

ORBİTAL SELÜLİT SONRASI PERİORBİTAL APSE: BİR
OLGU SUNUMU

PERIORBITAL ABSCESS AFTER ORBITAL CELLULITIS:
A CASE REPORT

Dr. Emine KALKAN AKÇAY*
Dr. Sıdıka GERÇEKER**
Dr. Derya DAL***
Dr. Şaban ŞİMŞEK****
Dr. Gökhan YALÇINER*****

* Ankara Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Göz Kliniği

** Nevşehir Dr. İ. Şevki Atasagun
Devlet Hastanesi Göz Kliniği

*** Erzurum Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Göz Kliniği

**** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı,
Ankara

***** Ankara Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Emine KALKAN AKÇAY
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Göz Kliniği
06800 Bilkent-Ankara
e-mail: dremineakcay@yahoo.com

ÖZET

Periorbital apse, menenjit, kavernoöz sinüs trombozu, beyin apsesi gibi komplikasyonlar orbital selülit bulgularıyla takip edilen hastalarda, tedavinin geç veya yetersiz olduğu olgularda görülebilir. Bu yazıda orbital selülitte bağlı periorbital apse gelişen olgunun tanı ve tedavisi sunulmuştur. 13 yaşında çocuk hasta sol gözde bir gündür mevcut olan ve hızla artan ağrı, şişme ve ani görme azalması şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Oftalmolojik muayenesinde sol göz kapaklarında ödem, kızarıklık, ısı artışı, göz hareketlerinde kısıtlılık, çift görme ve proptoz tespit edildi. Orbital selülit ön tanısıyla Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi. BT' de sol cilt altında ve ekstrakonal düzlemde orbital apse ve aynı zamanda paranazal sinüzit tespit edildi. Hasta kulak burun boğaz (KBB) kliniğine danışıldı ve genel anestezi altında apse boşaltımı uygulandı. Erken tanı ve acil cerrahi girişim tam görsel iyileştirme sağlama yönünden periorbital apse tedavisinde büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Orbital selülit, orbital apse, cerrahi

ABSTRACT

The complications such as periorbital abscess, meningitis, cavernous sinus thrombosis, brain abscess may be seen in cases of periorbital cellulitis with late or inadequate treatment. In this case, the diagnosis and treatment of periorbital abscess secondary to orbital cellulitis is reported. A thirteen- year- old child was referred to our clinic complaining pain, swelling, acute decrease in vision in his left eye having been lasting for a day. On ophthalmic examination eyelid edema, hyperemia, increased temperature, restriction in ocular motility, diplopia and proptosis of his left eye were found. Therefore computed tomography (CT) was performed with a presumptive diagnosis of orbital cellulitis. CT revealed left orbital abscess at subcutaneous and extraconal location and also paranasal sinusitis. The patient was consulted to ear, nose and throat (ENT) clinic and abscess drenation was performed under general anesthesia. Early diagnosis and emergent surgery has great importance in the management of periorbital abscess to provide exact visual rehabilitation.

Key Words: Orbital cellulitis, orbital abscess, surgery

OLGU

Onüç yaşında çocuk hasta, sol gözde bir gündür hızla artan ağrı, şişme ve görme azalması şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinden 1 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olduğu öğrenildi. Yapılan oftalmolojik muayenesinde sol göz kapaklarında ödem, kızarıklık, ısı artışı ve üst göz kapağında ptoz tesbit edildi (Resim 1). Göz hareketlerinde her yöne kısıtlılık ve çift görme mevcut olup gözde aşağı dışa propitoz gelişmişti. Direk ve indirek ışık refleksleri vardı. Aynı zamanda relatif afferent pupil defekti gözlenmedi. Görme keskinliği Snellen eşeliyle sağda tam, solda 0,3, renkli görme İshihara ile sağda 20\20, solda 0\20 idi. Göz içi basıncı (GİB) sağda 16

