

**Olgu sunumu: İki Tarafli Periorbital Ödem ve Ekimozla Ortaya Çıkan Temporal Arterit**

**A Case Report: Temporal Arteritis Presented as Bilateral Periorbital Eudema and Ecchymosis**

**<sup>1</sup>Ahmet Eyibilen, <sup>1</sup>İbrahim Aladağ<sup>1</sup>, <sup>1</sup>Harun Soyaliç, <sup>1</sup>Levent Gürbüzler, <sup>2</sup>Reşit Doğan Köseoğlu**

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kulak Burun  
Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi,  
Tokat

<sup>2</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji  
Anabilim Dalı, Tokat

**Yazışma Adresi**

Doç. Dr. Ahmet Eyibilen

Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
KBB-BBC Anabilim Dalı  
60100 Tokat

**Tel:** 0.356.2129500-7238

**E-posta:**

aeuibilen@yahoo.com

**Özet**

Temporal arterit ya da dev hücreli arterit orta büyüklükte ve büyük arterlerin kronik vaskülitidir. Genellikle ileri yaş hastalığı olup etyolojisi bilinmemektedir. Özellikle temporal bölgede yoğunlaşan baş ağrısı, görme bozuklukları, çene hareketlerinde kısıtlılık ve polimyaljia romatika sık görülen bulguları olsa da değişik bulgularla da ortaya çıkabilir. Bu yazıda öncelikle sinüzit komplikasyonu olarak düşünülen ve her iki periorbital bölgede gözü kapatacak şekilde ödem ve ekimozu olan bir olgu sunulmuştur. Akut enfeksiyon bulgularıyla gelen hastada temporal arter biyopsisinde dev hücreli arterit tanısı konmuştur. Bu yazının sunulmasındaki amaç, baş-boyun bölgesinde akut enfeksiyon bulgularıyla gelen hastalarda sistemik bir nedenin olabileceğini vurgulamaktır.

**Anahtar kelimeler:** temporal arterit, görme bozuklukları, polimyaljia romatika.

**Abstract**

Temporal arteritis or giant cell arteritis involved with large and medium sized vessels is a chronic vasculitis. It is known that this disease is usually an elderly age disease, and there are headache especially seen on the temporal area, visual disturbances, jaw claudication and polymyalgia rheumatica as classical symptoms. However, also, it might raise with another findings. In this article, we presented a case initially considered as the complication of sinusitis, had bilateral peri-orbital eudema and ecchymosis and had acute infection findings. Temporal arteritis was diagnosed after temporal artery biopsy was performed. The reason of presenting this case to emphasize the necessity of taking into consideration the systemic disease for the patients applied with acute infection findings in the head and neck region infections.

**Keywords:** Temporal arteritis, visual disturbances, polymyalgia rheumatica

## Giriş

Temporal arterit (TA) ya da diğer adıyla dev hücreli arterit etyolojisi bilinmeyen orta büyüklükte ve büyük arterleri tutan kronik bir vaskülitir. Özellikle eksternal karotid arteri ve onun da temporal dalını tutma eğilimindedir. Görme kaybı gibi kısa sürede gelişen önemli bir komplikasyonunun olması tanıda acele edilmesini gerektirir. Bu hastalar genellikle romatoloji ve göz hastalıkları bölümlerinde tanı alırlar ve takip edilirler (1-3). Ancak hastalığın bulgularının romatolojik yakınmalar yanı sıra baş-boyun bölgesi yakınmalarını da içermesi (baş ağrısı, çene hareketlerinde kısıtlılık, odyovestibüler bulgular gibi) kulak burun boğaz (KBB) hekiminin bu hastalığı göz önünde bulundurmasını gerektirir (4).

Bu yazıda yüksek ateş, baş ağrısı ve iki taraflı periorbital ödem ve ekimoz yakınmasıyla öncelikle sinüzit komplikasyonu olarak düşünülüp bölümümüze gönderilen bir hasta sunulmuştur. Yoğun antibiyoterapiden sonra bulguları hafifleyen, ancak yakınmalar devam eden hastada sistemik romatolojik tablonun ön plana çıkması üzerine TA'dan şüphelenilmiştir. Hastaya temporal arter biyopsisi (TAB) yapılmış ve TA tanısı almıştır. Bu yazının sunulmasındaki amaç, baş-boyun bölgesinde akut enfeksiyon bulgularıyla gelen hastalarda altta yatan sistemik bir nedenin olabileceğinin düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktır.

