



Sütçocukluğu Döneminde Seyrek Görülen Bir Orbital Apse Olgusu⁺

Metehan Özen*, Selda Arslan*, Selim Doğanay**, Serdal Güngör*

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Malatya

** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD. Malatya

Orbita enfeksiyonu sıklıkla delici yaralanma ve göz kapağı, paranasal sinüs ve diş enfeksiyonları sonrasında gelişmektedir. Görme kaybı, kavernoöz sinüs trombozu, menenjit, beyin absesi ve ölüm olası komplikasyonlardır. Bu yazıda süt çocukluğu döneminde preseptal selülit tanısı ile yatırılan, ancak izleminde orbital apse saptanarak acil cerrahi drenaj uygulanan dokuz aylık bir erkek bebek sunulmuştur. Son üç gündür ateş, sağ gözde kızarıklık ve şişlik yakınmasıyla getirilen hastanın göz bölgesi görüntülemesinde, derialtı yağlı dokudan başlayarak superior ekstrakonal alana uzanan apse oluşumu izlendi. Çocukluk çağında sık karşılaşılan preseptal selülitte, uygun antibiyotik tedavisine cevap vermeyen olgularda, görüntüleme yöntemlerinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Orbital apse, Süt çocukluğu dönemi, Orbital MR

A Rare Case of Orbital Abscess in Infancy

Orbital abscess usually occurs as a result of penetrating trauma and infections of eyelid, paranasal sinuses and dental structure. Vision loss, cavernous sinus thrombosis, meningitis, brain abscess and even death are possible complications. We herewith present a nine-month-old male infant who was hospitalized with the presumed diagnosis of preseptal cellulitis, but finally diagnosed as orbital abscess and underwent emergent surgical drainage. He was admitted with the complaint of fever, edema and redness on right eye for the last three days. Imaging of the orbital area revealed a subcutaneous abscess protruding into superior extraconal area. We would like to emphasize the importance of sophisticated imaging techniques in this common childhood entity, preseptal cellulitis, in case of unresponsiveness despite appropriate antibiotherapy.

Key Words: Orbital abscess, Infancy, Orbital MR

⁺Bu olgu 11-13 Mayıs 2005 tarihinde İstanbul'da düzenlenen 4. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi'nde ağız bildirisi olarak sunulmuştur.

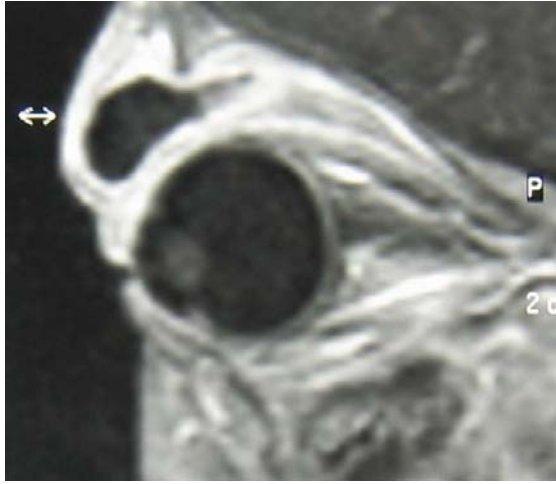
Orbita enfeksiyonu, orbital ve periorbital dokuların enfeksiyonudur.^{1,2} Sıklıkla yüz enfeksiyonu, sinüzit veya delici travma sonrasında gelişir. Orbita enfeksiyonları, orbital septumla ayrılmış anatomik alanlara göre, preseptal selülit, orbital selülit, subperiostal apse, orbital apse ve kavernoöz sinüs trombozu olarak sınıflandırılır.¹ Çocukluk döneminde preseptal selülit, orbital selülit ve subperiostal apse, sinüzitin komplikasyonu olarak sık görülmektedir. Özellikle sütçocukluğu döneminde, orbital apse ve kavernoöz sinüs trombozu çok seyrek bildirilmiştir.³