146

mmHg, solda 32 mmHg idi. Biomikroskopik muayenesi her iki gözde doğaldı. Hastada lökosit sayımı 13,4 K/mikrolitre, eritrosit sedimentasyon hızı 54 mm/saat, serum C-reaktif proteini (CRP) 180 mg/L idi. Hastaya orbital selülit tanısıyla orbita, paranasal sinüs ve beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)'ı çekildi. Hastanın BT'lerinde sol nazal frontal düzlemde cilt altında ve sol orbital ekstrakonal düzlemde medial rektus kasını iten sıvı toplanması görüldü (Resim 2A-B). Bu hapsolmuş sıvı görüntüsünün apseye ait olabileceği düşünüldü. Ayrıca hastada paranasal sinüzit tespit edildi. Hasta çocuk hastalıkları, KBB ve beyin cerrahi kliniklerine danışıldı. Hastaya, KBB kliniği tarafından başvurduktan 4 saat sonra apse drenajı, medial ve inferior orbital duvar dekompresyonu ve frontoetmoidal sinüs cerrahisi uygulandı.

Ameliyat sonrası dönemde hasta, seftriakson sodyum 1gr 2X1 intramuskuler (İ.M.) ve metronidazol 500 mg 3x1 oral tedavi ile takip edildi. Hastanın ameliyat sonrası 1. hafta muayenesinde sol gözde görme tam, GİB 18 mmHg, göz hareketleri her yöne serbest, renkli görme Ishihara ile 20\20 idi ve çift görme şikayetinin olmadığı görüldü (Resim 3). Hastanın 1. , 3. ve 6. ay kontrollerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı (Resim 3).

TARTIŞMA

Orbital selülit, orbital septumun arkasında kalan kısmın enfeksiyonu olarak adlandırılıp sıklıkla çocukluk çağında görülür.¹ Chandler ve ark.⁴ başlıca nedenleri etmoidal sinüzitler, paranasal sinüs enfeksiyonları (%58), kapak veya yüz enfeksiyonları (%28), yabancı cisimler (%11) ve hematogen nedenler (%4) olarak sıralamışlardır. Bizim olgumuzda da orbital selülitin sebebi bir paranasal sinüzit idi.

Enfeksiyona neden olan ajanlar araştırıldığında, erişkinlerde en sık patojen Stafilokok ve Streptokoklar iken, çocuklarda Haemofilus influenza olarak belirtilmektedir.⁵⁻⁶ Haris ve ark.⁵⁻⁶ yaptıkları çalışmada en nadir patojenler olarak Psödomonas ve E.coli'yi bildirmişlerdir. Hastamızda akut sinüzite ve orbital selülitte neden olan ajanları belirlemek için yapılan kültürde etken üretilmemesi üzerine seftriakson sodyum 1gr 2X1 İ.M. ve metronidazol 500 mg 3x1 oral tedavi ampirik olarak uygulandı.

Orbital selülitli hastalarda ağrı, kapak ödemi ve kızarıklık, kemozis, aksiyel propitozis gibi orbital semptomlar görülmektedir. Okuler hareketlerde kısıtlılık sık görülür, aynı zamanda göz içi basıncı artabilir. Optik sinir basısına bağlı görmede ani azalma, pupiller reaksiyonlarda bozulma, optik nörit, veya retinal vaskülit olabilir. Chaudhry ve ark.² bildirdiği gibi orbita arkasına yayılıma bağlı kavernoöz sinüs trombozu, subdural ampiyem, kafa içi apsesi gelişebilir. Orbital selülitli hastalarda göz bulgularının yanı sıra kırgınlık, ateş ve lökositoz gibi sistemik semptomlar da sıklıkla tabloya eşlik eder. Bunlara ilave olarak kavernoöz sinüs tutulduğunda başağrısı, bulantı, bilinç kaybı da gelişebilir. Hastamızda ağrı, kapak ödemi, kızarıklık, kemozis, aşağı dışa propitoz, göz hareketlerinde kısıtlılık, göz içi basıncında artış, görme keskinliğinde azalma ve renkli görmede azalma belirtileri mevcuttu. İlave olarak kırgınlık, ateş, lökositoz, sedimentasyon ve CRP artışı izlendi.

