

POSTERİOR ETMOİDAL SİNUS MUKOSELİ : OLGU SUNUMU

MUCOCELE OF POSTERIOR ETHMOIDAL SINUS : CASE REPORT

Emin ÖZYURT, Fatma ÖZLEN, İrfan DEVRANOĞLU, Cengiz KUDAY.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirürji ve Kulak Burun Boğaz (İD) Anabilim Dalları
Türk Nöroşirürji Dergisi 2 : 68-70, 1991

ÖZET : Çift görme, periorbital ağrı ve göz kapağı düşüklüğü olmaksızın tek taraflı görme kaybına neden olan posterior etmoidal sinüs mukoseli olgusu ve cerrahi tedavisi literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar Kelimeler : Etmoid sinüs, Mukosel, Optik kanal, Vizyon kaybı.

SUMMARY : A case of the posterior ethmoid sinus mucocele presenting as unilateral visual impairment without periorbital pain, proptosis, diplopia and its surgical treatment are discussed under the literature.

Key Words : Ethmoid sinus, Mucocele, Optic Canal, Visual impairment.

GİRİŞ

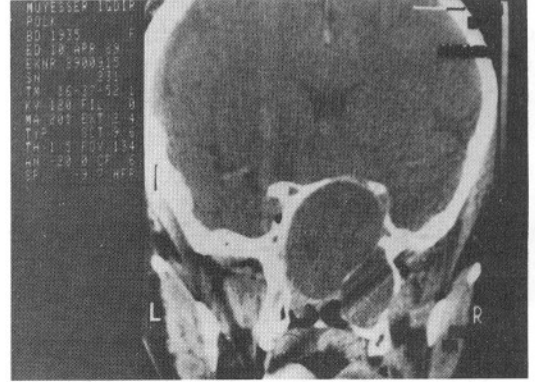
Posterior etmoid sinüsten kaynaklanan mukoseller son derece nadirdir (4,7). Bu nedenle optik kanalda optik sinire bası yaparak tek taraflı görme kaybına neden olan posterior etmoid sinüs mukoseli olgusu sunuyorumuz.

OLGU SUNUMU:

Görme kaybı ve baş ağrısı şikayeti ile kliniğimize baş vuran 54 yaşındaki kadın hastanın anamnezinden 5 yıldan beri sağ gözünde görme keskinliğinin giderek azaldığı, 6 ay önce başının sağ tarafında lokalize, hafif derecede, ağrı kesicilere cevap veren baş ağrısının başladığı ve sağ gözde görmesinin tama yakın kaybolduğu öğrenildi. Lokal travma veya nazal operasyon hikayesi yoktu. Öz ve soy geçmişinde bir özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde de patolojik bulgu saptanmadı.

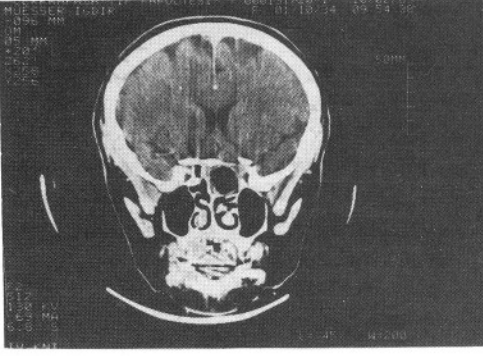
Nörooftalmolojik muayenede sağ gözde görme keskinliği 30 cm. den parmak sayabilecek ölçüdeydi. Pupiller izokorik, sağda ışık refleksi tembel, konsansüel cevap ise mevcuttu. Sol gözde vizyon normaldi. Fundoskopik incelemede fundus sağda atrofik, solda ise normal bulundu. Göz hareketleri her iki gözde de normal ve ağrısızdı. Epikantal bölgede kitle görülmedi. Yüzde hissiyet ve kornea refleksi etkilenmemişti. Nazal boşluğun muayenesinde herhangi bir kitle ve kronik enfeksiyona rastlanmadı.

Direkt ve sella grafisinde sella tabanı bozulmuş ve genişlemiş olarak görüldü. Bilgisayarlı Tomografide (BT) sfenoid sinüs ve sağ etmoidal sinüs hücrelerini tamamen dolduran, sella tabanını ekspanse eden ve bozan, yumuşak doku dansitesinde, kontrast tutmayan, düzgün kenarlı lezyon görüldü (Resim 1). Sfenoid etmoidal sinüs mukoseli ön tanısı ile yatırılan hasta transetmoidal yolla ameliyat edildi.



