

PRESEPTAL SELÜLİT TANILI HASTADA ASEPTOMATİK ARAKNOİD KİST: OLGU SUNUMU

ASYMPTOMATIC ARACHNOID CYST IN A PATIENT WITH PRESEPTAL CELLULITIS: A CASE REPORT

Alev Cansu CERTEL¹, Soner Sertan KARA²

ÖZET

Araknoid kistler, en yaygın intrakranial kistler olup intrakranial yer kaplayan lezyonların yaklaşık %1'ini oluşturur.

5 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan sağ gözde kaşıntı ve sağ göz etrafında şişlik yakınmalarıyla getirildi. Hastanın öyküsünden 2 ay önce düşerek sağ orbita lateralini taşa çarptığı, sonrasında aynı bölgede 1 hafta süren şişlik olup geçtiği öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ göz kapağı ve gözün alt kısmında sirküler şekilde ödem tespit edildi. Göz hareketleri her yöne serbestti. Laboratuvar testlerinde, lökosit sayısı 9,817, hemoglobin 13.02 gr/dL, C-reaktif protein 0.328 mg/dL idi. Hastaya preseptal selülit tanısıyla intravenöz ampisilin sulbaktam (150 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Hastanın olası orbital malignite açısından orbital tomografisi çekildi. Sağ periorbital alanda cilt-cilt altı dokuda kalınlık artışı ve sağ temporal lobda araknoid kist ile uyumlu görünüm saptanması üzerine hastaya kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemesi çekildi. Sağ temporal lob anterior kesimde yaklaşık 5x5 cm ebatlı, beyin omurilik sıvısı ile izointens görünüm (araknoid kist) saptandı. Beyin cerrahisi bölümünce acil cerrahi müdahaleye gerek görülmedi ve 6 ay aralıklarla Beyin Cerrahisi bölümüne kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Araknoid kistler çocukluk çağında en sık tanı alan gelişimsel santral sinir sistemi anomalileridir. Aseptomatik olgular 6 ay-1 yıl aralıklarla klinik ve radyolojik olarak takip edilir.

Anahtar Kelimeler: Araknoid kist, çocuk, preseptal selülit

ABSTRACT

Arachnoid cysts are the most common intracranial cysts, accounting for approximately 1% of intracranial lesions.

A 5 years old male patient was admitted with complaints of pruritus and swelling around the right eye for 1 week. It was learned that 2 months ago the patient hit the right lateral side of orbita and had a swelling for 1 week. On physical examination, edema was detected on the right eyelid and lower part of the eye. Eye movements were free in all directions. On laboratory, leukocyte was 9,817; hemoglobin was 13.02 gr/dL; and C-reactive protein was 0.328 mg/dL. Intravenous ampicillin sulbactam (150 mg/kg/day) treatment was initiated with the diagnosis of preseptal cellulitis. Orbital tomography was performed in case of possible orbital malignancy. Brain magnetic resonance imaging of the patient was performed because the right periorbital area was thicker in skin-subcutaneous tissue and the appearance in the right temporal lobe was compatible with arachnoid cyst. A lesion appearing isointense density (arachnoid cyst) with cerebrospinal fluid, in approximately 5x5 cm diameters, was detected in the anterior segment of the right temporal lobe. Neurosurgery department did not consider immediate surgical intervention. He was discharged with the plan of controls in neurosurgery department in 6 months intervals.

Arachnoid cysts are the most common developmental central nervous system anomalies in childhood. Asymptomatic cases are followed clinically and radiologically with 6 months-1 year intervals.

Key words: Arachnoid cyst, children, preseptal cellulite

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistan Doktor, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, lvcnsyn@gmail.com

²Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzman Doktor, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, drsoner@yahoo.com

İletişim/ Corresponding Author: Alev Cansu Certel

e-posta: lvcnsyn@gmail.com

GİRİŞ

Araknoid kistler, araknoid zarın konjenital veya bazı edinsel sebeplerle bölünmesi ve çoğalmasıyla oluşan sıvı koleksiyonudur. Bu kistlerin büyük çoğunluğu yaşamın ilk iki yılında tespit edilir ve birçok durumda kafa travması geçiren veya makrokranî nedeniyle araştırılan bebeklerde tesadüfen bulunur¹. Araknoid kistler çocukluk çağında en sık tanı alan santral sinir sistemi (SSS) gelişimsel anomalileridir². İntrakranial yer kaplayan lezyonlar arasında insidansı % 1 olarak bildirilmiştir^{1,3}. Son yıllarda saptanan lezyon sayısında görülen belirgin artışın ve ilk tanı yaşının küçülmesinin nedeninin büyük olasılıkla bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrasonografi (USG) gibi görüntüleme yöntemlerinin daha yaygın olarak kullanımına bağlı olduğu düşünülmektedir^{4,5,11}.