OLGU SUNUMU

Dokuz aylık erkek hasta, bir hafta önce başlayan ve giderek belirginleşen sağ gözde şişlik ve kızarıklık yakınmasıyla getirildi. Son üç gündür yüksek ateşi olan hastaya ateş düşürücü ilaç dışında tedavi verilmemişti. Travma öyküsü yoktu. Hasta miadında, hastanede normal bir doğumla 2800 g doğmuştu. İlk 8 ay sadece anne sütü ile beslendiği, sağlık ocağında düzenli olarak aşılandığı, daha önce herhangi bir hastalık geçirmediği öğrenildi. Fizik muayenede genel durum iyi, aktif, ateş 37,2°C (koltuk altı), nabız 136/dk, solunum sayısı 40/dk olup büyüme-gelişme eğrisi normal sınırlarda saptandı. İki yanlı dış kulak yolu ve kulak zarı doğaldı. Sol göz muayenesi normaldi. Sağ gözde kızarıklık, ısı artışı, ödem ve dışa bakışta minimal kısıtlılık saptandı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde Hb 10 g/dL, MCV 71 fL, lökosit 20,000/mm³ (nötrofil %68, lenfosit %24, monosit %8), trombosit 785x10³/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 45 mm/st, CRP 53 mg/dL, AST72 U/L, ALT 56 U/L olarak bulundu.

Akciğer grafisi normal olan hasta göz kliniğine danışım ertesinde preseptal selülit tanısıyla hastaneye yatırıldı ve damar yoluyla ampisilin-sulbaktam (100 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Serum immünglobulin değerleri normal sınırlardaydı. Tedavinin 3. gününde ateş yüksekliği süren, periorbital ödemde gerileme olmayan ve hafif proptozis gelişen hastaya acil olarak orbital magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Sağ gözkapağında derialtı yağlı dokudan başlayarak superior postseptal ekstrakonal alana uzanan apse oluşumu ve etmoid sinüste mukozal kalınlaşma izlendi (Resim 1). Kavernöz sinüs trombozu saptanmadı. Hastaya acil cerrahi girişim uygulanarak 4,5 ml pürülan sıvı boşaltıldı. Örneğin boyamasında gram-pozitif koklar görüldü, kültürde penisiline duyarlı *Streptococcus pneumoniae* üredi. Antibiyotik tedavisine aynı ilaçla devam edildi. Cerrahi girişimi izleyen 5. günde kontrol MRG'de sıvı birikimi izlenmezken, sağ gözyuvarı preseptal alanda superiordan posterior septal alana uzanan, ekstrakonal kontrastlanma gösteren enflame yumuşak doku izlendi (Resim 2). Tedavisi 3 haftaya tamamlanan, klinik ve laboratuvar bulguları tamamen düzelen hasta taburcu edildi.

Resim 1. Orbital MRG'de boşaltım öncesinde apse görünümü.

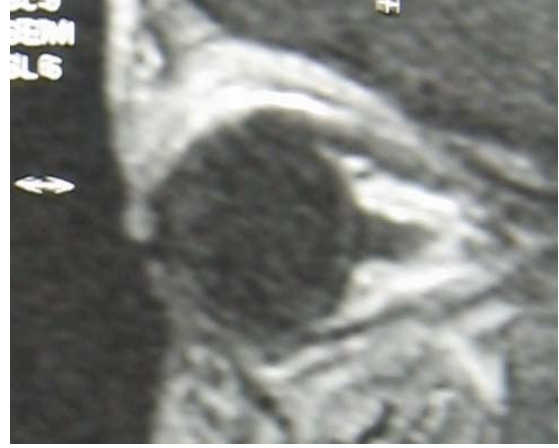


TARTIŞMA

Orbita enfeksiyonları, çocukluk döneminde genellikle paranasal sinüs veya diş enfeksiyonu gibi bir odaktan komşuluk yoluyla gelişmekle birlikte, pnömoni, otit, menenjit gibi hastalıklar sırasında bakteremi sonucu da görülmektedir. Daha büyük yaşlarda ise enfekte materyal ile delici yaralanma, deri enfeksiyonu ve akut dakriosistit orbita enfeksiyonuna neden olabilmektedir. Konjenital malformasyon ve

immünglobulin düşüklüğü ile seyreden bağışıklık sistemi hastalıklarında da orbita enfeksiyonuna yatkınlık vardır.

Resim-2. Tedavi sonrası normal sınırlarda orbital MRG.



Orbital apse, sinüzit ve orbital selülitin seyrek görülen ancak ciddi sonuçlara yol açabilen bir komplikasyondur. Günümüzde yaygın antibiyotik kullanımına bağlı olarak sıklığı önemli ölçüde azalmıştır.³⁻⁵ Klinik bulguları gözde sulanma, kızarıklık, kemozis, proptozis ve göz hareketlerinde sınırlanmadır.^{6,7} Orbital selülitin %60-80'i sinüzitin komplikasyonu olarak gelişmektedir. Literatürde, orbital selülit gelişiminde en sık maksiller sinüzite (%89), ancak çocukluk çağında en sık etmoid sinüzite bağlı geliştiği bildirilmektedir.⁸ Olgumuzun radyolojik görüntülemesinde, etmoid sinüste mukozal kalınlaşma saptanması orbital apsenin etmoid sinüzite ikincil geliştiğini düşündürmektedir.

