



OLGU SUNUMU

DEV MAKSİLLER SİNÜS MUKOSELİ: OLGU SUNUMU

Dr. Fahrettin YILMAZ¹, Dr. Kazım KARAASLAN², Dr. Beyhan YİĞİT¹, Dr. Kamil GÜREL³, Dr. Fahri YILMAZ⁴

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye ² Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Anestezyoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye ³ Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye ⁴ Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

ÖZET

Mukosel paranasal sinüslerin yavaş büyüyen ve lokal olarak agresif seyreden lezyonudur. Paranasal sinüs mukoselleri en sık frontal ve etmoid sinüslerden kaynaklanırlar. Daha önce sino-nazal cerrahi geçirmemiş olan hastalarda kemik harabiyetine yol açan dev maksiller sinüs mukoselleri oldukça seyrek görülür. Progresif olarak çevreye doğru büyüyen bu lezyonlar kemik duvarda destrüksiyona yol açarak komşu anatomik yapılara uzanabilir. Semptomlar genellikle bu büyüyen kitlenin çevre dokulara yaptığı basıya bağlıdır. Bilgisayarlı tomografi en önemli tanı aracıdır. Maksiller sinüs mukosellerinin tedavisi cerrahidir. Bu yazıda 80 yaşında bir bayan hastada dev sol maksiller sinüs mukoseli olgusu sunulmuştur. Hastalığın hem ayırıcı tanısı hem de cerrahi tedavi seçenekleri sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Mukosel, Maksiller sinüs, Kistik kitle, Sino-nazal cerrahi

GIANT MUCOCELE OF THE MAXILLARY SINUS: A CASE REPORT

SUMMARY

Mucocele is slow-growing and locally aggressive lesion of the paranasal sinuses. Mucoceles of the paranasal sinuses most commonly occur in the frontal, and ethmoidal sinuses. Giant maxillary sinus mucoceles causing bone destruction are highly rare in patients who have no previous history of sino-nasal surgery. A gradually enlarging lesion results in destruction of the wall of the sinus and extends to the encircling anatomic structures. Symptoms have a connection with this expansive lesion are generally secondary to its pressure effect on neighbouring structures. Computerized tomography is the principal device for the diagnosis. The treatment of maxillary sinus mucoceles is surgical. In this paper, we report the case of an 80-year-old woman with giant mucocele of the left maxillary sinus. Both the differential diagnosis and the surgical treatment options are presented, and the literature is reviewed.

Keywords: Mucocele, Maxillary sinus, Cystic mass, Sino-nasal surgery

GİRİŞ

Mukosel, paranasal sinüslerin iyi huylu kistik lezyonu olup yavaş büyür ve uzun zaman sonra semptomatik hale gelir. Boyutları büyüdükçe kemik erozyonu oluşturarak sinüsün dışına taşar^{1,2}. Mukosele ait semptom ve bulgular mukoselin bulunduğu yere ve kemikte yaptığı erozyonun büyüklüğüne bağlıdır³.

En sık frontal ve etmoid sinüslerde görülür. Maksiller ve sfenoid sinüs mukoselleri çok nadirdir⁴. Daha önce sino-nazal cerrahi geçirmemiş hastalarda kemik destrüksiyonuna yol açan dev maksiller sinüs mukoselleri oldukça seyrektr²⁻⁴.

Bu yazıda maksiller sinüs duvarını erode eden ve oro-antral fistüle yol açan dev bir maksiller sinüs mukoseli olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

