



OLGU SUNUSU

SFENOİD SİNÜS MUKOSELINE İKİNCİL ABDUSENS SİNİR PARALİZİSİ: OLGU SUNUMU

Dr. Ahmet URAL, Dr. Ahmet KUTLUHAN, Dr. Sami BERÇİN, Dr. Kazım BOZDEMİR
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Sfenoid sinüs mukoseli seyrek görülen, fakat iyi bilinen bir klinik tablodur. Semptomlar genellikle çevre yapıların bası altında kalmasından kaynaklanır. Bu yazıda abducens sinir paralizisi ile karşımıza gelen bir sfenoid sinüs mukoseli olgusu sunulmuştur. Acil olarak yapılan endoskopik sinüs cerrahisi ile mukosel marsupialize edilmiş ve semptomların hızla gerilediği görülmüştür. Sfenoid sinüs mukoseli bir çok hayati yapıyla olan yakın komşuluğu dolayısıyla çok farklı semptomlarla karşımıza gelebilir. Acil cerrahi müdahaleyi gerekli kılan bir durum olan abducens sinir paralizisinin de ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Sfenoid sinüs, mukosel, abducens sinir paralizisi

SPHENOID SINUS MUCOCELE PRESENTING WITH ABDUCENS NERVE PARALYSIS: CASE REPORT

SUMMARY

Sphenoid sinus mucocele is a rare, but well-known clinical entity. Symptoms usually arise from the compression of neighbouring structures. We describe a case of sphenoid sinus mucocele presenting with abducens nerve palsy. Emergent endoscopic sinus surgery with marsupialization of the mucocele resulted in immediate resolution of symptoms. Sphenoid sinus mucoceles may result in various symptoms due to its proximity to many vital anatomical structures. They should be kept in mind in the differential diagnosis of abducens nerve palsy and early surgical intervention is curative in such a condition.

Keywords: Sphenoid sinus, mucocele, abducens nerve paralysis

GİRİŞ

Sfenoid sinüs mukoselleri, ender görülen fakat iyi bilinen klinik durumlardır. Tüm paranasal sinüs mukosellerinin yaklaşık %1'ini, izole sfenoid sinüs hastalıklarının ise %15-29'unu oluştururlar¹. Sfenoid sinüs sıklıkla "gözden kaçan sinüs" olarak bilirse de, 13 adet önemli anatomik yapıyla olan yakın komşuluğu dolayısıyla bu yapıların bası altında kalmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek semptomlarda hatırla tutulmalıdır. Bu yapılar arasında optik sinir ve kiyazma, kavernoöz sinüs, dura, hipofiz bezi, internal karotid arter, III, IV, V1, V2 ve VI. kafa çiftleri, sifenopalatin ganglion, sifenopalatin arter ve pterigoid kanal bulunur¹. Abdusens siniri, kavernoöz sinüsteki medial yerleşimi nedeniyle, sfenoid sinüs mukosellerinden sıklıkla etkilenir^{2, 3}. Hastalar, baş ağrısı, fasiyal ağrı, anosmi, kranial sinir paralizileri, oküler parali, görme kaybı ve hipopituitarizm gibi farklı klinik bulgularla karşımıza gelebilir⁴.

Ayırıcı tanıda hipofiz tümörleri, kolesteatom, kafa tabanı, sinüsler ve nazofarenksin diğer neoplastik lezyonları akılda tutulmalıdır. Rekürren parali, anevrizmadan çok mukosel lehinedir. Tanıyı kesinleştirmek için anjiyografi gerekebilir¹.

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında erkek hasta, sol abducens sinir paralizisi ve persistan retroorbital baş ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Baş ağrısı 3 haftadır var olup, son birkaç günde şiddetlenmişti. Abdusens paralizisine bağlı dışa bakış kısıtlılığı ve diplopi ise bir gündür ortaya çıkmıştı. Sistemik olarak herhangi bir sorunu olmayan hastanın, 5 yılı aşkın zamandır burun tikanıklığı, frontal bölgede hafif baş ağrısı ve postnazal akıntısı vardı. İntranasal polipozis nedeniyle hastaya son 1 yıl içinde makrolidler ve topikal kortikosteroidler verilmişti. Fizik muayenede konjesyone burun mukozası ve seropürülan nazal akıntı görüldü. Diagnostik nazal endoskopide sol pasajı kapatan septal deviasyon, orta konka ön kısmı geçirilmiş cerrahiye bağlı görülemedi, ancak orta ve üst meatusta polipoid dokular vardı. Daha önce 2 kez endoskopik nazal cerrahi geçirdiği öğrenilen olguya muhtemelen yetersiz anterior etmoidektomi yapılmış olduğu düşünüldü. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi incelemesinde ise tüm sinüslerde mukozal kalınlaşmanın yanında sol sfenoid sinüsü dolduran ve sinüs lateral-üst duvarından kraniuma kısmen taşan