Hastaların klinik takiplerinde direk radyografiler, BT ve MR incelemeleri mevcut bir sinüs hastalığının varlığını ortaya koymada, tedavi ve iyileşmenin takibinde son derece önemlidir. Buna karşı bazı çalışmalarda BT'nin tanısal değerine rağmen preseptal selülitli hastalara rutin uygulanmayıp yalnızca tedaviye yanıt vermeyen veya komplikasyon geliştiği düşünülenlere yapılması önerilmektedir.⁷ Olgumuzda bu görüntüleme yöntemleri sayesinde paranasal sinüzit ve orbital apse tespit edildi.

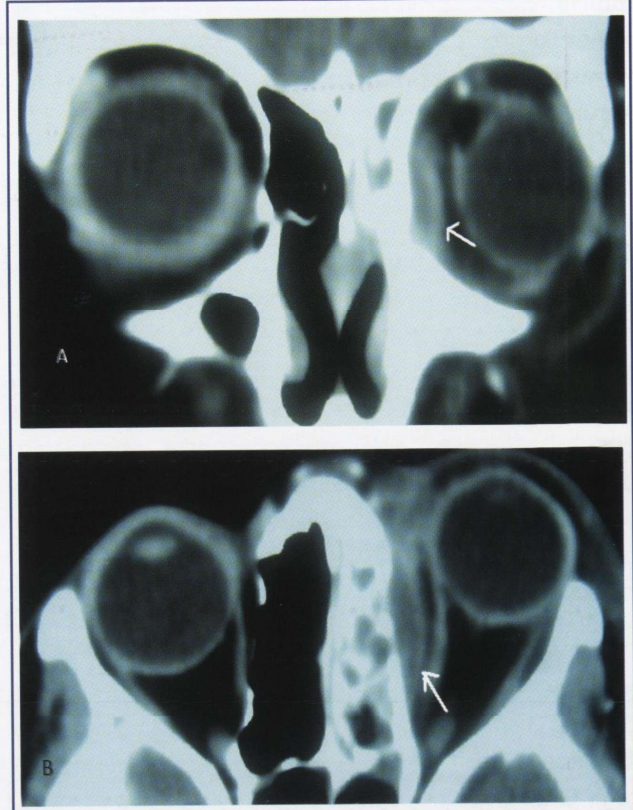
Genelde olguların çoğunda altta yatan patoloji olduğundan, sinüzitlerin orbital komplikasyonlarını sınıflandırmak tedavinin yönetiminde önemlidir (Tablo1). Bu evrelemede, Evre 2 ve üzerinde klinik tabloya genel durum bozukluğu eşlik edebilmektedir ve tedavi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Bu evreleme sistemine göre bizim olgumuz Evre 4 olarak kabul edildi ve tedavi protokolü KBB kliniği ile birlikte değerlendirildi. Hastaya KBB kliniğince apse drenajı, orbital dekompresyon ve frontoetmoidal sinüs cerrahisi uygulandı. Hasta ameliyat sonrası dönemde geniş spektrumlu antibiyotik ve antifungal tedavi ile takip edildi. Klinik takiplerinde her hangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

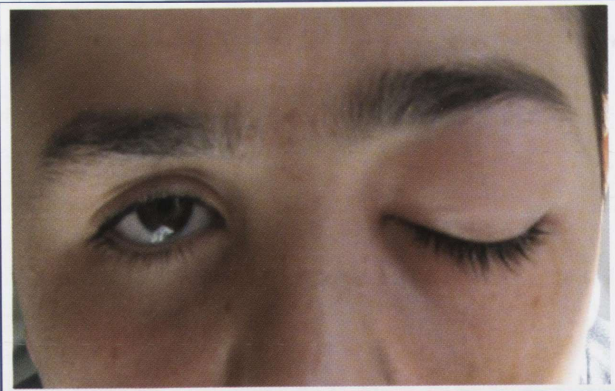
Sonuç olarak orbital selülit tanısı konulan olgular acilen hastaneye yatırılarak, tedavi başlanmalıdır. Na-

