

Frontal Sinüs Mukoseli: Olgu Sunumu

Frontal Sinus Mucocele: A Case Report

Abdullah AYÇİÇEK, Ramazan SARGIN, M. Deniz YILMAZ,
Banu TEMİZ, Fethullah KENAR, Hüseyin YILDIZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ve BBC Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

ÖZET: Mukoseller, epitelyal sınırlı, paranasal sinüs içeri tamamen dolduran ve mukus içeren yapılardır. En sık frontal daha sonra etmoid, maksiller ve sfenoid sinüste görülürler. Büyüdükçe çevreye bası yaparak kemik erozyonuna ve sinüs dışına taşarak değişik semptomlara neden olurlar. Yedi aydır sol gözde giderek artan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvuran 43 yaşında erkek hastanın yapılan muayenesinde sol gözde ağrı, periorbital ödem ve propitozis saptandı. Paranasal sinüs tomografisinde sol frontal sinüsü tamamen dolduran ve inferior duvarını erode ederek orbita içerisine uzanım gösteren, göz küresine üstten bası yapan 3x1, 5x3,5 cm boyutunda mukosel saptandı. Frontal sinüs mukoseli endoskopik sinüs cerrahisiyle nazal kaviteye marsupiyalize edildi.

Anahtar Kelimeler: Mukosel, frontal sinüs, propitozis

ABSTRACT: Mucoceles are the structures that are limited in the epithelium and are filling in the paranasal sinuses with mucus content. They are most frequently seen in the frontal sinus and then in ethmoid, maxillary and sphenoid sinuses, by decreasing rate. They cause bone erosion as they enlarge and different symptoms when they run over the sinus. Left orbital pain, periorbital edema and proptosis was determined in the examination of the 43 years old male patient; who was referred to our clinic with progressively enlarging left orbital tumour for seven months. In the paranasal sinus computerized tomography, a mucocele; approximately with the diameter of 3x1, 5x3,5 cm, that fills in the whole frontal sinus and reaches the orbita by eroding the inferior sinus wall and compresses the orbita superiorly, was determined. This frontal sinus mucocele was marsupialized to the nasal cavity by endoscopic sinus surgery.

Key Words: Mucocele, frontal sinus, proptosis

GİRİŞ

Mukoseller, epitelyal sınırlı, paranasal sinüs içeri tamamen dolduran mukus içeren yapılardır (1). Mukoseller belirgin bir cinsiyet ayrımı gözetmeksizin çoğunlukla yaşamın 4. dekadından sonra görülmektedir. En sık frontal sinüs daha sonra etmoid, maksiller ve sfenoid sinüste görülürler (2). Etiyolojide geçirilmiş nazal cerrahi, kronik sinüzit, nazal polipozis ve nazal travma en sık saptanan nedenlerdir (3-5).

Mukoseller büyüdükçe, çevreye bası ile kemik erozyonu yaparak, sinüs dışına taşıp buldukları bölgeye göre değişik semptomlara neden olurlar. Frontal sinüs mukosellerinde en sık frontal bölgede lokalize ağrı ve oftalmolojik semptomlarla karşılaşılır (6). Mukosel orbitayı aşağı ve dışa iterek

propitozis oluşturabilir ve bunun sonucunda hastada diplopi gelişebilir. Bu çalışmada, kliniğimize sol gözde şişlik nedeni ile başvuran frontal sinüs mukoselli bir olguyu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

OLGU

43 yaşında erkek hasta sol gözde 7 aydır olan şişlik ve baş ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol gözde periorbital ödem ve propitozis saptandı (Resim-1).

Olgunun geçirilmiş herhangi bir nazal cerrahi ve travma öyküsü yoktu. Çekilen paranasal sinüs tomografisinde; sol frontal sinüste inferior duvarı erode ederek orbita içerisine uzanım gösteren, göz küresine süperiordan bası yapan yaklaşık 3x1, 5x3,5 cm boyutunda yumuşak doku dansitesi saptandı ve bu kitle mukosel olarak değerlendirildi. Ayrıca her iki tarafta etmoid hücrelerde ve sağda belirgin olmak üzere her iki maksiller sinüste yumuşak doku dansitesi ve bilateral konka bulloza saptandı (Resim-2).

