

MASTOİDİTE BAĞLI SEKONDER GELİŞEN BİR ORBİTA ABSESİ OLGUSU

Dr. Süleyman OKUDAN *, Dr. Nazmi ZENGİN *, Dr. Kemal GÜNDÜZ *, Dr. Mehmet OKKA *

* S.Ü.T.F. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Görmeyi ve potansiyel olarak hayatı tehdit edici komplikasyonlarını önlemek için orbital enfeksiyonların acilen tanı ve tedavisi çok gereklidir. Bu makalede mastoiditi takiben orbital abse tanısı konan 10 haftalık bir kız çocuğunda çeşitli tanı yöntemlerinin ve tedavi seçeneklerinin değeri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Orbita absesi, mastoidit, proptozis.

SUMMARY

A Case of Orbital Abscess Secondary to Mastoiditis

In order to prevent the visual and potentially life-threatening complications, prompt diagnosis and treatment of orbital infections are vital. In this article, the value of various diagnostic and therapeutic options are discussed in a 10 weeks old female diagnosed as orbital abscess following mastoiditis.

Key Words: Orbital absces, mastoiditis, proptosis.

GİRİŞ

Orbita enfeksiyonları preseptal sellülitten kavernoöz sinüs trombozuna kadar değişebilen bir spektrum içerir. Preseptal sellülitte septum orbitalenin arkasına geçmeyen bir enflamasyon söz konusudur. Orbita sellülitinde orbita dokusu enflamatuvar hücrelerle infiltre olur. Periorbita ile orbita kemikleri arasında görülen materyal birikmesine subperiostal abse denir. orbita absesinde püy orbita yağ dokusu içinde birikir. Kavernoöz sinüs trombozu orbitadaki enfeksiyonun arkaya kavernoöz sinüse ilerlediği durumlarda görülen fatal bir tablodur (1).

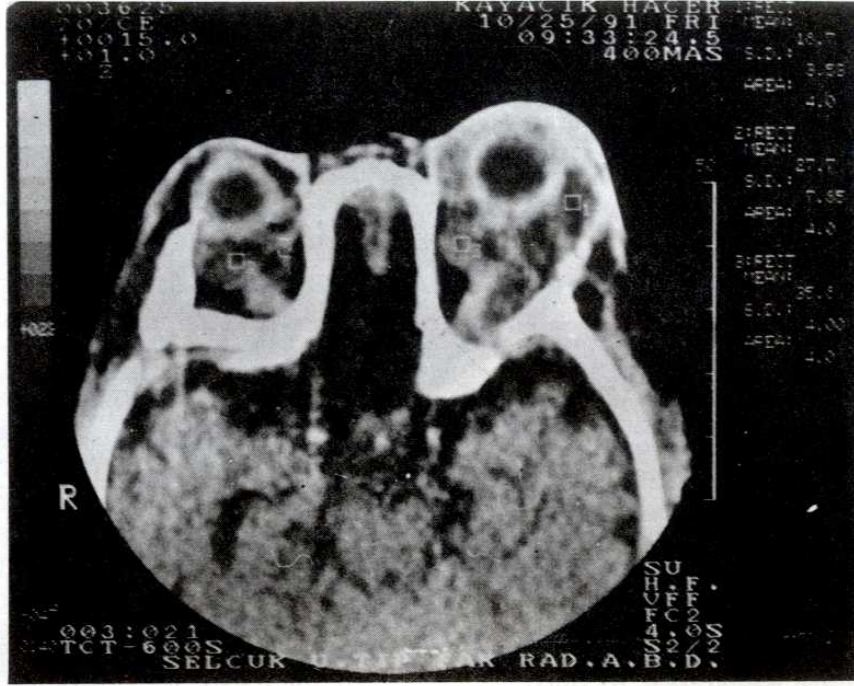
Antibiyotiklerin yaygın olarak kullanıma girmesiyle birlikte orbita enfeksiyonlarına daha az rastlanmaya başlanmıştır. Ancak tamamen ortadan kaldırılmamışlardır. Bu makalede mastoidite sekonder gelişen bir orbita absesi sunularak az rastlanan ancak görmeyi hatta yaşamı tehdit etme potansiyeli olan bu durumun tanı ve tedavi ilkeleri tartışılmaktadır.

VAKA TAKDİMİ

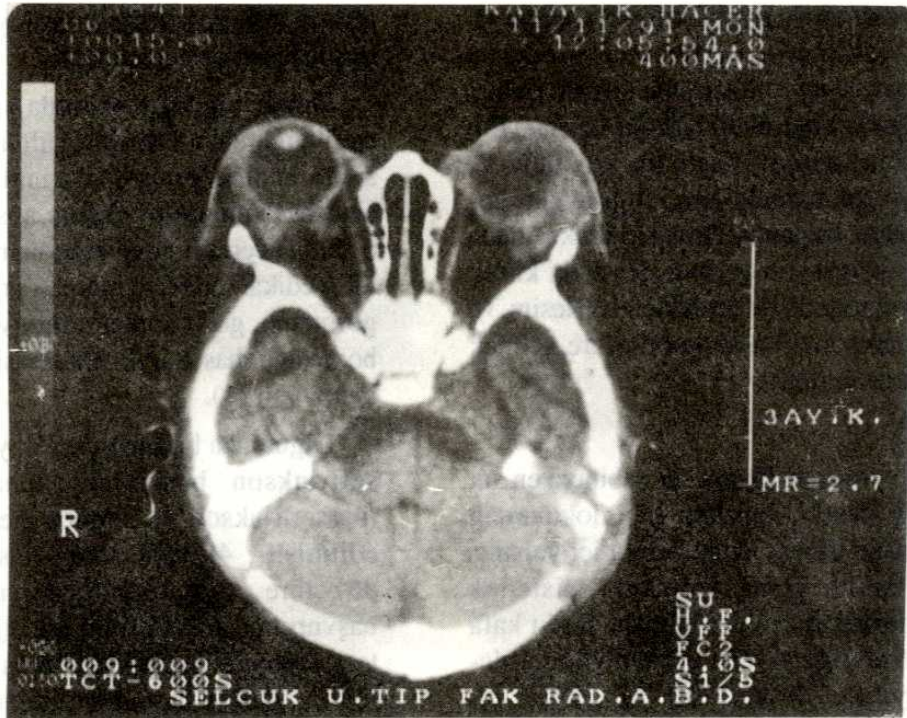
Ateş, öksürük, yüzünde sararma, sol kulağında akıntı ve gözlerinde şişme yakınmalarıyla Çocuk Hastalıkları Polikliniğine getirilen 10 haftalık kız çocuğu oftalmolojik yönden değerlendirilmesi için kliniğimize gönderildi. Öyküde belirtileri bir hafta önce başladığı ve giderek ağırlaştığı öğrenildi.

Oftalmolojik muayenede solda daha fazla olmak üzere her iki gözde kapak ödemi ve eritem, proptozis ve kemozis saptandı. Ön segment bulguları normaldi. Pupillalar izokorik, ışığa reaksiyonları pozitif. Fundus muayenesinde her iki gözde venlerde hafif dolgunluk ve sol papilla sınırlarında hafif siliklik mevcuttu. Göz hareketleri her yöne kısıtlıydı. Akut orbita enfeksiyonu düşünülen hastada sol dış kulak yolundaki sarı renkli pürülan akıntı ve kulak arkasındaki 2x2x1.5 mm boyutlarındaki flüktan kitle KBB kliniği tarafından perfore otitis media ve mastoidit olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı orbita tomografisinde sol retrobulber alandan başlayıp mediale ve peribulber alana yayılan homojen olmayan, düşük iç yoğunlukta, periferde kontrast fiksasyonu gösteren yumuşak doku dansitesinde kitle orbital abse olasılığını doğruladı (Resim 1).

