

Akut sinüzit atağında frontal sinüs ön duvarındaki defekte bağlı olarak gelişen periorbital selülit: Olgu sunumu

Periorbital cellulitis caused by defect in front wall of frontal sinus in acute sinusitis attacks: A case report

İsa Özbay, Fatih Oğhan, Cüneyt Kucur, Onur Erdoğan*, Sinan Aksoy, Zuhul Zeybek Sivas

Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı (Yrd. Doç. İ. Özbay, Doç. Dr. F. Oğhan, Yrd. Doç. C. Kucur, Dr. O. Erdoğan, Dr. S. Aksoy, Dr. Z. Z. Sivas), Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-43000 Kütahya

Özet

Sinüzit olgularında antibiyoterapi yaygın olarak kullanılmasına rağmen hala bir takım komplikasyonlar görülebilmektedir. Periorbital selülit daha çok çocukluk döneminde ve etmoid sinüslerin enflamasyonu ile ortaya çıkan göz kapağında ödem, hiperemi ve oküler ağrının hakim olduğu fakat görmenin etkilenmediği, nadiren de apsenin eşlik ettiği bir klinik durumdur. Bizim olgumuz erişkin erkek hasta idi ve frontal sinüsteki defektten kaynaklanan periorbital selülit mevcuttu. Bu hali ile diğer olgulardan farklılık gösteriyordu. Anamnezinde üç yıl önce fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi geçirdiğini belirten hastanın travma öyküsü bulunmuyordu. Hastamızda periorbital selülite neden olan durumun akut sinüzit seyrinde frontal sinüs duvarındaki defekten meydana geldiği ve apse formasyonuna yol açtığını 'ince kesit tomografi' ile tespit edildi. Servise yatırılan hastaya, parenteral antibiyoterapi başlandı. Hastanın klinik tablosunun tedavinin 5. gününde düzeldiği görüldü. Operasyona alınan hastaya yapılan frontoetmoidal medial orbitotomi (Lynch) insizyonu sonrası frontal sinüs ön duvarındaki defektinin yaklaşık 2-3 mm çapında olduğu görüldü ve bonecement ile onarıldı. Bu tür defektlerde, etiopatogenezde mukopiyosel, travma vs. olabileceği gibi iatrojenik travmalar da olabilir. Bu olguda akut sinüzit atağında frontal sinüs ön duvarındaki defektten meydana gelen gelen atipik bir periorbital selülit olgusunu literatür eşliğinde tartışarak sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Periorbital selülit; frontal sinüs defekti; akut sinüzit

Abstract

Despite the widespread use of antibiotics in cases of sinusitis, still some complications may occur. Periorbital cellulitis is a clinical condition that usually seen in childhood and inflammation occurs in ethmoid sinuses causing eyelid edema, hyperemia and ocular pain, but seeing is generally unaffected, and rarely it is accompanied by the abscess. Our case was adult male patient and periorbital cellulitis was present caused by a defect in the frontal sinus. This is the difference from other cases. Functional endoscopic sinus surgery was present at 3 years ago in history of the patient who had no history of trauma. It has been detected in 'thin-section CT that periorbital cellulites of our patient caused by the defect in the wall of the frontal sinus in the course of acute sinusitis and then, abscess formation occurred. Parenteral antibiotic therapy was given to the patient who was hospitalized. On the 5th day of treatment, the patient's clinical improvement was observed. Frontoetmoidal medial orbitotomy (Lynch) incision was made to the patient in operation and the defect was found to be approximately 2-3 mm in diameter in the anterior wall of the frontal sinus and it was repaired with bone cement. Etiopathogenesis of this type of defect may be mukopiyosel, trauma etc. as well as iatrogenic trauma. In this case, we offer an atypical case of periorbital cellulitis caused by the defect in the anterior wall of the frontal sinus in acute sinusitis attacks discussing in the light of literature.

Keywords: Periorbital cellulitis; frontal sinus defect; acute sinusitis

Geliş tarihi/Received: 04 Eylül 2014; **Kabul tarihi/Accepted:** 07 Aralık 2014

***İletişim adresi:**

Dr. Onur Erdoğan, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-43000 Kütahya. E-posta: onurerdogan38@gmail.com

Giriş

Periorbital şişliğe, travma, böcek ısırığı, blefarit gibi birçok neden sebep olsa da; en sık nedenlerinden biri sinüzittir. Sinüzit, klinik olarak nazal kaviteyi ve paranazal sinüsleri döşeyen mukozaların, buradaki sıvıların ve/veya alttaki kemiğin ortaya koyduğu enflamatuvar cevap olarak tanımlanabilir [1]. Sinüzitin, genellikle riniti takiben ortaya çıkması veya rinit ile birlikte bulunması, sinüslerin ve burun mukozasının histopatolojik olarak devamlılık göstermesi rinosinüzit şeklinde anılmasına sebep olmuştur. Sinüzit olgularında antibiyoterapinin yaygın olarak kullanılmasına rağmen hala bir takım komplikasyon görülebilmektedir [2]. Enfeksiyonun orbita ve intrakraniyal dokulara hızla yayılmasıyla çok ciddi ve mortalite riski yüksek komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Rinosinüzitli hastalarda %3 oranında orbital komplikasyon ortaya çıkmaktadır [3]. Sinüzite bağlı orbital komplikasyonlar; periorbital sellülit, orbital sellülit, orbital apse, subperiosteal apse ve kavernoöz sinüs trombozudur [2, 4-6]. Periorbital selülit daha çok çocukluk döneminde ve etmoid sinüslerin enflamasyonunda ortaya çıkan göz kapağında ödem, hiperemi, oküler ağrının olduğu fakat görmenin etkilenmediği, nadiren de apsenin eşlik ettiği bir durumdur [6]. Bizim olgumuz frontal sinüsteki defektten kaynaklanan periorbital selüliti mevcuttu. Bu hali ile farklılık gösteren olgumuzu literatür eşliğinde tartışarak sunuyoruz.