İletişim kurulacak yazar: Dr. Ahmet Ural, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye, Türkiye, Tel: +90 312 3204317 E-mail: ahmetural@myynet.com

Gönderilme tarihi: 16 Eylül 2005, revizyon isteme tarihi : 6 Ocak 2006, yayın için kabul edilme tarihi: 16 Ocak 2006

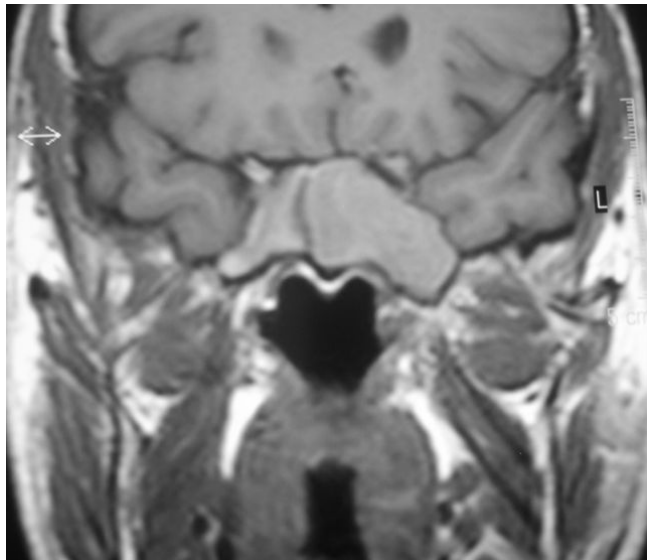
28. Türk Ulusal Otorinolarengoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur.



mukoselle uyumlu kitle mevcuttu (Resim 1). Hastanın manyetik rezonans görüntüleme raporu da tomografiyi destekledi. (Resim 2). Sfenoid sinüs mukoseli ön tanısıyla hastaya acil endoskopik sfenoetmoidektomi yapıldı. Sfenoid sinüse etmoid yolla ulaşılarak sinüs içindeki mukopürülan ve pütrifiye materyal temizlendi . Olguya postoperatif ikili antibiotik ve sistemik kortikosteroid tedavisi uygulandı. Baş ağrısı hemen düzelerken, abducens sinir fonksiyonu 3. ayın sonunda tamamen geri döndü. Hastanın kontrol tomografisinde sfenoid sinüsün, mukozal kalınlaşmaya rağmen, havalanmasının normal olduğu görüldü (Resim 3). Sorunsuz bir postoperatif dönem geçiren hasta 10.ay itibarıyla nüks olmaksızın izlenmektedir.



Resim 1. Preoperatif paranazal sinüs BT'sinde tüm sinüslerde mukozal kalınlaşma ile birlikte sol sfenoid sinüsü dolduran ve sinüs lateral-üst duvarından kraniuma kısmen taşan mukoselle uyumlu kitle izlenmektedir.



Resim 2. Preoperatif MR kesitinde sol abducens sinir paralizisine yol açan sfenoid sinüs mukoseli.



Resim 3. Postoperatif paranazal sinüs BT'sinde sfenoid sinüsün normale döndüğü gözlenmektedir.

TARTIŞMA

Sfenoid sinüs mukoseli (SSM), göreceli olarak benign bir lezyon olup ilk kez 1889'da Berg tarafından tanımlanmıştır⁵. Sıklıkla baş ağrısı ve görme kaybı ile karakterizedir⁵. Sfenoid sinüs, "gözden kaçan sinüs" olarak anılmasına rağmen, önemli yapılara bası yapabilir ve ilgili semptomlar ortaya çıktığında hatırdan tutulmalıdır. Bu yapılar arasında optik sinir ve kiyazma, kavernoöz sinüs, dura, hipofiz bezi, internal karotid arter, III, IV, V1, V2 ve VI. kafa çiftleri, sifenopalatin ganglion, sifenopalatin arter ve pterigoid kanal sayılabilir¹. Sfenoid sinüs mukoselinin en önemli semptomu fluktuan, retroorbital veya vertikal yerleşimli baş ağrısıdır⁴. Görme ile ilgili semptomlar, hastanın öncelikli olarak oftalmolojik değerlendirmesine yol açabilir. Bu durum, benzer klinik durumlarda multidisipliner ve kooperatif yaklaşımın önemini vurgulamaktadır^{4, 6}. Mukosel genişleyip çevre dokular üzerine uyguladığı bası arttıkça, bir çok semptom ortaya çıkabilir. Sfenoid sinüs mukoseli nedeniyle en sık optik sinir tutulur. Bununla birlikte II, III, IV ve VI. kafa çiftleri de etkilenebilir¹. Sfenoid sinüs mukoseli, superior orbital fissür ve optik kanaldan geçen yapıları etkileyebilir⁵. Diplopi ve oküler yer değiştirme sık görülür. Okülmotor ve abducens sinir paralizileri, tek başlarına ya da kombine halde diplopi ile birlikte bulunabilirler⁷. Abducens sinir paralizisi ise sıklıkla diğer sinirler tutulmaksızın ortaya çıkmaktadır⁴.

