



AKUT BAKTERİYEL RİNOSİNÜZİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut rinosinüzit, paranasal sinüs mukozasının enflamasyonudur. Burun mukozası da hemen her zaman etkilendir. Viral ve bakteriyel etkenler veya alerji gibi enfeksiyöz olmayan nedenlerle gelişebilir.

Risk faktörleri

- Alerjik veya alerjik olmayan rinit (vazomotor rinit)
- Viral üst solunum yolu enfeksiyonu
- Anatomik yapı bozukluğu (kraniyofasiyal anomali, septal deviasyon, yarık damak)
- Nazal obstrüksiyon (adenoid vejetasyon, yabancı cisim, polip, tümör)
- Çevresel faktörler (**sigara** , hava kirliliği, kuru ve soğuk hava)
- İmmün sistemin baskılanması
- Diş enfeksiyonu
- Gastroözefageal reflü
- Travma
- Kontamine suda yüzme

Tanı

Tanı öykü ve fizik muayene bulgularıyla konur. On günden daha uzun süren rinosinüzit semptom ve bulgularını taşıyan hastalar radyoloji ve laboratuvar incelemesi gerekmeksizin akut bakteriyel rinosinüzit olarak kabul edilir.

Öykü

- Burun tıkanıklığı
- Baş ağrısı
- Yüzde ağrı veya basınç hissi (eğilmeyle artabilir)
- Koku alma bozukluğu
- Öksürük (uzamış öksürük, özellikle çocuklarda)
- Ağız kokusu
- Ateş
- Geniz akıntısı
- Halsizlik

Fizik muayene

- Burun ve genizde akıntı
- Yüzde palpasyonla duyarlılık
- Ateş
- Periorbital ödem (özellikle çocuklarda)

Genel olarak, viral üst solunum yolu enfeksiyonu geçirenlerde, semptomların 7 gün sonra kötüleşmesi ya da 10 gün sonra iyileşmemesi (burun akıntısı, baş ağrısı, özellikle geceleri artan öksürük) akut bakteriyel rinosinüzit lehinedir.

Ayırıcı tanı

- Viral üst solunum yolu enfeksiyonu
- Alerjik rinit
- Adenoid vejetasyon
- Yabancı cisim
- Nazal polip
- Tümör

Tedavi

Amaç enfeksiyonun tedavisi ve doku ödeminin azaltılarak sinüs boşalım ve havalanmasının sağlanmasıdır.

İlaç dışı tedavi

Hasta kesinlikle sigara içmemeli, evde sigara içilmesi mutlaka engellenmelidir.

- Bol sıvı alımı ile yeterli hidrasyonun sağlanması
- Akut dönemde serum fizyolojik ile burun lavajı
- Buhar uygulaması
- Burun temizliğinin öğretilmesi
- İstirahat
- Lokal ısı uygulaması

İlaç tedavisi

A. Antibakteriyel tedavi

İlk seçenek:

- *Amoksisilin* : Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan 8 saat arayla, ağızdan, 10 gün (Dirençli pnömokok olasılığı; son bir ay içinde penisilin grubu antibiyotik kullanımı, akut otitis media öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün) Erişkinde 1,5-3 g/gün, 8 saat arayla, ağızdan, 10 gün

Penisilin alerjisi varsa makrolidler (*eritromisin* ve *klaritromisin* 10 gün, *azitromisin* 5 gün süreyle) kullanılmalıdır.

Antibiyotik tedavisi 14 güne uzatılabilir.

İkinci seçenek:

- Son iki ayda 2 veya daha çok akut sinüzit geçirilmişse
 - Son 2 ayda herhangi bir nedenle ilk seçenek ilaç kullanılmışsa
 - İlk seçenek ilaçla 3. günde başarılı olunamamışsa ikinci seçenek ilaç kullanılmalıdır.
- *Amoksisilin-klavulanik asit* : (*Amoksisilin* dozu çocukta 80-90 mg/kg/gün, *amoksisilin/klavulanik asit* oranı 7/1 olmalıdır.)
 - İkinci kuşak sefalosporinler (*sefuroksim aksetil*), ağızdan

B. Semptomatik tedavi

- Lokal ya da sistemik dekonjestan:
Çocuklarda dekonjestan kullanılmamalıdır. Erişkinlerde kullanılabilir, ancak yaşlı ve hipertansif hastalarda dikkatli olunmalıdır. Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun kullanılmamalıdır.
- Analjezik – antipiretik (*parasetamol* ya da *ibuprofen*)
- Antihistaminikler yalnızca alerjik olgularda kullanılmalıdır.

Komplikasyonlar

- Orbital: Apse, selülit, optik nörit
- İntrakraniyal: Menenjit, epidural apse, subdural apse, beyin apsesi, osteomyelit, kavernoöz sinüs trombozu

Sevk

- Komplikasyon geliştiği düşünülen
- Uygun tedaviye rağmen iki hafta içinde iyileşmeyen
- Yılda en az erişkinlerde dört, çocuklarda altı kez akut bakteriyel rinosinüzit geçiren
- Uygun tedaviye rağmen hastalığı 12 haftadan uzun süren (kronik) hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Sinus and Allergy Partnership. Antimicrobial Treatment Guidelines for Acute Bacterial Rhinosinusitis. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Suppl. 2000;123: No 1, Part 2.
2. Williams Jr. JW, Aguilar C, Makela M, Cornell J, Hollman DR, Chiquette E, Simel DL. Antibiotics for Acute Maxillary Sinusitis. Cochrane Review. The Cochrane Library 2, Oxford:Update Software, 2001.
3. Osguthorpe JD. Adult Rhinosinusitis: Diagnosis and Management. Am Family Physician. 2001;63: 69-76.
4. Fagnan LJ. Acute Sinusitis: A Cost-effective Approach to Diagnosis and Treatment. Am Family Physician, 1998.
5. Snow V, Mottur-Pilson C, Hickner JM. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Sinusitis in Adults. Ann Intern Med 2001;134: 495-7.
6. Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hoffman JR, Sande MA. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Rhinosinusitis in Adults: Background 2001;134: 498-505.
7. Pelton SI. Otitis, Sinusitis and Related Conditions. Armstrong D, Cohen J, eds. Infectious Diseases, London: Mosby 1999; 2:25.1-8.
8. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis. Pediatrics 2001;108:798-808.
9. National Guideline Clearinghouse. Evidence Based Clinical Practice Guideline for Children with Acute Bacterial Sinusitis in Children 1 to 18 Years of Age. Cincinnati: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 Apr 27. 17 (234)