

OLGU SUNUMU

Yüzde kronik yara enfeksiyonu şeklinde seyreden preauriküler sinüs olgusu *

Necmettin Akdeniz ¹, Ömer Çalka ¹, Köksal Yuca ², Ahmet Metin ¹, Hakan Çankaya ²

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Van

Özet

Amaç: Preauriküler sinüs embriyonik gelişimde kulağı oluşturan birinci ve ikinci brankial yarığın birleşmesi sırasında meydana gelen bozukluk sonucu oluşan konjenital bir anomalidir. Birinci brankial yarıktan köken alan anomaliler tüm brankial anomalilerin %1'den daha azını oluşturur. Dıştan bakıldığında preauriküler bölgede deriden başlangıcını alan ve iç kısımlara uzanan bir traktüse sahip küçük bir delik şeklinde görülür. Genellikle semptomsuz olup, nadiren tekrarlayan yara enfeksiyonlarıyla bir arada olabilmektedir.

Olgu: Sağ kulak önünde iki yıldır tekrarlayan yara enfeksiyonu bulunan 10 yaşındaki bir kız çocuğunda preauriküler sinüs saptandı ve literatür eşliğinde konu tartışıldı.

Sonuç: Yüzde özellikle preauriküler bölgenin iyileşmeyen ve tedavilere cevap vermeyen deri enfeksiyonu ve yaralarının zemininde preauriküler sinüsün de olabileceğinin vurgulanması amacıyla olgunun sunumu uygun bulundu.

Anahtar Kelimeler: Preauriküler sinüs, iyileşmeyen yara

A preauricular sinus case presenting as unhealing wound infection on face

Abstract

Purpose: Preauricular sinus is a congenital abnormality, arising because of disunion of the hillocks of the first and second branchial arches forming the auricle. It is defined as a congenital lesion in which a small skin opening located in front of the external ear communicates with a subcutaneous network of cysts. Branchial anomalies originated from the first branchial arch constitute less than 1 % of all branchial anomalies. It presents as a small opening in the skin anterior to the insertion of the helix. The tract is usually asymptomatic; however, may sometimes accompany with recurrent wound infections.

Case report: It was presented a preauricular sinus in a 10 year-old girl having wound infection on right preauricular region recurring for two years and the topic was discussed in the light of literature.

Conclusion: It was found appropriate to present the case for the purpose of emphasizing that in the background of unhealed wound infections on the face which not respond to the treatment may be a preauricular sinus like in this case.

Key words: Preauricular sinus, unimproved wound

* XIX. Ulusal Dermatoloji Kongresinde (3-7 Eylül, 2002) Poster Olarak Sunulmuştur.

Yazışma Adresi:

Adres: Yard. Doç. Dr. Necmettin Akdeniz,
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı 65300 Van
Tel: 0 90 432 2150470-8 / 2039.
GSM 0533 337 61 19 Fax: 0 90 432 216 75 19
e-mail: nakdeniz71@hotmail.com

Preauriküler sinüs (PAS) kulağın önünde yüz derisinde bulunan epitelyal bir kist veya sinüs oluşumudur. Bu anomali kulağı oluşturan birinci ve ikinci brankial yarığın birleşmesindeki hata sonucunda ortaya çıkan konjenital bir anomalidir. Genellikle tragus ve heliksin



Resim 1. Yüzün sağ preauriküler bölgesinde eritemli zemin üzerinde sarı-kahve rengi krutlarla örtülü lezyon.

önünde yerleşen ve içeri doğru uzanan bir traktüse sahip küçük bir delik şeklindedir (1,2). Brankial anomalilerin %1'den daha azını oluşturmakta olup sıklığı beyaz ırkta daha nadirdir (1). Deri eklerinin olmadığı çok katlı yassı epitel ile döşeli sinüsü vardır (1,2). Genellikle asemptomatik olup seyrek olarak kronik yara enfeksiyonlarıyla bir aradadır ve bu durumda tanı konulması zor olup başka hastalıklarla karışabilir (2,3).

