

Osteoblastik Osteitis: Olgu Sunumu

Ömer Elik¹, Osman Temizöz¹, Nurten Sakarya², M.Emin Sakarya³

¹Arş.Gör.Dr. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Van

²Arş.Gör.Dr. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Van

³Doç.Dr. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Van

Özet

İki yıldır baş ağrısı şikayetleri olan bir hastanın çekilen Waters grafisinde bilateral maksiller sinüslerde aerasyon kaybı ve sıvı kolleksiyonu tespit edilmiştir. Tanısı paranasal Bilgisayarlı Tomografi ile konulan, kronik sinüzitlerin nadir bir komplikasyonu olan osteoblastik osteitisi bir olgu ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Osteoblastik osteitis, paranasal sinüs

Osteoblastic Osteitis: Case Report

Abstract

Fluid collection and absence of aeration in bilateral maxiller sinuses were detected on the Waters graphy of a patient with complaint of persistant headache for two years. Patient with osteoblastic osteitis which is a rare complication of chronic sinusitis diagnosed by paranasal computerised tomography was evaluated.

Key Words: Osteoblastic osteitis, paranasal sinuses

Sık karşılaşılan bir enfeksiyon olan sinüzit yeterli tedavi edilmez ise kronikleşerek mukozadan enfeksiyonun periosta yayılması ile önemli komplikasyonlar oluşabilir. Cerrahi travmalar, diş enfeksiyonları veya radyoterapi sonrası enfeksiyon sinüs duvarına yayılabilir (1). Kronik ve tekrarlayan enfeksiyon mukozal kalınlaşma ve nadiren de skleroz ile birliktedir. Akut enfeksiyonlar sinüs duvarında demineralizasyona, kronik dönemde ise sinüs duvarında reaktif skleroza eden olabilir. Sinüs duvarındaki bu değişikliklerin görülmesi osteitisin varlığını gösterir (2,3). Burada bir olgu nedeniyle osteoblastik osteitiste görülen radyolojik bulguları gözden geçirmeyi yararlı bulduk.

Olgu

İki yıldır süren kronik baş ağrısı yakınması ile baş vuran 43 yaşındaki bayan hastanın fizik muayenesinde solda nazal obstrüksiyon ve postnazal akıntı görüldü. Waters grafisinde her iki maksiller sinüste havalanma kaybı bulunmaktaydı (Şekil 1). Koronal planda yapılan paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde her iki maksiller sinüste sıvı kolleksiyonu, solda konka hipertrofisi, sfenoid sinüste sıvı kolleksiyonu ve mukozal kalınlaşma, sfenoid sinüs duvarında tüm duvarı diffüz olarak tutan sklerotik duvar kalınlaşması görüldü (Şekil 2). Bu radyolojik ve klinik bulgularla hastaya kronik sinüzit ve osteoblastik osteitis tanısı konuldu. Hastaya prokain penisilin ve ciprofloksasillin başlandı ve hasta takibe alındı.

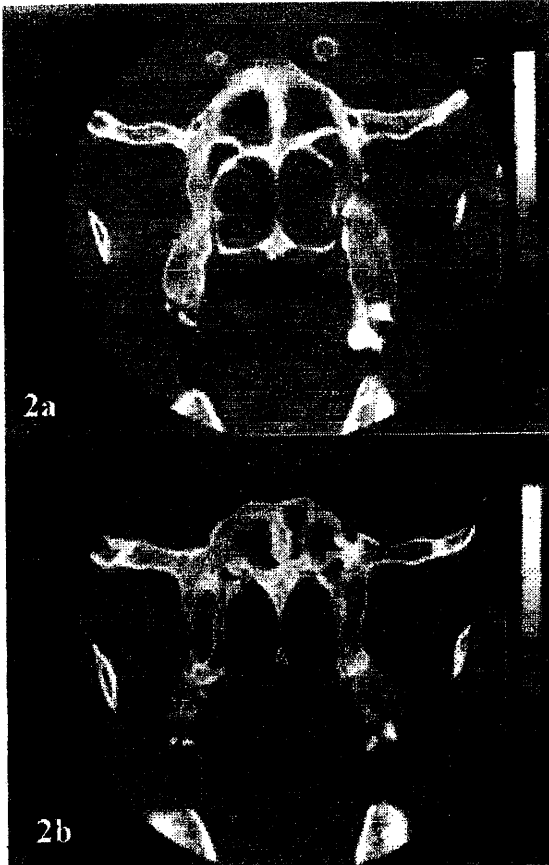


Şekil 1. Waters grafisinde her iki maksiller sinüste havalanma kaybı görülmekte.

Tartışma

Osteoblastik osteitis yerine periostitis ossifikans, osteomyelitis sikka ve sklerozan osteomyelitis isimleri de kullanılmaktadır. Osteoblastik osteitis

osteomyelitin spesifik bir formu olarak kabul edilmektedir (1). Bu konuda yayınlanmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yetersiz tedavi yapılan sinüzit olgularında uzun dönemde enfeksiyonun kronikleşmesi ve tekrarlanması sonucunda etken mikroorganizmanın toksik maddeleriyle osteoblastların uyarılmasına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (4). Osteoblastik osteitis radyoterapi, travma ve diş absesi sonrası da gelişebilir (1). Patolojik olarak osteoblastik, osteolitik ve miks formları görülebilir (4). Periosttaki proliferatif değişiklikler sınırlı kalabileceği gibi yaygın da olabilir. Subperiostal enflamasyon, fibrozis ve yeni kemik oluşumu gelişir (5).



Şekil 2. Koronal planda yapılan paranazal sinüslerin BT incelemesinde her iki maksiller sinüste sıvı kolleksiyonu, solda konka hipertrofisi (Şekil 2a), sfenoid sinüste sıvı kolleksiyonu ve mukozal kalınlaşma, sfenoid sinüs duvarında tüm duvarı diffüz olarak tutan sklerotik duvar kalınlaşması görülmekte (Şekil 2b).

Klinik bulgular genelde nonspesifiktir. Osteoblastik osteitisin kronik ve tekrarlayan sinüzite sekonder geliştiği kabul edilir. Uzun süreli nazal obstrüksiyon, kötü kokulu nazal akıntı, baş ağrısı,

göz yaşarması temel belirtilerdir (6). Ayrıca enfeksiyonun ileri dönemde intrakranial alana yayılabileceği bildirilmiştir (1). Hastanızda kronik baş ağrısı, sol nazal pasajda tıkanma, sol gözünde yaşarma, postnazal akıntı bulunmaktaydı.

Sinüs duvarında kalınlaşma ve sklerozun görülmesiyle osteoblastik osteitis tanısı radyolojik olarak konulur (6). Direkt radyografide paranazal sinüsün havalanma kaybı veya mukozal kalınlaşma nedeniyle kemik değişiklikleri gözden kaçabilir. Bu nedenle BT'de sinüs duvarında skleroz ve duvar kalınlaşması ile doğru tanı konulur (1). Olgumuzun çekilen Waters grafisinde maksiller sinüslerde havalanma kaybı ve solda konka hipertrofisi bulunmaktaydı. Koronal planda alınan BT incelemesinde direkt grafi bulgularına ek olarak sfenoid sinüste sıvı kolleksiyonu, sfenoid sinüs duvarında uniform tarzda kalınlaşma ve skleroz görüldü (Şekil 2). Bu bulgularla radyolojik olarak osteoblastik osteitis tanısı konuldu.

Ayırıcı tanıda kemik tümörleri ve fibröz displazi düşünülmelidir. Osteoblastik osteitis kronik sinüzit ile birlikte olması ve sinüs duvarında uniform tarzda kalınlaşma ve skleroz yapmasıyla kemik tümörlerinden ayrılır. Fibröz displazide korteks-medulla ayrımı kaybolurken osteoblastik osteitiste kaybolmamakta ve beraberinde sinüzit eşlik etmektedir.

Tedavide abse varsa cerrahi olarak boşaltılır ve uzun süreli etkin antibiyotik tedavisi uygulanır (1). Sfenoid sinüs duvarında uniform tarzda duvar kalınlaşması ve skleroz bulunan olgumuzda cerrahi girişim düşünülmeydi. Hasta uzun süreli ve etkin antibiyotik tedavisi verilerek takibe alındı.

Sonuç olarak osteoblastik osteitis periost proliferasyonu ve sklerozla karakterize nadir görülen bir kemik enfeksiyonudur. Radyolojik olarak tanı konulan bir hastalık olan osteoblastik osteitisin nadiren sfenoid sinüsü de tutabileceği unutulmamalıdır.

Yazışma adresi:

Dr. Ömer Etlık
Alipaşa mah. Suvaroğlu sok.
Güney Yapı Koop. B blok Daire 4
VAN
e-mail: omerarzu@hotmail.com

Kaynaklar

- 1-Tovi F, Benharroch D, Gatot A, Hertzanu Y. Osteoblastic osteitis of the maxillary sinus. *Laryngoscope*. 1992;102(4):426-30.
- 2-Harrington PC. Complications of sinusitis. *Ear Nose Throat J*. 1984;63(4):163-71.

- 3-Mafee MF, Carter BL. Nasal cavity and paranasal sinuses. In: Valvassori GE, Mafee MF, Carter BL, eds. *Imaging of the head and neck*. New York: Thieme Medical Publishers. 1995:248-331.
- 4-Douglass GD, Trowbridge HO. Chronic focal sclerosing osteomyelitis associated with a cracked tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;76(3):351-5.
- 5-Kırış M, Uğraş S, Bozkurt M, Egeli E, Kutluhan A. Osteoblastic osteitis of the maxillary sinus: a case report. *Eastern Journal of Medicine* 1996;1; 62-4.
- 6-Dolan KD. Radiology. In: Cumming SW, Fredrickson JM, Harker LA, eds. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. St Louis: CV Mosby. 1986; pp 853-86.