Çoğu araknoid kist küçük ve asemptomatiktir⁴. Bazen büyümeleri ve beyin-omurilik sıvısı (BOS) dolaşımına ya da komşu nöronal yapılara invazyonu sebebiyle semptomatik hale gelebilirler. Baş ağrısı ve görme bozuklukları en sık semptomlarıdır⁵. Tedavide seçilen daha çok konservatif yaklaşımlardır.

Burada 5 yaşında, preseptal selülit ön tanısıyla yatırılan ve asemptomatik bir araknoid kist saptanan olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

5 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan öksürük ve burun akıntısı, sağ gözde kaşıntı ve sağ göz etrafında giderek artan şişlik yakınmalarıyla polikliniğe getirildi. Hastanın öyküsünden 2 ay önce düşerek sağ orbita lateralini taşa çarptığı ve travma sonrası sağ orbita lateralinde yaklaşık 1 hafta süren şişlik olup geçtiği öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları normal sınırlarda, sağ etrafı sirküler şekilde ödemli, her iki göz hareketleri her yöne serbestti (Şekil-1&2). Laboratuvar testlerinde, lökosit sayısı 9,817 (polimorf nüveli lökosit %33, lenfosit %40, eozinofil %16, monosit %7), hemoglobin 13,02 gr/dL, C-reaktif protein 0,328 mg/dL (normal: 0-1) olarak saptandı. Hasta Göz bölümüne

değerlendirildi. Preseptal selülit ön tanısıyla hospitalize edildi. Hastaya intravenöz (iv) ampisilin-sulbaktam (150 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Olası orbital malignite açısından orbita BT'si çekildi. Sağ periorbital alanda cilt-cilt altı dokuda kalınlık artışı ve hafif heterojen hipodens görünüm ve sağ temporal lob anterior kesiminde 5x4 cm ebatlarında, BOS ile izodens araknoid kist ile uyumlu görünüm saptandı. İntrakraniyal lezyonun detaylı değerlendirilmesi için kontrastlı beyin MRG çekildi. Sağ temporal lob anterior kesimde yaklaşık 5x5 cm ebatlı, BOS ile izointens görünüm (araknoid kist) saptandı (Şekil-3). Beyin cerrahisi bölümüne acil cerrahi müdahaleye gerek görülmedi. Toplam 8 gün iv tedavi alan hastanın kliniği tamamen düzeldi ve 6 ay aralıklarla araknoid kistin kontrolü için Beyin Cerrahisi bölümüne kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Araknoid kistler, benign, non-neoplastik ve ekstra-aksiyal lezyonlardır¹. Çoğu araknoid kist tesadüfen bulunur, küçük ve asemptomatiktir^{4,11}. Etiyolojide konjenital, post-inflamatuvar, post-hemorajik ve post-travmatik nedenler ileri sürülmüştür¹⁰. Patogenezine göre araknoid kistler primer ve sekonder olarak sınıflandırılmıştır. Primer (gerçek) araknoid kistler konjenitaldir ve en sık türüdür. Mezenkimal hücrelerin anormal gelişimi ve BOS akım anormalliklerine bağlı olarak gelişir⁹. Sekonder araknoid kistler ise kafa travması, metabolik bozukluklar, intrakranial kanama ya da SSS enfeksiyonu olan hastalarda enflamasyon sonrası subaraknoid bölgede BOS birikmesi sonucu meydana gelir^{2,11}. Bizim hastamızda saptanan kistin de, lokalizasyonu ve MRG bulgularıyla primer araknoid kist olabileceği düşünülse de, öyküsünde yakın zamanda travma yaşamış olması nedeniyle sekonder de olabileceği düşünülmüştür.

Araknoid kistler bazı çalışmalarda %90 supratentorial lokalizasyonda ve %10 posterior fossada bulunmuştur². Genel olarak, araknoid kistler erkeklerde ve

kadınlarda, serebrumun sağ ve sol lobunda eşit sıklıkta görülmektedir¹¹.