Olgu sunumu

Ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı ve sağ kulak ön kısmında iyileşmeyen yara nedeniyle Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe başvuran 10 yaşında bir kız çocuğu tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. Öyküsünde üç yıldır ayda 2-3 kez olan ve yaklaşık beş saat süren ateş yakınması vardı. Son altı aydan beri ateş şikayetine karın ağrısı, ellerinde şişlik ve kızarıklık yakınmaları da eklenmişti. Hasta kulak ön kısmındaki yaranın iki yıl önce başladığını ve antibiyotik tedavileriyle azalmasına rağmen hiçbir zaman tam iyileşmediğini, zaman zaman tekrarlayan cerahatlı bir akıntı da bulunduğunu ifade etti. Kulak ağrısı ve akıntı şikayetleri yoktu.

Olgu periyodik karın ve eklem ağrıları nedeniyle Ailevi Akdeniz Ateşi ön tanısı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine takip edilmektedir. Sağ kulak önündeki iyileşmeyen yara nedeniyle yapılan dermatolojik muayenesinde; sağ preauriküler bölgede 3x2 cm çapında, üzerinde yapışık kaba krut bulunan ve çevresi eritemli ülsere bir lezyon tespit edildi (Resim 1).

Fasiyal sinir muayenesi normal olan hastanın ağız ve farenks muayenesi olağandı, servikal lenfadenopati yoktu. Diğer deri ve sistemik muayene bulguları normal olan hastada osteomyelit ve PAS ön tanıları ile yara kültürü alınarak, kafa grafilere ve KBB konsültasyonu

istendi.

Yapılan hemogram, biyokimya, tam idrar tetkiki ve serolojik incelemelerde hemoglobin 9,6 g/dl, hematokrit %29,5, sedimentasyon 89 mm/saat, ASO 1230 IU, CRP 204 mg/l, ferritin 181 ng/ml ve fibrinojen 300 mg/dl tespit edildi. Yaradan alınan kültürden *Stafilokokkus epidermitis* izole edildi. Batın ultrasonografisi, ekokardiyografi, EEG ve işitme testleri normal olarak değerlendirildi.

Yara üzerindeki krutların kaldırılmasından sonra yapılan fistülogramda preauriküler bölgede bir kist ve kist traktının varlığı gözlemlendi. Benzatin penisilin G L-A 1200000 IU tek doz flakon, metranidazol 125 mg süspansiyon (2x2/gün), asetil salisilik asit 500mg tablet (2x1/gün), mupirosin pomat (2x1/gün), klostridiopeptidaz içeren kollejenaz pomattan (2x1/gün) oluşan iki hafta süren sistemik ve topikal tedavi, ardından antiseptik uygulama ve fistülün irigasyonu ile kist ve fistülün cerrahi olarak total rezeksiyonu yapıldı. Tedaviden sonraki bir ve altıncı aylarda yapılan kontrollerinde nüks rastlanmadı.

Tartışma

PAS konjenital kulak anomalileri içerisinde diğerlerine göre biraz daha sık görülen, çoğu kez tragus ve heliksin önünde yerleşen, deriden derin dokulara doğru uzanan, kör bir kanaldır (1,2). Genellikle tam olmayan otozomal dominant tipte kalıtsal geçiş gösteren PAS, sıklıkla dudağın komissural sinüsleriyle olmak üzere çeşitli anomalilerle birliktelik gösterebilir (1-3). Sinüsleri tek veya multiloküler olup sıklıkla dış kulak yolu boyunca uzanan derin bir kistik yapı ile sonlanır. Hepsisi de temporal fasyanın dışında olup asla timpanik membran veya eksternal kulak meatusunu içermezler

(1,2). Çoğu zaman bilateral yerleşimli ve asemptomatiktir. Ancak nadiren orifisin tıkanması sonucu enfeksiyon ve apse oluşumu meydana gelebilir. Tekrarlayan enfeksiyonlar sonradan bölgede ülser gelişimine yol açabilir (2,3). İki yıldır iyileşmeyen yara enfeksiyonu şikayeti olan hastamızda, tek taraflı olarak sağ preauriküler bölgede, üzeri sarı-kahverengi krutlu, çevresi eritemli PAS bulunmaktaydı.

