

OLGU SUNUMU

SEPTİK KAVERNÖZ SİNÜS TROMBOZU

SEPTIC CAVERNOUS SINUS THROMBOSIS

**Dr. Suat TURGUT (*), Dr. Fatih R. BALYAN (*), Dr. K. Murat ÖZCAN (*),
Dr. Cafer ÖZDEM (*)**

ÖZET : Kavernoöz sinüs tromboflebiti genellikle yüzün orta bölümünün enfeksiyonları sonucu oluşan nadir bir durumdur ve mortalite oranı yüksektir. Antibiyotiklerin, yaygın olarak kullanıma girmediği dönemlerde mortalite oranı %80 idi. Günümüzde erken tanı ve uygun antibiyotik kullanımına rağmen mortalite oranı halen %30 civarındadır. Sfenoit sinüzit kavernoöz sinüs tromboflebiti etiolojisinde önceleri nadiren bahsediliyordu. Son yıllarda CTnin. kullanıma girmesi ile sfenoit sinüzit daha çok tanınmaya başlamıştır. Kavernoöz sinüs tromboflebiti olgularında etiolojide yüzün orta bölümü enfeksiyonlarından sonra en sık sorumlu hastalık olduğu anlaşılmıştır.

Bu makalede kliniğimizde sfenoit sinüzit ve kavernoöz sinüs tromboflebiti nedeniyle intranasal endoskopik sinüs cerrahisi ve medikal tedavi uygulanan bir hasta sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

Anahtar Sözcükler : Sfenoit sinüzit, Kavernoöz Sinüs Trombozu

SUMMARY : Cavernous sinus thrombophlebitis is a rare, serious, life-threatening condition which usually results from midfacial skin infections. In the preantibiotic era mortality rate was %80. Today, inspite of an early diagnosis of the condition and prompt initiation of parenteral antibiotics, mortality rates still remains %30. Sphenoid sinusitis is known a rare disease, but with the use of CT in diagnosis of paranasal sinus infections, it is understood that sphenoid sinusitis is one of the important factors in the aetiology of cavernous sinus thrombophlebitis besides midfacial infections.

In this paper a case of sphenoid sinusitis and concurrent cavernous sinus thrombophlebitis who is operated by endoscopic approach to sphenoid sinus and parenteral antibiotic therapy is presented with reference to the literature.

Key Words : Sphenoid sinus, Cavernous Sinus Thrombosis

GİRİŞ

Kavernoöz sinüs trombozu enfeksiyöz veya nonenfeksiyöz bir durumun sonucu olarak oluşabilir. Kavernoöz sinüsün septik trombozu en sık olarak yüzün 1/3 ortasından gelişen enfeksiyonlar sonucu ve genellikle stafilokokkus aureusa bağlı olarak gelişir (1). Kavernoöz sinüsün septik trombozuna neden olabilecek diğer enfeksiyon odakları paranazal sinüsler (özellikle sfenoit ve daha az sıklıkla ethmoid), dental enfeksiyonlar, otitis media (2), daha nadir olarak orbital sellülittir (5).

En sık görülen ve neredeyse sabit olan bulgu ateştir. Ateş devamlı veya intermitan olabilir.

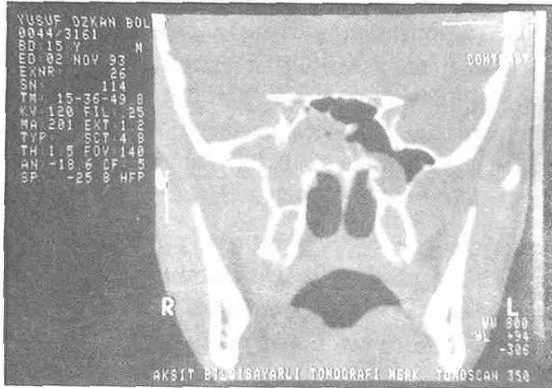
Baş ağsı her zaman belirgin olmayabilir. Baş ağsı retroorbital, frontal veya oksipital bölgeye lokalize olabilir. Hastada bulantı, kusma, taşikardi, bilinç bulanıklığı görülebilir. Periorbital ödem, kemosis, proptosis, ekstraoküler göz kaslarında hareket kısıtlılığı (özellikle dışa bakışta) hemen hemen her olguda görülür. Bu semptomlar genellikle bir gözde başlar ve iki gün içinde diğer göz tutulumu olur (8). Tanıda CT, MRI diagnostiktir.

Tedavide uygun parenteral yüksek doz antibiyotik ve primer fokusun cerrahi drenajı gereklidir. Hastaların %50'sinden azı tamamen düzelirler. Mortalite oranı %30'dur.

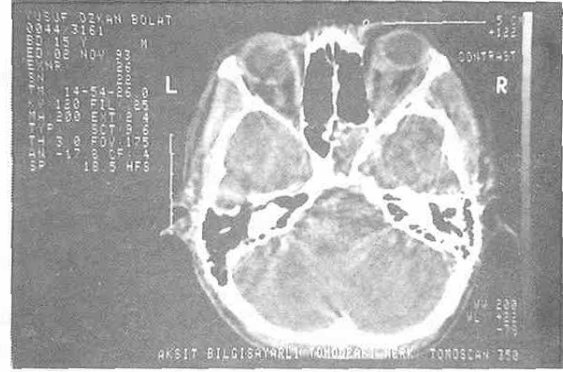
(*) Ankara Numune Hastanesi 2. KBB Kliniği ANKARA

OLGU SUNUMU

YOB, 15 yaşında erkek hasta 21 ekim 1993'te 3 gün önce başlayan yüksek ateş, şiddetli baş ağrısı ve 1 gün önce başlayan çift görme şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Yapılan KBB muayenesinde anterior rhinoskopide nasal mukozanın ileri derecede hiperemik olduğu ve her iki orta konkanın hipertrofik ve hiperemik olduğu gözlemlendi. Diğer KBB muayenesi doğaldı. Hastanın göz muayenesinde sağ gözde total oftalmopleji, proptosis, kemosis ve göz kapağı ödemi ve sol lateral rektus paralizisi mevcuttu. Hastanın ateşi 39.5 derece, KB 130/60 mmHg, solunum sayısı 24/dk, nabız 96/dk idi. Hastanın laboratuvar çalışmasında BK 9600 ve %90 PMNL hakimiyeti mevcuttu. ESR 32 mm/h idi. Hastanın beyin ve paranasal sinüs komputerize tomografisinde sağ kavernöz sinüs trombozu tespit edildi. (Şekil II). Ayrıca sağ sfenoid sinüsü tamamen dolduran yumuşak doku dansitesinde oluşumlar mevcuttu (Şekil I). Hastanın sol sfenoid sinüste de kısmen yumuşak doku dansitesinde artış vardı. Hastaya kavernöz sinüs septik trombozu ve sfenoid sinüzit tanısıyla operasyona alındı. Jetokainle infiltrasyon ve pantokainle topikal anesteziyi takiben sağ nazal kaviteden 0 ve 30 derece hopkins teleskoplarla girildi. Wiggand yöntemi ile orta konkanın 1/3 inferior ve posterioru alındı. Daha sonra sfenoid sinüs ön duvarı forseps yardımı ile geçildi. Sfenoid sinüs içinde görülen materyal boşaltıldı ve spesimen mikrobiyolojiye gönderildi. Kültürde stafylokokus aureus üredi. Operasyon sonrası hastanın atış ve başağnsı geçti. Sol göz hareketleri düzeldi. Sağ gözde total oftalmopleji düzelenmedi.



Şekil 1 : Aşırı pnömatisize sfenoid sinüs ve sinüs içinde yumuşak doku dansitesindeki artış görülüyor.



Şekil 2 : Sağ kavernöz sinüs bölgesinde tromboz görülüyor.

