorhino-Laryngol* 2005; 69: 81-86.
10. Al-Sabah B, Hashim BS, Abdulrahman H et al. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol* 2004; 33: 352-355.
11. Cabrera CE, Deutsch ES, Eppes S et al. Increased incidence of head and neck abscesses in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007.
12. McClay JE, Murray AD, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 1207-1212.
13. Kirse DJ, Roberson DW. Surgical Management of Retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope* 2001; 111: 1413-1422.
14. Abdel-Haq NM, Harahsheh A, Asmar BI. Retropharyngeal abscess in children: the emerging role of group A beta haemolytic streptococcus. *South Med J* 2006; 99: 927-931.