



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD
Olgu Sunumu

6 Temmuz 2017 Perşembe

Uzman Dr. Ayşe Tekin Yılmaz



Olgu

4 yaşında kız hasta

Yakınma: Sağ gözde ani başlayan şişlik ve kızarıklık

Öykü

- Hasta hastaneye başvurdukları sabah sağ gözü şiş ve kızarık olarak uyanmış.
- Ağrı ya da kaşıntı yakınması yok.
- Ateşi olmamış.
- Eşlik eden üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları yok .

Olgu

Fizik bakı

- Genel durumu iyi
- Ateş: 36,5 °C
- Kalp tepe atımı:96/dk
- Solunum sayısı:20/dk
- Sistem muayeneleri normal

- Sağ alt ve üst göz kapağı ödemli ve kızarık, göz kapakları açılmıyor, dokunmakla ağrı ya da hassasiyet yok.
- Hasta göz kapaklarını aralayamadığı için göz hareketleri ve görme değerlendirilmesi yapılamadı.

Ön tanı?

Olgu

Özgeçmiş

- Doğum öncesi ve doğum öyküsünde özellik yok
- İki yaşına kadar sağlıklı, sonrasında sık üst solunum yolu enfeksiyonu
- Üç yaşında (Mayıs 2016) sol gözde şişlik nedeniyle başka bir sağlık merkezinde orbital selülit ve orbital apse tanısıyla hastaneye yatırılarak antibiyotik tedavisi verilmiş ve apse boşaltılması yapılmış. Ondört gün hastane yatışı olmuş.
- Haziran 2016 'da yeniden sol gözde kızarıklık yakınması olan hastaya pre-septal sellülit tanısıyla ağızdan antibiyotik tedavisi verilmiş.

Olgu

Soy-geçmiş

- Anne baba arasında akrabalık yok
- Anne: 30 yaş, sağ-sağlıklı
- Baba: 34 yaş, sağ sağlıklı
- Birinci çocuk: Hastamız
- İkinci çocuk: 2 yaş, kız, sağ-sağlıklı

Olgu

Laboratuvar

- Beyaz küre: 21,600 /mm³ (%90 nötrofil, %6 lenfosit)
- Hb: 10,7 g/dl MCV: 76
- Trombosit: 415,000/mm³
- Sedimantasyon: 37 mm/s
- CRP: 1,18 mg/dl
- Biyokimya incelemeleri normal sınırlarda

Ön tanı?

Olgu

- Hasta hastaneye yatırıldı.
- Pre-septal sellülit ve orbital selülit ön tanılarıyla damar yoluyla ampisilin-sulbaktam ve klindamisin tedavisi başlandı.

Olgu-Görüntüleme: Orbita MRG



Olgu

Görüntüleme

Orbita MRG

- Sağ pre-septal ve orbital alanda ödemli görünüm
- Sağ orbitada apseyle uyumlu görünüm ve enfeksiyon bulgularında sol göz alanına ilerleme
- Ethmoid ve maksiller sinüzit

Beyin MRG

- Patolojik bulgu izlenmedi.

Olgu

- Antibiyotik tedavisinin 2. gününde sol göz kapağında da kızarıklık - şişlik gelişmesi ve radyolojik olarak enfeksiyon bulgularının karşı tarafa ilerlemiş olması nedeniyle ampisilin-sulbaktam tedavisi kesilerek, vankomisin ve meropenem antibiyotik tedavisi başlandı.
- Göz hastalıkları ve kulak-burun boğaz bölümleri tarafından hasta değerlendirildi.
- Antibiyotik tedavisinin 3. gününde endoskopik yöntemle apse boşaltılması yapıldı. Apse materyalinden çalışılan kültürde üreme olmadı.
- Antibiyotik tedavisi damar yoluyla 14 güne tamamlandı.

Olgu

Yineleyen pre-septal/orbital sellülit etiyolojinin belirlenmesine yönelik yapılan incelemelerde;

- Bağışıklık sistemi sorunu izlenmedi (İmmünglobulin düzeyleri yaşa göre normal, lenfosit alt grupları normal sayıda ve dağılımda, kronik granülamatoz hastalık açısından gönderilen dihidrorodamin testi negatif sonuçlandı).
- Kistik fibroz açısından ter testi negatif
- Olabilecek anatomik sorunların belirlenmesi için paranazal sinüs ve maksillofasiyal tomografileri çekildi.

Olgu

Paranasal sinüs ve maksillofasiyal BT

- Pansinüzit izlenmiş olup **sağ ethmoid sellüler lateral duvarda fokal destruksiyon** izlendi. Bilateral lamina paprisealar ince izlenmiş olup yer yer defektif görünümündedir. **Lamina paprisea dehissansı** ile uyumlu olabilir.