Orbitayla ilişkili enfeksiyonlarda hastanın sistemik ve göz muayenesi, uygun radyolojik ve laboratuvar incelemeler yapılmalıdır. Görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılabilir. MRG ve BT, yerleşim ve yayılımı, kafa içi ya da kavernöz sinüs tutulumunu ve cerrahi yöntemi belirlemede kullanılmaktadır. Orbita enfeksiyonlarında, daha yaygın bulunması ve maliyetinin daha az olması nedeniyle BT kullanımı önerilmektedir. Ancak MRG, yumuşak dokunun görüntülenmesi ve kavernöz sinüs trombozunun saptanmasında daha güvenilir bir inceleme yöntemidir.⁹

Tedavi başlangıcında konjonktiva, nazofarinks ve boşaltılırsa apsenden kültür alınmalıdır. Orbita enfeksiyonunda en sık karşılaşılan etken stafilocok ve streptokoklardır. Streptokoklar sinüzite ikincil

Sütçocukluğu Döneminde Seyrek Görülen Bir Orbital Apse Olgusu

gelişmiş orbital selülitte en sık etkindir.^{2,5} Beş yaşın altındaki çocuklarda *Haemophilus influenzae* tip B nedenli selülit gelişme riski fazla olduğundan, tedaviye beta-laktamaz engellemesi yapabilen bir antibiyotikle başlanması daha uygundur. Enfeksiyonun ciddiliğine göre ağızdan, kas içi veya damar içi yoldan geniş yelpazeli antibiyotik tedavisi gerekebilir. Tedavinin gecikmesi ya da uygunsuz tedavi durumunda kavernoöz sinüs trombozu, beyin apsesi, körlük ve ölüm görülebilmektedir.²

Orbita enfeksiyonu sonrasında ölüm ve körlük antibiyotik kullanımıyla belirgin olarak azalmıştır.¹⁰ Bu nedenle, erken antibiyotik tedavisi, klinik düzelme olmaması durumunda görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ve apse belirlendiğinde acil cerrahi boşaltım önemlidir. Hastamıza başlangıçta preseptal selülit tanısıyla antibiyotik tedavisi başlanmıştı, ancak tedaviye cevapsızlıktan ötürü çekilen orbital MRG'de apse saptanması üzerine acil cerrahi boşaltım yapıldı. İzlemede hiçbir komplikasyon izlenmedi.

Sonuç olarak, orbita enfeksiyonlarında tedaviye cevabın gecikmesi durumunda, görüntüleme yöntemleri kullanılarak hızla ayırıcı tanı ve

gerektiğinde cerrahi boşaltım yapılması ciddi sorunların önlenmesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Chadler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970; 80: 1414-28.
2. Krohel GB, Krauss HR, Winnick J. Orbital abscess presentation, diagnosis, therapy and sequelae. *Ophthalmology* 1982; 89: 492-8.
3. Spires JR, Smith RJH. Bacterial infection of the orbital and periorbital soft tissues in children. *Laryngoscope* 1986; 96: 763-7.
4. Israele V, Nelson JD. Periorbital and orbital cellulitis. *Pediatr Infect Dis J* 1987; 6: 404-10.
5. Krohel GB, Krauss HR, Christensen RE, Minkler D. Orbital abscess. *Arch Ophthalmol* 1980; 98: 274-6.
6. Jackson K, Baker SR. Periorbital cellulitis. *Head Neck Surg* 1987; 9: 227-34.
7. Tovilla-Canales JL, Nava A, Tovilla Y, Pomar JL. Orbital and periorbital infections. *Curr Opin Ophthalmol* 2001; 12:55-41.
8. Barone SR, Aiuto LT. Periorbital and orbital cellulitis in the *Haemophilus influenzae* vaccine era. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1997; 34: 293-6.
9. Igarashi H, Igarashi S, Fujio N, et al. Magnetic resonance imaging in the early diagnosis of cavernous sinus thrombosis. *Ophthalmologica* 1995; 209: 292-6.
10. Haris GJ. Subperiosteal abscess of the orbit. *Arch Ophthalmol* 1983; 10: 1751-57.

Yazışma Adresi

Yrd.Doç.Dr.Metehan Özen
Özalper Mah, Yaşam Sitesi,
C-Blok, No: 8, Malatya
Tel : 422 341 06 60-5310
GSM : 532 283 07 21
E-posta : metehanoz@yahoo.com
metehan@superonline.com