## Olgu Sunumu

62 yaşında erkek hastanın, 3 gün önce frontal ve oksipital bölgede daha önce olmayan baş ağrısı ve ardından 39,5°C' yi

bulan ateş, halsizlik, eklem yerlerinde ağrı yakınmaları vardı. Bir gün öncesinde önce sol gözde, sonra sağ gözde şişme ve morarma olmuştu (şekil 1). Travma hikayesi ve üst solunum yolu enfeksiyonunu düşündürecek ya da daha önce var olan bir kronik sinüzit öyküsü yoktu. Hastanın B hepatiti ve astımı da vardı. Antiagregan ve antitrombolitik tedavi almıyordu. Otoskopik, oral, endoskopik nazal ve nazofarenks muayenesi normaldi. Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), serum reaktif protein (CRP), rutin biyokimya tetkikleri yapıldı (tablo 1).

**Tablo 1.** Hastanın yükselmiş bazı kan değerleri.

Tetkik	Lab. Bulgusu	Referans değeri
Lökosit sayısı	25000	4800-10800
Nötrofil sayısı	23500	3600-10000
ESH	68	5.3-20.2
CRP	171 mg/l	0-5
Hgb	16,4 g/dl	12-16
Hct	47,8%	37-47
PLT	95000	130000-400000
AKŞ	222 mg/dl	70-110

Lökositoz, ESH ve CRP' nin yüksek olması üzerine, her iki nazal kavite, boğaz, balgam, kan kültür örnekleri alındı. PA akciğer grafisi çekildi ve normaldi. Ampirik olarak amoksisilin-klavunat 1.2 gr IV 2x1 başlandı. Görme muayenesi göz kapakları gözünü kapattığı için yapılamadı. Kültürlerde üreme olmadı. Paranasal sinüs

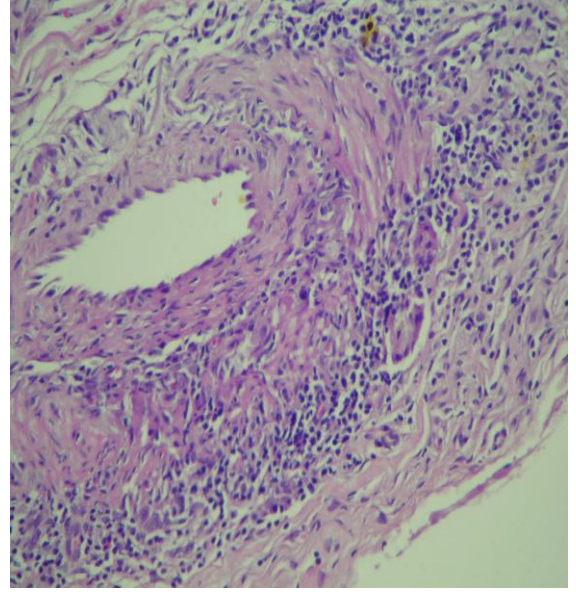
bilgisayarlı tomografisi çekildi ve periorbital ödem destekleyen bulgular dışında normaldi.

**Resim 1.** Hastanın her iki gözünde periorbital ödem ve ekimoz.



Daha önce diyabet öyküsü olmamasına ve henüz steroid başlanmamış olmasına rağmen açlık kan şekeri (AKŞ) yüksekti. Hastaneye yatırıldıktan birkaç gün sonra solda çene hareketlerinde kısıtlılık, sol temporal bölgede hassasiyet, şişlikler, temporal arter pulsasyonunda azalma ve aynı yerde saçta dökülmeler başladı. Baş ağrısı daha çok sol temporal bölgede yoğunlaştı. Bunun üzerine TA olabileceği düşünülerek solda TAB yapıldı. Patolojik inceleme sonucu dev hücreli arterit olarak geldi (şekil 2).

