

Olgu Sunumu

Tek Taraflı Proptozise Sebep Olan Fronto-Etmoidal Mukoselin Tedavisi

Çağatay Çağlar*, Aydın Yıldız**, Tekin Yaşar***, Köksal Yuca****

Özet

Mukoseller, paranazal sinüslerin yavaş büyüyen ve lokal olarak agresif lezyonlarıdır. Lezyonun ilerleyici olarak büyümesi sinüsün ön ve arka duvarında destrüksiyona neden olur ve orbita gibi çevre anatomik yapılara doğru yayılır. Fronto-etmoidal mukoseller son evrelerde olan orbital yayılımla genellikle hastalarda baş ağrısı, retroorbital ağrı, çift görme ve görme bozukluğu yaparlar, bu yüzden sessiz bir klinik gidişe sahiptir. Mukoselin erken tanısıyla ciddi oküler komplikasyonlardan kaçınılabılır. Mukosellerin tedavisi fonksiyonel endoskopik cerrahi veya daha birçok radikal cerrahi yöntemleri içerir. Bu çalışmada, orbitaya doğru yayılım yapan enfekte mukoselle birlikte tek taraflı proptozis, diplopi ve görme kaybı mevcut olan 27 yaşında bir erkek hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: Mukosel, proptozis.

Mukoseller, sinüs mukozası ile döşeli, sekresyon ve deskuamasyon ürünlerinin birikmesi ile genişleyen sekretuar kistlerdir (1). Etyolojide sinüs ostiumunun tıkanması sonucu sinüsün havalanmasının bozulması rol oynar.

Genel olarak hastaların şikayetleri baş ve sinüs ağrısı, başta dolgunluk hissi, koku alamama ve burun tıkanıklığıdır. Bir sinüs patolojisi olmasına rağmen uzun süre asemptomatik kalıp sinsice orbitaya doğru büyüdüğü için gözle ilgili yakınmalara neden olabilir. Hastalar genelde geç dönemde doktora başvururlar (2). En sık gözlenen oküler şikayetler proptozis, derin orbital ağrı, çift görme ve görmeye dalgalanmadır (1). Bu olguyu sunmamızın amacı mukosel ve piyoselin oftalmolojik bulgularına vurgu yapmak ve tedavi yöntemini göstermektir.

Bu makale 42. Ulusal Oftalmoloji kongresinde (Belek, Antalya) poster olarak sunulmuştur.

*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği, VAN.

**Balıklı Göl Devlet Hastanesi Göz Kliniği, ŞANLIURFA.

***Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, VAN.

****Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, KONYA.

Yazışma Adresi: Dr. Çağatay ÇAĞLAR.

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği, VAN

doktorcagatay@gmail.com,

Tel: 535 2840345

Makalenin Geliş Tarihi:2.1.2011

Makalenin Kabul Tarihi:2.1.2012

Olgu Sunumu

Yirmi yedi yaşında erkek hasta acil servise 3 gündür sol gözde öne ve aşağı doğru itilme, görme azlığı, baş ve göz arkasında ağrı ve çift görme şikayetleriyle başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol gözde aşağı ve dışa doğru proptozis (Resim-1) ve üst göz kapağında eritem ve ödem izlendi.



Resim 1. Hastanın başvuru anındaki proptozisi

Göz hareketleri yukarıya bakış yönünde kısıtlı, diğer primer bakış yönlerinde serbest idi. Direkt ve indirekt ışık refleksleri her iki gözde normaldi. Sol göz görme keskinliği 0.4 idi. Sol göz biyomikroskopik muayenesinde konjonktival kemozis ve hiperemi gözlemlendi. Fundus muayenesi

doğaldı. Sağ göz muayenesi tabii idi. Hastanın lökosit $15.300/mm^3$, ateşi $38.8^{\circ}C$ idi. Klinik bulgulara göre öncelikli olarak 'orbital sellülit' tanısı konularak acilen göz kliniğine yatırıldı ve aşağı-dışa doğru olan proptozisi (Resim-2) nedeniyle orbita bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi.



Resim 2. Hastanın aşağı ve dışa doğru olan proptozisi

Orbita BT sonucu 'etmoid ve frontal sinüsü doldurup ekspansiyon eden, sol etmoid sinüs lateral duvarını destrükte eden, komşu yumuşak doku yüzeylerine yayılım gösteren, superiordan orbitaya bası yapan lobule konturlu nekrotik alanlar içeren enfekte mukoseli düşündürülen lezyon' olarak geldi. Enfekte mukosel tanısıyla takibe devam edilen hastada Kulak-Burun-Boğaz kliniğinin de önerisiyle başlanmış olan Seftriakson i.v. 1 g 2x1 ve Vankomisin i.v. 1 gr 2x1 tedavisine aynen devam edildi. Birinci haftada proptozis azalmış ve yukarıya bakış kısıtlılığı dışında diğer tüm muayene bulguları normale dönmüştü. Lökosit $10.100/mm^3$, ateş $36.8^{\circ}C$ idi. Kulak-Burun-Boğaz kliniğine devredilen hastaya 9. günde enfekte mukosel nedeniyle 'endoskopik etmoid ve frontal sinüs cerrahisi' uygulanarak sinüsler içerisindeki mukopürülan materyal temizlendi ve kist duvarı çıkartıldı. Cerrahi sırasında orbita üst duvarı destrükte izlendi. Enfekte materyalden alınan örneklerde üreme olmadı. Hastanın 3. hafta yapılan kontrolünde tüm oftalmolojik muayeneleri doğaldı.

