

Hafif Göz Bulguları Olan Bir Olguda Orbital Enfeksiyonun Ciddi Komplikasyonları

Multiple Severe Complications of Orbital Infection in a Case with Mild Ocular Signs

Çapan KONCA,¹ Eyyüp KARAHAN,² Mehmet Ali TAŞ³

¹Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman

²Kozluk Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Batman

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Özet

Orbital enfeksiyonlar ağır hastalıklardır. Klinik tablo basit preseptal selülit olarak başlayabilir ve kısa sürede ağır komplikasyonlar gelişebilir. Bu yazıda, preseptal selülit tanısı ile hastaneye yatırılan ve kısa sürede orbital enfeksiyon komplikasyonlarının çoğunun görüldüğü bir çocuk hasta sunuldu. Preseptal selülit bulguları olan 12 yaşında bir erkek çocuk göz kliniğine başvurdu. Hasta yatırıldı ve antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü gününde ateş, baş ağrısı ve menenks irritasyon bulguları olan hastaya lomber ponksiyon yapıldı ve menenjit saptandı. Radyolojik görüntülemeler, sağ retroorbital apse, süperiyör ve lateral rektus kaslarında enflamasyon, karotid kavernöz sinüste daralma ve sağ interhemisferik fissürde subdural efüzyon varlığını gösterdi. Acil cerrahi drenaj yapıldı. Cerrahi drenaj sonrası belirgin iyileşme elde edildi. Hasta sekelsiz iyileşti. Preseptal selülit bulguları ile başvuran hastaların sadece fizik muayene bulgularına göre değerlendirilmesi etkili ve uygun tedavide gecikmelere yol açabilir. Erken radyolojik görüntülemeler ve gerekli ise erken cerrahi müdahaleler bu hastalar için hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Cerrahi tedavi; orbital; sellülit; tıbbi görüntüleme.

Summary

Orbital infections are serious diseases. Clinical manifestation may present as preseptal cellulitis, though serious complications can quickly occur. Described in the present report is a patient diagnosed with preseptal cellulitis during hospitalization who developed nearly every complication associated with orbital infection in a short period of time. A 12-year-old boy with signs of preseptal cellulitis was admitted to the ophthalmology clinic. He was hospitalized, and antibiotic treatment was initiated. Due to headache, fever, and signs of meningeal irritation, on the third day lumbar puncture was performed, and meningitis was detected. Radiological investigations showed retro-orbital abscess, inflammation of the rectus muscles, severe narrowing and arteritis in the carotid cavernous sinus segment, and subdural effusion. Surgical drainage was immediately performed, and subsequent improvement was remarkable; the patient recovered without occurrence of sequela. Evaluation of patients who present with signs of preseptal cellulitis on physical examination alone may lead to delay in proper treatment. Early radiographic imaging and surgical intervention (if necessary) can be lifesaving.

Keywords: Operative therapy; orbital; cellulitis; medical imaging.

Giriş

Orbital selülitin etiolojisinde paranazal sinüs enfeksiyonu, dakriyosistit, perioküler travma, dental enfeksiyon, endoftalmitis gibi birçok neden yer almaktadır. Orbital enfeksiyonun etkili tedavisindeki herhangi bir

gecikme görme kaybı, kavernöz sinüs trombozu, menenjit, frontal apse ve ölüm gibi ağır komplikasyonlara yol açabilir.^[1-5] Klinik bulgular basit preseptal selülit olarak başlayabilir ve ağır komplikasyonlar kısa sürede ortaya çıkabilir.

İletişim: Dr. Çapan Konca,
Adıyaman Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Adıyaman
Tel: 0416 - 223 16 90

Başvuru tarihi: 04.10.2013
Kabul tarihi: 15.05.2014
Online baskı: 15.08.2014
e-posta: dr.capan@hotmail.com



Bu yazıda, preseptal selülit tanısı ile hastaneye yatırılan ve kısa sürede orbital enfeksiyon komplikasyonlarının çoğunun görüldüğü 12 yaşında bir çocuk sunuldu.