Yazışma ve tıpkı basım için; Yrd. Doç. Dr. Abdullah AYÇİÇEK
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim
Dalı Afyonkarahisar / Türkiye
Tel: 0-272-246 33 21
(e-posta: draycicek@mynet.com)

NOT: Bu çalışma, Mayıs 2007'de Antalya'da yapılan 29. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresinde poster olarak sunulmuştur.



Resim 1: Olgunun operasyon öncesi çekilen fotoğrafında belirgin proptozis görülmektedir.



Resim 2: Olgunun operasyon öncesi çekilen paranasal sinüs tomografisi, koronal eksit (Yıldız işareti; sol frontal sinüste yumuşak doku dansitesi)

Olguya bilateral fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Sol frontal reses bölgesindeki polipoid dokular eksize edildi. Frontal sinüs tabanının frontal reses lateralinde erode olduğu ve burada mukosel inferior duvarının “expose” olduğu gözleendi. Mukosel nazal kaviteye marsupiyalize edildi.

Hastanın operasyon sonrası takiplerinde komplikasyon gelişmedi. Klinik olarak operasyondan sonraki ilk günden itibaren sol gözdeki propitozis belirlen olarak düzeldi. Operasyon sonrası 7 ay izlenen hastada nüks yönünde herhangi bir şikayet ve bulgu saptanmadı (Resim-3, 4).



Resim 3a: Olgunun operasyon öncesi çekilen paranasal sinüs tomografisi, koronal kesit (Beyaz oklar sol frontal sinüs mukoselini çevrelemektedir), **Resim 3b:** Bilateral etmoid ve maksiller sinüzit, koronal kesit



Resim 4: Olgunun operasyon sonrası 7. ayda çekilen fotoğrafı



Resim 5: Olgunun operasyon sonrası 7. ayda çekilen paranazal sinüs tomografisi, koronal kesit (Beyaz yıldız; sağlıklı sol frontal sinüs, beyaz oklar; erode frontal sinüs alt duvarı)

TARTIŞMA

Mukoseller buldukları lokalizasyona göre değişik semptomlarla karşımıza çıkabilir. Bunlar oftalmolojik, rinolojik ve nörolojik belirtiler şeklinde olabilir. En sık görülen oftalmolojik belirtiler; palpebral ödem ve propitozistir. Rinolojik belirtiler içinde rinit ve nazal obstruksiyon, nörolojik belirtiler içinde ise baş ağrısı en sık görülen semptomlardır (3). Bu semptomlar mukoselin osteolitik ve kitle etkisine bağlı olarak gelişmektedir.

Etyolojide geçirilmiş nazal cerrahi, kronik sinüzit, nazal polipozis ve nazal travma en sık saptanan etkenlerdir (3-5). Olgumuzun travma ve nazal cerrahi öyküsünün olmaması nedeni ile mevcut mukoselin kronik sinüzite bağlı olabileceği düşünüldü.

Mukoseller benign lezyonlar olmalarına rağmen potansiyel osteolitik ve kitle etkisi nedeniyle cerrahi tedavi gerektirirler. Ancak kesin olarak kabul edilmiş bir cerrahi yaklaşım yöntemi yoktur. İdeal bir cerrahi yaklaşım paranazal sinüslerin ve doğal drenaj yollarının yapısını bozmayacak, nazal fiziyo-lojiye aykırı olmayacak, rekürrensi önleyecek ve böylece sorunu tamamen çözecek nitelikte olmalıdır (3).

Cerrahi yöntemin seçimi mukoselin lokalizasyonu, büyüklüğü ve çevreye yayılımına göre yapılmalıdır. Frontal sinüs mukosellerinin cerrahi tedavisinde bugüne kadar kullanılmış yöntemler içinde endoskopik drenaj, transkarunkuler yaklaşımla drenaj, eksternal frontoetmoidektomi ve osteoplastik flep

teknigi ile frontal sinüs obliterasyonu uygulamaları vardır (1, 4, 7).

Endoskopik yaklaşım morbiditesi daha az, hızlı ve etkin bir yöntemdir. Nazal yapılara ve fiziyo-lojiye diğer tekniklere göre daha az zarar vermektedir. Eksternal bir iz olmaması ve hastaların daha erken normal hayata dönebilmesi diğer önemli avantajlarıdır.