Olgu

- Kulak-burun boğaz bölümünce hasta değerlendirildi.
- Hastada izlenen anatomik defektin çocuklarda sık karşılaşılan bir durum olduğu ve cerrahi işlem düşünülmediği belirtildi.
- Lamina paprisea dehissansının daha önce geçirmiş olduğu cerrahi işlemlere bağlı olabileceği belirtildi, ancak hastanın 1 yıl önce ilk apse boşaltılması girişimi öncesi yapılan radyolojik değerlendirmeleride benzer bulgular olduğu görüldü.

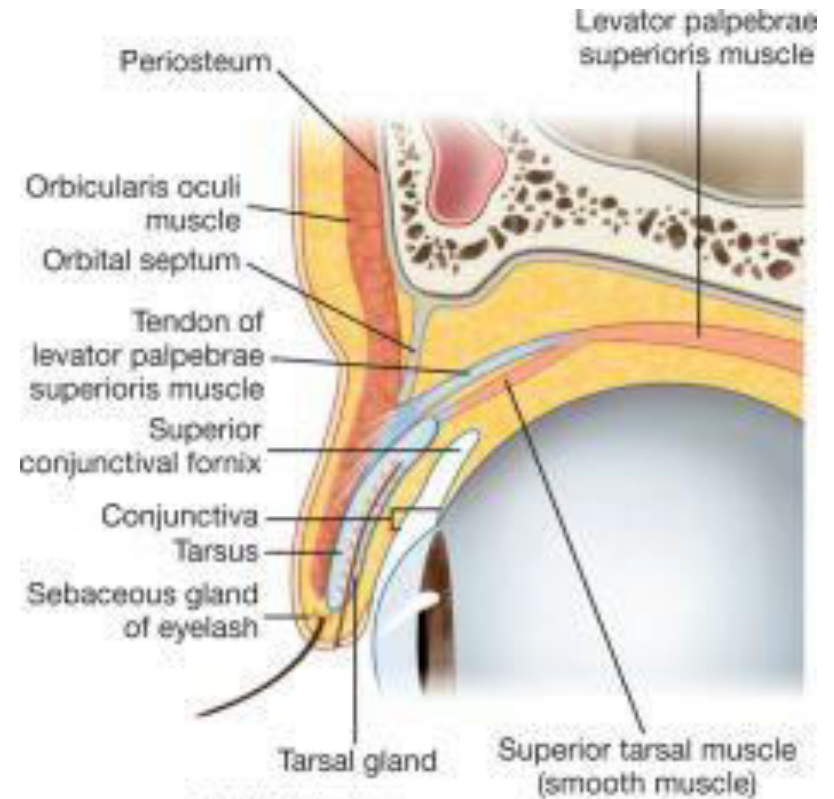
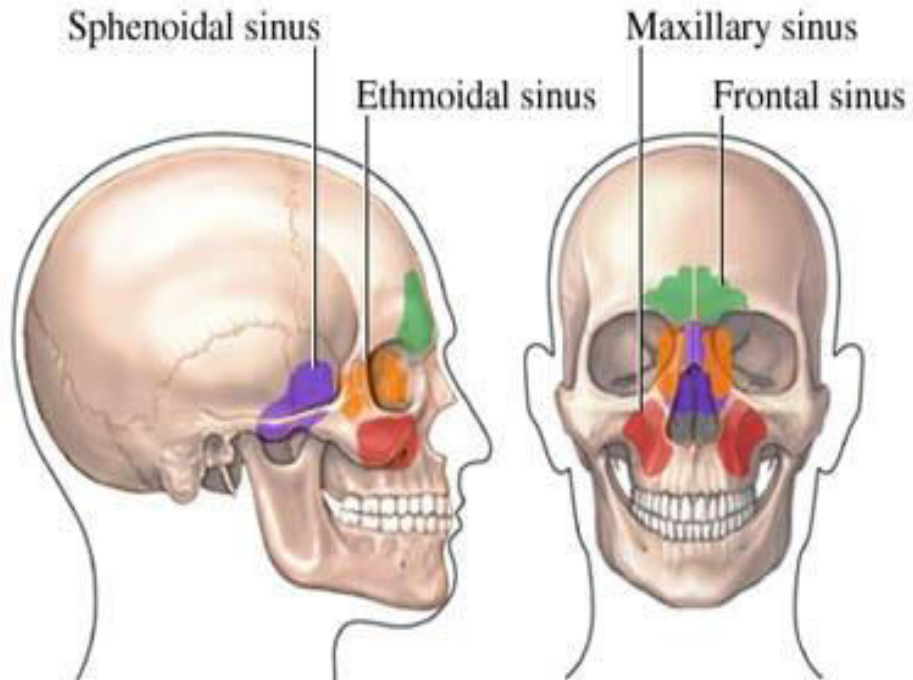
Olgu

- Tedavisi tamamlanarak taburcu olduktan yaklaşık 20 gün sonra sol gözde şişlik ve kızarıklık yakınmasıyla yeniden çocuk acile başvuran hasta göz hastalıkları ve kulak burun boğaz bölümü tarafından yeni radyolojik görüntüleriyle değerlendirildi.
- Pre-septal selülit tanısıyla servise yatırılarak ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. Tedavi 14 güne tamamlandı.
- Ethmoid sinüs yan duvarında oluşmuş olan anatomik defektin ve lamina paprisea dehissansının cerrahi olarak düzeltilmesi için başka bir merkeze yönlendirildi.

