



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
ÇOCUK SERVİSİ
Olgu Sunumu

22.10.2021

Araş. Gör. Dr. SİMAY DOĞAN



- **OLGU:** 12 yaş erkek hasta
- **Yakınması:** Sol gözde şişlik, kızarıklık

Hikaye

- Hastanın 3 gündür artmakta olan sol göz şişliği, 2 gündür aralıklı olarak devam eden baş ağrısı ve ateşi varmış. Gözde şişlik, kızarıklık şikayetleri ile acil servisimize başvurmuş.

Özgeçmiş

- Bilinen bir hastalığı yok.
- 1 ay önce bisikletten düşme öyküsü var ancak kafa travma öyküsü yok.
- 1 hafta önce geçirilmiş üsye öyküsü mevcut.

Soygeçmiş

- **Anne:** 36 yaşında, sağ ve sağlıklı
- **Baba:** 43 yaşında, sağ ve sağlıklı
- **1.Çocuk:** 18 yaşında, sağ ve sağlıklı
- **2.Çocuk:** 17 yaşında, sağ ve sağlıklı
- **3.Çocuk:** 15 yaşında, sağ ve sağlıklı
- **4. Çocuk:** hastamız
- **5. Çocuk:** 7 yaşında, sağ ve sağlıklı

Fizik Muayene

- Başvuru anında ateş: 36.7 nabız:73/dk solunum:24/dk kan basıncı: 110/60 spO2: 99
- Genel durumu orta-iyi, bilinci açık, hasta koopere ve oryanteydi.
- Baş boyun bölgesi muayenesi doğaldı.
- Göz kürelerinin her yöne hareketleri doğaldı. **Sol göz mediale bakışta ağrı nedeniyle kısıtlılık vardı. Sol gözde periorbital ödem, propitozis mevcuttu. Işık hassasiyeti mevcuttu.** Sol göze direk IR + ancak sağ göz göz kapakları inflame olduğu için direk ve indirek ışık refleksleri bakılamadı.
- Diğer kraniyel sinir muayeneleri doğaldı. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı
- Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvar

WBC: 20750/ μ L

NEU: 17440/ μ L

Lym:1300/ μ L

Mono: 1930/ μ L

Hb:13,0g/dl

Plt: 389000/ μ L

Akş: 116mg/dL

Na: 137mEq/L

K: 4,5mmol/L

CL: 101mmol/L

Ca: 10,1mg/dL

Mg: 2,7mg/dL

P: 3,41mg/dL

Crp: 131mg/dL

Sedimentasyon:
45mm/h

Öntanı?

- Ateş, baş ağrısı, sol gözde şişlik şikayeti
- Fizik muayenede periorbital ödem, kızarıklık artışı, piroptozis varlığı
 - Wbc: 20750
 - Neu:17440
 - Crp: 131
- Sedimentasyon: 45



Görüntüleme

- **BT:** Tüm sinüsleri dolduran yüksek dansiteli koleksiyonlar izlenmiş olup pansinüzit ile uyumludur. Etmoid kemik sol yarımı ile orbita medial duvarda yer yer destruktif değişikliklere sekonder bütünlük kaybı izlendi. Nazal septum deviye görünümündedir. Sol orbitada ekstrakonal alanda superiorda diğer sinüslerdekine benzer yüksek dansiteli koleksiyon ve hava değerleri izlenmiş olup orbital selülit ile uyumlu değerlendirildi. Ayrıca solda preseptal selülit ile uyumlu görünüm de mevcuttur.



Klinik seyir

- Çocuk enfeksiyona danışılarak hastaya seftriakson, vankomisin, metronidazol tedavisi başlandı.
- **Göz konsultasyonu:** Görme keskinliği: sağ: 1,0 **sol:0.4**

Göz tansiyonu: sağ: 12 mmhg sol:14 mmhg

Biyomikroskopi: her iki göz kornea temiz, ön kamara sakın, fakik

Sol gözde periorbital ödem, propitozis, korneada punktat epiteliyopati, ön kamara sakın, fakik

Fundus: her iki göz optik disk ve makula doğal şekilde değerlendirildi.

