

# Akut Sinüziti Olan Bir Hastada Periorbital Selülit, Meningit ve Sinüs Ven Trombozu

## Acute Sinusitis in a Patient with Periorbital Cellulitis, Meningitis and Sinus Vein Thrombosis

Süleyman Ömer Anlıaçık, Figen Güney

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Meram, Konya

### Özet

Sinüzitin medikal tedavisindeki bunca gelişmelere karşın halen en önemli intrakraniyal sepsis sebeplerinden biridir. Sinüzit komplikasyonları çok sık görülmez ancak; enfeksiyonun orbita ve intrakraniyal dokulara hızla yayılması; subdural empiyem, menenjit, beyin absesi ve kavernöz sinüs trombozu gibi çok ciddi ve mortalitesi yüksek komplikasyonlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle sinüs enfeksiyonlarının nerelere yayılabileceğinin bilinmesi önemlidir. Bu vaka sunumunda sinüzit komplikasyonu olarak periorbital selülit, venöz tromboz ve menenjit gelişen 26 yaşında bir bayan hasta sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Sinüzit-menenjit, venöz tromboz, periorbital selülit

### Abstract

Despite all these advances in medical treatment, sinusitis is still one of the most important reasons for intracranial sepsis. Complications of sinusitis is not very common but; the rapid spread of the infection to orbital and the intracranial tissue can be raised very serious and high mortality complications such as subdural empyema, meningitis, brain abscess and cavernous sinus thrombosis. Therefore, it is important to know where sinus infections can spread. In this case report, a 26 year old female patient was presented with periorbital cellulitis, venous thrombosis and meningitis developed as a complication of sinusitis.

**Key words:** Sinusitis-meningitis, venous thrombosis, periorbital cellulitis

### GİRİŞ

Sinüzit toplumda en sık görülen hastalıkların başında gelir. Hafif gribal enfeksiyondan ciddi intrakraniyal komplikasyonlara kadar giden çok geniş bir spektrumda gözlenebilir (1). Akut bakteriyel sinüzit komplikasyonu olarak orbital ya da periorbital selülit gelişebilir (2). Orbita ve çevresindeki dokuların enfeksiyonu öncelikli olarak tedavi edilmesi gereken sorunlardır. Enfeksiyon orbital septumun önünde ise preseptal veya periorbital sellülit, arkasında ise orbital veya postseptal sellülit olarak adlandırılır. Enfeksiyonun orbital septumun önünde veya arkasında oluşu antibiyotik seçiminde ve cerrahi endikasyon açısından önemlidir. Anatomik yakınlığı ve venöz bağlantılar nedeniyle orbita içindeki enfeksiyonlar, menenjit ve kavernöz sinüs trombozu gibi ciddi intrakraniyal komplikasyonlara neden olabilir. Hastanın yaşamını tehdit eden bu ve benzeri komplikasyonları nedeniyle hızlı tanı konması ve tedaviye en erken dönemde başlanması kritik önem arz eder.

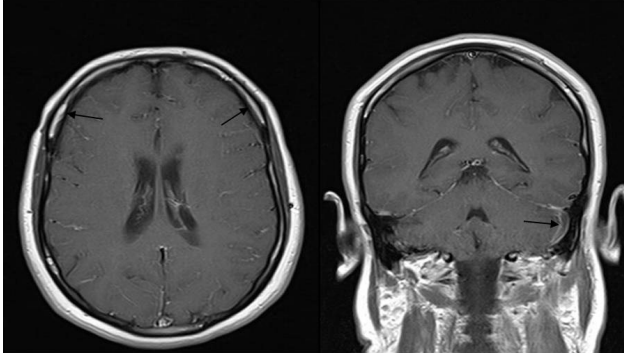
### OLGU

Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan 26 yaşında bayan hasta; sağ göz kapağında şişlik, kızarıklık ve baş ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Göz ve kulak burun boğaz bölümlerince değerlendirilen hastada preseptal selülit ve sinüzit düşünülmüş. Seftriakson 2 gr/gün, oftalmik ve oral antihistaminik başlanarak taburcu edilmiş. Üç gün sonra baş ve boyun ağrısı şikayetleri ile yeniden acil servise başvuran hastada beraberinde ateş, üşüme, titreme şikayetleri de vardı. Fizik muayenede sağ göz kapağında şişlik, kızarıklık olan hastanın nörolojik muayenesinde bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyonu tamdı. Ense sertliği vardı.

