

Endoskopik Sinüs Cerrahisi ile Anterior Etmoid Bölge Kaynaklı İntraorbital Uzanımlı Mukosel Eksizyonu

Hasan Murat Tanyeri², Şenol Polat¹, Elif Aksoy³

¹Acıbadem Sağlık Grubu, Kozyatağı Acıbadem Hastanesi, KBB Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Sağlık Grubu Maslak Acıbadem Hastanesi, KBB Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Acıbadem Sağlık Grubu Maslak Acıbadem Hastanesi, KBB Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sunulduğu Kongre: 31. Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, 28 Ekim-1 Kasım 2009, Antalya'da poster olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 16 Kasım 2009 • Revizyon Tarihi: 07 Ocak 2010 • Kabul Tarihi: 07 Ocak 2009

ÖZET

Mukoseller, solunum epiteli ile örtülü, genellikle paranasal sinüs ostiumları tıkanınca ortaya çıkan ve yavaş büyüyen kistik lezyonlardır ve en sık frontal sinüste, daha az sıklıkta da etmoid, maksiller ve sfenoid sinüslerde görülebilmektedir. Tedavi edilmeyen mukoseller yerleşimlerine göre önemli morbidite nedeni olabilirler. Endoskopik sinüs cerrahisi ile eksize edilen anterior etmoid bölge kökenli intraorbital tutulumlu mukosel olgusu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: mukosel, frontal sinüs, endoskopik sinüs cerrahisi

EXCISION OF AN ANTERIOR ETHMOID REGION MUCOCELE WITH INTRAORBITAL EXTENSION VIA ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

ABSTRACT

Mucocele are epithelium-lined mucus-containing sacs which usually develop when the ostia of paranasal sinuses become obstructed. Frontal sinuses are the most commonly affected, and subsequently ethmoidal, maxillary and sphenoid sinuses are affected respectively. Untreated mucoceles may be the cause of serious morbidities depending on their locations. A case of intraorbital mucocele originating from the anterior ethmoid region which is treated with endoscopic sinus surgery was presented.

Keywords: mucocele, frontal sinus, endoscopic sinus surgery

Giriş

Mukoseller, solunum epiteli ile örtülü, genellikle paranasal sinüs ostiumları tıkanınca ortaya çıkan ve yavaş büyüyen kistik lezyonlardır ve en sık frontal sinüste, daha az sıklıkta da etmoid, maksiller ve sfenoid sinüslerde görülebilmektedir (1,2). Enfekte olmadıkları sürece berrak sarımsı mukoid sekresyonla doludurlar. Mukoseller benign karakterde olmakla beraber, zamanla etrafındaki kemik yapıları oluşturdukları basınçla iterek veya etraflarındaki inflamatuvar hücrelerden salınan prostanglandin E2 ve kollajenaz enzimlerinin etkisi ile yıkıma uğratarak orbita ve kafa içine doğru genişleyebilirler (1-3). Bu nedenle tedavi edilmeyen mukoseller yerleşimlerine göre önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilirler. Bu yazıda, anterior etmoid bölge kökenli intraorbital yerleşimli bir mukosel olgusu ve tedavi yaklaşımı sunulmuştur.

Olgu

37 yaşında erkek hasta 3 haftadır giderek artan çift görme, sağ göz ve baş ağrısı, sağ burun pasajında tıkanıklık ve aralıklı olan