Olgu Sunumu

On iki yaşındaki erkek çocuk, göz hastalıkları polikliniğine hafif baş ağrısı, sağ üst göz kapağında şişlik ve kızarıklık yakınması ile başvurdu. Hastanın ilk fizik muayenesinde ateşi yoktu, görme fonksiyonları ve fundus muayenesi normaldi ve göz hareket kısıtlılığı yoktu. Mevcut bulgularla preseptal selülit ön tanısı düşünülen hasta, göz hastalıkları servisine yatırıldı ve intravenöz sefazolin tedavisi başlandı. Yatışının üçüncü gününde hastanın baş ağrısı arttı, ateşi yükseldi ve göz hareketlerinde hafif kısıtlılık ortaya çıktı. Pediatri uzmanı tarafından konsülte edilen hastanın fizik muayenesinde menenjit bulgularının görülmesi üzerine lomber ponksiyon yapıldı, beyin omurilik sıvısı sitolojik ve biyokimyasal olarak pürülan menenjit ile uyumlu bulundu. Hasta çocuk enfeksiyon hastalıkları servisine nakledildi, tedavisi seftriakson ve vankomisin olarak değiştirildi. Göz hareketlerinde kısıtlılık olması ve görme fonksiyonlarında bozulma meydana geldiği için acil orbital bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi, sağ periorbital ve temporofrontal apse formasyonu saptandı (Şekil 1a). Kavernöz sinüs trombozu şüphesi ile çekilen kraniyal manyetik rezonans (MR) incelemesinde, sağ retroorbital apse, süperiyor ve lateral rektus

kaslarında enflamasyon, karotis arterinin kavernöz sinüs bölümünde arterit ve ağır daralma, interhemisferik fissürün sağ tarafında 7 mm kalınlığında subdural effüzyon saptandı (Şekil 1b). Beyin cerrahisi uzmanı tarafından hastaya cerrahi drenaj yapıldı. Cerrahi müdahale sonrası klinik düzelme belirgindi. Baş ağrısı ve ateş şikâyetleri cerrahi girişim sonrası ikinci günde, göz hareket kısıtlılığı ise üçüncü günde azalmaya başladı. Sağ üst göz kapağındaki şişlik ve kızarıklık, cerrahi girişim sonrası beşinci günde geriledi. Apse materyali kültüründe üreme olmadı. İntravenöz antibiyotik tedavisi, cerrahi sonrası iki haftaya tamamlandı. Hasta tedavi sonrası sekelsiz iyileşti.

Tartışma

Orbital enflamasyon sınıflandırması, Smith ve Spencer^[6] tarafından tasarlanmış ve daha sonra Chandler ve ark.^[7] tarafından modifiye edilmiştir. Orbital enflamasyon, beş grupta sınıflandırılmıştır; Grup 1 preseptal selülit, grup 2 orbital selülit, grup 3 subperiosteal apseyi, grup 4 difüz orbital apseyi ve grup 5 kavernöz sinüs trombozunu içermektedir. Hastamız preseptal selülit bulguları ile başvuran, ancak orbital selülitin birçok bulgu ve komplikasyonlarının sonradan ortaya çıktığı nadir bir olguydu.

Orbital enfeksiyonlar ağır hastalıklardır. Bu hastalarda klinik değerlendirme ve etkin tedavi hayati öneme



Şekil 1. (a) Orbital bilgisayarlı tomografide sağ periorbital and temporofrontal apse varlığı. (b) Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde retroorbital apse, süperiyor ve lateral rektus kaslarında enflamasyon, karotik kavernöz sinüs segmentinde arterit ve daralma, interhemisferik fissürün sağında subdural efüzyon varlığı.

sahiptir. Tedavideki gecikmeler ağır komplikasyonlarla sonuçlanabilir.^[8,9] Oküler bulgular, intraorbital veya intrakraniyal enfeksiyonun şiddeti ile kıyaslandığında bazen yanıltıcı olabilmektedir. Orbital selülitin komplikasyonları nadirdir ancak uygunsuz ve yetersiz tedaviler panoftalmit, menenjit, optik sinir basısı veya beyin apsesi gibi yıkıcı komplikasyonlara yol açabilir.^[10] Olgumuzda, periorbital ve temporofrontal apse, menenjit, karotik kavernoöz sinüs segmentinde ciddi daralma, arterit ve subdural efüzyon gibi orbital enfeksiyonların birçok komplikasyonları, klinik izlem süresinde ortaya çıkmıştır.

Bazı hastalarda şiddetli enfeksiyona rağmen, oküler bulgular hafif olabilmektedir. Bu durumlarda, erken BT ve/veya MR görüntülemeleri intrakraniyal ve intraorbital enfeksiyonların varlığını göstermede önemli fayda sağlayabilir.^[11] Orbital enfeksiyonların değerlendirilmesinde ultrasonografi, BT ve MR incelemeleri öncelikli radyolojik yöntemlerdir ve dikkatli değerlendirilmeleri doğru tanı konulmasında faydalıdır.^[12] Olgumuzda hafif oküler bulgular olmasına rağmen, BT ve MR görüntülemeleri yardımı ile intraorbital ve intrakraniyal komplikasyonlar erken tanındı, uygun tedavi başlandı ve sekelsiz iyileşme sağlandı.

