

Fungus Topu ile Beraber Periorbital Sellülit: Olgu sunumu

Fungus Ball with Periorbital Cellulitis: Case report
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları

Başvuru: 09.02.2015
Kabul: 12.03.2015
Yayın: 02.04.2015

Doğan Atan¹, Ayşe Betül Topak¹, Kürşat Murat Özcan¹, Hüseyin Dere¹, Aykut İkinciöğulları¹

¹ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Fungus topu ekstra mukozal yerleşimli ve invaziv olmayan tek taraflı yerleşim gösteren mantar enfeksiyonudur. Fungus topuna bağlı orbital komplikasyonlar nadir görülür. Bu makalede, fungus topu ile birlikte periorbital sellülit olan 68 yaşında immunsupresif kadın hasta, literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sinüzit, Orbita Fungus

Abstract

Fungus balls are extramucosal accumulations located unilaterally. Orbital complications due to fungus balls are rare. Here, we present a 68-year-old immunosuppressive female patient with fungus ball along with periorbital cellulitis.

Keywords: Sinusitis, Orbita Fungus

Giriş

Fungal sinüzitler invaziv ve noninvaziv olarak sınıflandırılır. İnvaziv fungal enfeksiyonlar; akut fulminan invaziv fungal sinüzit, kronik invaziv fungal sinüzit ve granümatöz fungal sinüzitten oluşur^{1,2}. Noninvaziv fungal enfeksiyonlar ise fungus topu ve allerjik fungal sinüzitten meydana gelir³. Noninvaziv fungal sinüzitler sınıflamasına saprofitik fungal enfestasyon ve eozinofilik fungal rinosinüzit de dahil edilebilir^{4,5}. İnvaziv fungal sinüzitler genellikle immunsuprese kişilerde görülür. Noninvaziv fungal sinüzitler ise genellikle immuno kompetan kişilerde görülmekle beraber immunitenin zayıflaması ile beraber invaziv forma dönüşebilir⁴.

Fungus topu ektramukozal yerleşimli invaziv olmayan tek taraflı yerleşim gösteren mantar enfeksiyonudur¹. Genellikle asemptomatik seyretmektedir. Bazen baş ağrısı, postnazal akıntı, rinore gibi nonspesifik, kronik rinosinüzit semptomlarını taklit etmektedir. Fungus topuna bağlı orbital komplikasyonlar oldukça nadirdir. Bu makalede, immunsuprese hastada fungus topu ile birlikte görülen periorbital sellülit olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Altmış sekiz yaşında kadın hasta, burun tıkanıklığı, sağ göz çevresinde şişlik, kızarıklık ve gözde ağrı şikayet ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tiroit meduller karsinoma nedeni ile total tiroidektomi operasyonu ve postoperatif olarak kemoterapi öyküsü bulunmaktaydı. Hastanın verilen antibiyoterapiye rağmen şikayetlerinde gerileme olmamıştı. Endoskopik muayenede sağ nazal kavitede orta meatusta pürülan akıntı ve polipoid lezyon görüldü. Ayrıca hastanın sağ periorbital bölgede ödem, hiperemi ve ısı artışı mevcuttu. Hastanın paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sağ maksiller sinüsü tamamen dolduran ve santralinde kalsifikasyonlar içeren yumuşak doku görünümü izlendi. Maksiller sinüs duvarlarında dekstrüksiyon izlenmedi. Lezyonun medial duvarda indentasyon oluşturarak sağ nazal kaviteye doğru uzandığı görüldü (Şekil1-2).



Şekil 1 : Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi aksiyel kesitte sağ maksiller sinüste dansite farkı veren fungus topu izlenmekte



Şekil 2 : Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi koronal kesitte sağ maksiller sinüste dansite farkı veren fungus topu izlenmekte

Hastaya genel anestezi altında endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Cerrahi sırasında sağ maksiler sinüsü tamamen dolduran lezyonun fungus topu olduğu görüldü ve patoloji temizlendi. Fungus topunun eksizyonu sonrasında salin solüsyonu ile irrigasyonu uygulandı. Hastaya postoperatif olarak ek antimikotik tedavi verilmedi. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı ve 6 aylık takiplerinde nüks ile uyumlu bulgulara rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Kronik rinozinüzit en az 12 hafta süre ile burun ve paranasal sinüs mukozasının inflamasyonu ile karakterize bir tablodur. Mantarlar ise kronik rinozinüzit sebeplerindedir³. Paranasal fungal enfeksiyonlar ilk olarak İngilizce literatürde Mackenzie tarafından tarif edilmiştir⁶. Sinonazal şikayetler nedeni ile opere edilen hastaların yaklaşık % 10' unda fungal sinüzit ile karşılaşılır ve tüm maksiller sinüzit olgularının %13,5- 28,5' ine fungus ya da fungus-bakteri mikst enfeksiyonu neden olmaktadır⁷.