Resim 1 : Ameliyat öncesi BT

Etmoidal hücreler ameliyatla alındıktan sonra sfenoid etmoidal sinüs içini dolduran kistik yapıya ulaşıldı. Kist duvarı açılıp içindeki koyu mukus kıvamındaki yeşilimsi sıvı ve kist duvarı aspiratör ve spatül yardımıyla kolaylıkla çıkarıldı. Kistik yapı çıkarıldıktan sonra yapılan incelemede optik kanalın posteromedial duvarını yapan kemik yapının kistik yapı nedeniyle çok incelendiği ve optik kanala doğru itildiği görüldü. Optik kanala bası yaptığı düşünülen çok incelmış kemik yapı (lamina papyracea) çıkarıldı. Kistik yapının çıkarıldığı boşluk adale ve yağ dokusu ile dolduruldu. Patolojik tanı, dökümlü hücrelerin tam görülemediği kist duvarı şeklinde geldi (CTF patoloji prot No. 587/89). Ameliyat sonrası baş ağrıları belirgin ölçüde azalan hastanın 7. günde çekilen BT' sinde lezyon yerinde yağ dansitesinde hipodens alan görüldü (Resim 2). Dört ay sonra yapılan kontrolde pupillalar izokorik, bilateral direkt ve indirekt ışık refleksi (+), vizyon sağda 8/10, solda 10/10 görme alanı ise sağda sentral skotom dışında normal olarak bulundu. Fundoskopik muayenede sağda fundus soluk olarak değerlendirildi.



Resim 2 : Ameliyat sonrası 1. haftada çekilen BT

TARTIŞMA

Mukoseller en sık frontal ve anterior etmoidal sinüslerde görülür (5,7). Sfenoid sinüs mukoselleri seyrek, literatürde sadece 80 olgu bildirilmiştir (1,8). Posterior etmoid sinüs kaynaklı olanlar ise son derece nadirdir. Natvig ve Larsen (7) 112 paranasal sinüs mukoseli arasında posterior etmoid sinüs kaynaklı sadece bir olgu bildirmişlerdir. Buna karşılık Lloyd ve arkadaşları (4) 12 olguluk etmoidal mukosel serilerinde posterior etmoid kaynaklı mukosel rastlamadılar. Onlara göre posterior etmoid mukoseli sfenoid sinüs mukoselinden klinik ve radyolojik olarak ayırt edilemez. Diğer yazarlar posterior etmoid ve sfenoid sinüs kaynaklı mukoselleri birbirlerinden ayırt etmek zor olduğundan onları sfenoetmoid sinüs mukoselleri şeklinde ortak tanımlama altında toplamışlardır (5,9). Som ve Shugar (10) etmoidal mukoselin BT bulgularını gözden geçirerek, sfenoid sinüsten kaynaklanıp etmoid sinüse doğru genişleyen mukoselleri etmoid mukosellerin 3. tipi olarak tarif etmişlerdir.

Sunduğumuz olgu radyolojik olarak kanıtlayamamıza rağmen, klinik olarak literatürde tarif edilen posterior etmoidal sinüs mukoseline uymaktadır.

Mukosellerin klinik tabloları oldukça farklıdır. Burada klinik bulguların önemi büyüktür. Çoğu etmoid mukoseller (anterior ve orta gruplar) kendilerini medial kantal kitle, ağrı, proptozis ve diplopi ile belli ederler, hiçbirinde vizyon etkilenmez (4). Diğer yandan sfeno-etmoid veya daha doğrusu sfenoid sinüs mukoseli çoğunlukla "Orbital apeks sendromu"nu oluşturur ki bu da optik kanal ve superior orbital fissür içinden geçen damar ve sinirlerin tutulumu ile karakterizedir (1,5,8). Olgumuzda unilateral görme kaybı, sağda direkt ışık refleksinin tembel olması ve optik atrofi dışında bulgu saptanmadı. Proptozis ve ekstraoküler göz hareketlerinin tutulumu yoktu. Kli-

nik bulgular lezyonun optik kanal içinde veya optik sinirde olduğunu göstermektedir. Normal olarak optik kanalın medial duvarı sfenoid sinüsle çok yakından ilişkilidir. Eğer optik kanal uzun olursa posterior etmoid sinüslerle de ilişkili olabilir (6). Mikroanatomiy yönünden optik kanalın detaylı olarak incelendiği çalışmada Habal ve arkadaşları (2) posterior etmoid sinüslerin, çalışılan kadavraların %25'inde optik kanala çok yakın olarak komşu olduklarını göstermişlerdir. Bu nedenle optik kanalın posteromedial duvarını yapan çok ince lamina papyrycea, sfenoid ve posterior etmoid sinüslerden kaynaklanan genişleyen lezyonlar tarafından kolaylıkla optik kanala doğru itilebilir, sonuçta superior orbital fissürdeki diğer kranial sinirler etkilenmeden optik sinir lezyonları ortaya çıkar.