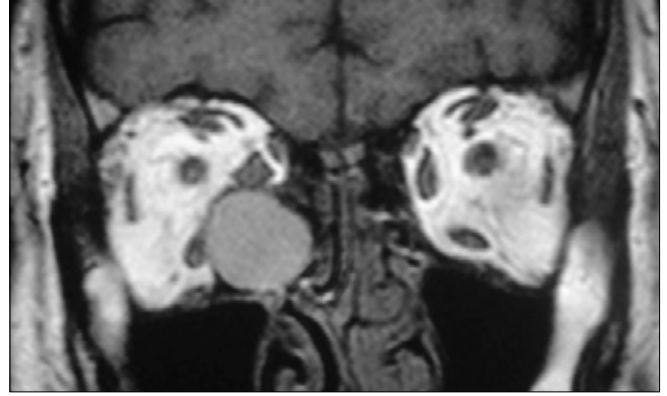
akıntı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ gözde proptozis ve laterale itilme, göz hareketlerinde kısıtlılık, mediale bakışta artan göz ağrısı ve çift görme saptandı (Şekil 1). Endoskopik endonazal muayenede septum sağa deviye, sağda kret izlendi. Hastanın özgeçmişinde sigara, alerji, travma, sık tekrarlayan sinüzit atakları, kronik sinüzit veya aynı bölgede uygulanmış operasyon öyküsü yoktu. Diğer sistem sorgulamaları ve muayenesinde başka hastalık saptanmadı. Görüntülemelerde sağ orbita içinde inferomedialde globu laterale, yukarıya ve öne doğru iten yaklaşık 2x3 cm' lik anterior etmoid bölge kaynaklı kitle tespit edildi (Şekil 2). Hastaya endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Sağ tarafta unsinektomi sonrası frontoetmoid reses açılarak orbita inferomedialine yerleşim gösteren seromusunöz içeriği olan kist etrafındaki epitel örtü ile birlikte çıkarıldı. Histopatolojik incelemede kronik inflamasyon ve etraf kemik dokuda artmış osteoklastik ve osteoblastik aktivite rapor edildi. Ameliyat sonrası erken dönemde tüm şikayet ve bulguları düzelen hastanın 3 yıllık takibi süresince nüks saptanmadı (Şekil 3 ve 4).



Şekil 1. Preoperatif görünüm; Sağ gözde proptozis ve laterale itilme.



Şekil 3. Postoperatif görünüm.



Şekil 2. Preoperatif MR görüntüsü.



Şekil 4. Postoperatif BT görüntüsü.

Tartışma

Mukoseller sinüs ostiumunun tıkanması sonucu sekresyonların birikmesi ile oluşur. Sıklıkla neden bulunamamakla birlikte bazı hastalarda kronik sinüzit, geçirilmiş cerrahi ve travma ile alerji gibi diğer mukozal inflamasyonların öyküsü vardır. Her iki cins-te eşit olarak sıklıkla 40-70 yaş aralığında görülür (4). Pediatrik yaş grubunda nadirdir ve saptanırsa kistik fibrozis araştırılmalıdır. Mukus üretiminin ve birikiminin zamanla artması etraf kemik doku üzerinde baskıya, iki yüzey arasında inflamasyon oluşumuna ve sonuçta mukoselin en az direnç gösteren alandan komşu doku içine doğru büyümesine neden olur (5,6). Dolayısıyla frontal sinüs içindeki bir mukosel frontal sinüs tavanından kafa içine doğru büyürken, frontoetmoid resesteki mukosel bizim olgumuzda olduğu gibi lamina papricea'yı geçerek orbita içine doğru büyüme gösterir.

Hastalarda klinik tablo yerleşime göre değişir. Orbita içine büyüyen mukosellerde, hastalar çift görme, görme kaybı, baş ağrısı ve proptozis ile başvurabilirler. En önemli komplikasyonlar orbital mukopiyosel, diplopi ve görme kaybıdır. Frontal sinüsten kafa içine uzananlarda epidural abse, subdural ampiyem, beyin absesi ve pnömoensefalosel görülebilir. Arka etmoid sinüslerdeki mukoseller yaygın baş ağrısı, burun tıkanıklığı, görmede bozulma ve diplopiye neden olabilir. Sfenoid sinüste oluşan mukosellerde ise dura, hipofiz, kavernoöz sinüs, sfenopalatine ganglion ve kraniyel sinirler gibi etraf yapılar hasar görebilir. Olgumuzda

mukoselin orbita içine doğru büyümesinden dolayı göz hareketlerinde kısıtlılık, diplopi, proptozis ve baş ağrısı vardı. Görme kaybı yoktu.

Tanı genellikle medikal hikaye ve muayene sonrası çekilen görüntülemelerle konur. Bilgisayarlı tomografide (BT) hava içermeyen, homojen, enfekte olmadıkça kontrast tutmayan yumuşak doku ile izlenen kitleler şeklinde izlenirler. Etraf kemik yapıdaki değişiklikler BT ile daha iyi incelenebilir ve kemik dokudaki genişleme, incelme veya erozyon görülebilir (3,6). Manyetik rezonans (MR) çevre yumuşak doku hakkında bilgi verir, kritik bölge yerleşimli ve orbital veya intrakranyal yayılımı olan olgularda daha yararlıdır. Ayrıca kontrastlı MR mukosellerin paranasal sinüs tümörlerinden ayırt edilmesinde tercih edilen en önemli görüntüleme aracıdır (7).