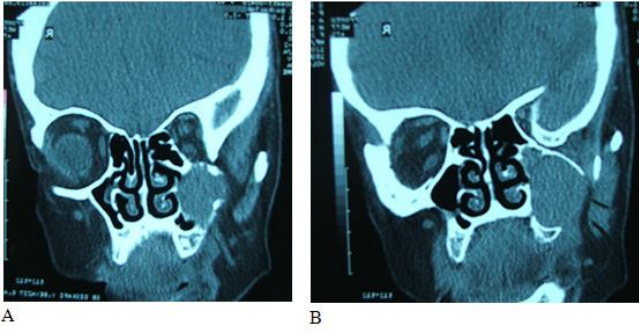
80 yaşında bayan hasta, sol üst damakta şişlik ve yüzün sol tarafında ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan kulak burun boğaz muayenesinde sol üst damakta şişlik ve sol kanin fossada fistül ağzı görüldü. Boyunda kitle veya ele gelen lenfadenopati saptanamadı. Hastada daha önce geçirilmiş bir travma, nazal veya sinüs cerrahisi öyküsü yoktu. Waters grafide sol maksiller antrumda opasite mevcuttu. Aksiyal ve koronal planda çekilen paranasal sinüs tomografisinde sol maksiller sinüsü tamamen dolduran, superiorda orbita tabanını destrükte ederek orbitaya uzanım gösteren, lateralde maksiller sinüs lateral duvarını destrükte ederek sol

İletişim kurulacak yazar: Dr. Fahrettin Yılmaz Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye, E-mail: drfahrettin@hotmail.com

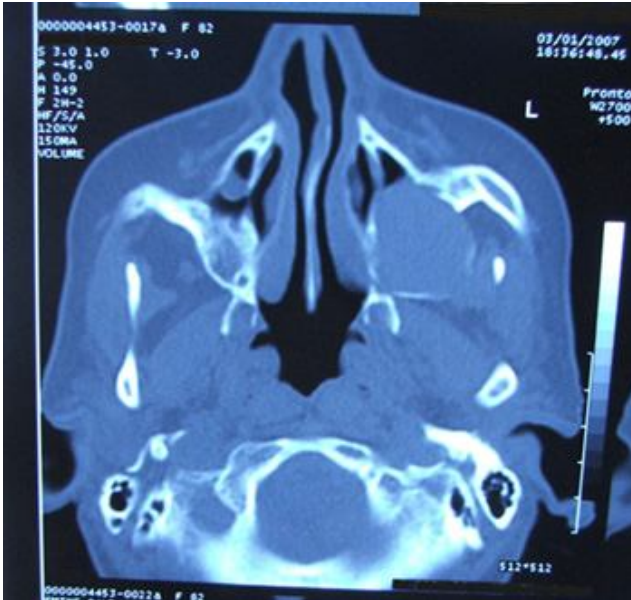
Gönderilme tarihi: 23 Kasım 2007, revizyonun gönderildiği tarih: 11 Ocak 2008, yayın için kabul edilme tarihi: 16 Ocak 2008



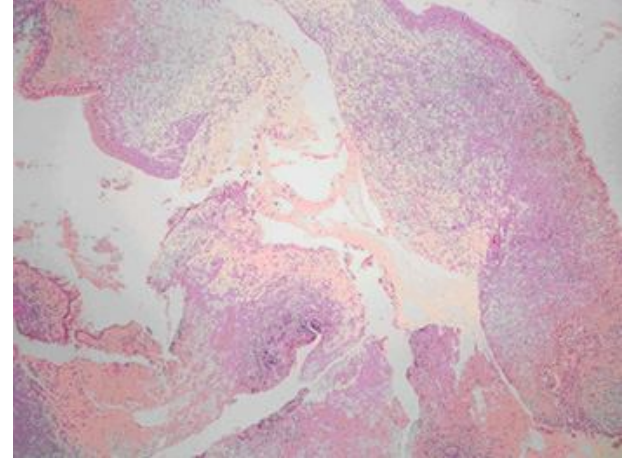
bukkal alana uzanan ve inferiorda maksiller kemiğin alveolar kısmını destrükte eden 2.5 x 3 x 3.5 cm boyutlarında kistik kitle tespit edildi (Resim 1A, 1B, 2). İntravenöz kontrast maddeyi takiben tutulum olmadı. Lateral rinotomi prosedürü uygulandı. İçindeki mukoid materyal aspire edilerek kitle kapsülü ile birlikte dikkatlice çıkarıldı. Oro-antral fistül onarımı yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu mukosel olarak geldi (Resim 3). Operasyondan 6 ay sonra nüks görülmedi.



Resim 1: A Koronal planda çekilen BT'de sol maksiller sinüste mukosel görünümü. (Superiorda orbita tabanını, lateralde maksiller sinüs lateral duvarını erode eden kistik kitle) B. Koronal planda çekilen BT'de sol maksiller sinüs lateral duvarını erode eden mukosel görünümü.



