

## AKUT SINÜZİTTE TEDAVİ REHBERİ

**Murat AKOVA**

Sinüzit terimi paranasal sinüslerin iltihabını yansıtır. Hastaların hemen tamamında nazal mukozada da inflamasyon görüldüğünden "rinosinüzit" terimi hastalığı daha uygun bir biçimde tanımladığı için tercih edilir. Rinosinüzit hastane dışında en sık tanısı konulan 10 hastalıkta biri olup, en sık antibiyotik yazılan hastalıklar içinde ise 5. sırada yer alır (10). Çoğunlukla bir bakteriyel infeksiyon olarak düşünülmesine ve sıkılıkla antibiyotiklerle tedavi edilmesine karşın, akut sinüzit olguların çoğu viral etkenlerle ortaya çıkar.Çoğu hastada antibiyotik tedavisine gerek duyulmaksızın kendiliğinden iyileşir (3).

**Tanı:** Bakteriyel sinüzit çoğunlukla viral infeksiyonun üzerine ikincil olarak gelişir. Buradaki temel fizyopatolojik mekanizma sinus ostiumunun viral infeksiyona bağlı olarak ödem nedeniyle tikanması ve sinüs drenajının bozulmasıdır. Kesin tanı için sinüs ponksiyonu ile alınan örneğin kültürü altın standart olarak kabul edilmekle birlikte, bu işlemin oldukça invaziv olması ve uygulanma güçlüğü nedeniyle pratikte yararı sınırlıdır.

Tanı ve tedavi açısından rinosinüzitler semptomların süresine göre 3 başlığı ayrılır: Akut sinüzitlerde semptomların devam süresi 4 haftadan kısa iken, subakut sinüzitte bu süre 4-12 hafta, kronik sinüzitte ise 12 haftadan daha uzundur (5). Akut sinüzit ayaktan ve çoğu kere pratisyen hekimlerin gözetiminde tedavi edilebilir bir hastalıkken, subakut ve kronik sinüzit cerrahi müdahale gerektirebilen hastalıklar olup, bir kulak-burun-boğaz uzmanının değerlendirmesini gerektirebilir. Akut formda en sık tutulan maksiller ve etmoid sinüslerdir. Bu sinüslerin infeksiyonunda en sık etken olarak *Streptococcus pneumoniae* ve *Haemophilus influenzae* izole edilir. Daha seyrek olarak *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis* ve anaerobic bakteriler de etken olarak saptanabilirler.

Akut rinosinüzit tanısı için klinik kriterler çok güvenilir değildir. Semptomların süresi uzamış viral üst solunum yolu infeksiyonu ile akut sinüzit semptomatolojisi birbirine çok benzerdir. Akut sinüzitli olguları ayırdetmede en çok kullanılan klinik bulgular, hastaların yakınlarının >7 gün süreyle devam ediyor olması, tek taraflı yüz ve/veya diş ağrısı, maksiller sinüs(ler) üzerine basmakla ağrı ve pürülün nazal sekresyon olarak sayılabilir. Özellikle semptomlarının süresi 7 günden kısa olanlarda akut sinüzit olma olasılığı oldukça

düşüktür. Tanıda direkt sinüs grafilerinin yararı tartışmalıdır. Viral infeksiyonlar sinüs mukozasında ödeme neden olduğandan, düz grafide mukoza ödemi bakteriyel sinüzit bulusu olarak yorumlama olanağı yoktur (5,9). Bu nedenle akut sinüzit tanısı koymak amacıyla her hastaya paranasal sinüs grafisi çekilmesi önerilmemektedir. Yakın zamanda yayımlanan bir kılavuzda bu grafının ancak antibiyotik tedavisi verildikten sonra tedavi yanımı olmayan hastalar için düşünülmesi gereği belirtilmiştir (1). Sinüs bilgisayarlı tomografisinde hava sıvı seviyesi saptanması ve tam sinüs opasifikasiyonu, sinüzite ilişkin klinik bulguları olan hastalarda yaklaşık % 90 pozitif prediktif değer taşımaktadır (6).

**Tedavi:** Hafif semptomları olan hastalarda semptomatik tedavi ve hastanın antibiyotik kullanımına gerek olmadığı konusunda ikna edilmesi gereklidir. Antibiyotik tedavisi, yukarıda verilen kriterleri taşıyan ve ciddi semptomları olan hastalar için gereklidir (5). Başlangıç tedavisi için *S.pneumoniae* ve *H.influenzae*'yi kapsayacak en dar spektrumlu antibiyotik uygulaması yeterlidir. Bu amaçla önerilecek ilaçların başında amoksisilin veya tetrasiklin/doksiklizin gelmektedir (1,5). Ancak yapılan placebo kontrollü çalışmaların çoğu kullanılan bu iki antibiyotiğin placeboya belirgin üstünlükleri saptanamamıştır (5). Bu durumdan sorumlu olarak, çalışmalarında sinüzit tanısının olguların başında doğru olarak konulamaması, dolayısıyla gerçekten antibiyotik tedavisi gereken hastaların bu topluluk içinde "seyrelmesi" sorumlu tutulmaktadır (8). Yakın zamanda yapılan ve tanının bilgisayarlı tomografide hava-sıvı seviyesi veya total sinüs opasitesi görülmesi aracılığıyla konulduğu semptomatik hastaların randomize edildiği placebo kontrollü bir çalışma da penisilin veya amoksisilin placeboya kıyasla belirgin üstün bulunmuştur (7).

Geniş spektrumlu antibiyotiklerle dar spektrumlu antibiyotiklerin karşılaştırıldığı çalışmaların değerlendirmesinin yapıldığı metaanalizlerde iki grup arasında belirgin tedavi etkinlik farkı saptanamamıştır (2,5). Ancak gerek *S.pneumoniae*, gerekse *H. influenzae*'da artan oranda antibiyotik direnci gelişimi gözönünde alındığında beta-laktamaz inhibitörlü beta-laktamlar, 2. kuşak oral sefalosporinler ve Gram-pozitif etkinliği olan kinolon türevleri tedavi seçenekleri arasında değerlendirilebilirler (1,5).

## KAYNAKLAR

- Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and allergy partnership, *Otolaryngol Head Neck Surg* 123:5 (2000).
  - De Bock GH, Dekker FW, Stolk J et al: Antimicrobial treatment in acute maxillary sinusitis: a meta-analysis, *J Clin Epidemiol* 120:72 (1997).
  - Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, et al: Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults: background, specific aims, and methods, *Ann Intern Med* 134:479 (2001).
  - Hansen JG, Schmidt H, Rosborg J, Lund E: Predicting acute maxillary sinusitis in general practice population, *Brit Med J* 311:233 (1995).
  - Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, et al: Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background. *Ann Intern Med* 134:498 (2001).
  - Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL: Use of symptoms, signs, and blood tests to diagnose acute sinus infections in primary care: comparison with computed tomography, *Fam Med* 28:183 (1996).
  - Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL: Randomised, double-blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxicillin in treatment of acute sinus infections in adults, *Brit Med J* 313:325 (1996).
  - Marchant CD, Carlin SA, Johnson CE, Shurin PA: Measuring the comparative efficacy of antibacterial agents for acute otitis media: The "Pollyanna phenomenon", *J Pediatr* 120:72 (1992).
  - Puhakka T, Makela MJ, Alanen A, et al: Sinusitis in the common cold, *J Allergy Clin Immunol* 102:403 (1998).
  - Snow V, Mottur-Pilson C, Hickner JM: Principles of appropriate antibiotic use for acute sinusitis in adults, *Ann Intern Med* 134:495 (2001).