Olgumuzun BT'sinde sfenoid sinüsü tamamen dolduran, bir yandan öne posterior etmoid sinüsleri de içine alarak genişleyen öte yandan yukarıda sella tabanını bozan ve genişleten, düzgün kenarlı, kontrast tutmayan yumuşak doku dansitesindeki lezyon sfenoetmoid mukosel olarak tanımlandı. Mukoselin posterior etmoid sinüsü etkileyip de lamina papyryceayı optik kanal içine doğru itmesi sonucu olgumuzda görülen unilateral görme kaybı, direkt ışık refleksinin tembelliği, optik atrofi ve tipik BT bulgularından oluşan klinik tablo literatürde "izole optik kanal sendromu" olarak tarif edilmektedir (11).

Bizim olgumuzda klinik bulgular posterior etmoidal sinüs mukoselini, radyolojik bulgular ise sfenoetmoidal sinüs mukosel tanısını ön plana itmekte ise de, sfenoid sinüs mukoselinde klinik tabloda sıklıkla orbital apeks sendromunun görülmesi, buna karşılık olgumuzda izole optik sinir bulgularının saptanması nedeniyle biz, mukoselin posterior etmoid hücrelerinden kaynaklanıp, sfenoid sinüs içine girdiğini ve genişlediğini gözönüne alarak mukoselin posterior etmoidal sinüsten kaynaklandığını düşündük.

Cerrahi teknikle ilgili olarak transkranial, transetmoidal, transnazal varış yolları kullanılır. Sfenoid sinüs mukoseli için transnazal varış yolu eğer optik sinir basısı yoksa tercih edilir (1,8). Eğer görme azalması başlıca semptom ise transkranial varış yolu seçilmesi gerekir (1). Biz cerrahi teknik olarak mukosel boşluğunun transkranial varışla yeterli eksplore edilememesi, transnazal varışla da optik kanal dekompresyonunun zor olması nedeniyle transetmoidal yolu tercih ederek hem mukosel boşluğunu tamamen eksplore ettik, hem de optik kanalın çok inceliş posterior kısmındaki kemik lameli kaldırarak optik sinir dekompresyonunu sağladık.

Yazışma Adresi : Doç. Dr. Emin Özyurt
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Nöroşirürji A.B.D. Aksaray/İstanbul

KAYNAKLAR

1. Chan HJ, Kao LY, Lui CC: Mucocele of the sphenoid sinus with the apex orbitae syndrome. *Surg Neurol* 25:101-104, 1986
2. Habal MB, Maniscalco JE, Lineaweaver WC, et al: Microsurgical anatomy of the optic canal: Anatomical relations and exposure of the optic nerve. *Surg Form* 27:542-544, 1976
3. Hashim ASM, Asuakura T, Awa H, et al: Giant mucocele of paranasal sinuses. *Surg Neurol* 23:69-74, 1985
4. Lloyd GAS, Bartram CI, Stanley P: Ethmoid mucoceles. *Br J Radiol* 47:646-651, 1974
5. Lundgren A, Olin T: Muco-pyocel of the sphenoidal sinus or posterior ethmoidal cells with special reference to the apex orbitae syndrome. *Acta Otolarygol* 53:61-79, 1961
6. Mattox DE, Delaney RG: Anatomy of the ethmoid sinus. *Otolarygol Clin North Am* 18:3-14, 1985
7. Natvig K, Larsen TE: Mucocele of the paranasal sinuses. A retrospective clinical and histological study. *J Laryngol Otol* 92:1075-1082, 1978
8. Nugent GR, Sprinkle P, Bloor BM: Sphenoid sinus mucoceles. *J Neurosurg* 32:443-451, 1970
9. Roberson GH, Patterson AK, El Deeb, et al: Sphenoethmoidal mucocele: Radiographic diagnosis. *AJR* 127:595-599, 1976
10. Som PM, Shugar JMA: The CT classification of ethmoid mucoceles. *J Comput Assist Tomogr* 4: 199-203, 1980
11. Yue CP, Mann KS, Chan FL: Optic canal syndrome due to posterior ethmoid sinus mucocele. *J Neurosurg* 65:871-873, 1986