Bizim hastamızda lezyon sağ temporal bölgede saptanmıştır. Araknoid kistler korpus kallosum agenezisi, Chiari malformasyonu, asidüri tip I (GA-I), multipl skleroz ve nörofibromatozis malformasyonlar gibi diğer konjenital anomaliler ile birlikte görülebilir. Bizim hastamızda eşlik eden başka sistemik semptom olmadığı için izole kistin olduğu düşünülmüştür. Kranial MRG tanıda altın standarttır ve artık fizik muayenenin yerini almıştır⁸. Tedavi öncesi kistin ve diğer konjenital anomalilerin pozisyonu, BOS akımının paterni ve aralarındaki ilişki kranial MRG ile ortaya konmalıdır¹⁰.

Araknoid kistlere atfedilen spesifik bir klinik bulgu yoktur. Hastaların en sık başvuru semptomları baş ağrısı, görme bozuklukları, bulantı, kusma ve işitme bozukluklarıdır^{4,9}. Baş ağrısına, kistin yerel kitle etkisi ve hidrosefali neden olur. Suprasellar araknoid kistler optik sinire biterik olduğundan bu hastalarda görsel semptomlar da ortaya çıkar. Aynı zamanda, kistin konumu ve büyüklüğüne bağlı olarak ataksi, konvülsiyon ve hemipleji gibi semptomlar da ortaya çıkabilir⁴. Kiste bağlı bazı komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir. Bizim olgumuzda hem kistin büyüklüğü hem de lokalizasyonu nedeniyle kistin asemptomatik seyrettiği düşünülmüştür. Travma sonrası oluşan kistlerde kanamaya bağlı rüptür olabilir, bunun sonucunda subdural hematoma veya efüzyon, intrakranial hipertansiyon ve yerel sinir disfonksiyonu gelişebilir¹⁰. Bu nedenle de olgumuz periyodik olarak takibe çağırılmıştır.

Araknoid kistlerin tedavisinde, tedavi yaklaşımını hastaların semptomları belirler.

Kistler spontan kaybolabilir veya büyüyebilir, ancak çoğunlukla büyüklüğü sabit kalır¹¹. Asemptomatik ve minimal semptomu olan hastalar bizim olgumuzda da olduğu gibi, 6 ay-1 yıl aralıklarla klinik ve radyolojik olarak takip edilir^{2,3}. Hastalık seyri sırasında subdural efüzyon ve hematoma ve kist rüptürü olabilir⁹. İlerleyici nörolojik defisiti, kitle etkisi, makro-hidrosefali ve dirençli nöbetleri olan, kist yırtılmasına bağlı subdural efüzyon veya hematoma olan, intrakranial hipertansiyon, yüz felci, görme kaybı ya da kemik erozyonları olan hastalarda cerrahi tedavi tercih edilir^{3,8,10}. Güncel literatürde araknoid kistlere genellikle endoskopik yolla müdahale tercih edilmektedir⁷.

Preseptal selülit göz kapağının ve orbital septumun anteriorundaki dokuların çoğunlukla enfeksiyon nedeni inflamasyondur. Tanı konulan hastalarda hızlı antibiyotik tedavisi esastır¹². *Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus türleri* en yaygın etkenlerdir ve ampirik antibiyotik tedavisi bu patojenleri kapsamalıdır¹³. Kemozis, proptozis ve göz hareketlerinde kısıtlılık varsa orbital selülit veya ek komplikasyonlara yönelik görüntüleme yapılmalıdır¹². Bu hastada olduğu gibi komplike olmayan olgular uygun antibiyotik tedavisine kısa sürede yanıt vermektedir.

Sonuç olarak araknoid kistler çocukluk çağında, genellikle görüntülemelerde rastlantısal olarak saptanan en sık karşılaşılan gelişimsel SSS anomalileridir. Tanı anında hızlı cerrahi girişim yerine, asemptomatik olguların 6 ay-1 yıl aralıklarla klinik ve radyolojik takibi olası komplikasyonların takibi açısından önerilen tedavi yaklaşımıdır.