Pre-septal selülit

- Anatomik olarak orbital septumun önünde kalan dokuların inflamasyonu
- Bakteriyemi, üst solunum yolu enfeksiyonu (özellikle paranazal sinüzlerin enfeksiyonu), travma ya da deri bütünlüğünün bozulmasına neden olan herhangi bir durum (böcek ısırığı benzeri) pre-septal selülit gelişimiyle sonuçlanabilir.
- Çocuklarda görülme sıklığı erişkinlere göre daha fazla
- Paranazal sinüs enfeksiyonlarına ikincil gözle ilgili sorunlar en çok anatomik komşuluğu nedeniyle ethmoid sinüslerin enfeksiyonu sonrası görülür.

Pre-septal sellülit



Drake et al. Gray's Basic Anatomy
Copyright © 2012 by Elsevier Livingstone, an imprint of Elsevier Inc.

Pre-septal selülit

- Çocuklarda en sık etken; *Streptococcus pneumonia*, genellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla ilişkili
- Aşı öncesi dönemde en sık etken *H. influenza tip b* (olguların %80'i)
- *Peptostreptococcus, bacteriodes* nadir karşılaşılabilecek anaerop etkenler
- Travma sonrası pre-septal selülitte, *Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes* ya da birden fazla mikroorganizma etken
- Adenovirüs enfeksiyonları çocuklarda pre-septal selülit ile karışabilir.

Pre-septal selülit

Olguların çoğunda

- Virüs nedenli üst solunum yolu enfeksiyonunu
 - Yerel dokularda inflamasyon (mukozal ödem, mukoza salgılarının değişmesi)
 - Nazofarenks mikroorganizmalarının yer değiştirmesi
 - Pre-septal selülit

Pre-septal selülit

Bakteriyemiye ikincil gelişen pre-septal selülit

- < 18 ay çocuklarda daha sık
- Birkaç gün öncesinde virüs nedenli üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları
- Ani başlangıçlı 39°C'nin üstünde ateş
- Göz kapaklarında ani başlayan ve hızlı ilerleyen şişlik
- **Paranasal sinüs görüntülemesi genellikle patolojik bulgular içerir ancak bu bulgular üst solunum yolu enfeksiyonunun neden olduğu değişikliklerle ilişkilidir.**

Pre-septal selülit

Paranasal sinüs enfeksiyonuna ikincil gelişen pre-septal selülit

- Çoğunlukla >24 ay
- Öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü
- Öyküde yakınmaların başlamasından önce özellikle sabahın erken saatlerinde daha belirgin olan ve gün içinde azalan göz kapağında şişlik
- Yakınmaların başladığı gün göz kapağında ani gelişen şişlik ve kızarıklık
- Ateş eşlik edebilir ancak genellikle çok yüksek değildir.
- **Paranasal sinüslerin radyolojik görüntülemesinde genellikle aynı tarafta ethmoid sinüzit ya da pansinüzit izlenir.**

Pre-septal selülit

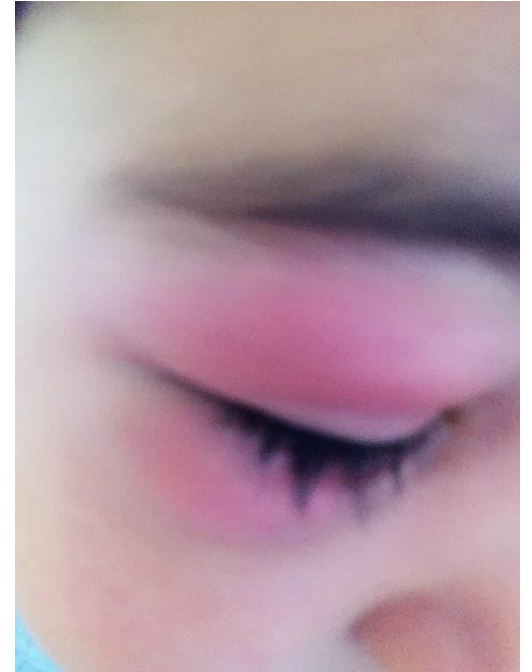
Klinikte

- Göz kapağında şişlik
- Kızarıklık
- Ağrı
- Duyarlılık

Fizik bakıda

- Göz küresi hareketleri normal
- Göz kapağında düşüklük izlenmez
- Pupil refleksleri normal olmalı

- Yakınmalara her zaman ateş eşlik etmez, akut faz belirteçlerinde yükselme görülmeyebilir.
- Kan kültürü: Özellikle 2 yaşından küçük çocuklarda pozitiflik oranı daha yüksek
- Klasik klinik bulguların varlığında görüntüleme gerekmez.
- Orbital selülitte klinik olarak ayıramadığı durumlarda göz doktoru değerlendirmesi ve görüntüleme gerekir.



