

ORBİTA HASTALIKLARI

ORBİTA ANATOMİSİ

- Orbita; bulbus okuli, ekstraoküler kaslar, optik siniri içeren yağ ve bağ dokusundan zengin kavitedir.
- Armut şeklinde geriye doğru daralır. Tepesinde optik sinirin geçtiği foramen optikum vardır.
- Orbita duvarları yedi adet kemikten yapılmıştır. Etmoid, frontal, lakrimal, maksiller, palatin, sfenoid, zygomatic kemiklerdir.
- Orbita tabanı : Maksiller sinüs ile,
- Medial duvarı: Önde burun boşluğu ile geride ethmoid, sfenoid sinüsler ile,
- Orbita tavanı: Frontal sinus, ön kranial fossa,
- Lateral duvarı: Orta kranial ve temporal fossa ile komşudur.
- **Orbita Periostu:** Etmoid sellüler ile orbita arasında tek yumuşak doku bariyeri. Orbita periostu dura materden gelip, kemik yüzeyi örter. Orbita posteriorunda, periost optik sinir durası ile devam eder.
- **Orbital Septum:** Orbitayı ön ve arka göz boşluğu olarak ayırır. Orbitanın kemik kenarından göz kapaklarının orbikularis okuli kasına ve tarsa uzanır. Orbita yağ dokusunu göz kapaklarından ayırır. Enfeksiyonlara ve tümoral yayımlara karşı iyi bir bariyer oluşturur.

ORBİTA HASTALIKLARINDA TANI

- Tanıya yönelik testler orbital lezyonları periorbital ve oküler lezyonlardan ayırmalıdır.
- Hastanın anamnezi, semptomları ve muayene bulguları tanıya yaklaşımda yardımcıdır.

Orbita hastalıkları tanısında 6 (P) kuralı:

- **1-Pain (Ağrı):** İnflamatuar, enfeksiyöz hastalıklar, malign tümörlerin semptomudur.
- **2-Propitozis (Eksoftalmus):** Bu iki tanım eşanlı kullanılsada propitozis orbitada yer kaplayan herhangi bir oluşum nedeni ile gözün öne doğru yer değiştirmesi anlamında, eksoftalmus ise tiroid orbitopati nedeni ile gözün öne doğru yer değiştirmesi anlamında kullanılır.
- **3-Progresyon :** Günler yada haftalar içinde gelişen bulgular inflammatuar hastalıklar, malign tümörler, tiroid oftalmopati, haftalar yıllar içinde gelişen lezyonlar benign tümörlerdir.
- **4-Palpasyon:** Lezyonun lokalizasyonu, çevre dokular ile ilişkisi, sertlik-yumuşaklığı, yüzeyinin muntazam olup olmaması lezyonun doğasını aydınlatmada yardımcıdır.
- **5-Pulsasyon:** A-V fistüller, karotid kavernoöz fistül, meningoansefaloseli düşündürür.
- **6-Periorbital değişiklikler:** Kapaklarda, konjonktivada vasküler değişiklikler, kapak retraksiyonu, kapakta ekimoz, ekzamatöz değişiklikler gibi olaylar değerlendirilmelidir.

ETYOLOJİYE GÖRE EKSOFTALMUS NEDENLERİ

- Tiroid orbitopati (Graves hastalığı)
- Orbita inflammatuar hastalıkları:
- Orbital sellülit
- Pseudotümör
- Kavernoöz sinüs trombozu
- Mukosel
- Orbita vasküler hastalıkları

- Arteriovenöz fistül
- Travmaya bağlı hematoma
- Orbita tümörleri

Tanı yöntemleri

- Tam oftalmolojik muayene
- Direkt orbita grafisi
- Ultrasonografi.
- Doppler ultrasonografi
- Komputeze tomografi
- MRG
- Biopsi
- Eksoftalmometrik ölçüm
- Laboratuvar testleri (T3, T4, TSH, ACE)

Direkt orbita grafisi:Orbita duvarında, Lakrimal gland çukurluğunda, Optik foramende, Paranasal sinüslerdeki patolojileri gösterir.

Ultrasonografi:Orbita ve periorbitadaki patolojik değişiklikleri çok daha iyi gösteren uygulaması kolay noninvaziv yöntemdir. Ekolarının orbita apeksine doğru zayıflaması nedeni ile orbita derinlerinde gelişmiş lezyonlarda yetersiz bilgi verir.

