

Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ppotor](http://www.elsevier.com/locate/ppotor)

## Kazuistyka/Case Report

## Powikłania oczodołowe w przebiegu leczenia grzybiczego zapalenia zatok u pacjenta po przeszczepie serca

### Orbital complications of surgical treatment of fungal sinusitis after heart transplantation

Emilia Karchier\*, Krzysztof Morawski, Tomasz Gotlib, Kazimierz Niemczyk

Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, Kierownik: prof. dr hab. med. K. Niemczyk, Warszawa, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

## Historia artykułu:

Otrzymano: 03.03.2014

Zaakceptowano: 07.03.2014

Dostępne online: xxx

## Słowa kluczowe:

- przeszczep serca
- grzybicze zapalenie zatok przynosowych
- ropień oczodołu

## Keywords:

- Heart transplantation
- Fungal sinusitis
- Orbital abscess

## A B S T R A C T

On the one hand the development of transplantation is an opportunity for patients, but on the other hand – a challenge for the healthcare system. Patient after transplantation, especially in result of immunosuppression, is exposed for opportunistic infections, including the fungal sinusitis. In the literature there are only a few reports on invasive sinusitis in people after heart transplantation, in the opposed to many retrospective series studies of several hundred patients suffering from chronic sinusitis in the course of leukemia or a certain number of papers concerning the complications of sinuses after kidney and – less often – liver transplantation.

A 41-year-old man with six years after autologous bone marrow transplantation due to Hodgkin's disease, and four years after heart transplantation because of drug-induced cardiomyopathy, underwent ethmoidectomy as the treatment of fungal sinusitis. In the postoperative period there were two orbital complications: abscess of the right orbit on the first day after surgery and preorbital abscess at the same side, on the sixth day after the initial treatment. Abscesses were successfully drained, doses of immunosuppressive drugs were temporary reduced, and the patient was discharged home in good general condition.

Many factors can affect the occurrence of complications in the treatment of sinusitis in the case of organ transplant. A multitude of problems of such patient requires special multidisciplinary care and individualized treatment that should be performed in experienced tertiary center.

© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

\* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, Polska. Tel.: +48 (22) 599 25 21; fax: +48 (22) 599 25 23.

Adres email: [emiliakarchier@op.pl](mailto:emiliakarchier@op.pl) (E. Karchier).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.03.002>

2084-5308/© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

## Wstęp

Dynamiczny rozwój transplantologii w ostatnich dziesięcioleciach stwarza potrzebę wielospecjalistycznej opieki nad pacjentami po przeszczepach allogenicznym, również ze względu na konieczność prowadzenia immunosupresji, której następstwa przejawiają się w szczególności zwiększoną zapadalnością na infekcje oportunistyczne mogące przebiegać z powikłaniami, zarówno miejscowymi, jak i ogólnymi. Stosunkowo często spotykanym powikłaniem immunosupresji jest przewlekłe grzybicze zapalenia zatok przynosowych, wywoływane najczęściej przez mikroorganizmy z rodzaju: *Aspergillus* i *Zygomycetes*, a w dalszej kolejności: *Fusarium*, *Scedosporium* oraz *Exserohilum* [1]. Ocenia się, że u pacjentów po przeszczepie szpiku częstość występowania grzybiczego zapalenia zatok sięga 15% [6]. Ten rodzaj zapalenia zatok przynosowych niesie ryzyko śmiertelności rzędu 18–54,5%, według różnych źródeł [2, 3], ale szybka diagnostyka i podjęcie leczenia operacyjnego znacząco poprawiają rokowanie.

## Opis przypadku

41-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu braku postępu zachowawczego leczenia ostrego zapalenia zatok przynosowych.

W wywiadach zwracały uwagę liczne obciążenia ogólne, przede wszystkim wieloletni przebieg i leczenie chemio- oraz radioterapią – rozpoznanej w siedemnastym roku życia – ziarnicy złośliwej. Z powodu guza ziarniczego pacjentowi usunięto prawe płuco. W wieku trzydziestu pięciu lat mężczyzna przeżył mieloablacyjny autogeniczny przeszczep szpiku i aktualnie pozostawał bez wznowy chłoniaka Hodgkina. W konsekwencji wieloletniej kardiotoksycznej chemioterapii doszło do niewydolności serca, wobec czego pacjentowi przeszczepiono serce w trzydziestym siódmym roku życia. Chory przyjmował leki immunosupresyjne (takrolimus, ewerolimus) oraz hipotensyjne. Dodatkowe obciążenie stanowiła przewlekła niewydolność nerek (w trzecim stadium zaawansowania). Mężczyzna pozostawał w remisji ziarnicy złośliwej, co było regularnie dokumentowane badaniem PET CT.