**Resim 2.** TAB de damar duvarında kalınlaşma ve dev hücreli kronikgranülatöz enflamasyon (HE,X25).



Hastaya hemen günlük 1 mg/kg steroid tedavisine başlandı (hastaneye yatışın 7. günü). Gözün görmesi ve fundoskopik muayenesi normaldi.

### Tartışma

TA orta büyüklükte ve büyük damarları etkileyen, iskemik komplikasyonlarla ortaya çıkan bir vaskülitir. Klinik bulgular olarak baş ağrısı, çene hareketlerinde kısıtlılık, Polimyaljia romatika (PMR) ve görme bozuklukları daha çok tanınmış olsa da etkilenen damara bağlı değişik bulgularla da ortaya çıkabilir. Sistemik bulgular olarak ateş, yorgunluk, anemi olabilir (1-7). TA bu bulgular yanında değişik tablolarla da ortaya çıkabilir. Daha az sıklıkla olsa da dilde nekroz, periorbital ekimozla ortaya çıkan bulgular bildirilmiştir (8,9).

Hastaların 2/3 ünde ilk bulgu daha önce olmayan baş ağrısıdır. Temporal kaynaklı olan baş ağrısı, frontal ve oksipital bölgede de hissedilebilir. Gerilim tipi baş ağrısını, migreni taklit edebilir. Ancak, bu olguda olduğu gibi hasta çoğu zaman var olan ağrının daha öncekilere benzemediğini söyler. Kranial tutulumun

en iyi göstergesidir. Temporal arter anormalliğiyle birlikte (1-7,10).

PMR hastalıkla birlikte, önce ya da hastalık seyrinde ortaya çıkabilir. Hastalığın iskemik bulguları çene hareketlerinde kısıtlılık şeklinde başlayabilir. En sık görülen iskemik bulgudur. TA olgularında laboratuvar bulgularında ESH ve CRP yüksekliği, lökositoz, anemi, trombositoz olabilir. ESH ve CRP hastaların çoğunda orta ya da ileri derecede yüksektir. Diğerleri daha az sıklıktadır (1-3).

Görmenin etkilenmesi hastaların %30'unda vardır ve %15'inde de görme kaybı kısmi ya da tam körlük şeklinde kalıcıdır. Hastanın bir gözü etkilenmişse 24 saat içinde diğer gözün de etkilenmesi olasıdır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir. Görmenin etkilenmesinde trombositozun önemli rol oynadığı ve anemili hastalarda daha az olduğu bildirilmiştir (1,6). Bu yazıda sunulan olguda ise görme etkilenmemiştir. Hastada anemi yoktu. Fakat daha önce bildirilen çoğu olgunun aksine trombositopeni olması bu hastada görmenin etkilenmemesini ve iki taraflı periorbital ekimoz olmasını açıklayabilir.

Ateş hastaların yarısından azında vardır. Nedeni bilinmeyen ateşin kaynağı TA olabilir. Ancak diğer olasılıklar dışlanmalıdır. Ateşi olan olgularda görmeyle ilgili bulguların daha az olduğu da bildirilmiştir (11,12).

TA ileri yaş hastalığı olup 50 yaş altında nadirdir. Yaş arttıkça hastalığın görülme sıklığı da artar (2,3,6). Beraberinde başka hastalıklar da varsa hastalığın tanı ve tedavisinde güçlüklerle karşılaşılabilir. Bizim olgumuz astımı ve B hepatiti olan bir olguydu. Steroid tedavisiyle ilgili olmayan, daha önce öyküde tanımlanmayan AKŞ yüksekliği

ortaya çıkmıştı. Yüksek ateş, nötrofil hakimiyeti olan lökositoz, yüksek ESH ve CRP öncelikle bir enfeksiyonu akla getirmişti. Göz bulguları öncelikle sinüzit komplikasyonunu düşündürmüştü ve temporal arterle ilgili yakınmaların geç fark edilmesine yol açmıştı.