Preseptal Cellulitis



Pre-septal selülit

Hastaneye yatışı gerektiren durumlar

- Bir yaşından küçük çocuklar
- Yaygın sistemik enfeksiyon bulgularının eşlik etmesi
- Hastanın çocukluk çağı aşıları yapılmamışsa ya da eksik yapıldıysa

Antibiyotik tedavisi

- Ampisilin-sulbaktam 200 mg/kg/gün 6 saatte bir 4 dozda
- Seftriakson 75-100 mg/kg/gün 12 saatte bir ya da tek doz

Pre-septal selülit

Ayaktan tedavi

- İlk başvuruda göz kapağı şişliği hafifse
- Hastanın genel durumu iyiye
- Ailenin tedaviye uyum göstereceği düşünülüyorsa
- Amoksilin-klavulonik asit 90 mg/kg/gün 2 dozda
- Seforoksim aksetil 20-30 mg/kg/gün 2-3 dozda

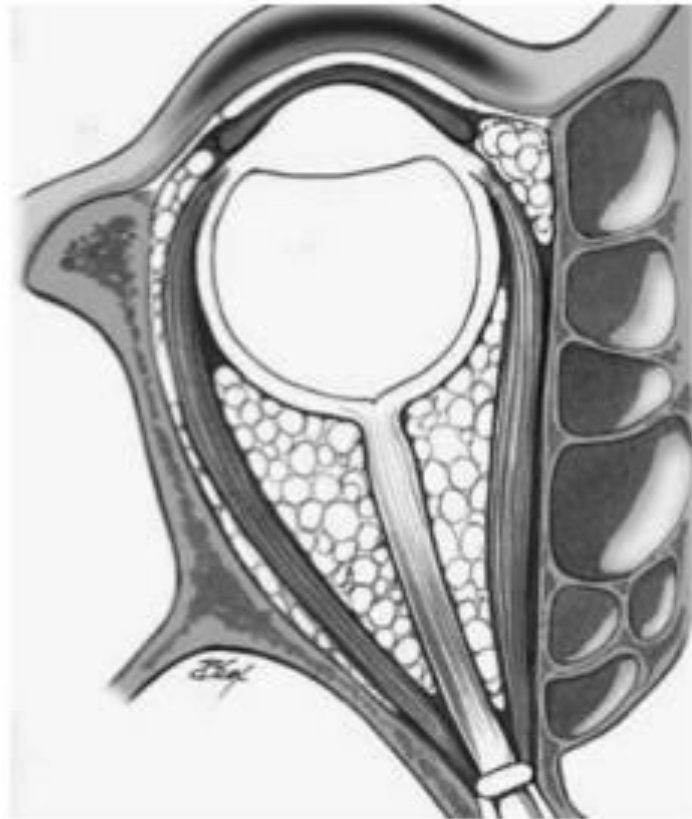
Pre-septal selülit

- Tedavi süresi 10-14 gün
- Tedaviye damar yoluyla antibiyotik tedavisi olarak başlandıysa ateşin düşmesinden 24 saat sonra, hastada klinik olarak düzelme izleniyorsa ağızdan antibiyotik tedavisiyle devam edilebilir.

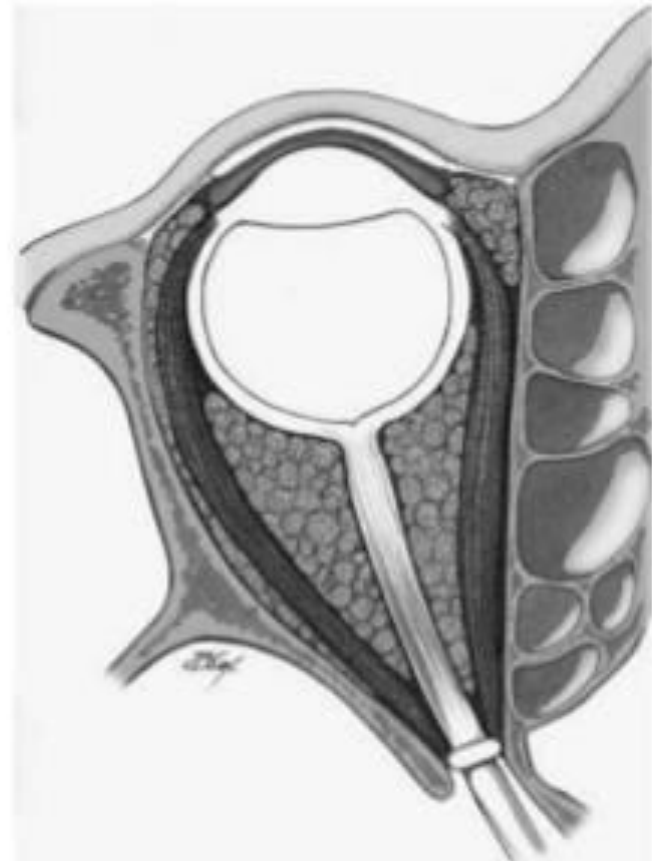
Orbital sellülit

- Orbital septumun arkasında kalan yağ ve kas dokusunun inflamasyonu
- Göz küresi etkilenmez
- Çocuklarda erişkinlere göre daha sık, küçük yaş grubu hastalık açısından daha riskli
- Genellikle rinosinüzit komplikasyonu olarak ortaya çıkar. (Özellikle ethmoid sinüzit ve pansinüzit olgularında)