Sinir basısı için öne sürülen teori şudur: Sinüs içinde biriken sekresyonlar, osteolitik prostoglandinlerin ve mediatörlerin salgılanmasına, böylelikle kemik erozyonu ve yeniden şekillenmesine yol açmaktadırlar. Kavitenin kademeli olarak



genişlemesi, çevre yapılarda basıya yol açmakta ve sonuçta kafa çiftleri etkilenebilmektedir. Diğer bir olasılık ise lokal enflamasyona bağlı olarak paralizinin görülmesidir. Bu durumda sistemik steroidler tedavide yararlı olabilir⁴. Daha önce yapılan çalışmalara göre, primer nedenin Goblet hücrelerinin kistik dilatasyonu olduğu, sekonder olarak ise sfenoid sinüs ostiumunun bir osteom veya kronik sinüzit nedeniyle tıkanıdığı bildirilmiştir⁵. Görüntüleme tercih edilen yöntem, bilgisayarlı tomografidir. Kemik yapıların sınırlarını net olarak ortaya koyar ve daha önceki cerrahi girişimlere bağlı değişikliğe uğrayan yapıları gösterir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bir mukoseli neoplazmdan ayırt etmede yararlıdır⁴. Serebral anevrizmanın ayırıcı tanısı için, serebral anjiyografi gerekebilir. Abdusens sinir paralizisinin ayırıcı tanısında hatırdaki tutulması gereken diğer klinik patolojiler arasında internal karotid arter anevrizması, dural arteriyovenöz malformasyon, pons- enfarkt, kafa tabanı lezyonları, nörite yol açan sistemik sorunlar, petrözit ve idiyopatik ya da vasküler olaylar sayılabilir⁴.

Cerrahi altın standart endonazal endoskopik mukosel marsupializasyonudur⁸. Endoskopik yaklaşım intrakraniyal yaklaşımlara göre, daha düşük morbidite ve daha az komplikasyon getirir. Ayrıca kanama daha az olacağı için, daha iyi görüş açısı sağlar. Endonazal endoskopik yaklaşım yöntemleri öncelikli olarak transnazal veya transetmoidaldir. Transseptal, transantral veya transpalatal yaklaşımlar ise günümüzde sık kullanılmamaktadır⁹.

Sonuç olarak “sessiz” sfenoid sinüste gelişen mukoseller bir süre sessiz kalabilmelerine karşın, sonuçta farklı semptomlarla karşımıza çıkabilirler. Bu ise tanının doğru şekilde konmasını geciktirebilir. sfenoid sinüs mukoseli, abducens sinir paralizilerinin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sethi DS, Lau DP, Chan C. Sphenoid sinus mucocoele presenting with isolated oculomotor nerve palsy. J Laryngol Otol 1997; 111: 471-473.(PMID:9205613)
2. Kron TK, Johnson CM III: Diagnosis and amangement of the opacified sphenoid sinus. Laryngoscope 1983; 93: 1319-1327.(PMID:6621232)
3. Pearlman SJ, Lawson W, Biller HF, Friedman WH, Potter GD: Isolated sphenoid sinus disease. Laryngoscope 1989; 99: 716-720.(PMID:2747395)
4. Muneer A, Jones NS. Unilateral abducens nerve palsy: a presenting sign of sphenoid sinus mucocoeles. J Laryngol Otol 1997; 111: 644-646.(PMID:9282205)
5. Chen HJ, Kao LY, Lui CC. Mucocoele of the sphenoid sinus with the apex orbitae syndrome. Surg Neurol 1986; 25: 101-104.(PMID:3941962)
6. Moriyama H, Nakajima T, Honda Y. Studies on mucocoeles of the ethmoid and sphenoid sinuses. Analysis of 47 cases. J Laryngol Otol 1992; 106: 23-27.(PMID:1541884)
7. Sellars SL, de Villiers JC. The sphenoid sinus mucocoele. J Laryngol Otol 1981; 95: 493-502.(PMID:7240916)
8. Wigand ME, Hosemann WG. Results of endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. J Otolaryngology 1991; 20: 385-390.(PMID:1774794)
9. Casteels F, De Loof E, Brock P, Jorrissen M, Dralands L, Missotten L, Wilms G. Sudden blindness in a child: presenting symptoms of a sphenoid sinus mucocoele. Br J Ophthalmology 1992; 76: 502-504.(PMID:1390537)