- **Doppler ultrasonografi:**Vasküler lezyonlarda kan akım hızı ve yönünü gösterdiğinden vasküler oklüziv hastalıklarda vasküler anomalilerde yardımcıdır.
- **Bilgisayarlı Tomografi:**Lezyonun lokalizasyonu, yoğunluğu, büyüklüğü hakkında detaylı bilgi verir. Orbita kırıkları, yabancı cisim, ekstraoküler adele boyutları, paranasal sinüslerin incelenmesinde yararlıdır. Kalsifikasyon ve kemik lezyonların görüntülenmesinde MRG'den üstündür.
- **MRG:** Elektromanyetik ortamda radyofrekans atımları ile kaydedilen görüntüdür.Uygulamada değiştirilebilen ekstrensek parametreler dokuya özel intrinsek parametreler ile bilgisayar aracılığı ile birleştirildiğinde yumuşak doku lezyonlarının doğası konusunda bilgi verir. Bu nedenle yumuşak doku lezyonlarında tanıya yaklaşımda BT den üstündür.

ORBİTA ENFEKSİYONLARI (SELLÜLİT)

- **Preseptal –Orbital:** Orbital ve periorbital dokuların enfeksiyonudur.
- **Etyoloji:** Enfekte materyal ile delici yaralanmalar, cilt enfeksiyonları, akut dakriosistit, paranasal sinus enfeksiyonları, diş enfeksiyonu, pnömoni,otit, menenjit gibi hastalıklar sırasında gelişen bakteriyemi sonucu gelişir.
- **Preseptal sellülit:**Enfeksiyon orbita yağ ve bağ dokularını kapak ve periorbital dokulardan ayıran fibröz yapıdaki septum orbitale önündedir. Kapaklar ödemli, hiperemik, inflamedir.Orbital yapılar ve göz küresi tutulmadığından göz hareketleri, pupil reaksiyonları, görme normaldir.
- **Orbital Sellülit:**Enfeksiyon orbita yumuşak dokularını da tutmuştur. Kapaklarda, periorbitada ödem, hiperemi, ağrı, enfeksiyona bağlı orbita volümü artışı nedeniyle propitozis vardır, göz hareketleri kısıtlanmış ve ağrılıdır.
- Orbita apeksi tutulursa optik sinir bası altında kalır görme azlığı, pupil reaksiyonlarında bozulma görülür. Hastanın genel durumu bozuktur,ateş, düşkünlük hali vardır. Hastalığın seyri preseptal sellülitten ciddidir. Tedavinin gecikmesi durumunda sinus kavernoza trombozu, beyin absesi gelişebilir.

- **Tedavi:** Tedavinin başlanğıcında hastanın sistemik ve göz muayenesi, direkt grafi, BT, tüm kan testleri yapılmalıdır. Konjonktiva, nazofarinksten, abse yada fistül varsa bu bölgelerden kültür alınmalıdır. Enfeksiyonun ciddiyetine göre peroral yada parenteral geniş spektrumlu antibiotik tedavisi gerekir.
- Çocuklarda :Seftriakson 100mg/kg/gün (+), Vankomisin 40mg/kg/gün (IV)
- Erişkinlerde Seftriakson 1-2g (+), Vankomisin 1g veya Ampisilin-sulbaktam 3g (IV)
- Abse varsa drene edilmelidir.
- İnfantlarda ve 5 yaş altındaki çocuklarda H. Influenza enfeksiyonunu takiben sellülit gelişme riski fazladır.

• TİROİD ORBİTOPATİ

(TİROİD OFTALMOPATİ, GRAVES HASTALIĞI)

- Tiroid orbitopati birçok etkenin rol oynadığı spesifik otoimmün bir hastalıktır.Tiroid antijenlerine karşı sensitize olmuş B veT lenfositler, natural killer hücreler için hedef doku ekstraoküler kaslar, orbita dokuları, gözyaşı bezidir.
- Hipertiroidide, nadiren eutiroidi ve hipotiroidide görülebilir. Bu nedenle testlerde tiroid fonksiyonları normal çıksa bile tiroid orbitopati tanısı konabilir. Daha çok kadınlarda, 20-45 yaşları arasında görülür.
- Histopatolojik olarak ekstraoküler kaslarda, orbita yumuşak dokularında, lakrimal glandda lenfosit, plasma hücre infiltrasyonu, glikozaminoglikan akümülyasyonu, ödem ve takiben fibrozis gelişir. İlk tutulan kas alt rektus ve iç rektustur. Alt ve üst kapaklarda retraksiyon gelişebilir.
- Klinik bulgular arasında periorbital ödem ve kemozis, ekstroküler kaslarda hücre infiltrasyonu ve genişleme nedeni ile gözde hareket sınırlılığı, buna bağlı diplopi, lakrimal bezdeki hücre infiltrasyonuna bağlı gözyaşı yetersizliği ve proptozis, ekstraoküler kaslarda genişleme ve miyoziti takiben dejenerasyon ve fibrozis gelişmesiyle ile göz hareketleri kısıtlanır.
- Tiroid oftalmopatide görmeyi tehdit eden olaylar artmış orbita basıncı nedeni ile gelişen kompresif optik nöropati ve exposure keratit'tir.
- **Tedavi:** Suni gözyaşı damlaları ve jelleri korneada ortaya çıkan irritasyonu rahatlatır. Aktif orbital inflamasyonda özellikle ekstraoküler kaslarda miyozitin aktif döneminde sistemik steroid verilmelidir. 80-100 mg/gün prednisolon orbital inflamasyonu bastırmada yeterlidir. Steroide dirençli olgularda radyoterapi yararlı olabilir. RT'nin katarakt,keratit,optik atrofi komplikasyonları vardır.
- Optik sinire bası ve exposure keratit gelişme riskinde yoğun tıbbi tedavi gerekirse cerrahi uygulanmalıdır.
- Orbita dekompresyon operasyonu tıbbi tedaviye yanıt alınamayan, optik nöropati ve proptozis mevcudiyetinde ve kozmetik nedenlerle gündeme gelir.
- Ekstraoküler adelelerdeki hareket kısıtlılığı stabilize olduktan sonra diplopiyi gidermek için kas cerrahisi yapılabilir.
- Alt ve üst kapak retraksiyonu varlığında gözün açıkta kalmasını azaltmak için kapak retraktörlerine geriletme uygulanabilir.