Tartışma

Mukoseller, kronik enfeksiyon (kronik sinüzit), allerjik sinonazal hastalıklar, travma ve önceden geçirilmiş cerrahiye sekonder olarak oluşurlar (1, 3). Bizim olgumuzun anamnezinde de kronik sinüzit varlığını düşündürülen bulgular mevcuttu. Mukosel enfekte olursa piyosel adını alır. Mukosel ve piyosel benzer göz yakınmalarına

neden olurlar. Sunulan olguda da hem orbital BT hem de cerrahi sırasında teyid edildiği üzere kist içeriği pürülan mayii ile dolu izlendi.

Mukoselin ayırıcı tanısında orbital sellülit, tiroid orbitopati, orbital psödötümör, benign veya malign tümörler, ensefalosel veya meningosel düşünülebilir (2, 4, 5).

Mukosel ve piyosel en sık olarak bizim olgumuzda da olduğu gibi frontal ve etmoid sinüste ya da her ikisinde beraber bulunur. Etmoid sinüse yayılım genelde frontal sinüsten olur ve her iki durumda da benzer klinik bulgular oluşur (6). Fronto-etmoidal mukosel formasyonu orbitaya invaze olursa ilk belirtisi; supraorbital bölgede devamlı veya zaman zaman ortaya çıkan ağrıdır. Hem frontal hem etmoid mukoselinde orbita muhteviyatı aşağı ve yana doğru yer değiştirerek proptozis ve beraberinde diplopi meydana getirir. Diplopi devamlı ya da intermittan tarzda olabilir. Erken fazda, palpasyonla orbita tavanında hassasiyet vardır. Görme azlığı, göz hareketlerinde kısıtlılık, göz kapağında şişme, epifora, ekzotropya, göz içi basınç artışı, optik nöropati, kronik konjonktivit diğer göz bulgularıdır (1, 7, 8). Maksiller sinüs mukoselleri inferior orbitaya uzanarak proptosis, infraorbital sinir basısı ve kemik erozyonuna yol açarak enoftalmus yapabilir (9). Sfenoid mukoseller asemptomatik uzun bir dönemden sonra optik kiazma ve optik kanala bitişik olduğundan retroorbital ağrı ve kranyal sinir felçlerine neden olabilirlerken bu tür olgularda proptozis nadirdir (10, 12). Bizim olgumuzda da frontal ve etmoid sinüs kaynaklı mukosel enfekte olarak piyosel meydana gelmiş ve her iki sinüsün piyoselinin karakteristik özelliği olarak göz küresi aşağı ve dışa doğru yer değiştirmişti. Hasta retroorbital ağrıyla birlikte baş ağrısı tarifliyordu. Göz hareketleri kısıtlı ve çift görme şikayeti mevcuttu. Hastanın sadece 3 günlük bir hikayesi vardı ve daha önce herhangi bir oküler şikayeti olmamıştı. Normal şartlarda proptozisli bir hastada görüntüleme yöntemleri ilk istenecek tetkik olmamasına rağmen, hastada proptozisin aşağı ve dışa doğru olmasının düşündürdüğü olası kitlesel nedenler ve 3 gün önce başlayan ani şikayetler olduğu için orbita görüntülemesi istendi. Görüntülemeye ilk tercih edilen yöntem BT olmalıdır. Orbital BT kemik yapıların sınırlarını net olarak ortaya koyar ve daha önceki cerrahi girişimlere bağlı değişikliğe uğrayan yapıları ve kronik enflamasyonu gösterir. Manyetik rezonans görüntüleme, mukoselin neoplazmdan ayırıcı tanısını yapmada yardımcıdır (4, 11).

Mukosel ve piyoselin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedaviden önce hastalara geniş

spektrumlu intravenöz antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Biz de başlangıçtaki orbital sellülit tanımız nedeniyle başladığımız Seftriakson 1 gr i.v. 3x1 ve Vankomisin 1 gr i.v.2x1 antibiyotik tedavisini orbital BT sonucunu gördükten sonra da 1 hafta sürdürdük. Hastalarda cerrahi tedavi olarak endoskopik sinüs cerrahisi ile mukoselin kist duvarıyla birlikte eksizyonu uygulanır (12). Optik sinir bası bulguları varsa optik sinir dekompresyonu yapılmalıdır. Cerrahi müdahalenin erken yapılması bu hastalarda son derece önemlidir. Eğer cerrahi tedavi gecikirse optik sinire bası yüzünden geri dönüşsüz görme kaybına yol açabilecek komplikasyonlara yol açabilir.