Kernig ve brudzinsky pozitifdi. Pupiller normoizokorik, pupil cevapları ve göz hareketleri normaldi. Hemogramında WBC: 18.1 (n:4-10  $10^3$ /ml), CRP:226.35 (n:0-5 mg/L) düzeyindeydi. Ateşi 37.4 dereceydi. Hasta yoğun bakıma yatırıldı. Kranial bilgisayarlı tomografi ile intrakraniyal yer kaplayan oluşum ekarte edildi. Hastada santral sinir sistemi enfeksiyonu düşünülerek lomber ponksiyon (LP) yapılması istendi fakat hasta kabul etmedi. Enfeksiyon hastalıkları bölümü ile hasta yeniden değerlendirildi. Seftriakson 4 gr/gün'e çıkıldı ve tedaviye vankomisin 2 gr/gün eklendi. Hastanın çekilen kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) solda paranazal sinüslerde ve sfenoid sinüste tama yakın havalanma kaybına sebep olan yumuşak doku dansiteleri mevcuttu. IV gadolinyum sonrası yaygın leptomeningeal boyanma olduğu görüldü. Sol transvers ve sigmoid sinüste trombüs ile uyumlu dolmuş defektli izlendi (Şekil1a,1b).

Menenjit, sinüzit ve preseptal selülit açısından antibiyoterapiye devam edildi. Venöz trombüs için antikoagulan tedavi verildi. Nöroloji, göz ve kulak burun boğaz bölümlerince hasta multidisipliner olarak takip ve tedavi edildi. Tedavisinin 14. gününde LP yapılmasına onay verdi. LP'de BOS basıncı normal ölçüldü ve mikroskopide mikroorganizma görülmedi. Hücre sayımında 77 hc/mm<sup>3</sup> görüldü ve hepsi lenfosit. Biyokimyasal değerleri normaldi. BOS'da PCR ile bakılan VZV, EBV, HSV 1, HSV 2, HHV 6 ve CMV negatifti. Kültürde üreme olmadı. ARB negatifti. Bakteriyel menenjit kliniği olan hastalarda BOS lenfositozu; yetersiz tedavi edilmiş bakteriyel menenjit, nötropenik olgular veya total lökosit sayısının 1000/mm<sup>3</sup>'ün altında olduğu durumlarda ve listeria menenjitinde görülür. Hastamızın nötropenisi yoktu, lökosit sayısı

**Şekil 1 ve 2.** MRG' de IV gadolinyum sonrası yaygın leptomeningeal boyanma, sol transvers ve sigmoid sinüste trombüs ile uyumlu dolum defekti görünümü



normaldi. Listeria menenjitli düşünülmedi. BOS bulgularının tedaviye bağlı olduğu düşünülürdü. Hastanın takiplerinde genel durumu düzeldi ve baş ağrısı şikayeti olmadı. Ateşi, lökosit ve CRP değerleri düştü. Antibiyoterapi 21 güne tamamlanıp taburcu edildi. Kontrollerinde çekilen kranial MR venografide trombüsün rekanalize olduğu görüldü (Şekil 2).

#### TARTIŞMA

Akut bakteriyel sinüzit komplikasyonu olarak orbital ya da periorbital selülit gelişebilir. Göz çevresi ve göz kapağı çevresini oluşturan dokuların enfeksiyonuna preseptal/periorbital selülit denilir. Hemen daima bir üst solunum yolu enfeksiyonunun yayılımı ile olur. Preseptal selülit ayakta tedavi edilebilirken, orbital selülit görme kaybı ve hayati tehlikeye neden olabilecek komplikasyonlar açısından daha fazla risk oluşturduğundan yatırılarak tedavi edilmelidir. Orbital sellülitli hastalarda göz kapaklarında şişlik ve kızarıklık yanı sıra proptozis, göz hareketlerinde kısıtlılık, konjunktivada ödem, ateş ve toksik görünüm beklenir (3). Hastanın göz kapağında şişlik ve kızarıklık vardı, fakat göz hareketleri ağırlı değildi. Konjunktiva ödemi yoktu. Ön planda periorbital selülit düşünülme