TARTIŞMA

Kavernöz sinüs septik trombozu en sık yüzün orta bölümündeki enfeksiyonlar sonucu gelişir. Son yıllarda sfenoid sinüzitin kavernöz sinüs tromboflebiti etyolojisinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir (6). Sfenoid sinüzit sık görülemeyen bir hastalıktır ve genellikle diğer paranasal sinüs enfeksiyonları ile beraber görülür. İzole sfenoid sinüzit ise daha nadir olarak görülür. Komputerize tomografinin yaygın kullanılması ve diagnostik endoskopi ile sfenoid sinüs enfeksiyonlarının tanısını koymak kolaylaşmıştır. Sfenoid sinüzitin morbidite ve mortalitesi yüksek önemli bir komplikasyonu da kavernöz sinüs septik trombozudur. Hastamızda da izole sfenoid sinüzit ile kavernöz sinüs tromboflebiti mevcuttu. Sinüzitli bir hastada eğer diplopi ve fotofobi gelişirse aksi ispat edilene kadar kavernöz sinüs trombozu düşünülmelidir (4). Kavernöz sinüs tromboflebitinin tanısı klinik belirtiler (özellikle göz bulguları), CT, MRI ile konur (3).

Kavernöz sinüsler iki tanedir ve duramaterin yaprakları arasında yer alır. İki kavernöz sinüs birbiriyle interkavernöz sinüsler aracılığıyla ilişkidir ve kavernöz sinüsler arasında sella tursika bulunur. Kavernöz sinüsler kafa tabanında sphenoid sinüslerin süperolateralinde lokalizedirler. Sfenoid sinüslerle aralarında ince bir kemik tabaka vardır. Bazen bu kemik tabakada dehissanslar olabilir. Bazende arada sadece yumuşak doku olabilir. Okulomotor, troklear sinirler, trigeminal sinirin oftalmik ve maksiller dalları kavernöz sinüsün lateral duvarı boyunca geçmektedir. Abdusens sinir ve Arteria karo-

tis interna daha medialde yerleşmiştir ve sfenoid sinüsle komşuluğu daha fazladır. Kavernoöz sinüslere oftalmik venler vasıtasıyla fasial ven dökülür. Ayrıca sfenoid ve middle serebral venlerde drene olur. Kavernoöz sinüsler ise süperior ve inferior petrozal sinüsler vasıtası ile internal juguler vene drene olurlar (7).

Kavernoöz sinüs (romboflebitinde oftalmik ven stazı olacağından tutulan tarafta proptosis ödem ve kemosis görülür. Eğer sinir tutulumu olursa oftalmopleji ve yüzün 2/3 üst yarımında hipoestezi görülür. Retinal arter sirkülasyonu azalmasından veya optik sinir tutulumundan dolayı körlük olabilir. Bazende hipofiz bezi kanlanması bozulur ve hipopitüitarizm görülür.

Oküler motilitenin bozulması süperior orbital fissür sendromu olarak adlandırılır. Buna optik sinir tutulumu da eklenirse orbital apex sendromu denir (6).

Price Kavernoöz sinüs trombozu tanısı için 5 maddeyi gerekli görmüştür:

1-İki taraflı göz tutulumu veya karşı gözde hastalığın sonradan başlaması

2- Proptosis, kemosis, göz kapağı ödemi

3-Ekstraokuler kas hareketlerinde kısıtlılık (Tek taraflı olabilir fakat karşı gözde de izole kranial palsy, özellikle 6. sinirde)

4- Meningismus

5-Hastalık iyileştikten sonra kranial sinir palsisinde rezidü kalması (6).

Bu kriterlerden meningismus hariç diğer bulgular hastamızda mevcuttu.

Kavernoöz sinüs tromboflebitinin uygun tedavisi yüksek doz antibiyotik ve primer fokusun cerrahi eksizyonudur. Hastanın özellikle göz bulgularının gerilemesinde sistemik steroid tedavisi yararlıdır. Antikoagulan kullanımı ise tartışmalıdır.

Mikrobiyolojide en sık suçlanan ajan patojen stafilokokkus aureustur. Bunu pnömokok, streptokok ve H, İnfluenza izler. Gram (-) bakteriler ve anaeroblar daha nadirdir ve çok nadir olarakta fungal enfeksiyonlar sorumludur.