Przy przyjęciu mężczyzna, w stanie ogólnym dobrym, o odpowiedniej masie ciała, wydolny krążeniowo i oddechowo, z prawidłową leukocytozą ( $3800$  neutrofilii/ $\text{mm}^3$ ), diurezą i jonogramem, zgłaszał występujące od miesiąca silne bóle głowy, zwłaszcza w okolicy lewej gałki ocznej. Ponadto pacjent skarżył się na sptywanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła od około pół roku oraz nasilenie kaszlu w tym okresie. Katar oraz łzawienie oczu nie występowały, pacjent negował także występowanie alergii. W badaniu przedmiotowym stwierdzono nieznacznie skrzywioną przegrodę nosa w stronę prawą i lekko obrzękniętą, rozpulchnioną i przekrwioną śluzówkę jamy nosa z obecnością niewielkiej ilości śluzowej wydzieliny w okolicy przewodów nosowych środkowych. Od miesiąca pacjent otrzymywał doustnie antybiotyki i steroidy z powodu zapalenia zatok. W TK wykonanym miesiąc wcześniej uwidoczniło się niedrożność lewego kompleksu ujściowo-przewodowego oraz bezpowietrzność zatoki szczękowej,

czołowej i sitowia przedniego po stronie lewej (Ryc. 1). W lewym przedziale zatoki klinowej stwierdzono przyścienne zgrubienia śluzówki, które uwidoczniło się również w prawej zatoce czołowej. Sitowie przednie po stronie prawej objęte było zmianami zapalnymi o mniejszym nasileniu, a ujścia prawej zatoki szczękowej i czołowej pozostawały niedrożne. W badaniu opisano także demineralizację komórek sitowia oraz przyśrodkowej ściany zatoki szczękowej po stronie lewej, sugerujące długotrwałość procesu zapalnego. Interesujące, że w kontrolnym badaniu PET-CT sprzed dwóch miesięcy opisano bezpowietrzność lewej zatoki szczękowej.

Od momentu przyjęcia do szpitala zlecono prednizon w dawce  $40$  mg doustnie oraz klindamycynę w dawce  $600$  mg co  $8$  h dożylnie, które kontynuowano przez tydzień, do dnia operacji. Podczas zabiegu, mikroskopowo-endoskopowej chirurgii zatok przynosowych, stwierdzono treść ropną wypełniającą zatokę szczękową nie tylko po stronie lewej, jak sugerowało badanie tomografii komputerowej, ale i po stronie prawej. Z zatoki szczękowej prawej usunięto dodatkowo dużą brunatną zmianę, która okazała się grzybnią kropidlakową. Ponadto, w treści ropnej pobranej podczas zabiegu stwierdzono niezidentyfikowane beztlenowe pałeczki Gram-ujemne, wrażliwe na metronidazol (wynik uzyskano po tygodniu hodowli). Poszerzono ujścia zatok szczękowych, szeroko otwarto sitowie i zachyłki czołowe oraz ujście zatoki klinowej. Bezpośrednio po zabiegu pacjent czuł się dobrze, nie krwawił, nie gorączkował, negował двоjenie. Obrzęk i zasinienie w okolicach oczodołów nie występowały. W okresie poopercyjnym odstawił klindamycynę, włączając ceftriakson  $2$  g dożylnie raz na dobę oraz metronidazol  $0,5$  g co  $8$  h dożylnie.

W pierwszej dobie po operacji, w godzinach popołudniowych stan pacjenta zaczął się wyraźnie pogarszać – chory zgłosił двоjenie, stwierdzono wytrzeszcz prawej gałki ocznej oraz zaburzenia jej ruchomości we wszystkich kierunkach. W wykonanym w trybie pilnym badaniu tomografii komputerowej oczodołów uwidoczniło się hiperdensyjny obszar z pęcherzykami gazu o wymiarach  $17 \times 5 \times 5$  mm w okolicy mięśnia prostego dolnego bez ewidentnej szczeliny złamania (Ryc. 2). Ze względu na podejrzenie krwiaka



**Ryc. 1 – Tomografia komputerowa zatok przynosowych przed leczeniem**

**Fig. 1 – Computed tomography of the paranasal sinuses before treatment**

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171877>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171877>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)