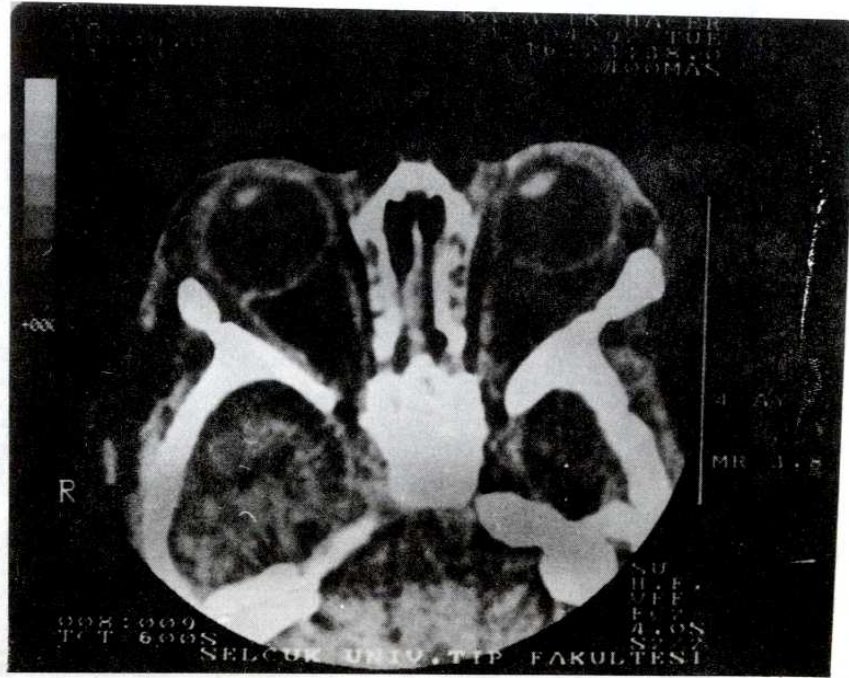
KBB ve Çocuk Hastalıkları Kliniklerinin de görüşü alınarak hastaya Penicillin G+Seftriakson kombinasyonu başlandı. Beş doz kullanıldıktan sonra penicillin G sultamisillin ile değiştirilip tedaviye kemimetine eklendi. Hastanın genel durumunun ve proptozisinin düzelmemesi ve sol pupillada afferent defekt ortaya çıkması üzerine sol üst periorbital bölgeden insizyon yapılarak abse drene edildi. Sağ göz tıbbi tedaviye cevap verdiği için cerrahi müdahale gerekmedi (Resim 2).



Resim 1. Olgumuzun ilk müracaattaki bilgisayarlı orbita tomografisi.



Resim 2. Olgumuzun abse drenajı yapıldıktan sonraki bilgisayarlı orbita tomografisi.



Resim 3. Olgumuzun taburcu olurken çekilen bilgisayarlı orbita tomografisi.

Abse kavitesi seftriakson ve kloramfenikol ile irrigede edildi, dren yerleştirildi. Aynı seansta KBB tarafından mastoid drenajı da uygulandı. Abse materyalinden yapılan kültürde enterobakter üredi ve antibiyogramda sadece siprofloksasine duyarlı bulundu. Çocukluk çağında kontrendikasyonu ve yan etkileri çok olmasına karşın hastanın gözünü ve sağlığını tehlikeye sokmamak için 3 mg/kg/gün dozunda siprofloksasine başlandı. Drenden iki kez daha siprofloksasin ile irrigasyon yapıldı. Hastada klinik düzelme kontrol tomografi ile desteklendi (Resim 3). 3 haftalık tedaviden sonra hasta, kontrollere gelmek üzere şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Orbital abseye yol açan bakteriler orbitaya en sık sinüs, diş, gözyaşı kesesi, kapaklar gibi dokulardan doğrudan yayılım ile olmak üzere orbita içi yabancı cisimlerle ve bakteriyemi sırasında sistemik dolaşım ile ulaşabilirler. İncelenen olguda direkt kafa grafileri, kranium ve bilgisayarlı orbita tomografilerinde direkt yayılımı düşündüren bir bulgu olmadığından absenin sistemik yayılım sonucu

geliştiği düşünölmüştür. Mastoiditin tek taraflı, absenin ise asimetric olarak iki taraflı olması da bakterinin sistemik dolaşım yoluyla orbitayı etkilediği düşüncesini desteklemiştir.