Fungal sinüzitler iki grupta incelenir: invaziv ve noninvaziv fungal sinüzitler¹. Paranasal sinüs mukozası, submukoza, damar ya da kemikte mantar hiflerinin bulunması invaziv form için ayırt edicidir⁸. Fungus topu noninvaziv fungal sinüzit formudur. Genellikle immunokompetan kişilerde ektramukozal olarak yerleşir ve genellikle tek bir paranasal sinüs tutulumu görülmektedir. Fungus topu en sık maksiller sinüste ikinci sıklıkla sfenoid sinüste görülür⁷. Ortalama 60-70 yaşlar arasında ve kadınlarda, erkeklere oranla daha fazla görülür⁹. Bizim olgumuz da 68 yaşında, kadın hastaydı ve fungus topu maksiller sinüs yerleşimliydi.

Fungus topu genel olarak immunokompetan kişilerde görülmekle beraber uzun süreli antibiyotik, steroid kullanımı, diyabet, kronik bakteriyel sinüzitin bulunması, karsinom varlığı, radyoterapi ve/veya kemoterapi alıyormak fungus enfeksiyonlar için predispozan faktörler arasındadır¹⁰. Bizim olgumuzda hastanın tiroit medüller karsinom nedeni ile cerrahi ve kemoterapi öyküsü bulunmaktaydı.

Fungus topu klinik olarak genellikle asemptomatik seyrederek. Semptomatik olan olgularda ise fasyal ya da baş ağrısı, burun akıntısı, postnazal akıntı, kakosmi, öksürük gibi nonspesifik şikayetler mevcuttur. Nörolojik ve orbital komplikasyonlar ise oldukça nadirdir¹¹. Bizim hastamız da burun tıkanıklığı ve orbital komplikasyon ile kliniğimize başvurdu.

Fungus topunun tanısında görüntülemenin önemli bir yeri bulunmaktadır. Paranasal sinüs BT görüntülemesinde sensitivite % 62 ve spesifitesi % 99'dur¹². Paranasal BT' de tek taraflı ve tek bir paranasal sinüsü dolduran hiperdens lezyon bulunması ve yer yer kalsifikasyon odaklarının bulunması fungal enfeksiyon açısından önemlidir. Hastamız, paranasal sinüs BT ile değerlendirilmiş ve mantar enfeksiyonu için önemli belirteçler olan dansite farkı ve kalsifikasyon dikkati çekmiştir.

Fungus topunun tedavisinde cerrahi uygulanır ve genellikle sistemik ya da lokal antimikotik tedavi eklenmez. Bizim hastamızda da endoskopik cerrahi ile fungus topu temizlendi ve ek antimikotik tedavi verilmedi.

Fungus topu, genellikle immunokompetan kişilerde, nonspesifik semptomlarla seyretmekle beraber bizim olgumuzda olduğu gibi immunsuprese hasta da, nadiren de olsa, göz çevresinde şişlik, kızarıklık ve gözde ağrı gibi orbital komplikasyonlarla başvurabilir. Bu açıdan klinisyenin uzun süre antibiyoterapiye rağmen düzelmeyen sinüzit olgularında aklına mutlaka fungal enfeksiyonlar gelmelidir. Ayrıca, fungus topunun, bizim hastamızda olduğu gibi, orbital komplikasyonlarla prezente olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. De Shazo RD, Chapin K, Swain RE. Fungal sinusitis. NEngl J Med. 1997;337:254-9.
2. Castelnovo P, et al. Invasive fungal sinusitis due to bipolar is hawaiiensis. Mycoses. 2004;47:76-81.
3. Oshima H, et al. Septal deviation is associated with maxillary sinus fungus ball in male patients. Tohoku J ExpMed. 2014;232:201-6.
4. Ferguson BJ. Definitions of fungal rhinosinusitis. Otolaryngol Clin North Am. 2000; 33:227-35.
5. Ponikau JU, et al. The diagnosis and incidence of allergic fungal sinusitis. Mayo Clin Proc. 1999;74:877-84.
6. Mackenzie JJ. Preliminary report on aspergillus mycosis of the antrum maxille. John Hopkins Hosp Bull. 1893;4:9-10.

7. Grosjean P, Weber R. Fungus balls of the paranasal sinuses: a review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007;264:461-70.
8. Pagella F et al. Paranasal sinus fungus ball: diagnosis and management. *Mycoses.* 2007;50:451-6.
9. Klossek JM, et al. Functional endoscopic sinus surgery and 109 mycetomas of the paranasal sinuses. *Laryngoscope.* 1997;107:112-7.
10. De Foer C, Fossion E, Vaillant JMJ. Sinus aspergillosis. *Craniomaxillofac Surg.* 1990;18:33-40.
11. Müller T, Wolf SR, Velten I. Aspergilloma of the left sphenoid sinus with bilateral optical neuritis. *HNO.* 2001;49:406-7.
12. Dhong HJ, Jung JY, Park JH. Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings. *Am J Rhinol.* 2000;14:227-31.