

Sinüzit Tanılı Olguda Preseptal Selülit Andıran Klinik Prezantasyon: Nazolakrimal Kanala Retrograd Hava Girişi

Özlem Naciye Atan Şahin¹, Ahmet Küçükçelebi²

¹Acıbadem Bodrum Hastanesi, Çocuk Sağ ve Hast., Muğla, Türkiye

²Acıbadem Bodrum Hastanesi, Estetik ve Plastik Cerrahi, Muğla, Türkiye

ÖZET

Sinüzit insidans ve prevelansı giderek artan halk sağlığı problemlerindedir. Çok sık rastlanan bu hastalığın komplikasyonlarının gerçek insidansı bilinmemektedir çünkü komplike olmamış sinüzit diğer branş hekimleri ve pratisyen hekimler tarafından tedavi edilirken, komplikasyonlar genel olarak kulak burun boğaz hekimleri tarafından tedavi edilmektedirler (1). Çalışmamızda sinüzit tanısı ile yatırılan, ve tedavisinin 3. gününde yakınma ve muayene bulgularında belirgin düzelme sağlanmışken sağ orbitaya uyan bölgede ani şiddetli baş ağrısı, sağ gözde hafif aşağı deplasman ve ağrılı göz hareketleri ortaya çıkan bir olguyu sunmaktayız (Şekil 1). Hastada intrakraniyal komplikasyonları ekarte etmek amacıyla ile çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) lakrimal kanaldan orbitaya kemik defekti olmaksızın ortaya çıkan retrograd hava geçişi izlenmiştir (Şekil 2 ve 3). Bu çalışmada, sinüzit tanılı olguda ani olarak ortaya çıkan göz kapağı şişliği, ağrılı göz hareketleri, ve taraf gösteren şiddetli ağrı, preseptal selülit tablosu ile karışabilecek lakrimal kanala retrograd hava geçişini hatırlatmak amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: nazolakrimal kanal, sinüzit

RETROGRAD AIRFLOW TO NASOLACRIMAL DUCTUS MIMICKING PRESEPTAL CELLULITIS IN A CHILD WITH SINUSITIS

ABSTRACT

Sinusitis is an important community health problem for its increasing prevalence and incidence. The exact incidence of the complications of the disease is not known because sinusitis is generally treated by pediatricians and general practitioners, whereas complications are mostly treated by otorhinolaryngologists (1). In this study we present a case hospitalised for sinusitis who had no complaints and no examination findings on the 3rd day of medical treatment, but experienced a sudden right orbital pain with slight hypotropia of the right eye and painful eye movements. The computerized tomography obtained to exclude intracranial complications, revealed the retrograde airflow to orbita through lacrimal canal without presence of a bone defect. Aim of this study is to remind retrograde airflow to lacrimal canal in a patient with sinusitis, with acute severe headache, hypotropia, and ptosis, mimicking preseptal cellulitis.

Key words: nasolacrimal duct, sinusitis

Akut sinüzit çocuklarda genel olarak ateş (50-60%), burun akıntısı (71-80%), öksürük (50-80%), postnazal akıntı, yüz veya alna uyan bölgede ağrı (29-33%) yakınmalarına neden olmaktadır (2). Baş ve göze uyan bölgede ağrı en sık şikayet nedenidir. Akut sinüzit patofizyolojisinde paranazal sinüs mukozasında inflamasyon nedeni ile temel klinik tablo ortaya çıkmaktadır. Virüsler akut rinosinüzit tablosunun %90'undan sorumlu tutulmaktadır. Etken ajanın vücuda alınmasını

takiben paranazal sinüs mukozasında epiteliyal hasar ve sitokin salınımı meydana gelir (3). Böylece inflamasyon yollarının aktive olması sonucunda ve parasempatik sinir sistemi aktivasyonu sonucu ödem, angorjman, sıvı ekstrasvasyonu, mukus üretimi ve nazal ostiumda obstrüksiyon ortaya çıkar. Wald ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çocuklardan alınan maksiller sinus drenajına ait materyalde *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ve *Moraxella catarrhalis*'in en sık etken ajanlar olduğu saptanmıştır (4). Hastalık seyrinde orbita veya intrakraniyal bölgeye ait komplikasyonlar ortaya çıkabilir, bu durumlarda erken ve agresif tedavi gerekmektedir.