CHANDLER'S CLASSIFICATION OF ORBITAL INFLAMMATION

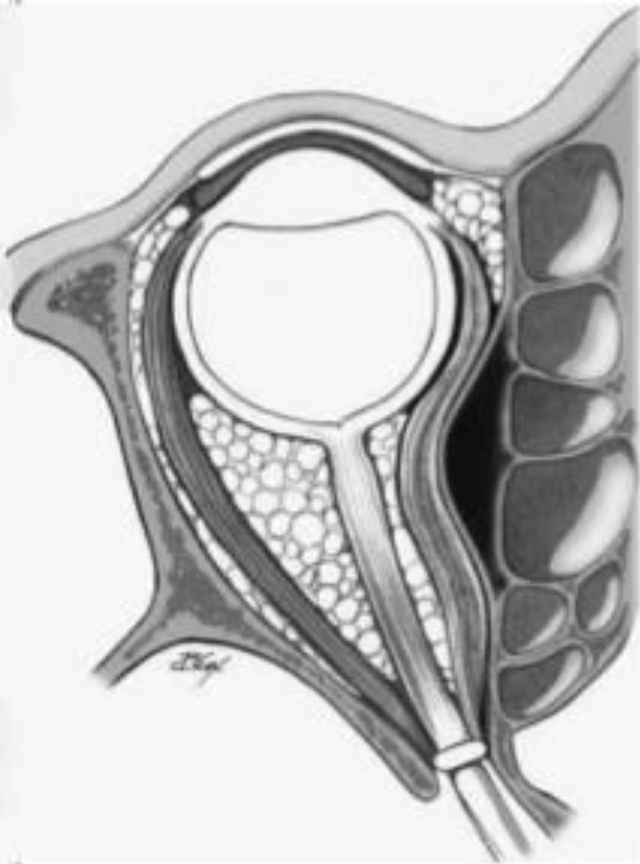


**PRESEPTAL
CELLULITIS**

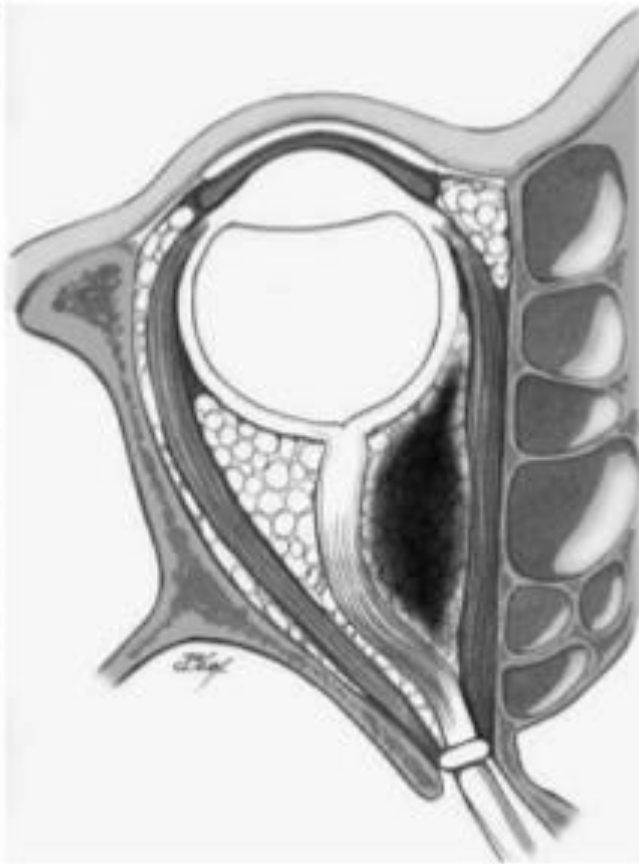


ORBITAL CELLULITIS

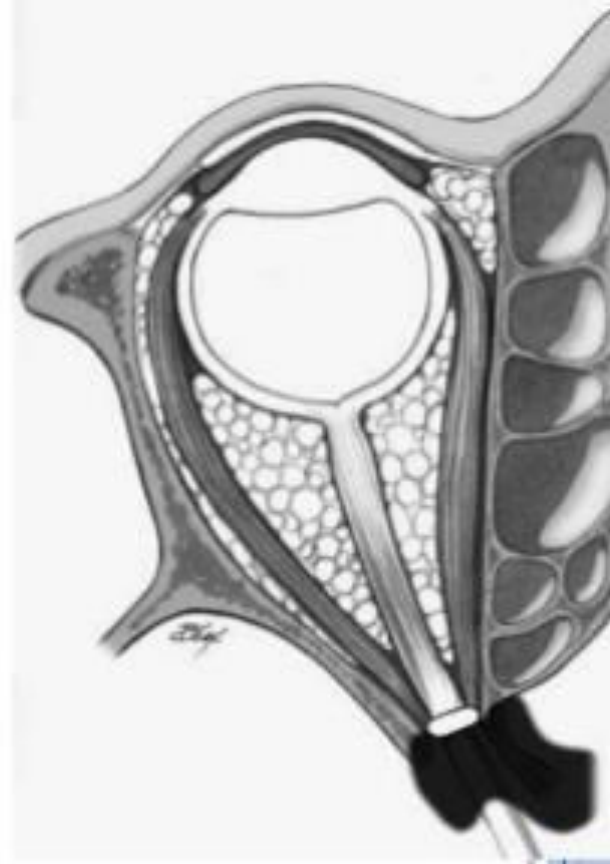




**3. SUBPERIOSTEAL
ABSCESS**



**4. ORBITAL
ABSCESS .**



**5. CAVERNOUS
SINUS
THROMBOSIS.**



Orbital sellülit

Etiyoloji

- En sık rinosinüzite ikincil
- Diş ya da kulak enfeksiyonlarına ikincil
- Cerrahi, travma, yabancı cisim
- Klinik uygulamada etken olan mikroorganizmayı genellikle gösterilememekte
- Apse boşaltılması durumunda apse materyali ya da cerrahi işlem gerektiren olgularda sinüs aspirat kültürleri yol gösterici olabilir. Ancak kesin olarak etkeni bize göstermez.
- Her hastada kan kültürü alınmalı, çocuklarda kan kültüründe etkenin gösterilme olasılığı erişkinlere göre daha yüksek

Orbital sellülit

Etkenler

- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus anginosus* (milleri)
- *Streptococcus pyogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*
- Daha az oranda anaerop organizmalar (üst solunum yolunun anaerop etkenleri; *Bacteroides*, *Prevotella spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Veillonella spp.*)
- Akut bakteri sinüziti etkenleri (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* ve *M. catarrhalis*)

Birden fazla mikroorganizma etken olabilir.



