

İZOLE PARANAZAL SİNÜS MİÇETOMASI: İKİ OLGU ÜZERİNE TARTIŞMA

Isolated Paranasal Sinus Mycetoma: Review of Two Cases

Setaç Düzer¹, Abdulvahap Akyiğit¹, Günay Yaşar², Cahit Polat¹, Hasan Çetiner¹, Öner Sakallıoğlu¹

¹Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, ELAZIĞ

²Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, ELAZIĞ

ÖZET

Paranasal sinüslerde enfeksiyona neden olan en sık fungal etken aspergillustur. Bu tipteki enfeksiyonda en sık maksiller sinüs tutulur. Ancak sfenoid sinüste nadiren görülür. İzole sfenoid sinüs lezyonları yaygın değildir ve non-spesifik şikayetlerle başvururlar. Klinik olarak non-invaziv sinüzitler allerjik fungal sinüzit veya mantar topu (miçetom) olarak görülebilir. Mantar topları tek sinüste yerleşir ve kronik sinüzit semptomlarını taklit ederler. Bizim vakalarımızın biri maksiller sinüs diğeri sfenoid sinüste izole olarak yerleşmiş olan iki adet miçetoma vakasıydı. Vakalarımıza endoskopik sinüs cerrahisi uyguladık. Ve takiplerinde herhangi bir sıkıntıyla karşılaşmadık. Biz bu makalede nadir görülen bu vakalara yaklaşımımızı benzer makalelerle birlikte tartıştık.

Anahtar kelimeler: Paranasal, sinüs, miçetoma, sfenoid.

ABSTRACT

The most frequent fungal agent causes to paranasal sinus infection is aspergillus. This type infection mostly involves maxillary sinus, but sphenoid sinus rarely involves. Isolated sphenoid sinus lesions are an uncommon entity and cause the non-specific complaints. Clinically, non-invasiv sinusitis can occur as allergic fungal sinusitis or fungus balls (mycetoma). Fungus balls are seen in one sinus and represent mimicking the symptoms of chronic sinusitis. We reported two mycetoma cases which one was isolated in maxillary sinus and other one was isolated in sphenoid sinus. We performed endoscopic sinus surgery in our cases and we encountered no problem in postoperative term. We discussed our approaches to rarely seen mycetoma cases with the literature.

Key words: Paranasal, sinus, mycetoma, sphenoid.

GİRİŞ

Paranasal sinüsün aspergillus enfeksiyonları sıklıkla tek sinüste ve genellikle maksiller sinüste görülmekte, bunu ikinci sıklıkla sfenoid sinüs takip etmektedir (1). Sfenoid sinüsün izole patolojileri bütün sinüs patolojilerinin %1-2'sini teşkil etmektedir. Sfenoid sinüs izole yerleşimi ve zor ulaşılan anatomik özelliklerinden dolayı sıklıkla ihmal edilmektedir (2). 13 adet önemli nöral ve vasküler yapıyla sfenoid sinüs yakın ilişki içindedir (3). Bu yüzden, sfenoid sinüsle ilgili bir patolojide tanı ve tedavideki bir gecikme özellikle immün yetmezlikli hastalarda ciddi sekellerle sonuçlanabilir. İzole sfenoid sinüs hastalıklarında belirtilerin nonspesifik olması nedeniyle tanı koymada zorluklar yaşanabilir (4). %80'e varan oranda baş ağrısına ilaveten pürülan rinore, retrofarengeal akıntı, nazal obstrüksiyon, görme bozuklukları ve sinir defisitleri inflamatuvar veya neoplastik sfenoid sinüs patolojilerine eşlik edebilir (3, 4). Biz bu makalede izole paranasal sinüs patolojisi olan iki vakanın tanı ve tedavisini tartıştık.

OLGU SUNUMU

Birinci vakamız sol yanağa vuran retroorbital baş ağrısı ve seröz akıntı şikayetleri ile kulak burun boğaz kliniğine başvuran 67 yaşında erkek hastaydı. Hikayesinde bu şikayetlerinin bir yıldan fazladır olduğunu, birkaç kez hekime başvuruda bulunduğunu belirtti. Hasta bu süre zarfında birkaç kez antibiyotik, antienflamatuvar tedavi aldığını daha sonradan ise alerjik rinit ön tanısı ile antihistaminik ve lokal steroid spreyle kullandığını söyledi. Hastanın özgeçmişinde bir özellik yoktu.