Şekil 1. Sinüzit tedavisinin 3. gününde aniden ortaya çıkan sağ gözde hipotropia

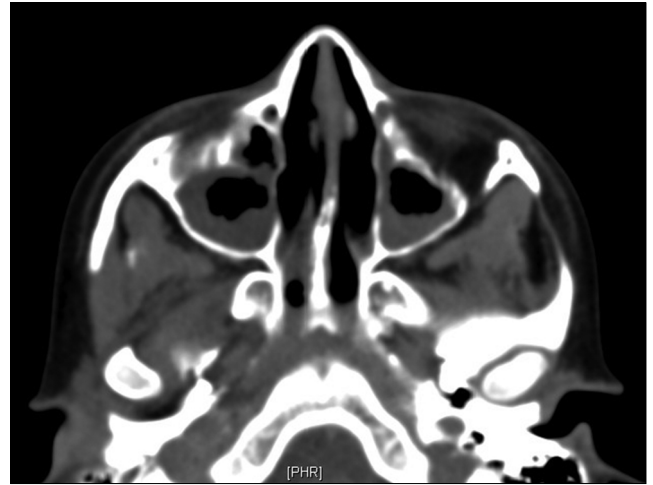


Şekil 2. Sağ üst orbita medialinde, nazolakrimal duktus içinde hava dansitesi

Bu komplikasyonların insidansı 3-10% olarak bildirilmektedir (5). Altman ve arkadaşlarına ait bir çalışmada, frontal sinüziti olan adolesan erkek olgularda intrakranial komplikasyonların sıklığı artmış olarak bildirilmektedir (6). Bilgisayarlı tomografi orbita beyin ve onu çevreleyen kemik dokuyu en iyi gösterme özelliğine sahipken, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) intrakranial süpürasyonu teşhis etmede daha üstün bir niteliğe sahiptir (7). Bu çalışmada tedavi altında yakınmaları düzelmişken, tedavinin 3. gününde ortaya çıkan blefaropitoz ve şiddetli orbital ağrı nedeni ile çekilen BT'de literatürde nadir olarak bildirilen, lakrimal kanala hava kaçıışı olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

6 yaşında erkek olgu, 5 gündür sürmekte olan baş ağrısı, ateş, öksürük, bulantı, iştahsızlık yakınması ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 39.1 derece, frontal ve maksiller sinus hassasiyeti vardı, diğer sistem bakıları normal olarak değerlendirildi. Laboratuvarında: Lökosit: 24.790/mm³, Hemoglobin: %12.9 g/dl, trombosit:660.000/mm³, periferik yaymada: %78 PNL, %14 lenfosit, %8 monosit, C-reaktif



Şekil 3. Aksiyal BT de distalde lakrimal kanalın nazal kaviteye açıldığı bölgede hava dansitesi

protein:3.42mg/dl(n<0.28). Oral alımı yetersiz olan olguya parenteral seftriakson tedavisi intravenöz olarak 100mg/kg/gün dozunda başlandı. Yakınmaları 3. günde belirgin olarak düzelmişken şiddetli, sağ orbital bölgede ağrı, sağ gözkapığında hipotropya ve pitozis saptandı. Kranial BT de pansinüzite eşlik eden sağ orbitaya uyan bölgede kemik defekti olmaksızın orbitaya retrograd hava geçişi izlendi. Olguda intrakranial diğer patolojiler ekarte edildi. Havanın spontan rezorbe olacağı bilinmesi nedeni ile ek tedavi ve tetkike gerek görülmedi. 24 saat sonra hastanın muayene bulgusu ve ağrı yakınmalarının tamamen gerilediği izlendi.