Orbital selllülit

Klinik

- Genellikle yakınmaların başlamasından 1-2 gün öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları
- Gözde ani başlayan şişlik, ağrı, kızarıklık, sulanma
- Göz küresinin öne doğru itilmesi
- **Göz hareketlerinde kısıtlanma ve görme bozukluğu**
- Ateş
- Laboratuvar incelemelerinde akut faz belirteçlerinde yükselme

Orbital sellülit

Kontrastlı tomografi incelemesi yapılması gerektiren durumlar

- Göz küresinin öne doğru itilmesi (proptoz)
- Göz hareketlerinde kısıtlılık ya da göz hareketlerinin ağrılı olması
- Görme kaybı ya da çift görme
- Eşlik eden nörolojik bulguların olması
- Laboratuvar incelemelerinde nötrofil sayısının 10,000'in üzerinde olması
- Uygun tedaviyle 24-48 saat içinde klinik düzelme olmaması

Orbital sellülit

Komplikasyonlar

- Subperiostal apse
- Orbital apse
- Kavernöz sinüs tromboflebiti
- Beyin apsesi
- Görme kaybı, körlük
- Kavernöz sinüs trombozu (özellikle karşı taraftaki gözde de inflamasyon bulguları geliyorsa) (kafa çifti sinirleri; III, IV, V¹, V², and VI)
- Santral retinal arterde tıkanıklık

Orbital sellülit

Tedavi

- Başlangıç tedavisi damar yoluyla antibiyotik verilmesi
- Antibiyotik tedavisine ek olarak özellikle komplikasyon gelişen olgularda cerrahi tedavi
- Tedavi süresi 3 hafta
- Hastada klinik düzelme izlendikten sonra ağızdan antibiyotik tedavisine geçilebilir.