Olgu sunumu

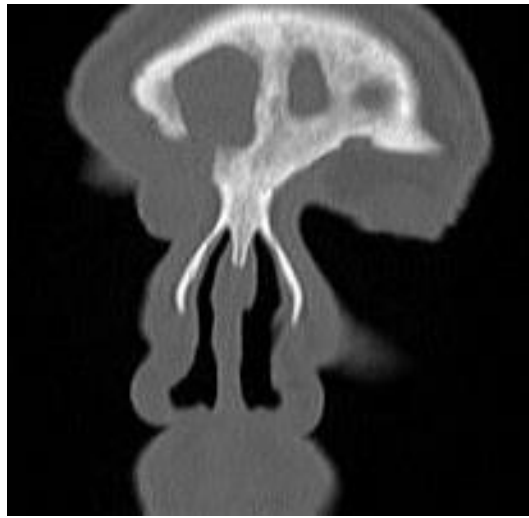
Sağ göz çevresinde şişlik ve ağrı şikayeti ile kliniğimize yönlendirilen erişkin erkek hastanın, anamnezinde üç yıl önce fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESC) olduğu, travma öyküsünün olmadığı tespit edildi. Hastamızda periorbital selülite neden olan durumun akut sinüzit seyrinde frontal sinüs duvarındaki defekten meydana geldiği ve apse formasyonuna yol açtığını ‘ince kesit paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi (BT) ile tespit edildi. Servise interne edilen hastaya, parenteral antibiyoterapi başlandı. Hastanın periorbital selülit seyrinde olan absesi eksternal yaklaşımla drene edildi. Hastanın klinik tablosunun tedavinin 5. gününde düzeldiği görüldü. Operasyona alınan hastaya yapılan frontoetmoidal medial orbitotomi (Lynch) insizyonu sonrası frontal sinüs ön duvarındaki defektinin yaklaşık 2-3 mm çapında olduğu görüldü ve bonecement ile onarıldı. Post operatif 6 ay takip edilen hastanın izleminde periorbital selülit izlenmedi.



Resim 1. Periorbital selülit.



Resim 2. Paranasal BT aksiyal kesit.



Resim 3. Paranasal BT koronal kesit.

Tartışma

Rinosinüzitli hastalarda %3 oranında orbital komplikasyon ortaya çıkmaktadır [3]. Sinüzite bağlı orbital komplikasyonlar Chandler'ın tarifine göre periorbital sellülit, orbital sellülit, orbital apse, subperiosteal apse ve kavernoöz sinüs trombozudur [7]. Periorbital sellülit daha çok çocukluk döneminde ve etmoid sinüslerin enflamasyonunda ortaya çıkan göz kapağında ödem, hiperemi, oküler ağrının olduğu fakat görmenin etkilenmediği, nadiren apsenin eşlik ettiği bir durumdur [6]. Rinosinüzitin orbital komplikasyonları çok sayıda kan damarı ve sinirin katettiği ince iç duvarından geçerek orbitaya ulaşması neticesinde oluşmaktadır [8]. Özellikle çocuklarda etmoidal sinüzitte anatomik yakınlığından dolayı, enfeksiyöz materyal lamina papriseadan ve etmoidal hava boşluklarından kolaylıkla subperiorbital alana yayılabilmektedir [9]. Yüz ve lakrimal kese gibi periorbital dokulardaki enfeksiyonlardan lokal yayılımla, hematojen yolla, travma ya da cerrahi ile direk inokulasyonla ve dental enfeksiyonların sonucunda da periorbital sellülit gelişebilir. Fakat bizim olgumuz literatürde bilinenden farklı olarak erişkin bir hastada görülmekte ve etmoid sinüslerdeki enfeksiyona sekonder değil frontal sinüsteki enfeksiyonun frontal sinüs anterior duvarındaki defektten yayılımına bağlı ortaya çıkmaktaydı

Frontal sinüs duvarındaki defektler mukopyoel, travma ya da iatrojenik sebeplere bağlı olabilmektedir. Hastamızın FESC öyküsünün bulunması her ne kadar bunun iatrojenik bir

defekt olduğunu destekliyor olsa da, bu durumun kesin tanısı yapılamamaktadır. Hastadan ayrıntılı anamnez alıp, travma öyküsünü sorguladığımızda ise hastanın travma öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın ince kesit paranasal BT sinde de mukopiyosel düşündürecek bir bulgu izlenmemekteydi.