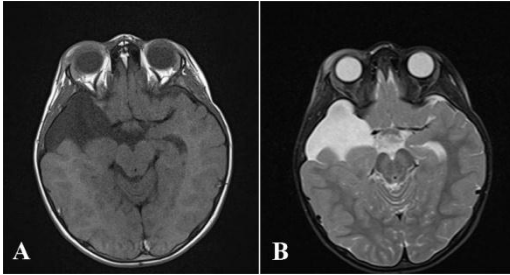
KAYNAKLAR

- 1) Jayaprakash A, Gosalakkal, MD (2002) "Intracranial Arachnoid Cysts in Children: A Review of Pathogenesis, Clinical Features and Management" Pediatric Neurology Vol. 26 No. 2
- 2) Cincu R, Agrawal A, Eiras J. (2007) "Intracranial arachnoid cysts: Current concepts and treatment alternatives" Clin Neurol Neurosurg 109:837-43
- 3) Dipanker Singh Mankotia, Hardik Sardana, Sumit Sinha, Bhawani ShankarSharma, Ashish Suri, Sachin Anil Borkar, Guru Dutta Satyarthee, and P. Sarat Chandra (2016) "Pediatric interhemispheric arachnoid cyst: An institutional experience" J Pediatr Neurosci. 11(1): 29-34.
- 4) Chang Jin Shin, M.D., Myeongho Rho, M.D., Yu Sam Won, M.D., and Si On Kim, M.D. (2016) "Rapid Visual Deterioration Caused by Posterior Fossa Arachnoid Cyst" J Korean Neurosurg Soc. 59(3): 314-318.
- 5) Zekaj E, Saleh C, Servello D. (2016) "Intramedullary cyst formation after removal of multiple intradural spinal arachnoid cysts: A case report" Surg Neurol Int. 7:7(Suppl 17):S473-4.
- 6) Lee YJ, Barker R (2016) "An unusual cause of back pain in a child: spinal subdural haematoma secondary to intracranial arachnoid cyst haemorrhage" Quant Imaging Med Surg. 6(4):478-481

- 7) Mahjouba Boutarbouch , Abdessamad El Ouahabi, Loubna Rifi, Yasser Arkha, Sa'ïd Derraz, Abdeslam El Khamlichi (2008) "Management of intracranial arachnoid cysts: Institutional experience with initial 32 cases and review of the literature" Clinical Neurology and Neurosurgery 110 (1-7)
- 8) Güdük M, HamitAytar M, Sav A, Berkman Z (2016) "Intrasellar arachnoid cyst: A case report and review of the literature" Int J Surg Case Rep. 23:105-8.
- 9) Huang JH, Mei WZ, Chen Y, Chen JW, Lin ZX (2015) "Analysis on clinical characteristics of intracranial Arachnoid Cysts in 488 pediatric cases" Int J Clin Exp Med. 15:8(10).
- 10) Zhen Tan, MD, PhD, Yongxin Li, PhD, Fengjun Zhu, MD, Dongdong Zang, MD, Cailei Zhao, MD, Cong Li, MD, Dan Tong, MD, Heye Zhang, PhD, and Qian Chen, MD (2015) "Children With Intracranial Arachnoid Cysts Classification and Treatment Medicine (Baltimore)" 94(44)
- 11) Tim Couvreur UGent, Giorgio Hallaert UGent, Tatjana Van Der Heggen UGent, Edward Baert UGent , Frank Dewaele UGent, Jean-Pierre Kalala Okito UGent, Dimitri Vanhauwaert, Marc Deruytter, Dirk Van Roost UGent and Jacques Caemaert UGent(2015) "Endoscopic Treatment of Temporal Arachnoid Cysts in 34 Patients" Worl Neurosurgery. 84(3). p.734-740
- 12) Muralidharan R Upendran and Eibhlin McLoone (2013) "Case Report Delayed resolution of eyelid swelling in preseptal cellulitis in a child: beware of causing occlusion amblyopia" BMJ Case Rep. bcr2013008676.
- 13) Gonzalez MO, Durairaj VD. (2010) "Understanding pediatric bacterial preseptal and orbital cellulitis" Middle East Afr J Ophthalmol.17(2):134-7.



Şekil 1-2. Başvuru sırasında, hastada mevcut olan periorbital ödem ve geçirilmiş travma sonrası oluşan skar dokusunun klinik görünümü



Şekil 3 A&B. T1 ve T2 ağırlıklı aksiyel MRG görüntülerinde düşük sinyal yoğunluğunda kalınlaşmış ve ödemli dokuyu temsil eden sağ periorbital bölgede preseptal selülit izlenmiştir. Sağ temporal lob anterior kesiminde çapları yaklaşık 5x5 cm olan araknoid kist ile uyumlu kistik görünüm saptanmıştır.