PAS iç organ malformasyonları ile ilişkili veya birlikte olabilir. Bunlardan en önemlisi renal anomalilerdir. Hipoplastik böbrek, küçük bilateral böbrekler ve vezikouretral reflüye sekonder gelişen hidronefroz gibi patolojiler PAS ile birlikte görülmüştür (3,4). Bu hastalarda ayrıca diğer brankial anomaliler ve renal displazilerin bulunduğu Branchio-oto-renal sendrom araştırılmalıdır (4,5). Bu nedenle özellikle böbrekleri içine alan radyolojik batın incelemeleri de yapılmalıdır. Preauriküler sinüse mikrosefali, belirgin epikantal katlantılar, mikrognati, yarı damak, hipotoni, uzun ince parmaklar ve konjenital kalp defektleri eşlik ettiğinde Trizomi 22 düşünülmelidir (3). Ayrıca kraniofasial anomaliler, nöromotor retardasyon ve EEG bozuklukları da PAS'e eşlik edebilir (6). Olgumuzun EEG ve işitme testleri normal olup, ultrasonografik batın incelemesinde herhangi bir iç organ malformasyonuna rastlanmadı.

PAS'ün ayırıcı tanısında piyogenik deri enfeksiyonları, atipik mikobakteriyal enfeksiyonlar ve deri tüberkülozu, piyogenik granülom, süpüratif lenfadenitler, aktinomikoz, tiroglossal kanal kisti, dental sinüs, brankial yarı kisti, tükürük bezlerinin fistülleri, yüz kemiklerinin osteomyeliti, yabancı cisim reaksiyonları, enfekte pılar kist, epidermal inklüzyon kisti, sifilitik gom, skuamöz hücreli ve diğer deri karsinomaları gibi geniş bir hastalık grubu yer alır (7). Olgumuzda olduğu gibi verilen medikal tedaviye rağmen rekürrens gösteren kronik yaralarda kesin tanıya varabilmek için ancak dikkatli bir inspeksiyon, palpasyon gibi fizik muayene yöntemlerinden sonra o bölgenin uygun radyografik incelemesi yapıldıktan sonra PAS tanısı konulabilir.

PAS'lerin çoğunluğu hayat boyu semptom vermezler ve bunlarda tedavi gerekmez. Hastaların çok az bir kısmında PAS enfeksiyonu gelişir ve bu şekilde semptom verdiğinde sinüs traktı tam belirlendikten sonra hasta-

lara cerrahi eksizyon önerilir (2,3,8). Yetersiz yapılan eksizyonlarda sık rekürrens gözlenmektedir (8,9). Olgumuzda eksizyon sonrası 6. ayda henüz nüks oluşmamıştır.

Burada sunulan olguda olduğu gibi kulak önünde tedavilere dirençli kronik yara ve enfeksiyonlarda lezyonların altında PAS olabileceğinin de akla getirilmesi ve hastaların bu yönde araştırılarak uygun tedavilerin planlanması gereklidir.

Kaynaklar

1. Walner DL, Myer CM. Salivary gland disease. In: Cumings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE, eds. Pediatric otolaryngology head and neck surgery. 3rd ed, Mosby 1998; 5: 116-32.
2. Ho VCY. Benign epithelial tumors. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. McGraw-Hill, 5th ed. New York 1999; 873-8.
3. Moreland RF, Elston DM. Cutis photo quiz: What is your diagnosis? / The diagnosis: Preauricular pit. Cutis 2001; 68(5); 324.
4. Llistosella E, Pujol R. What Syndrome Is This? Pediatric Dermatol 1996; 13(6): 507-8.
5. Soriano JR, Vallo A, Bilbao JR, Castaño L. Branchio-oto-renal syndrome: identification of a novel mutation in the EYA1 gene. Pediatr Nephrol 2001; 16: 550-3.
6. Beder LB, Kemaloğlu YK, Maral I, Serdaroğlu A, Bumin MA. A study on the prevalence of accessory auricle anomaly in Turkey. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2002; 63; 25-7.
7. Palacio JE, Altemus DA, Christensen ED, Sorensen GW. Unusual recurrent facial lesion. Arch Dermatol 1999; 135 (5): 595-8.
8. Ahuja AT, Marshall JN, Roebuck DJ, King AD, Metreweli C. Sonographic appearances of preauricular sinus. Clin Radiol. 2000; 55(7): 528-32.
9. Gur E, Yeung A, Al-Azzawi M, Thomson H. The excised preauricular sinus in 14 years of experience: is there a problem? Plast Reconstr Surg 1998 Oct; 102(5): 1405-8.