Radyolojik görüntüleme yöntemleri hem tanının doğrulanması hem de paranasal sinüslere veya sinüzit komplikasyonlarına yönelik cerrahi tedavinin planlanmasında önemlidir [2]. BT, paranasal enfeksiyonların, kemik defektlerin ve komplikasyonların değerlendirilmesinde oldukça etkin bir görüntüleme yöntemidir. Magnetik rezonans (MR) görüntüleme ise kavernoöz sinüs trombozu gibi sinüs enfeksiyonlarına bağlı komplikasyonların değerlendirilmesinde önemlidir. Hastanın FESC öyküsü olması ve orbital komplikasyon gelişmesi paranasal sinüs BT için gereklilik oluşturdu. Yapılan paranasal sinüs BT incelemesinde frontal sinüs anterior duvarındaki defekt ve buna bağlı olarak oluşan periorbital selülütin kesin tanısı konuldu.

Komplike olmamış vakalarda erken tanı ve tedavi komplikasyonları önlemede önemlidir [10]. Komplike geliştiğinde ise medikal tedavi yeterli olmayacak cerrahi tedaviler gündeme gelecektir. Sinüzit seyrinde periorbital selülüt komplikasyonu gelişen hastaların tedavisinde genel görüş enfekte sinüslerin drenajı ve periorbital selülüt sırasında oluşan absenin drenajı ve beraberinde medikal tedavidir [11, 12]. Cerrahi tedavide endoskopik sinüs cerrahisi kullanılabileceği gibi klasik eksternal yaklaşımlarda tercih edilmektedir. Migirov ve ark. [13] yaptıkları çalışmada endoskopik sinüs cerrahisini önermektedirler. Günümüzde cerrahi gerektiren frontal sinüs hastalıklarının çoğu endonazal yaklaşımlarla başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Bunun yanında kemik defekti bulunan ve ya patolojiye hakim olunamayan olgularda açık cerrahi yaklaşım gereklidir [14]. Bundan dolayı biz de hem patolojiye daha iyi hakim olacağımızı düşündüğümüzden hem de kemik defekt onarımının daha kolay olacağını düşündüğümüzden dolayı açık cerrahi tercih ettik.

Sonuç olarak; sinüzit atağında orbital komplikasyonlar izlenebilmektedir. Fakat sık görülenin aksine orbital komplikasyonlar sadece etmoid sinüzite bağlı olarak değil, frontal sinüse bağlı enfeksiyonlara sekonder de ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Detaylı bir anamnez ve görüntüleme yöntemleri frontal sinüsteki defekti tespit edip tedavinin planlanması açısından yol göstericidir.

Kaynaklar

1. Lanza DC, Kennedy DW. Adult Rhinosinusitis defined. *Otolaryngol-Head and Neck Surg* 1997; 3: 107.
2. Wolf SR, Göde U, Hosemann W. Endonasal endoscopic surgery for rhinogen intraorbital abscess: A report of six cases. *Laryngoscope* 1996; 106: 105-10.
3. Oliverio PJ, Benson ML, Zinreich SJ. Update on imaging for functional endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 1995; 28: 585-608.
4. Önerci M, Haberal İ. Sinüzit. Çelik O. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık 2002; 411-33.
5. Watkins LM, Pasternack MS, Banks M, Kousoubris P, Rubin PAD. Bilateral Cavernous Sinus Thromboses and Intraorbital Abscesses Secondary to Streptococcus milleri. *Ophthalmology* 2003; 110: 569-74.
6. Hytonen M, Atula T, Pitkaranta A. Complications of Acute Sinusitis in Children. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000; 543: 154-7.
7. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970; 80: 1414-28.
8. Domville-Lewis C, Friedland PL, Santa Maria PL. Pott's puffy tumour and intracranial complications of frontal sinusitis in pregnancy. *J Laryngol Otol* 2013; 127: 35-8.
9. Jones H, Trinidad A, Jaber MC, Lyons M. Periorbital cellulitis, subgaleal abscess and superior sagittal sinus thrombosis: A rare combination of

- complications arising from unilateral frontal sinusitis. *J Laryngol Otol* 2012; 126: 1281-3.
10. Allan K, Atkinson H, Agada F. Posterior orbital cellulitis: Case report and literature review. *J Laryngol Otol* 2013; 127: 1148-51.
 11. Johnson JT, Infections. In: Krause CJ. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, Second Edition. Mosby Year Book 1993: 929-40.
 12. Younis RT, Lazar RH, Bustillo A, Anand VK. Orbital infection as a complication of sinusitis are diagnostic and treatment trends changing? *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 771-5.
 13. Migirov L, Yakirevitch A, Bedrin L, Wolf M. Endoscopic sinus surgery for medial orbital subperiosteal abscess in children. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 38: 504-8.
 14. Weber R, Draf W, Keerl R. Osteoplastic frontal sinus surgery with fat obliteration: Technique and long-term results using magnetic resonance imaging in 82 operations. *Laryngoscope* 2000; 110: 1037-44.