Tedavi seçenekleri olguya göre değişmekle beraber mukoselin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Cerrahi tedavisinde fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, sinüsün oblitere edildiği veya edilmeksizin yapılan kranyotomi ve kranyofasiyal yaklaşımlar uygulanabilir. Orbita veya orta fossanın infiltre olduğu durumlarda eradikasyon için daha agresif girişimler gerekebilir (8). Etmoid ve sfenoid sinüs mukoselleri sıklıkla marsupiyalizasyonla, frontal sinüs mukoselleri hem marsupiyalizasyon hem de daha radikal girişimlerle tedavi edilmektedir (9). Özellikle frontal sinüs lateralinde yerleşen mukosellerde, frontal resesin ve ostiumun hipertrofik kemik ile tıkanmış olgularda eksternal yaklaşımlar daha uygundur (7-9). Ancak

eksternal girişimlerin dezavantajı morbiditenin yüksek olması ve skar dokusu nedeniyle kozmetik kusur oluşturmasıdır (6,7). Ayrıca obliterasyon yapılan olgularda operasyon sahası radyolojik olarak değerlendirilememektedir (10,11). Olgumuzda gerek eksternal yaklaşımların morbiditesinin yüksek olması gerekse endoskopik

yaklaşımın mümkün olması nedeni ile cerrahi seçenek olarak endoskopik sinüs cerrahisi tercih edilmiş ve endoskopik görüş altında unsinektomi ile frontoetmoid reses cerrahisini takiben mukosel eksizyon uygulanmış ve uzun dönem takibi sonrasında nüks saptanmamıştır.

Kaynaklar

1. Arrue p, Kany MT, Serrano E, et al. Mucocoeles of the paranasal sinuses: uncommon location. J Laryngol Otol 1998; 112: 840-4.
2. Kennedy DW, Josephson JS, Zinreich SJ, Mattox DE, Goldsmith MM. Endoscopic sinus surgery for mucocoeles: A viable alternative, Laryngoscope 99:885-895, 1989.
3. Neuenschwander MC, Pribitkin E, Lacombe V, Maus M, Rao V, Roth M. Frontoethmoid mucocele complicating Graves' ophthalmopathy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1998 May;107: 433-5.
4. Serrano E, Klossek JM, Percodani J, Yardeni E, Dufuour X. Surgical management of paranasal sinus mucocoeles: a long term study of 60 cases. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 131: 133-40.
5. Uzun L, Kalaycı M., Uğurbaş SH, Çağavi F, Açıkgöz B. Komplike fronto-orbital mukosel olgusu. KB-BBC Dergisi 2004; 12(1): 11-15.
6. Lee TJ, Li SP, Fu CH, Huang CC, Chang PH, Chen YW, Chen CW. Extensive paranasal sinus mucocoeles: a 15-year review of 82 cases. Am J Otolaryngol. 2009 Jul-Aug;30(4):234-8.
7. Sautter NB, Citardi MJ, Perry J, Batra PS. Paranasal sinus mucocoeles with skull-base and/or orbital erosion: is the endoscopic approach sufficient? Otolaryngol Head Neck Surg. 2008 Oct;139(4):570-4.
8. Chiarini L, Nocini PF, Bedogni A, Consolo U, Giannetti L, Merli GA. Intracranial spread of giant frontal mucocele: a case report, Br J Oral Maxillofacial Surg 2000; 38:637-640.
9. Har-EL G, DiMaio T. Histologic and physiologic studies marsupialized sinus mucocoeles: report of two cases. J Otolaryngol 2000;29: 195-8.
10. Uzun KH, İleri F, Akman E, Erkam Ü. Frontoetmoid mukosellerde endoskopik yaklaşım, KBB ve Bas Boyun Cerrahisi Dergisi 1996; 4:39-43.
11. Büyüklü F, Çakmak Ö. Orbital tutulumu olan etmoid sinüs mukoseli: İki olgu sunumu. Türk Otolarengoloji arşivi, erken basım. (kabul: 2009; ocak 19)

İletişim

Şenol Polat
E-Posta : senolpolat@yahoo.com
Telefon : 0(216) 571 43 54