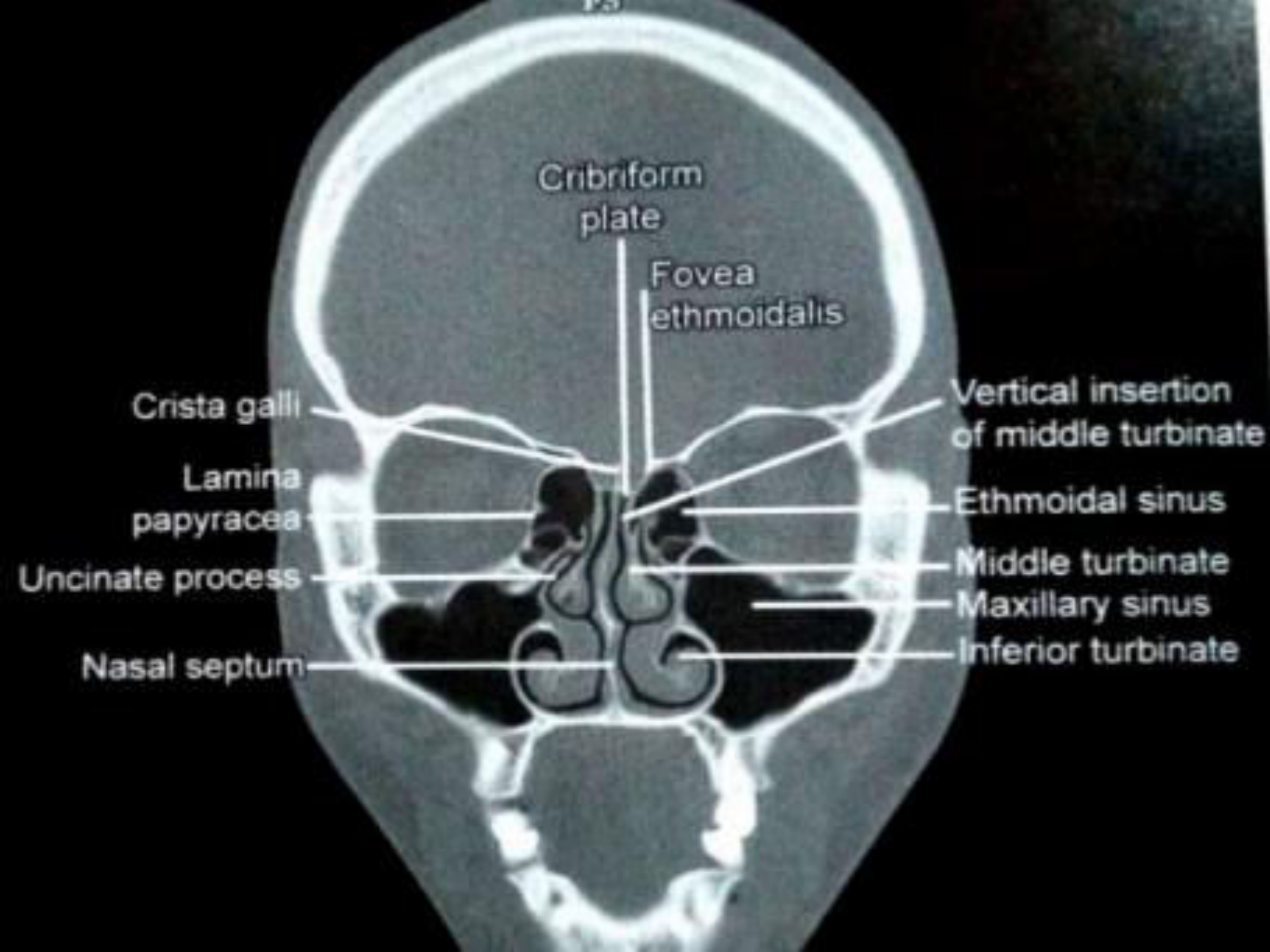
Orbital sellülit

Tedavi

- **Ampisilin-sulbaktam** 200 mg/kg/gün 4 dozda
- Toplumdan kazanılmış metisilin dirençli *S. aureus* enfeksiyonlarının çokça görüldüğü yerlerde tedaviye **klindamisin** eklenmesi uygun bir yaklaşımdır.
- MRSA ve sefalosporin dirençli pnömokoklardan etken olarak kuşkulanılıyorsa tedavide ek olarak **vankomisin** (60 mg/kg/gün 4 dozda) kullanılması uygun olacaktır.

Yineleyen pre-septal/orbital sellülit

- Birincil bağışıklık sistemi sorunları
- Alerji
- Kistik fibroz
- Primer silier diskinezi
- **Paranasal sinüslerde ve komşu anatomik yapılarda doğuştan ya da edinsel anatomik sorunlar**



Format: Abstract ▾

Send to ▾

Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Jan;134(1):153-6.**Recurrent periorbital cellulitis: an unusual clinical entity.**Sorin A¹, April MM, Ward RF.

+ Author information

Abstract**OBJECTIVES:** To discuss the cause and management of recurrent periorbital cellulitis (RPOC).**STUDY DESIGN:** Retrospective case series and review of literature.**MATERIALS AND METHODS:** In the past 11 years, we have treated 6 patients for recurrent periorbital cellulitis (RPOC). Inclusion criteria were a minimum of 3 episodes of periorbital cellulitis (POC) within a 1-year period, with interval convalescence lasting at least 1 month. All patients were followed for at least 1 year after resolution.**RESULTS:** The causes of RPOC were as follows: (1) 2 patients developed RPOC attributed to environmental allergies; (2) 1 was diagnosed with underlying recurrent sinusitis resistant to medical management with resolution attained through surgery; (3) 1 patient with vesicular RPOC was diagnosed with herpetic RPOC and treated medically with antiviral therapy; (4) 1 patient had allergic contact dermatitis from cosmetic make-up use; and (5) 1 patient was suspected of malingering via repeat subcutaneous self-injection of an irritant.**CONCLUSIONS:** Although periorbital cellulitis is a commonly encountered and treatable condition, recurrent periorbital cellulitis is rare and may be challenging to manage. In our experience, the causes of recurrence varied, but resolution was achieved by identifying the underlying cause through continuous clinical reassessment and by appropriate medical or surgical management.**EBM RATING:** C-4.