Orbita enfeksiyonlarında hayati tehdit söz konusu olduğundan hastadan kültür materyali alındıktan sonra hemen geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Orbita absesi gelişen olguların çoğunda cerrahi girişim gerekir (2,3). Kırksekiz saatlik medikal tedaviye rağmen proptozis arttığı ya da görmenin, göz hareketlerinin ve pupil reflekslerinin bozulduğu hastalara cerrahi insizyon ve drenaj uygulanmalıdır (1).

Olgumuza başlangıçta IV. yoldan penicillin G ve seftriakson başlanmış daha sonra sultamisin+seftriakson ve kemicetine ile tedaviye devam edilmiştir. 48 saat sonra hastanın kliniğinde bir düzelme saptanmadığından cerrahi drenaja başvurulmuştur. Cerrahi drenaj ve drene edilen materyalden üretilen bakterinin duyarlı olduğu antibiyotik verilmesi hastanın kliniğinde hızlı bir düzelme ile sonuçlanmıştır.

Orbital ve subperiostal abselerin kliniği her za-

man tipik olmadığı için direkt grafilere ek olarak ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi tanı araçlarından da yararlanmak gerekir (4). Orbita enfeksiyonundan kuşulanılan bir hastada görme giderek azalıyor, yabancı cisim ya da abse olasılığı varsa ve cerrahi girişim planlanıyorsa bilgisayarlı tomografi endikasyonu vardır. Biz olgumuzun tanı ve tedavisinin bütün aşamalarında bilgisayarlı tomografiden yararlandık ve bu yöntemi oldukça güvenilir bulduk. Bununla birlikte özellikle cerrahi drenaj endikasyonunda klinik bulgular ve hastalığın gidişi temel

almalıdır (5). Çünkü bilgisayarlı tomografi enflamatuvar ödem ve eskimiş bir hematomu ayırt etmekte yeterli olmayabilir.

Orbital abselerin basteriyolojik özelliklerine ait çalışmalar çok azdır. En sık stafilokokkus aereus, stafilokokkus epidermidis, streptokoklar ve hemofiluslar etken olarak bildirilmiştir (6). Bakteroides, propionibakterium, peptostreptokokkus türleri gibi ajanların izole edildiği olgular da vardır (6,7). Bizim olgumuzda enterobakter izole edilmiştir. Bildiğimiz kadarı ile literatürde abse materyalinden enterobakter üretilen başka olgu yoktur.

KAYNAKLAR

1. Hornblase A, Herschorn BJ, Stern K, Grimes C. Orbital abscess. *Surv. Ophthalmol.* 1984; 29:169-78.
2. Tanrıverdi A. Retrobulber abseli bir vakanın kliniğimizdeki acil cerrahi tedavisi. Ed. Turaçlı ME. XVII. Ulusal Türk Oftalmol. Kong. Bül., Ankara, 1986;331-7.
3. Hodges E, Tabbara KF. Orbital cellulitis: review of 23 cases from Saudi Arabia. *Br J Ophthalmol.* 1989; 73:205-8.
4. Harr DL, Quencer RM, Abrams GW. Computed tomography and ultrasound in the evaluation of orbital infection and pseudotumor. *Radiology.* 1982; 142: 395-401.
5. Gold SC, Arrigns PG, Hedges TR. Computerized tomography in the management of acute orbital cellulitis. *Ophthalmic Surg.* 1987;18:753-6.
6. Harris GJ. Supperiosteal inflammation of the orbit. A bacterial analysis of 17 cases. *Arch Ophthalmol.* 1988; 106: 947-52.
7. Coden J, Hornblase A. Propionibacterium acnes orbital abscess. *Arch Ophthalmol.* 1990;108:481.