Orbital BT görüntülemelerinde subperiosteal apse saptandığı anda paranazal sinüslerin ve apsenin cerrahi drenajını öneren çalışmalar olmasına rağmen,^[13-15] cerrahi drenaj öncesi etkin medikal tedavinin cerrahi müdahale ihtiyacını önemli oranda azalttığını savunan çalışmalar da mevcuttur.^[16] Ancak bu süreçte intravenöz antibiyotik tedavisi başlanması, görme fonksiyonları açısından her altı saatte bir muayene yapılması, bu yakın gözlemde 48 saatlik yeterli ve etkili medikal tedaviye rağmen görme keskinliğinde veya göz hareketlerinde kötüleşme olması durumunda ise cerrahi müdahale yapılması önermektedir.^[3] Olgumuzda orbital BT incelemesinde periorbital ve temporofrontal apse saptandığı anda beklenmeden cerrahi drenaj yapıldı.

Hastanın radyolojik incelemelerini gösteren fotoğrafların kalitesinin düşük olması ve yeniden yüksek kaliteli fotoğraf çekim imkanının olmaması, çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır.

Sonuç olarak, preseptal selülit bulguları ile başvuran hastaların sadece fizik muayene bulgularına göre değerlendirilmesi etkin ve uygun tedavide gecikmelere yol açabilir. Çalışmamız, orbital enfeksiyonlarda erken radyolojik görüntülemeler ve eğer gerekli ise erken cerrahi müdahalelerin yapılmasının hayat kurtarıcı faydalarının olduğunu desteklemektedir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Vairaktaris E, Moschos MM, Vassiliou S, Baltatzis S, Kalimeras E, Avgoustidis D, et al. Orbital cellulitis, orbital subperiosteal and intraorbital abscess: report of three cases and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg* 2009;37:132-6. [Crossref](#)
2. Campolattaro BN, Lueder GT, Tyhsen L. Spectrum of pediatric dacryocystitis: medical and surgical management of 54 cases. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1997;34:143-53.
3. Jain A, Rubin PA. Orbital cellulitis in children. *Int Ophthalmol Clin* 2001;41:71-86. [Crossref](#)
4. Tovilla-Canales JL, Nava A, Tovilla y Pomar JL. Orbital and periorbital infections. *Curr Opin Ophthalmol* 2001;12:335-41. [Crossref](#)
5. Özcan AA, Esen E, Erdem E, Çiloğlu E, Tarkan Ö, Özdemir S. Clinical Approach in Orbital Cellulitis Cases: Case Series. *Turk J Ophthalmol* 2012;42:284-7.
6. Smith AT, Spencer JT. Orbital complications resulting from lesions of the sinuses. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1948;57:5-27.
7. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970;80:1414-28. [Crossref](#)
8. Chaudhry IA, Shamsi FA, Elzaridi E, Al-Rashed W, Al-Amri A, Al-Anezi F, et al. Outcome of treated orbital cellulitis in a tertiary eye care center in the middle East. *Ophthalmology* 2007;114:345-54. [Crossref](#)
9. Ikeda K, Oshima T, Suzuki H, Kikuchi T, Suzuki M, Kobayashi T. Surgical treatment of subperiosteal abscess of the orbit: Sendai's ten-year experience. *Auris Nasus Larynx* 2003;30:259-62. [Crossref](#)
10. Laloyaux P, Vanpee D, Gillet JB. Orbital cellulitis with abscess formation caused by frontal sinusitis. *J Emerg Med* 2000;18:253-4. [Crossref](#)
11. Uysal Y, Hürmeriç V, Akin T, Bayraktar MZ, Tunçer K. Clinical features and outcomes of treatment in our patients with orbital cellulitis. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49:81-6.
12. Gorospe L, Royo A, Berrocal T, García-Raya P, Moreno P, Abelairas J. Imaging of orbital disorders in pediatric patients. *Eur Radiol* 2003;13:2012-26. [Crossref](#)
13. Hornblase A, Herschorn BJ, Stern K, Grimes C. Orbital abscess. *Surv Ophthalmol* 1984;29:169-78. [Crossref](#)
14. Harris GJ. Subperiosteal abscess of the orbit. *Arch Ophthalmol* 1983;101:751-7. [Crossref](#)
15. Fairbanks DN, Milmo GJ. The diagnosis and management of sinusitis in children. Complications and sequelae: an otolaryngologist's perspective. *Pediatr Infect Dis* 1985;4(6 Suppl):75-9. [Crossref](#)
16. Burakgazi AZ, Nurözler AB, Örnek F. Evaluation of Etiology and Management of Orbital Infections. *T Oft Gaz* 2006;36:332-6.