

Tanınız Nedir (Devamı) Instructive Case (Continued)

Sinüzit komplikasyonuna sekonder gelişen periorbital sellülit

Hastanın muayenesinde nazal ve postnazal pürülan akıntısının olması; göz kapaklarında ödem, kızarıklık, hassasiyet olması (Resim 1); çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde enfeksiyonun orbital septumun önünde sınırlı (Resim 2) olması nedenleriyle akut sinüzit ve sinüzite sekonder gelişmiş periorbital sellülit tanıları konuldu. Hastaya ampicilin-sulbaktam (200 mg/kg/gün) tedavisi intravenöz olarak başlandı. Tedavinin üçüncü gününde hastanın göz kapaklarındaki ödemin azalmış olduğu, göz hareketlerinin normal olduğu ve genel durumunun iyileştiği görüldü. Hastanın tedavisi orale geçilerek on güne tamamlandı. On gün sonraki kontrolünde hastanın kliniğinin tamamen düzelmiş olduğu görüldü.

Sinüzit çocuklarda akut ve kronik gidişli, ciddi komplikasyonlara neden olabilen, sık görülen enfeksiyon hastalıklarından birisidir. Akut sinüzitin viral ve bakteriyel olmak üzere 2 tipi vardır. Çocuklarda ve adolesanlarda viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık %0.5-2'inde akut bakteriyel sinüzitle komplike olabilmektedir. Çocuklarda ve adolesanlarda *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* akut bakteriyel sinüzitin bakteriyel etkenleridir (1). Akut bakteriyel sinüzit her yaşta görülebilir; geçirilen viral üst solunum yolu enfeksiyonları, alerjik rinit ve sigara dumanı maruziyeti predispoze olan nedenlerdir. Sinüziti olan çocuklarda nazal konjesyon, pürülan nazal akıntı, ateş ve öksürük gibi nonspesifik şikâyetler vardır. Daha az sıklıkla ağız kokusu (halitozis), koku duyusunda azalma ve göz etrafında ödem olabilmektedir. Baş ağrısı ve yüzde ağrı şikâyetleri çocuklarda nadiren olmaktadır. Fizik muayenede pürülan nazal akıntı ile eritemli ve şişmiş nazal mukoza görülebilmektedir (1,2).

Akut bakteriyel sinüzitin tanısı öykü temelinde konulur. İki haftadan uzun süren nazal akıntı, öksürük gibi üst solunum yolu enfeksiyonunun persistan semptomları ya da 39°C üzerinde ateş, 3-4 gün devam eden nazal akıntı gibi ciddi solunum semptomları olması akut bakteriyel sinüziti düşündürür. Paranasal sinüslerin beyin ve göze olan yakın komşuluğu, bu bölgelerin enfeksiyonlarında ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir. Periorbital ve orbital sellülit sinüzitin orbital komplikasyonlarıdır ve en sık akut bakteriyel ethmoiditise sekonder olarak meydana gelir. Ethmoidal ve maksiller sinüslerin her ikisi de doğumda mevcuttur ancak sadece ethmoidal sinüslerin havalanması doğumdan sonra olmaktadır. Maksiller sinüslerin havalanması dört yaşa kadar olmamaktadır. Bu

nedenle erken yaşlarda etmoidal sinüslerin havalanması ve anatomik olarak laminer yapısının ince olması nedenleriyle enfeksiyona sekonder komplikasyonların görülmesi daha olasıdır (1-3).

Preseptal (periorbital) sellülit göz veya orbital yapıların tutulumu olmaksızın göz kapağı ve orbital septumun ön kısmında yer alan dokuların akut enfeksiyonu; fasiyal sellülitin bir formudur. Orbital sellülit orbital septumun iç kısmındaki dokuların enfeksiyonudur. Orbital sellülitli hastalarda ek olarak proptosis, göz hareketlerinde kısıtlılık, kemozis, ateş ve toksik görünüm görülmektedir. Fizik muayene ile preseptal, orbital sellülit ayrımı yapılamayan hastalarda veya parenteral antibiyotik tedavisine yeterli yanıt alınamayan hastalara bilgisayarlı tomografi ile değerlendirme yapılmalıdır (1-5).

Periorbital veya orbital sellülite yol açan etkeni göstermede en yararlı yöntem kan kültürüdür. Kan kültüründen etkenin izole edilme oranı çok düşük olmasına karşın periorbital veya orbital sellülitli bütün çocuklardan antibiyotik tedavisine başlamadan önce kan kültürü alınmalıdır. Etkilenen gözün yakınındaki pürülan akıntı olan yaralardan da kültür alınmalıdır. Periorbital ve orbital sellülitte optik sinirin tutulmasına bağlı görme kaybı; enfeksiyonun orbitadan santral sinir sistemine yayılmasına bağlı olarak menenjit; epidural, subdural veya beyin apsesi; kavernöz sinüs trombozu komplikasyonları gelişebilir (1-4).

Periorbital sellülitli çocukların orbita tutulumu bulgusu yoksa ve toksik görünümde değillerse ayaktan tedavi edilebileceği bildirilmektedir. Tedavinin 48. saatinde kan kültüründe üreme yoksa ampicilin-sulbaktam veya amoksisilin-klavulanat gibi geniş spektrumlu oral bir antibiyotikle tedavi 7-10 güne tamamlanabilir. Periorbital sellülitli çocuklar orbita tutulumu bulgusu varsa, toksik görünüyorsa veya aile ayaktan tedaviye uyum sağlayamayacaksa hastaneye yatırılmalı ve parenteral tedavi verilmelidir (1,2,5).

Kaynaklar

1. Olitsky SE, Hug D, Smith LP. Orbital Infections. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (Eds.). Nelson Textbook of Pediatrics, 18th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company 2007: 2611-2.
2. Pappas DE, Hendley JO. Sinusitis. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (Eds.). Nelson Textbook of Pediatrics, 18th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company 2007: 1749-52.
3. Powell KR. Orbital and periorbital cellulitis. *Pediatr Rev* 1995; 16: 163-7.
4. Jackson K, Baker SR. Periorbital cellulitis. *Head Neck Surg* 1987; 9: 227-34.
5. Siddens JD, Gladstone GJ. Periorbital and orbital infections in children. *J Am Osteopath Assoc* 1992; 92: 226-30.