Serrano ve ark. (3) %66,6'sını frontal ve frontoetmoidal mukoselli olgunun oluşturduğu 60 mukoselli olgunun 33'ünü endoskopik yaklaşımla, 27'sini eksternal yaklaşımla kombine endoskopik yaklaşımla veya eksternal yaklaşımla tedavi etmişlerdir. Endoskopik yaklaşımla tedavi ettikleri olguların 2'sinde, diğer olguların ise 6'sında palpebral ödem, lokal infeksiyon ve başağrısı gibi komplikasyonların geliştiğini gözlemlemişlerdir. Ortalama 36 aylık takiplerinde endoskopik marsupiyalizasyon yaptıkları olguların hiçbirinde stenoz gelişimi olmadığını tespit etmişlerdir.

Kennedy ve ark. (8) 11 frontal mukoselli olgudan 9 tanesinde endoskopik marsupiyalizasyon yaptıklarını ve 17,4 aylık takiplerinde nüks gelişmediğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Har-El ve ark. (9) 112 frontal ve etmoid mukoseli endoskopik olarak marsupiyalize etmişler ve ortalama 32 aylık takiplerinde nükse rastlamadıklarını belirtmişlerdir.

Ancak frontoetmoid mukosellerin hepsinde endoskopik yaklaşım yeterli değildir. Lateral yerleşimli mukosellerde, sinüs dışına taşan, orbita içine yayılım gösteren olgularda, frontal sinüs anterior duvarında erozyon olan ve daha önce geçirilmiş operasyon veya travmaya bağlı olarak frontal reseste aşırı skar gelişmiş olgularda kombine yaklaşım veya açık tekniklerin kullanılması gerekmektedir (2,10). Har-El'in (11) hazırladığı bir derlemede 108 mukosel vakası gözden geçirilmiş ve 60 hastada kafa tabanı erozyonuna, 31 hastada da ciddi derecede kafa içine genişlemeye rastlanmıştır.

Açık teknik yaklaşımlar daha fazla morbiditeye neden olmakta, nazal yapıların anatomisi ve fiziyo-lojisine daha fazla zarar vermektedir. Operasyon sahasında hiperestezi, hipoestezi, skar oluşumu ve yeni mukosel oluşumuna zemin hazırlama gibi olumsuz etkilere de neden olmaktadır. Operasyon süresi ve normal hayata dönüş süresi endoskopik yaklaşıma göre daha uzundur.

Sonuç olarak frontal mukosellerin tedavisinde olguya göre hareket edilmeli, ancak mümkün olduğunca morbiditesi daha az ve hasta için daha konforlu olan endoskopik yaklaşım tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hulett KJ, Stankiewicz JA. Primer sinüs cerrahisi. Cummings Otolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi. Çeviri editörü Koç C. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2007; 1229-54
2. Busaba NY, Salman SD. Ethmoid mucoccele as a late complication of endoscopic ethmoidectomy. Otolaryngol Head and Neck Surgery, 2003; 128: 517-22
3. Serrano E, Klossek MJ, Percodani J, Yardeni E, Dufour X. Surgical management of paranasal sinus mucocelles: A long term study of 60 cases. Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2004; 131:133-40
4. Kelly A, Malloy OD. Fronto-ethmoid sinüs mucoccele. Journal of the American Optometric Association, 2006; 77(9): 450-8
5. Özcan M, Akdoğan Ö, Gün T. Giant mucoccele of the maxillary antrum. Türk Otolarengoloji Arşivi, 2002; 40(2):150-2
6. McMains CK, Kountakis ES. Fronto-orbital-ethmoid mucocelles. Operative Techniques in Otolaryngology, 2006; 17: 19-23
7. Lai PC, Liao SL, Jou JR. Transcaruncular approach for the management of frontoethmoid mucocelles. British Journal of Ophthalmology 2003;87:699-703
8. Kennedy DW, Josephson JS, Zinreich J. Endoscopic sinüs surgery for mucocelles: a viable alternative. Laryngoscope, 1989; 99:885-95
9. Har-El G, Balwaly AN, Lucente FE. Sinus mucocelles: is marsupialization enough ? Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 117:633-40
10. Herndorn M, McMains CK, Kountakis ES. Presentation and management of extensive fronto-orbital-ethmoid mucocelles. American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery, 2007; 28:145-7
11. Har-El G, Endoscopic management of 108 sinus mucocelles, Laryngoscope, 2001; 111:2131-4