Suni göz yaşı, viscotears jel, moxai, kontrol önerildi

- **KBB konsultasyonu:** Hasta radyolojik görüntüleriyle danışıldı. Orbital abse düşünülerek drenajına karar verildi.

- Kbb tarafından ameliyat ile abse drene edildi. Abse içeriğinden örnek alınarak kültür ekildi. Üreme olmadı. Alınan kan kültüründe de üreme olmadı.
- Saatlik göz pansumanı yapıldı. Günlük göz muayenesi yapıldı. Post-op görme keskinliği sol gözde 0,4 ten 0,7 ye yükseldi.
- Takiplerimizde hastanın göz şişliğinde tekrar artış olması, göz muayenesinde sol gözde görme keskinliğinin 0,5 gerilemesi, proptoziste artış olması nedeniyle tekrar BT çekildi. BTsi orbital abse ile uyumlu olarak değerlendirildi. Solda preseptal selülit ile uyumlu görünüm, ethmoid kemik sol yarımı ve orbita medial duvarda destruktif değişikliklere bağlı bütünlük kaybı, septum deviasyonu, paranazal sinuzit tespit edildi.
- KBB'ye tekrar danışılan hasta yeniden ameliyata alındı. Orbital septum ile lamina papricea arasına aspirasyon sondası yerleştirilerek abse drenajının devamlılığı sağlandı.



- Operasyondan 2 gün sonra yapılan göz muayenesinde her iki gözde görme keskinliği tamdı. Hastanın periorbital şişlik ve kızarıklığında azalma mevcuttu. Ameliyattan 4 gün sonra KBB tarafından sondası çıkarıldı.
- Hastada sinuzite sekonder derin enfeksiyon gelişmesi sebebi ile çocuk alerjiye danışılarak immün yetmezlik açısından tetkik edildi. Hastanın hikayesinde özellik yoktu. İmmunglobulin, izohemaglutinin ve antikor düzeyleri normal saptandı.
- Hastanın takip ve tedavisi servisimizde devam etmektedir.

Orbital Selülit

- Orbital selülit, orbitanın içeriğinin (yağ ve göz kasları) enfeksiyonudur. Göz kapağının ön kısmının bir enfeksiyonu olan preseptal selülitten (bazen periorbital selülit olarak da adlandırılır) ayırt edilmelidir. Preseptal ve orbital selülit, her ikisi de oküler ağrıya ve göz kapağı şişmesine ve eriteme neden olabileceği için birbiriyle karıştırılabilse de, çok farklı klinik etkileri vardır.
- Preseptal selülit genellikle nadiren ciddi komplikasyonlara yol açan hafif bir durumdur, orbital selülit ise görme kaybına ve hatta can kaybına neden olabilir. Orbital selülit genellikle preseptal selülitten klinik özellikleri (oftalmopleji, göz hareketleri ile ağrı ve proptosis) ve görüntüleme çalışmaları ile ayırt edilebilir

Epidemiyoloji ve Patogenez

- Orbital selülit küçük çocuklarda büyüklere göre daha yaygındır.
- Orbital selülit, bakteriyel rinosinüzitin nadir görülen bir komplikasyonudur, ancak rinosinüzit çoğu orbital selülit vakasının kaynağıdır (vakaların yüzde 86 ila 98'inde mevcuttur) etmoid sinüzit ve pansinüzit, orbital selülitte yol açma olasılığı en yüksek olan rinosinüzit formlarıdır.
- Diğer olası nedenler şunlardır:
 - Şaşılık cerrahisi, blefaroplasti, radyal keratotomi ve retina cerrahisini içeren oftalmik cerrahi.
 - Peribulbar anestezi.
 - Kırık veya yabancı cisim ile orbital travma.
 - Dakriyosistit
 - Diş, orta kulak veya yüz enfeksiyonu.
 - Yörüngeyi aşındıran enfekte bir mukosel