Tedavide penisilinaza dirençli penisilin tü-

revleri tercih edilir. Nafsilin ve 3. kuşak sefalosporinler (özellikle seftazidim) önerilmektedir. Anaerobik mikroorganizmalara karşı kloramfenikal veya metronidazol eklenebilir. Nafsiline rezistan S. aureusa vankomisin verilir. Hastamızda stafilokokkus aureus üretildi ve 3. kuşak sefalosporinler ve metranidazol ile tedavi edildi.

Heparin tedavisini trombozun kavernoöz sinüsten diğer dural venöz sinüslere ve serebral venlere geçişini engellemek için verilmesini önerenler vardır. Kanama varsa kontrendikedir. Hastamızda antikoagulan tedavi uygulanmadı.

Kortikosteroid tedavisi inflamasyonu ve ödemi azaltır. Ayrıca hipopitüitarizm gelişmişse steroid verilir. Solomon 37 gün antibiyotik ve antikoagulan tedaviye rağmen oftalmoplejisi gerilemeyen bir hastada steroid tedavisi başlamış ve 2 gün içinde göz semptomlarında iyileşme olduğunu bildirmiştir (6). Hastamıza da steroid tedavisi verilmiş ve hasta fayda görmüştür.

Erken cerrahi drenaj özellikle sfenoid sinüzite bağlı kavernoöz sinüs trombozunda çok önemlidir. Aynı zamanda fasial, dental, orbital ve intrakranial abselerde de drenaj önemlidir. Kavernoöz sinüsün direk eksplorasyonu çoğu olguda önerilmemiştir. Hastamızda tanı konduktan sonra hemen operasyona alındı ve primer odak olan sfenoid sinüs drene edildi.

Bütün tedavilere rağmen septik kavernoöz sinüs trombozunda mortalite oranı halen %30 lardadır. Tamamen iyileşme ise %40 tan azdır. %30 hastada ise kalıcı nörolojik defisit gelişir. (1) En sık görülen komplikasyon ekstraoküler kas zayıflığı ve görmede azalmadır. Hastamızda da sağ göz hareketleri kısıtlı olarak kalmıştır.

SONUÇ

Sfenoid sinüzit komplikasyonu olarak görülen septik kavernoöz sinüs trombozu mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Erken tanı, primer odağın erken dönemde drene edilmesi uygun medikal tedavi çok önemlidir. Bu hastalığın erken tanı ve tedavisinde en önemli rol Kulak Burun Boğaz uzmanına düşmektedir.

Yazışma Adresi : Dr. Suat TURGUT
Yunus Emre Caddesi 4/2
Etilik / 06010 / ANKARA

KAYNAKLAR

1. DI NUBILE MJ : Septic Thrombosis of Cavernous Sinuses. *Arc. Neurol.* 45 : 567-672, 1988.
2. DOYLE JK, JACKLER K : Otogenic Cavernous Sinus Thrombosis, *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 104 : 873-877, 1991.
3. ELLIE E, HOUANG B. LEGLAIN LV, LAURENT F, DROILLARD J, JULIEN J : CT and High Field MRI in Septic Thrombosis of The Cavernous Sinuses. *Neuroradiology* 34: 22 -24, 1992
4. MACKINTOSH HT : Septic Cavernous Sinus Thrombosis - A case Report, *Australian and New Zeland Journal of Ophthalmology* 19:175-182, 1991.
5. MILLER NR : Septic Cavernous Sinus Thrombosis. *Australian and New Zeland Journal of Ophthalmology* 19: 169 - 171, 1991.
6. SOFFERMAN RA : Cavernous Sinus Thrombophlebitis Secondary to Sphenoid Sinusitis. *Laryngoscope* 93 ; 797-800, 1983.
7. SOUTHWICK FS. RICHARDSON EP. SWARTZ MN : Septic Thrombosis of the Dural Venous Sinuses. *Medicine* 65 ; 82- 106. 1986.
8. WEN-DER-YUN M, HWANG CF, LU1 CC : Cavernous Sinus Thrombosis Following Odontogenic and Cervicofacial Infection. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 248 : 422 - 424. 1991.