Resim 2: Aksiyel planda çekilen BT'de sol maksiller sinüs mukoseli. (lateralde bukkal alana uzanım gösteren, inferiorda maksiller kemiğin alveolar kısmını destrükte eden kistik lezyon).



Resim 3: Respiratuar epitel ile örtülü dokuda epitel altında içi mukoid materyalle dolu kistik yapı (H&E, X100)

TARTIŞMA

Mukoseller paranazal sinüslerin kronik, kistik lezyonlarıdır. Kist duvarı yalancı çok katlı yassı epitel veya küboid epitelten oluşur. Bu lezyonlar yavaş büyür ve yıllar sonra semptom verirler³. İyi huylu olmalarına rağmen kemik harabiyeti yapma ve komşu yapılara doğru genişleme kapasiteleri vardır¹⁻³.

En sık sinüs ostiumunun inflamatuvar obstrüksiyonu sonucu gelişirler. Ancak allerji, tümör, mukozanın kistik dejenerasyonu, travma, ya da manüplasyona sekonder de gelişebilirler²⁻⁴.

Mukosellerin üçte ikisi frontal, üçte biri etmoid sinüslerden gelişir. Maksiller ve sfeonid mukoseller oldukça seyrektr^{1,3}. Maksiller sinüs mukosellerinin prevalansı bölgeden bölgeye göre değişiklik gösterir. Natwig ve Larsen %2.7, Lund %1, Som ve Shugar %10 olarak rapor etmişlerdir¹⁻³. Avrupadaki bu düşük prevalansına rağmen, Japonyada öncesinde Caldwell-Luc cerrahisi uygulanmış olan hastalarda maksiller sinüs mukosellerinin geniş serileri rapor edilmiştir^{2,3}. Çocuklarda mukosel oldukça nadir görülür ve bunlar kistik fibrozisli olgulardır⁴.

Mukosellerin doğal seyri oldukça yavaştır. Semptomatik olmaları için çok uzun süreye gereksinim duyarlar. Boyutları büyüdükçe kemik erozyonu oluşur ve sinüsün dışına taşarlar⁵.



Mukosel ile ilgili bulgular ve semptomlar, lezyonun lokalizasyonuna ve kemik erozyonunun büyüklüğüne bağlıdır. Bunlar nazal obstrüksiyon, epifora, dental komplikasyonlar gibi hafif semptomlardan, egzoftalmus, proptozis, diplopi ve görme bozukluğu gibi ağır semptomlara kadar değişiklik gösterir. Bazen mukoseller maksiller sinüs ön duvarını erode ederek yanakta şişlik ve yüzde asimetriye yol açabilirler. Kranial kaviteye ulaşarak bununla ilgili semptom ve bulgularla ortaya çıkabilirler¹⁻⁵. Olgumuz sol üst damakta şişlik ve yüzün sol tarafında ağrı şikayeti ile başvurdu.

Hastalar genellikle daha önce geçirilmiş sinüs cerrahisi öyküsü verirler. Postoperatif dönemde lateral antral kompartmanda oluşan yapışıklıkların mukus drenajını engellediği düşünülmektedir. Sino-nazal cerrahi veya travma öyküsü olmayan bazı olgularda maksiller antrum içinde doğal septal oluşumlara tesadüfen tomografilerde rastlanılmıştır. Bu septaların mukus drenajını bozarak bu olgularda mukosel oluşumuna yol açtıkları muhtemeldir⁶. Olgumuzdan daha önce geçirilmiş bir sino-nazal cerrahi veya travma öyküsü alamadık. Solda orbita tabanını, maksiller sinüs lateral duvarını ve alveolar prosesi erode ederek genişleyen bu lezyonun bir apikal abseye veya maksiller sinüs içindeki doğal septal oluşumlara bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Tanı; kulak burun boğaz muayenesi, radyoloji ve cerrahi ile konur. Tomografi tanı için en önemli araçtır. Tomografide mukosel hipodens, kontrast tutmayan, sinüs kavitesini dolduran ve genişleten lezyon olarak izlenir⁷. Olgumuzun aksiyal ve koronal planda çekilen paranasal sinüs tomografisinde sol maksiller sinüsü tamamen dolduran, kontrast tutulum göstermeyen ve kemik harabiyeti yaparak çevre yapılara doğru genişleyen kistik kitle tespit edildi.