zofarenks ve konjonktivadan muhtemel etkeni belirlemek için kültür alındıktan sonra sonuç beklenmeden acil antibiyotik tedavisi başlanmalı, kültür sonucuna göre tedavi şekillendirilmelidir. Kültür negatif olgularda da ampirik tedavi olarak hem gram (+), hem gram (-), hem de anaerob ajanları kapsayacak geniş spektrumlu antibiyotikler tercih edilmektedir.⁸ Uygun tedaviye rağmen belirgin gerileme gözlenemeyen olgularda apse oluşumundan kuşulanılmalıdır. Direk radyolojik görüntüleme, BT ve MR tanının yanı sıra hastalığın gidişatı ve tedaviye yanıtın belirlenmesinde de son derece yararlıdır. Apsel gelişen olgularda cerrahi drenaj gereklidir.⁹⁻¹⁰ Subperiostal apsel gelişen çocukların %50'sinde sinüs drenajı, erişkinlerin %90'ında sinüs ve apsel drenajı gerekir.⁹⁻¹⁰

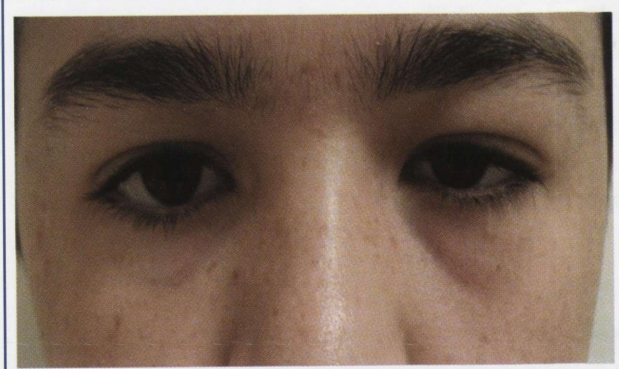
Orbital selülitin tedavisinin geciktiği veya yetersiz olduğu durumlarda görmeyi veya hayatı tehdit edebilen komplikasyonlar ortaya çıkabilir.³ Bu nedenle erken tanı ve tedavi, gerektiğinde KBB ve beyin cerrahisi klinikleri ile birlikte tedavi yönetimi büyük önem taşımaktadır.



Resim 2. Preop orbital BT' de
A. Koronal aksta sol nazal frontal düzlemde cilt altında (sıvı toplanması) apsel
B. Axiel aksta sol orbital ekstrakanal düzlemde medial rektus kasını iten (apsel)



Resim 1. Periorbital absesi olan olguda sol gözde kapaklarda ödem, hiperemi ve ptöz görülmektedir.



Resim 3. Hastanın tedavi sonrası 1. haftada görünümü

Tablo 1. Sinüzitin orbital komplikasyonları

Evre 1	İnflamatuvar ödem ve preseptal selülit
Evre 2	Orbital sellülit
Evre 3	Subperiostal abse
Evre 4	Orbital abse
Evre 5	Kavernöz sinüs trombozu

KAYNAKLAR

1. Vairaktaris E, Moschos MM, Vassiliou S. et al. Orbital cellulitis, orbital subperiosteal and intraorbital abscess. Report of three cases and review of the literature. *Journal of Cranio-maxillofacial Surgery*. 2009;3:37.
2. Chaudhry IA, Shamsi FA, Elzaridi E et al. Outcome of Treated Orbital Cellulitis in a Tertiary Eye Care Center in the Middle East. *Ophthalmology*. 2007;114:345-54.
3. Boom WH, Tauazon CU. Successful treatment of multiple brain abscess with antibiotic alone. *Rev. Infect. Dis*. 1985;7:189-99.
4. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope*. 1970;80:1414-28.
5. Brook I, Friedman FM, Rodriguez WJ, Controni G. Complications of sinusitis in children. *Pediatrics*. 1980;66: 568-72.
6. Harris GJ. Subperiosteal abscess of the orbit: age as a factor in the bacteriology and response to treatment. *Ophthalmology*. 1994;101:585-95.
7. Howe L, Jones NS. Guidelines for the management of periorbital cellulitis/abscess. *Clin Otolaryngol*. 2004;29:725-8.
8. Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: part II. Treatment. *Am Fam Physician*. 2004;70:1697-704.
9. Harris GJ. Subperiosteal abscess of the orbit: older children and adults require aggressive treatment. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2001;17:395-97.
10. Rahbar R, Robson CD, Petersen RA et al. Management of orbital subperiosteal abscess in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;127:281-86.