Tartışma

Sinüziti olan olgularda Chandler'ın orbita komplikasyonları tanımı orbita enflamasyonlarının klinik özeti verdiği ve patogeneze işaret ettiği için geniş kabul görmüştür (8). Rinosinüzitlerde genel olarak görülen sınırlı preseptal enflamasyon selim bir hadisedir, ancak periorbital selülit ikinci evrede orbital selülitte, 3. evrede de subperiosteal apseye ve 4. evrede orbital apseye ilerler. Sinüzite ait diğer komplikasyonlar; kafatası osteomyeliti, lateral sinir paralizisi, orbita duvarının sinüsler içine çökmesi sonucu enoftalmus, Brown's Sendromu, akut görme kaybı, menenjit, epidural apse ve subdural apse. Literatürde nöromusküler hastalığı olan bir olguda pozitif basınçlı ventilasyon yapılması nedeni ile kemik defekt olmaksızın lakrimal kanala hava geçişinin izlendiği bir vaka tariflenmiştir (9). Yine daha önce Duchenne Müsküler distrofi tanılı bir erişkin olguda nasolakrimal kanal aracılığı ile göze hava geçişi tariflenmiş ve olguda keratokonjonktivitis sicca gelişimi bildirilmiştir (10). Her iki olguda da nöromusküler hastalık olması nedeni ile non invazif ventilasyon kullanan vakalarda mevcut klinik tablonun nöromusküler hastalıklarda daha sık görülebileceği ifade

edilmiştir. Obstrüktif uyku apnesi olan olgulara ait diğer bir çalışmada pozitif basınçlı ventilasyona bağlı olabilecek gözle ilgili ortaya çıkmış olan komplikasyonlar, nazolakrimal kanal aracılığı ile orbitaya hava geçişi ile ilişkilendirilmiştir (11).

Sonuç

Çocuklarda sinuzite ait intrakranial komplikasyonlara çok nadir rastanmazken, komplikasyon gelişiminden şüphelendiği anda hızlı değerlendirme yapılması gerekmektedir. Vakamızda daha önceden herhangi bir kemik defekti

olmaması ve mekanik travma tariflenmeksizin nazolakrimal kanaldan orbitaya hava geçişinin gözlenmesi son derece nadir bir durumdur. Benzer klinik özellikler ile prezante olan pre septal sinüzitten tedavi farklılığı olması nedeni ile ayırıcı tanısının dikkatli bir şekilde yapılması önem taşımaktadır. Literatürde bahsi geçen olgulardan farklı olarak, altta yatan ek bir patoloji olmaksızın, sinuzit esnasında ortaya çıkabilecek şiddetli orbita ağrısında, lakrimal kanal aracılığı ile orbitaya retrograd hava geçişi akılda tutulması gereken nadir antitelere dendir.

Kaynaklar

1. Morgan MD, Morrison MV. Complications of frontal and ethmoidal sinusitis. *Laryngoscop* 1980;90:661-6
2. Fokkens W, Lund V, Mullol J, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinol Suppl* 2007;20:1-136.
3. Anon JB, Jacobs MR, Poole MD, et al. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:1-45.
4. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics* 2013;132:e262-80.
5. Lerner DH, Choi SS, Zalzal GH, et al. Intracranial complications of sinusitis in childhood. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:288-94.
6. Altman KW, Austin MB, Tom LW, et al. Complications of frontal sinusitis in adolescents: case presentations and treatment options. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997;41:9-20.
7. Nocon CC, Baroody FM. Acute Rhinosinusitis in children. *Curr Allergy Asthma Rep* 2014;14:443.
8. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscop* 1970;80:1414-28.
9. Zandieh S, Katz ES. Retrograde airflow during nasal positive pressure ventilation. *J Clin Sleep Med* 2010;6:603-04.
10. Goktas O, Habeman A, Thelen A, Schrom T. The punctum plug as an option for treating retrograde airflow from the lacrimal sac. *Laryngorhinootologie* 2007;86:732-5.
11. Harrison W, Pence N, Kovacich S. Anterior segment complications secondary to continuous positive airway machine treatment in patients with obstructive sleep apnea. *Optometry* 2007;78:352-5.