Hastalığın tanısında TAB negatif sonuçlar olmasına karşın altın standarttır. Tek taraf TAB sonucu negatif geldiğinde diğer tarafa biyopsi yapılabilir. Tanıya %5 katkısı olur. Ancak hastaların %68'inde biyopsi sonucu tedavi şeklini değiştirmez. Yapılan çalışmalarda renkli Dopler Ultrasonografi, Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Pozitron Emisyon Tomografi'nin de tanısal değeri gösterilmiştir. Ancak TAB kadar değerli değildir (3,5).

TA'nın tedavisinde etkili ilaç steroidlerdir. Başlangıç tedavisi günlük 40-60mg olup çoğunlukla tedavi 1-2 yıl sürer. Daha uzun süre de gerekebilir. Steroidlerin yan etkileri nedeniyle, metotraksat, azotipurin kullanılmış fakat steroidler kadar üstün olmamıştır. Düşük doz aspirinin kranial iskemik komplikasyonları azalttığı da gösterilmiştir (4,5,13).

TA olguları çoğu zaman doğrudan KBB hekimine gelme de KBB hekimi baş ağrısı, yüz ağrısı, odyovestibüler bulgular nedeniyle TA hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu hastalar TAB için de konsülte edilebilirler (3,4,6). Bu olguda olduğu gibi çok nadir de olsa periorbital ekimoz nedeniyle sinüzit komplikasyonu öntanısıyla da gönderilebilirler. Hastalık ileri yaş hastalığı olduğundan beraberinde başka hastalıklar da olduğunda tanı koymak güçleşebilir. Bu nedenle özellikle ileri yaşta bir hastada daha önce tanımlanmamış ya da öncekilerden farklı bir baş ağrısı varlığında TA akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Gonzales-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. Giant cell arteritis. Disease patterns of clinical presentations in a series of 240 patients. *Medicine*. 2005;84:269-76.
2. Schmidt WA, Gromnica-Ihle E. What is the best approach to diagnosis large-vessel vasculitis? *Best Practice & Research Clin Rheumatol*. 2005;19:223-42.
3. Pipitone N, Boiardi L, Salvani C. Are steroids alone sufficient for the treatment of giant cell arteritis? *Best Practice & Research Clin Rheumatol*. 2005;19:277-92.
4. Meyers AD, Said S. Temporal artery biopsy: concise guidelines for otolaryngologists. *Laryngoscope*. 2004;114:2056-59.
5. Chong EWT, Robertson AJ. Is temporal artery biopsy a worthwhile procedure? *ANZ J. Surg*. 2005;75:388-91.
6. Niederkohr R, Levin L. Management of the patient with suspected temporal arteritis. A decision-analytic approach. *Ophthalmol*. 2005;112:44-56.
7. Diaz VA, DeBroff BM, Sinard J. Comparison of histopathologic features, clinical symptoms, and erythrocyte sedimentation rates in biopsy-positive temporal arteritis. *Ophthalmol*. 2005;112:1293-8.
8. Fernandez S, Adhiyaman V. Giant cell arteritis presenting as peri-orbital ecchymosis. *Age and Ageing*. 2005;34:85-6.
9. Biebl MA, Hugl B, Posch L, Tzankov A, Weber F, Perkmann R, Fraedrich G. Subtotal tongue necrosis in delayed diagnosed giant-cell arteritis: a case report. *Am J Otolaryngol*. 2004;25:438-41.
10. Ward TN, Levin M. Headache in giant cell arteritis and other arteritides. *Neurol Sci*. 2005;26:134-7.
11. Cunha BA, Parchuri S, Mohan S. Fever of unknown origin: temporal arteritis presenting with persistent cough and elevated serum ferritin levels. *Heart Lung*. 2006;35:112-6.
12. Gonzales-Gay MA, Garcia-Porrúa C, Amor-Dorado J, Llorca J. Fever in biopsy-proven giant cell arteritis: clinical implications in a defined population. *Arthritis & Rheumatism* 2004;51:652-5.
13. Hoffman GS, Cid MC, Hellmann DB, et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of adjuvant methotrexate treatment for giant cell arteritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2002;46:1309-18.