Mikrobiyoloji

- Orbital selülitte en sık tanımlanan patojenler staphylococcus aureus ve streptokoklardır. Eskiden çocuklarda orbital selülitin önemli bir nedeni olan haemophilus influenzae tip b, hib aşısının yaygın kullanımı ile nadir hale geldi.
- Orbital selülit veya apse vakalarında yaygın olmayan etkenler arasında eikenella corrodens, fusobacterium ve peptostreptococcus gibi anaeroblar ve pseudomonas aeruginosa, klebsiella ve morganella gibi gram negatif basiller bulunur. Bazı orbital selülit vakaları polimikrobiyaldir. Genellikle aerobik ve anaerobik bakterilerin bir kombinasyonu şeklindedir.
- Bakteriler orbital selülitin en yaygın nedeni olmasına rağmen, mantarlar, özellikle mucorales (mukormikoza neden olur) ve aspergillus spp, yaşamı tehdit eden invaziv orbital enfeksiyonlara neden olabilir.

Klinik

- Preseptal ile orbital selülit arasındaki farkı ayırt etmek önemlidir, çünkü iki durumun çok farklı klinik etkileri vardır. Sadece orbital selülit, göz dışı kasların ve yörünge içindeki yağ dokularının şişmesine ve iltihaplanmasına neden olarak göz hareketlerinde ağrıya, proptozise ve bazı durumlarda çift görme ile birlikte oftalmoplejiye neden olur.
- Şiddetli preseptal selülit vakalarında bazen kemozis (konjonktival şişme) ortaya çıkabilir, ancak orbital selülit ile daha sık görülür.
- Her iki durumda da, özellikle orbital selülitte, nötrofillerin baskın olduğu ateş ve periferik lökositoz olabilir
- Nadiren orbital selülitte, optik sinirin iltihaplanması veya iskemisinden kaynaklanan görme bozukluğu ve hatta körlük olabilir

Komplikasyon

- Orbital selülit; subperiostal apse, orbital apse, görme kaybı, kavernöz sinüs tromboflebiti ve/veya beyin apsesi ile ilişkili veya komplike olabilir. Subperiostal apse ve orbital apse en sık görülen komplike özelliklerdir. Bu komplikasyonlar hızla gelişebilir; bu nedenle, günlük görme keskinliği kontrolleri ve pupiller ışık refleksinin değerlendirilmesi ile yakın izleme endikedir.
- Hastanın semptom ve belirtilerinin kötüleşmesi orbita ve sinuslerin bt ile değerlendirilmesini (veya daha önce yapıldıysa bt'nin tekrarlanması) gerektirir.
- Orbital selülit, verilerin genel olarak sınırlı olmasına rağmen, hastaların yüzde 3 ila 11'inde görme kaybı ve hastaların yüzde 1 ila 2'sinde ölümle sonuçlanır.

- Kavernöz sinus trombozu ve santral retinal arter oklüzyonu iste nadir komplikasyonlarındanndır.
- Şiddetli baş ağrısı, uzun süreli kusma, mental durum değışiklikleri ve kavernöz sinüs trombozu olan hastalarda kraniyal sinir felçleri intrakraniyal komplikasyonların habercisi olabilir.
- Bilateral kraniyal sinir felçleri, bilateral kavernöz sinüs trombozunun bir işareti olabilir.