Mukoselin ayırıcı tanısı güçtür. Kemik erozyonu yokluğunda mukosellerin ayırıcı tanısı retansiyon kistleri, sinüzit, dental kistler ve paranasal sinüs poliplerini içerir⁴. Som ve Shugar bu listeye antral kolesteatoma ve kordomayı da dahil etmişlerdir⁸. Yine nörofibromlar, dermoid ve epidermoid kistler, sementifying fibromlar, silindromalar, inverted papillomalar ve anjiyofibromlar mukosel gibi sinüs duvarında genişlemeye yol açarlar ve radyolojik olarak ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulmalıdır^{2,3}. Ancak yaygın kemik destrüksiyonu varlığında malign tümörlerle ayırıcı tanıya gidilmelidir^{4,7}.

Caldwell-luc yaklaşımı ve inferior meatal antrostomi, lateral rinotomi maksiller sinüs mukoselleri için geleneksel tedavi yöntemleridir². Son yıllarda etmoid ve frontal mukoseller ile maksiller

sinüste sınırlı mukoseller için endoskopik girişim uygulanmaktadır^{2,9}. Ancak mukosel kemik erozyonuna neden olmuş ve yanak yumuşak dokusu veya orbitaya doğru genişleme yapmış ise açık girişim önerilmektedir¹⁰. Olgumuzda da mukosel, maksiller sinüste sınırlı olmadığından, orbita tabanını, maksiller sinüs lateral duvarını ve maksiller kemiğin alveolar kısmı destrükte ettiğinden dolayı açık girişim tercih ettik. BT'de tümör tam olarak ekarte edilemese de görünüm ağırlıklı olarak kistik kitle lehine olduğundan ve açık girişim tercih ettiğimizden biyopsi almadık.

Sonuç olarak kemik erozyonuna yol açan dev maksiller sinüs mukoselleri oldukça nadirdir. Semptomlar genellikle ekspansil kitlenin çevre dokulara yaptığı basınç ile ilişkilidir.

KAYNAKLAR

1. Marks SC, Latoni JD, Mathog RH. Mucocoeles of the maxillary sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: 18-21.
2. M. Özcan, Ö. Akdoğan, T. Gün. Giant Mucocoele of the Maxillary Antrum: Report of a Case. *Turk Arch Otolaryngol* 2002; 40: 150-152.
3. Jayaraj SM, Patel SK, Ghufloor K, Frosh AC. Mucocoeles of the maxillary sinus. *Int J Clin Pract* 1999; 53: 391-3.
4. Skoulakis CE, Velegrakis GA, Doxas PG, Papadakis CE, Bizakis JG, Helidonis ES. Mucocoele of the maxillary antrum in an eight-year-old boy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 47: 283-7.
5. Butugan O, Minoru Takeuti M, Ganz Sanchez T, Rezende de Almeida E, Médicis da Silveira JA, Miniti A. Mucocoele of the maxillary sinus. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1996; 117: 11-3.
6. Sharp JF. Non-axial proptosis without diplopia secondary to maxillary pyomucocoele. *J R Soc Med* 1989;82:506-7.
7. M.F. Mafee, Computed tomography, magnetic resonance, in: J.J. Ballenger, B.J. Snow (Eds.), *Otorhinolaryngology head and neck surgery*, 15th ed., Williams and Wilkins, Baltimore 1996, pp. 715-716.
8. Som PM, Shugar J. Antral mucocoeles: a new look. *J Comput Tomogr* 1980; 4: 484-8.
9. Benninger MS, Marks S. The endoscopic management of sphenoid and ethmoid mucocoeles with orbital and intranasal extension. *Rhinology* 1995; 33: 157-61.
10. Caylakli F, Yavuz H, Cagici AC, Ozluoglu LN. Endoscopic sinus surgery for maxillary sinus mucocoeles. *Head Face Med* 2006; 2: 29