Format: Abstract ▾

Send to ▾

Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012 Apr;76(4):606-8. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.01.024. Epub 2012 Feb 13.

Recurrent periorbital cellulitis in a very young child: a case report and review of literature.

Caulley L¹, Corsten G, Hong P.

+ Author information

Abstract

Recurrent periorbital cellulitis is a rare complication of sinus disease. We present a 4-month-old boy with bilateral recurrent periorbital cellulitis and radiological evidence of bilateral bony dehiscence of the lamina papyracea. To our knowledge, this is the youngest documented presentation of recurrent periorbital cellulitis. As well, only unilateral cases have been reported in the past. In addition to the clinical case report, we reviewed the current literature available regarding recurrent periorbital cellulitis.

Copyright © 2012 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

PMID: 22336174 DOI: [10.1016/j.ijporl.2012.01.024](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.01.024)

[Indexed for MEDLINE]



Format: Abstract ▾

Send

Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004 Dec;68(12):1529-32.

Recurrent periorbital cellulitis in a child. A random event or an underlying anatomical abnormality?

Karkos PD¹, Karaqama Y, Karkanevatos A, Srinivasan V.

 Author information

Abstract

We present a case of recurrent periorbital cellulitis in a child. From the age of 2 years the child was admitted with periorbital cellulitis a total of six times with the first five episodes responding to conservative management with intravenous antibiotics. On the sixth admission endoscopic surgical treatment was carried out. Two abnormalities were noted: an anatomically abnormal uncinate process and an isolated abscess in the ethmoidal cell. It is believed that the abnormal uncinate process caused obstruction of the osteomeatal area, predisposing to recurrent periorbital cellulitis. We discuss the importance of early imaging and surgery in recurrent periorbital cellulitis.

PMID: 15533566 DOI: 10.1016/j.ijporl.2004.06.013

[Indexed for MEDLINE]

Recurrent Sinusitis and Periorbital Cellulitis Secondary to Congenital Zuckerkandl Dehiscence

Abstract

Rhinosinusitis is the most common cause of orbital infections in children. Its orbital complications are rare, dangerous and their incidence increases in children. Its most common complications of RS, in order of increasing severity, in children: orbital cellulitis, subperiosteal abscess, intraorbital abscess and cavernous sinus thrombosis. The spread of infectious agents from the ethmoid sinuses to the periosteum of the orbit may occur directly through congenital/ acquired dehiscences of the lamina papyracea, or via haematogenous spread through the valveless ophthalmic venous channels. Congenital, traumatic, or iatrogenic defects of the lamina papyracea or simple anatomical variation can cause dehiscences (weakness) of the lamina papyracea. Therefore, the physicians and immunologists should be aware of uncommon anatomic variations causing recurrent paranasal sinusitis such as congenital dehiscence of lamina papyracea before suspecting of primary immune deficiency.

Keywords

Zuckerkandl Dehiscence; Lamina Papyracea; Recurrent Sinusitis; Periorbital Cellulitis

Case Report

Volume 1 Issue 5 - 2014

Oner Ozdemir* and Bahri Elmas

Department of Pediatrics, Sakarya University, Turkey

***Corresponding author:** Oner Ozdemir, Division of Allergy and Immunology, Department of Pediatrics, Research and Training Hospital of Sakarya University, Faculty of Medicine, Sakarya University, Adnan Menderes Cad, Sağlık Sok. No: 195, Adapazarı, Sakarya, Turkey, Tel: + 90-264 -444 54 00; Fax: +90-264 -275 91 92; Email: onerozdemir@sakarya.edu.tr

Received: November 01, 2014 | Published: November 19, 2014

Recurrent Orbital Inflammation Mimicking Orbital Cellulitis Associated With Orbitopalpebral Venous Lymphatic Malformation

Alicia Galindo-Ferreiro, M.D.†, Hind M. Alkatan, M.D.‡,
Sahar M. ElKhamary, M.D.*§, Saif AlDosairi, M.D.*,
and A. Augusto V. Cruz, M.D.¶*

Abstract: An 8-year-old boy initially presented with an orbitopalpebral mass diagnosed clinically and radiologically as a low-flow diffuse venous lymphatic malformation involving the left upper eyelid and orbit. Over 8 months of follow up, he had 2 acute episodes of severe orbital inflammation that warranted hospitalization and treatment with intravenous antibiotic, steroids and surgical debulking. After a third surgical excision, the lesion remained clinically stable.



Teşekkürler...