Ayırıcı tanı

- Preseptal selülit
- Orbitayı tutan tutan mukormikoz veya aspergilloz
- İdiopatik orbital inflamatuvar hastalık (orbital psödotümör) ve tolosa-hunt sendromu
- Kavernöz sinüs trombozu (özellikle göz kapaklarında kızarıklık ve şişlik, oftalmopleji, görme keskinliğinde azalma varlığında)
- Gözü ilgilendiren herpes simpleks veya varicella zoster virüs enfeksiyonları
- Yörüngeyi tutan tüberküloz
- Panoftalmi
- Tümörler (örn., Nöroblastom, rabdomyosarkom, retinoblastom)
- Arka sklerit
- Periyoküler dermoid kist
- Polianjiiti olan granülomatozis
- Alerjik yanıt
- Trombozlu orbital varis
- Graves hastalığı

Tanı

- Orbital selülit teşhisi klinik olarak şüphelenilir ve bilgisayarlı tomografi (BT) taraması ile doğrulanabilir.
- **Görüntüleme yöntemleri:** BT taraması ve manyetik rezonans görüntüleme, orbital selülit ve komplikasyonlarının teşhisi için faydalıdır. Bu modaliteleri karşılaştıran kontrollü bir çalışma yoktur ve seçim genellikle testin mevcudiyetine ve ilgili doktorların klinik deneyimine dayanır.
- Kavernöz sinüs trombozundan şüphelenildiğinde, MR venografi veya BT venografi gibi venografiyi içeren bir görüntüleme çalışması yapılmalıdır.

- **Mikrobiyolojik alıřmalar:** dūřūk verime raėmen, antibiyotik uygulanmadan ōnce orbital selūlit řūphesi olan tūm hastalarda kan kūltūrū alınması ōnerilir. Eřlik eden akut bakteriyel sinūziti olan hastalarda, endoskopik muayenede gōrūlen pūrūlan sinūs drenajı kūltūrlenmelidir. Ameliyat yapılacaksa, elde edilen materyal gram boyama ile ve mantar ve/veya mikobakteriyel etiyoloji için risk faktōrleri olan hastalarda mantar ve mikobakteriler için ōzel boyalarla incelenmelidir.

Tedavi

- **Antibiyotik tedavisi:** komplike olmayan orbital selülitli hastaların çoğu tek başına antibiyotiklerle tedavi edilebilir. Tedavi rejimleri genellikle ampiriktir ve en yaygın patojenleri (*S. Aureus* (metisiline dirençli *S. Aureus* [MRSA] dahil), *S. Pneumoniae* ve diğer streptokokların yanı sıra gram negatif basilleri) ele alacak şekilde tasarlanmıştır, çünkü cerrahi müdahale olmadığında güvenilir kültür sonuçları elde etmek zordur. Kafa içi yayılımdan şüphelenildiğinde, rejim anaeroblari da kapsamalıdır.
- Başlangıç tedavisi normal böbrek fonksiyonu olan hastalarda vankomisin + seftriakson/sefotaksim şeklinde olmalıdır. İntrakraniyal tutulum dışlanamadığı durumlarda, kronik sinüzit veya odontojenik bir kaynak ile ilişkili orbital selülitli olan hastalarda metronidazol de eklenir.

- Hastalar, uygun tedaviyi başlattıktan sonraki 24 ila 48 saat içinde iyileşme göstermeye başlamalıdır; bu olmazsa, apse veya ameliyat için başka bir endikasyon aramak için tekrar görüntüleme yapılmalıdır.

- **Cerrahi:** görme keskinliğinde kötüleşme veya pupilla değişiklikleri de dahil olmak üzere antibiyotik tedavisine zayıf yanıt veren hastaları, ampirik antibiyotik tarafından tedavi edilmeyen patojenleri ve idiyopatik orbital inflamatuvar hastalık veya polianjiitli granülomatozis gibi enfeksiyöz olmayan nedenleri tedavi etmek için uygun yöntemdir.
- Radyolojik olarak tanımlanan bazı apseler için, özellikle de büyükse (>10 mm çapında), antibiyotik tedavisine hemen yanıt vermiyorsa veya görüşü tehdit ediyorsa cerrahi drenaj endikedir.
- Bazı durumlarda, enfeksiyonu kontrol etmek için etkilenen sinüslerin drenajı da gereklidir.

Dinlediğiniz için teşekkürler.