**Şekil 3.** Kranial MR venografide trombüsün rekanalize olduğu görülüyor



birlikte erken aşamada muayene bulgularına dayanarak orbital-periorbital selülit ayırımı güç olduğundan hastanın göz muayenesi sık takip edildi. Etiyolojide Streptokok türleri, *S. aureus*, *H. influenza* etip b, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Eikenella* ve *Enterokoklar* suçlanır (5). Kliniğe başvurusundan 3 gün önce acil serviste antibiyotik tedavisi başlanan hastanın sürüntü örneklerinde üreme olmadı. Bunun yanında hasta LP için de onam vermediğinden beyin omurilik sıvısından (BOS) da enfeksiyöz etiyolojiye yönelik çalışma yapılamadı. Hem akut sinüzit hem de orbital/periorbital selülit daha ciddi ve hayati öneme sahip subdural ampiyem, menenjit, beyin absesi ve kavernoöz sinüs trombozu gibi önemli intrakraniyal komplikasyonlara neden olabilmektedir (4,5). Bu hastada sinüzit sonrası hem periorbital selülit hemde venöz tromboz ve menenjit gibi ciddi intrakraniyal komplikasyonlar gelişti. Enfeksiyonun intrakraniyal yayılımı venlerin tromboflebiti, travma, septik erozyon ya da yapısal bozukluklar gibi kemik lezyonlarından komşuluk yolu ile olmaktadır (5). Enfeksiyonun leptomeninksilere yayılması ile meningeal bulgular, pareziler, nöbet ya da bilinç değişiklikleri nöroanatomik lokalizasyona bağlı olarak çeşitlilik gösterebilir. Klinik olarak baş-boyun ağrısı, kusma, ense sertliği, bilinç değişikliği ve nöbet görülebilir (6). Bu olguda ciddi baş-boyun ağrısı ve ateş yüksekliği şikayetleri vardı. Amoksisilin ve TMP/SMX direnç problemlerinden dolayı genellikle ilk tercih değildir. Diğer antibiyotiklerin hepsinde sinüzit tedavisinde eşit derecede etkin oldukları bilinmektedir. Antibiyoterapi 14 gün sürdürmeli, gereğinde bu tedavi 4 haftaya kadar uzatılmalıdır. Frontal ve sfenoid sinüziti olan hastalarda komplikasyon riski fazla olduğu için daha dikkatli olunmalıdır (7). Nitekim bu hastada sfenoid sinüziti vardı. Antibiyoterapiye rağmen komplikasyon gelişimi engellenemedi. Sinüzit kliniği olan bir olguda, klinikte düzelmeye saptanmaması, nörolojik semptomların olması veya ateş yüksekliğinin devam etmesi komplikasyonlar açısından hekimi uyarmalıdır. Böyle durumlarda hiç beklenmeden santral görüntüleme ve gerekirse LP yapılmalı, kültürleri yeniden çalışılmalı, erken ve agresif tedavi verilmeli. Hastamızın aldığı antibiyotik tedavisine rağmen kliniğinin düzelmemesi, eski şikayetlerinin artarak devam etmesi ve nörolojik muayene bulgularının ortaya çıkmasından dolayı intrakraniyal komplikasyonların gelişmiş olabileceği düşünülerek kontrastlı kranial MR çekildi.

Sonuç olarak sinüzit, periorbital selülit gibi santral sinir sistemi komşuluğu olan bölge enfeksiyonlarında doğru tanı, erken ve etkin tedavi çok önemlidir. Bunun yanında takip sürecinde tedaviye yanıt alınmayan veya yanıt yeterli olmayan hastalarda ikincil komplikasyonlar akılda tutulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Aslan İ. Sinüzitler. Klinik Gelişim Dergisi 2005;18 (1):12-21.
2. Bayram N, Vardar F, Yurtseven T, Eğrilmez S, Çallı C. Frontal sinüzit komplikasyonu olarak gelişen preseptal sellülit ve subdural ampiyem olgusu. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2010;4:79-81.
3. Powell KR. Orbital and periorbital cellulitis. Pediatr Rev 1995;16:163-67.
4. Çiftçi E, Oygur PD, İnce E, Doğru Ü. Periorbital ve orbital sellülitin ampisilin-sulbaktam ile tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55(4):265-70
5. Özkan E, Can R, Çevik AA, Acar N, Özdemir Ö. Çoklu kranial sinir tutulumu ile seyreden orbital selülit olgusu. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med 2011;11(3):115-8.
6. Hutchin ME, Shores CG, Bauer MS, Yarbrough WG. Sinogenic subdural empyema and streptococcus anginosus WG. Arch Otolaryng - Head & Neck Surg 1999;125:1262-6.
7. Özcan AA, Esen E, Erdem E, ve ark. Orbital selülit olgularında klinik yaklaşım: olgu serisi. Turk J Ophthalmol 2012;42:284-7.