

Komplikovaná pansinusitida

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹, MUDr. Dana Dostálková¹, MUDr. Zdeňka Ráčilová²,
MUDr. Katarína Pramuková³, MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.¹

¹Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

²Klinika dětské radiodiagnostiky LF MU a FN Brno

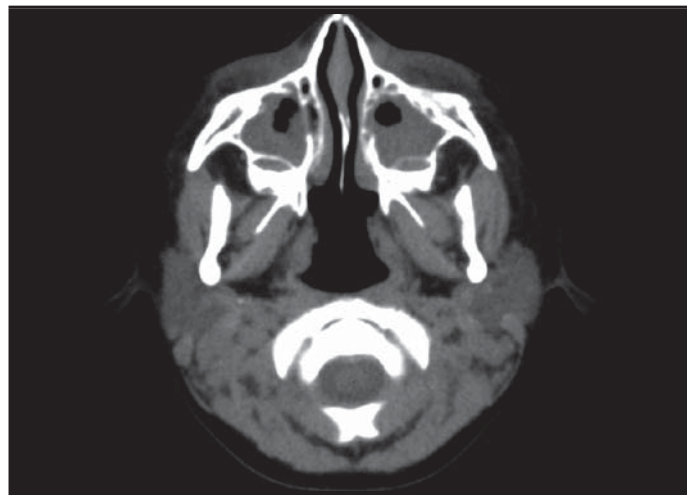
³Dětská oční klinika LF MU a FN Brno

Pediatr. praxi 2011; 12(4): 276

Obrázek 1. Edém očních víček a periorbitální zarudnutí



Obrázek 2. CT lebky v sagitálním řezu zobrazující zastření dutin maxilárních a etmoideálních



U 6letého chlapce s prokázanou pylovou alergií došlo k akutnímu rozvoji rýmy a kašle. Během následujících 48 hod. se původní serózní sekrece z nosu změnila na purulentní a navíc začal mít horečku (maximum 39,5 °C). V průběhu dalších 24 hod. již rodiče s dítětem vyhledali odbornou pomoc, neboť vedle přetrvávající horečky došlo u chlapce k zarudnutí a otoku levého oka.

Klinickému vyšetření při přijetí dominovaly tyto abnormální nálezy: horečka 38,7 °C, tachykardie 122/min., výrazný edém a zarudnutí obou očních víček a periorbitální krajiny levého oka (obrázek 1); purulentní sekrece z nosu, prosáknutí zadní stěny faryngu s velkým krápníkem hlenohnisu, auskultační nález chrápků při bázi pravé plic.

Ze vstupních laboratorních vyšetření uvádíme: sedimentace 55/78, CRP 73,9 mg/l, krevní obraz – Hb 126 g/l, HTK 0,35, Le 14,3 × 10⁹/l (v diferenciálním rozpočtu 88 % neutrofilů, 3 % tyčů), trombocyty 206 × 10⁹/l.

Zobrazovací vyšetření: rtg plic – ložisko infiltrativního charakteru bazálně vpravo.

CT lebky – oboustranné zastření paranazálních dutin frontálních, maxilárních a sfenoidálních, v etmoideálních dutinách převažuje zastření na levé straně; závěr – pansinusitis. Prosáknutí měkkých tkání levého oka, bulbus však intaktní podobně jako skelet levostranné očnice (obrázek 2).

Oftalmologické vyšetření – zcela normální nálezy na pravém oku. Na levém oku dominuje velký otok a erytém obou víček, bulbus dobře pohyblivý všemi směry, rohovka intaktní; závěr: levostranná orbitocelulitida.

Během prvních 2 dnů hospitalizace byla u chlapce měnlivě přítomna horečka (s maximum 39 °C), v dalších dnech již byl zcela afebrilní. Dítě bylo léčeno celkem 7 dnů i.v. podávanou dvojkombinací antibiotik. Při této léčbě došlo poměrně rychle k ústupu orbitocelulitidy, k poklesu hodnot CRP (3. den 47,3 mg/l, 7. den 3,2 mg/l), a proto byla parenterální aplikace antibiotik změněna na podávání per os. Opakované oftalmologické vyšetření nezaznamenalo žádnou komplikaci a chlapec byl propuštěn domů jako zcela zdravý. Neobjasněna však zůstala etiologie pansinusitidy/orbitocelulitidy, a to pro negativní nálezy všech kulturačních vyšetření (hemokultura, výtěr z krku, výtěr z nosu, stěr ze spojivky postiženého oka).

Průběh akutní rhinosinusitidy bývá u většiny dětí nekomplikovaný. Na druhé straně je však nezbytné na některé z možných komplikací pamatovat, neboť anatomicky velmi těsný vztah mezi vyvíjejícími se paranazálními dutinami a okolními strukturami hlavy a krku je právě v dětském věku určitou predispozicí ke snadnému šíření

zánětu. Méně časté, zato však závažné komplikace rhinosinusitidy představují orbitocelulitida, meningitida, trombóza intrakraniálních žilných splavů (zvl. sinus cavernosus) nebo epidurální/subdurální absces.

Klinický obraz orbitocelulitidy charakterizují: horečka, malátnost, edém a zarudnutí očních víček, epifora; někteří nemocní mívají navíc velkou bolest oka, může být přítomen exoftalmus a oftalmoplegie. Orbitocelulitida má vždy závažnou prognózu, vč. možné ztráty oka. Na vzniku orbitocelulitidy se nejčastěji podílí infekce šířící se z paranazálních dutin, etiologie ale může být také úrazová, odontogenní nebo v rámci sepse. Frekventními mikrobiálními agens bývají *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *S. species*, méně častá je infekce myotická. Léčba orbitocelulitidy vyžaduje včasnou i.v. aplikaci širokospektrých antibiotik, u některých nemocných je nutná chirurgická intervence.

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN
Černopolská 9, 625 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz

