

Akutní orbitocelulitida – diagnostika a léčba

MUDr. Ondřej Vlášil¹, MUDr. Jiří Kincí²

¹Oční klinika, FN a LF UP Olomouc

²ORL oddělení Šumperské nemocnice, a. s.

Akutní orbitocelulitida je nejčastější chorobou očníce v dětském věku. V 85 % případů vzniká přestupem infekce z paranazálních dutin, možný je i přenos z okolního kožního zánětu, po penetrujícím poranění orbity či hematogenní cestou. Ohrožuje nemocného především dočasnou nebo trvalou ztrátou zrakové ostrosti, šířením infekce do nitrolebí, nejčastěji cestou kavernózního splavu, a následným rizikem sepse s celkovou alterací stavu. Základem léčby je celkové podání širokospektrých antibiotik. Ačkoliv výsledky včasné léčby bývají velmi dobré, nejsou vždy zárukou zachování zrakové ostrosti.

Klíčová slova: orbitocelulitida, absces, endoskopická endonazální chirurgie.

Acute orbital cellulitis – diagnostics and treatment

Acute orbital cellulitis is the most common disease in childhood. In 85 % of cases arising from infection of the paranasal sinuses, the transfer from surrounding skin inflammation, after penetrating injury of the orbit or the hematogenous transfer is possible. The patient is threatened mainly temporary or permanent loss of visual acuity, intracranial spread of infection, usually by the cavernous sinus and the consequent risk of sepsis with an overall alteration of the state. The therapy is the overall administration of broad spectrum antibiotics. Although the results of early treatment are very good, preservation of visual acuity is not always obvious.

Key words: orbital cellulitis, abscess, endoscopic endonasal surgery.

Pediatr. praxi 2011; 12(5): 304–305

Úvod

Orbitocelulitida je akutní difúzní zánět orbitální pojivové tkáně. Jedná se o nejčastější chorobu očníce v dětské oftalmologii. Toto onemocnění vzniká v 85 % přestupem infekce z paranazálních dutin (PND), hlavně etmoidálních, méně často se infekce šíří do orbity z dutiny frontální a maxilární. Nejběžnějšími původci jsou *Haemophilus influenzae* a *parainfluenzae*, *Streptococcus pneumoniae* a *Staphylococcus aureus*. Podle Chandlerovy klasifikace z roku 1970 se očníkové komplikace sinusitid s ohledem na stupeň postižení rozdělují na: periorbitální celulitidu (preseptální celulitidu), orbitální celulitidu, subperiostální absces, orbitální absces a tromboflebitidu kavernózního sinu. Orbitální septum je fascie, která od periostu orbitálního okraje odstupuje vertikálně a upíná se k aponeuróze levátoru horního víčka a na dolní okraj tarzální ploténky dolního víčka.

Pokud se infekce šíří z okolní kůže, mluvíme o infekci dermatogenní. Vzácně vzniká primárně po předchozím penetrujícím úraze tkáně orbity. Zcela výjimečné je šíření zánětu z nitrolebí nebo hematogenní cestou ze vzdáleného ložiska.

Klinický obraz

Preseptální celulitida je zánět omezený pouze na víčka. Projevuje se otokem, napětím a zarudnutím víček, což vede k uzávěru oční štěrbiny (obrázek 1). Po jejím pasivním bolestivém otevření

vidíme klidný, volně pohyblivý bulbus bez chemózy spojivky, bez protruze a poruchy vizu.

Častou příčinou může být i špatně ošetřený kožní defekt, přičemž primární kožní afekci můžeme nalézt mimo bezprostřední okolí orbity, např. ve kšticí spánkové krajiny nebo v oblasti horního rtu.

Orbitální celulitida začíná bolestí za okem, která se zhoršuje při pohybu bulbu, chemózou spojivky a jejím překrvením, protruzí bulbu a postupným zhoršováním hybnosti s diplopií. Hrozí akutní porucha zrakové ostrosti, která většinou koresponduje se závažností stavu. Příčinou je nejčastěji přenos infekce z paranazálních dutin, přičemž pro vizus je nejnebezpečnější propagace ze zadních etmoidů.

Jedná-li se o zánět hnisavého charakteru, může dojít k jeho ohraničení a vzniká orbitální absces. Opouzdřením zánětu mezi kostěným ohraničením očníce a periorbitou vzniká absces subperiostální. Jeho příznaky jsou obdobné, může však dojít k dislokaci bulbu většinou laterálně a dolů. Ke klinickému obrazu patří také celkové příznaky jako subfebrilie až febrilie, schvácenost a seps.

Při rychlé progresi orbitocelulitidy může stav vyústit ve flegmónu očníce. Typická je velká protruze bulbu s mohutnou chemózou spojivky, prknovitý edém víček s celkovou alterací, ohrožující zrak i život pacienta. V tomto případě je nutno vyloučit tromboflebitidu kavernózního sinu.

Propagace zánětu přes orbitální septum při preseptální celulitidě nebo jeho přestup

Obrázek 1. Uzávěr oční štěrbiny následkem preseptální celulitidy



z oka při endoftalmitidě jsou méně obvyklé. Charakteristický obraz má rychle progredující flegmóna očníce, která je způsobená anaerobní infekcí, většinou odontogenního původu. Projevuje se výraznou zánětlivou reakcí, četnými nekrózami, abscesy a píštělemi, jež na sebe po spontánním provalení upozorní nepříjemným zápachem.

U recidivujících a chronických orbitocelulitid je nutno vyloučit poúrazovou retenci organického cizího tělesa. Po zhojení primární rány vzniká v časovém odstupu absces. Ten se opakovaně spontánně vyprazdňuje, vzniká píštěl s chronickým zánětem v okolí a jizvením. Je-li ústí píštěle ve spojivkovém vaku, vyprazdňující se hnis vyvolá chronický, jednostranný zánět spojivek. Možné je i omezení hybnosti bulbu či porucha zrakové ostrosti.

V diferenciální diagnostické rozvaze musíme pomýšlet na infekční záněty víček, jako je blefaritida nebo akutní chalazion. Dále je třeba vyloučit dakryocystitidu, trombózu kavernózního sinu, karotido-kavernózní píštěl, zánětlivý pseudotumor očníce či alergickou reakci.

Diagnostika

Ke stanovení správné diagnózy je nezbytný odběr anamnézy, včetně údajů týkajících se předchozího úrazu v obličejové oblasti. Pátráme po kožních změnách, hodnotíme charakter edému víček, postavení bulbů, jejich hybnost a správnost fotoreakce. Biomiokroskopicky zjišťujeme zánětlivou iritaci bulbu, na očním pozadí můžeme vidět venostázu, která je důkazem orbitálního přetlaku. Někdy nalézáme zduřelý terč zrakového nervu jako následek přestupu zánětu přes pochvy na kmen optiku. Hrozí dočasné nebo trvalé zhoršení zrakové ostrosti, v extrémním případě až amauróza. Součástí vyšetřovacího postupu je také ORL vyšetření včetně přední rinoskopie, eventuálně endoskopie nosu. Zároveň se provede sěr ze středního nosního průduchu na bakteriologické vyšetření. Ze zobrazovacích metod se uplatňují klasické rtg snímky v poloaxiální projekci. V současné době však standardně využíváme CT PND v koronární a axiální projekci a CT orbit, event. MRI, které vyloučí nebo potvrdí kolekci tekutiny svědčící pro přítomnost abscesu. Pro CT vyšetření se rozhodujeme na základě klinického stavu pacienta. Pokud je patologický nález omezen na měkký otok víček bez fluktuace, pohyblivost bulbu není omezena a vizus není porušen, je možné s indikací detailnějšího vyšetření vyčkat. Jakmile však dojde k progresi očního nálezu a celkového stavu, se zajištěním akutního CT vyšetření bychom neměli otálet.

Léčba

Základem léčby je celkové podání širokospektrých antibiotik. U preseptální celulitidy bývá konzervativní terapie dostačující. V pří-

padě dermatogenní infekce je nutné lokální ošetření s event. incizí a drenáží hnisavého ložiska. Orbitální celulitida u dětí je důvodem k hospitalizaci a zahájení léčby intravenózními antibiotiky ve spolupráci s ORL specialisty. Podáváme širokospektrá antibiotika ve vysokých dávkách, nejčastěji cefalosporiny 2. generace, aminopeniciliny a linkosamidy. Dále podáváme léky jako při terapii sinusitidy, tzn. anemizační nosní kapky, analgetika-antipyretika, antihistaminika, u starších dětí antihistaminika s přísadou derivátů efedrinu. Neléčená nebo nedostatečně léčená orbitální celulitida může vést ke vzniku flegmóny očníce.

Nezlepšení klinického stavu během 48 hodin od zahájení intenzivní konzervativní terapie je indikací k chirurgickému řešení. Pokud bylo při CT vyšetření zjištěno abscesové ložisko v orbitě nebo subperiostálně, k chirurgické léčbě se uchylujeme okamžitě. Dalšími indikacemi jsou protruze bulbu s omezením jeho hybnosti a rozvojem diplopie, porucha vizu nebo počínající intrakraniální komplikace, event. sepse. Strategie léčby závisí především na lokalizaci abscesového ložiska a rozsahu zánětlivého postižení vedlejších nosních dutin na podkladě CT nálezu, je však nutné brát ohled také na možnosti pracoviště a zkušenosti operatéra. Zatímco u sanace PND převládá technika endoskopické endonazální chirurgie, subperiostální absces lze ošetřit buď cestou zevní (mediální orbitotomií) nebo endoskopicky endonazálně. K řešení orbitálního abscesu volíme přístup zevní, endoskopický přístup je nevhodný. Pokud je to technicky možné, zajistíme drenáž abscesového ložiska endoskopicky endonazální cestou. V ostatních případech je použit přístup zevní nebo kombinovaný. Mezi

nejčastější komplikace chirurgické léčby řadíme edém a hematoma tváře, emfyzém a epistaxi.

Závěr

Akutní orbitocelulitida představuje závažný stav, postihující především nemocné dětského věku. Neléčená nebo nedostatečně léčená může vést k těžkým následkům, jako je porucha zrakové ostrosti či nitrolební propagace zánětu. Úspěch konzervativní léčby se uvádí kolem 70 %, ve zbylých případech je nezbytná chirurgická sanace postižené oblasti. Ačkoli včasné nasazení antibiotik a sanace primárního ložiska vždy nezaručuje zachování vizu, prognóza onemocnění bývá většinou příznivá.

Literatura

1. Čelakovský P, Vokurka J, Dršata J, Růžička J. Řešení očních komplikací sinusitid v dětském věku. *Choroby hlavy a krku* 2003; 1: 33–37.
2. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970; 80: 1414–1428.
3. Kuchynka P, a kol. *Oční lékařství*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007: 619–621, 648.
4. Šlapák I, Machač J, Horník P. Záněty nosních a paranazálních dutin u dětí. *Pediatr. praxi* 2006; 1: 14–17.

Článek doručen redakci: 24. 3. 2011

Článek přijat k publikaci: 31. 8. 2011

MUDr. Ondřej Vlácil

Oční klinika, FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
ondrej.vlacial@fnol.cz