Hastamızda piyosele neden olan etkenin üretilmemesini uzun süreden beri aldığı antibiyotik tedavisine bağladık. Operasyon sırasında kist içeriğinin mukopürülan olması enfeksiyona neden olan mükroorganizmanın kültürde üretilmemesine rağmen mukoselin enfekte olarak piyosele dönüştüğünün göstergesidir.

Bu hastalarda ilk şikayetler oftalmolojiyi ilgilendirebileceğinden hastalar ilk olarak göz doktoruna başvurabilirler. Yukarıda belirtilen oküler semptomlar yanında; burun tıkanıklığı, yanakta şişlik gibi oküler olmayan şikayetlerle birlikte travma, geçirilmiş cerrahi ve kronik sinüzit gibi bir öykü mevcutsa hastaya hemen güçlü intravenöz antibiyotik tedavisi başlanıp acilen orbital BT tetkiki yapılmalıdır. Mukosel ya da piyosel kanıtlandığında gecikmeden cerrahi müdahale bir Kulak-Burun-Boğaz uzmanı tarafından yapılmalıdır.

The Treatment of Fronto-Ethmoidal Mucocoele Causing Unilateral Proptosis

Abstract

Mucocoeles are slow-growing and locally aggressive lesions of the paranasal sinuses. A progressively enlarging lesion results in destruction of the anterior and posterior wall of the sinus and extends to the surrounding anatomic structures such as orbita. Fronto-ethmoidal mucocoeles have a silent clinical course so the patients usually present with headache, retroorbital pain, diplopia and visual disturbance with the orbital extension at the end stages. Early diagnosis of the mucocoele may avoid serious ocular complications. Management of mucocoeles includes functional endoscopic surgery or more radical surgical methods. In this study, we described a 27-

year-old man who presented with unilateral proptosis, diplopia and vision loss, with an infected mucocoele that extended to the orbit.

Key words: Mucocoele, Proptosis

Kaynaklar

1. Peng KL, Tsai CC, Kau HC, Kao SC, Hsu WM. Giant mucocoele masquerading as chronic unilateral conjunctivitis. Eye (Lond) 2003; 17:454-456.
2. Weitzel EL, Hollier LH, Calzada G, Manolidis S. Single stage management of complex fronto-orbital mucocoeles. J Craniofac Surg 2002; 13:739-744.
3. Nuhoglu Y, İşcan M, Nuhoglu Ç, Sırlıoğlu E, Özçay S. Kronik Rinit ve Rekürren Sinüziti Olan Astımlı Çocuklarda Nazal ve Paranazal Sinüs Tomografisi Bulguları. T Klin Allerji Astım 2001; 3:18-22.
4. Soysal HG, Çetin O. Orbita Tutulumu Gösteren Burun ve Paranazal Sinüs Tümörleri. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2009; 18:13-19.
5. Günalp İ, Gündüz K. Histopatolojik Tanıya Göre Orbita Kitlelerinin İnsidansı ve Sınıflandırılması. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 1994; 3:15-23.
6. Uzun L, Kalaycı M, Uğurbas H, Çağavi F, Açıkgoz B. Komplike fronto-orbital mukosel olgusu. KBB ve BBC dergisi 2004; 12:11-15.
7. Chandra A, Lim M, Scott E, Morsman D. Frontoethmoidal mucocoele associated with bilateral increased intraocular pressure and proptosis. Can J Ophthalmol 2007; 42:143-144.
8. Ologe FE, Odebode TO, Owoye JF, Eletta PA. Ophthalmic manifestations of fronto-ethmoidal mucocoeles: a report of five cases. Afr J Med Med Sci 2003; 32:209-214.
9. Ormerod LD, Weber AL, Rauch SD, Feldon SE. Ophthalmic manifestations of maxillary sinus mucocoeles. Ophthalmology 1987; 94:1013-1019.
10. Ural A, Kutluhan A, Berçin S, Bozdemir K. Sfenoid sinüs mukoseline ikincil abducens sinir paralizisi. Kbb-Forum 2006; 5:94-96.
11. Muneer A, Jones NS. Unilateral abducens nerve palsy: a presenting sign of sphenoid sinus mucocoeles. J Laryngol Otol 1997; 111:644-646.
12. Uzun KH, İleri F, Akman E, Erkam Ü. Frontoetmoid mukosellerde endoskopik yaklaşım. KBB ve Bas Boyun Cerrahisi Dergisi 1996; 4:39-43.