ORBİTA TÜMÖRLERİ

• Çocuklarda

KAPİLLER HEMANJİOM: Sık görülen benign tümördür. İlk 1 yaş içinde ilerleme eğilimindedir, sonraki 4-5 yıl içinde spontan regresyon gösterir. Pupil alanını örtüp ambliyopiye neden olma riski oluşturmadıkça beklenmelidir. Lezyon içine steroid enjeksiyonu, radyoterapi, cerrahi eksizyon tedavi seçenekleridir.

- **LENFANJİOMA:**Orbita ile birlikte kapaklar, konjonktivada gelişebilir.İnfiltratif olarak büyüyüp lezyon içine ani kanamalarla (çikolota kisti) seyreder. Görülme sıklığı fazla değildir.
- **RABDOMYOSARKOM:** 5-7 yaş arasındaki çocukların sık rastlanan mezenşimal kökenli primer malign tümördür. Ani başlayıp hızlı ilerleyen proptozise neden olur. Kesin tanı biopsi ile konur. Radyoterapi, kemoterapi, cerrahi eksizyon, eksenterasyon tedavi yöntemleridir.
- **OPTİK SİNİR GLİOMU:** Nadir görülür, sıklıkla nörofibromatozis ile birlikte dir. Yavaş ilerleyen ağrısız proptozise, daha geç dönemde görme kaybı, optik atrofiye yol açar.İntrakranial tutulum ile birlikte olursa mortalite ile sonlanabilir.Genelde kendi kendini sınırlar, fazla büyümmez.
- **DERMOİD KİST:** Sık rastlanan benign kistik oluşumdur. Epidermal, dermal elementler, kıl follikülleri, yağ bezleri, keratin ile dolu kistik boşluklar içerir. Rekürrens göstermemesi için kapsülü ile birlikte parçalanmadan alınmalıdır.

Yetişkinlerde;

- **KAVERNOZ HEMANJİOM, LENFANJİOM:** Sık görülen benign, primer tümördür. Yavaş ilerleyen proptozise neden olur. Çevresi genellikle kapsüllüdür. Cerrahi eksizyon sonuçları başarılıdır.
- **LENFOPROLİFERATİF LEZYONLAR:**Benign yada malign olabilir. Benign olan reaktif lenfoid hiperplazi idiopattir.Yavaş ilerleyen ağrısız kitle orbita ön kısmında yerleşmiş ise sınırları belirgin olmayan yumuşak kitle şeklinde palpe edilir.Her iki tip lezyonun histopatolojisi mikroskopik farklılık göstermez. Yüzey marker'larının immünolojik ayırımı ile lezyonun benign yada malign olduğu anlaşılabilir. Monoklonal lenfositlerin % 60'ı maligndir, sistemik hastalıklarla birlikte dir. Poliklonal lenfositler benign lezyonu gösterir.Fakat poliklonal lenfositlerin bir kısmında malignite gelişebileceğinden premalign lezyonlar olarak kabul edilip hematolojik değişiklikler açısından izlenmelidir.
- **LAKRİMAL GLAND TÜMÖRLERİ:**Kese tümörlerinin hemen hemen yarısı lenfoid proliferasyonlardır.Epitelial kökenli tümörler benign ve malign mixt tümör, adenoid kistik karsinom, adenokarsinom olabilir.
- **SEKONDER METASTATİK TÜMÖRLER:**Göz kapaklarının özellikle sebase gland orijinli tümörleri, koroidal melanom, paranazal sinus mukoseli ve tümörleri orbitaya uzanabilir. Cilt melanomu, meme, akciğer tümörleri hematojen yayılım ile orbitaya ulaşabilir.
- **NÖRAL TÜMÖRLER:** Menenjiom, schwannom, gliom olabilir. Menenjiom optik sinirin araknoid zarından köken alır. Erken devrede görmeyi bozar.