Hastanın fizik muayenesinde nazal pasajlar açık, mukozalar hafif soluktu ve seröz sekresyon

vardı. Endoskopik bakıda genel muayeneye ek olarak sol sfenoetmoid bölgede minimal polipoid yapılar saptandı. Bunun üzerine hastaya paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi(BT) çekilmesine karar verildi. Hastanın paranasal sinüs BT görüntülemesi sol sfenoid sinüsü dolduran patoloji dışında doğaldı(Şekil1A,B). Bunun üzerine hastaya endoskopik sinüs cerrahisi planlandı.

Hastaya genel anestezi altında sol endoskopik sfenoid sinüs cerrahisi uygulandı. Cerrahi sırasında dekonjestan uygulanması sonrasında sfenoid sinüs ostium hizasındaki polipler alındı. Bu sırada sinüs ostiumundan mukoid sekresyon gelişi görüldü. Ostium genişletildiğinde sinüs içerisinde kahverengi beyaz görünümde mantar topunu andıran kitleyle karşılaşıldı(Şekil 2). Patoloji sfenoid sinüsten tamamen temizlendi. Buradan alınan örneklerin patolojik incelemesinde Gomori Methenamine Silver; Roche ventana, Tucson, Arizona, USA boyamada septasyon ve dallanmalar gösteren fungal hifalar içerdiği gözlendi (Şekil 3A). Ve Periodic Asit Shift; Roche ventana, Tucson, Arizona, USA boyama pozitif. Bu bulguların aspergillus ile uyumlu olduğu rapor edildi.

Diğer vakamız ise 52 yaşında kadın hastaydı. Hastanın sağ yanakta üst dişlere yansıyan ağrı ve burun akıntısı şikayeti vardı. Hastanın yapılan muayenesinde sağ orta meada ödem ve düzensiz görünümlü polip benzeri yapı mevcuttu. Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde sağ maksiller sinüsü dolduran yer yer kalsifikasyon içeren kitle görüldü(Şekil 4A). Ayrıca çekilen manyetik rezonans görüntüleme kontrastlı T1 görüntüde çevresel kontrastlanması olan enflamatuvar patoloji düşünüldü (Şekil 4B). Hastaya endoskopik olarak sağda unsinektomi sonrası orta meadaki patolojik dokular alınarak

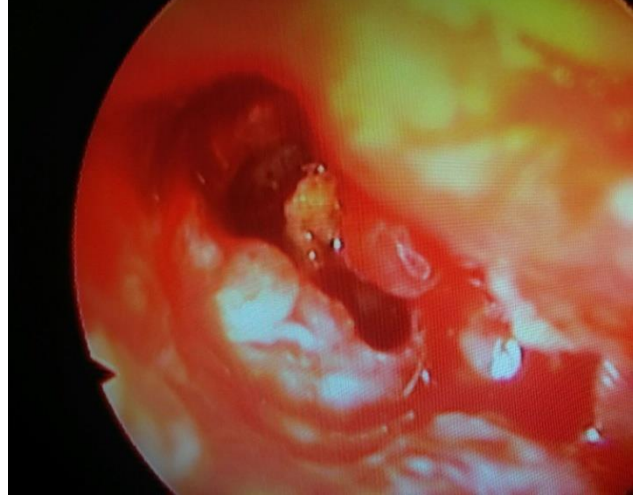
maksiller sinüs ostiumu genişletildi. Sinüs içeriği temizlenerek spesmen patolojik incelemeye yollandı. Spesmenin yapılan patolojik incelemesinde aspergillus miçetoması için patognomonik fruiting head görünümü saptandı (Şekil 3B).

Operasyon sırasında hastalarda minimal kanama nedeniyle tampon gereksinimi duyulmadı. Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların semptomlarında belirgin bir düzelme oldu. 1. vakamızın postoperatif üçüncü aydaki endoskopik sfenoid sinüs görüntüsünde sfenoid ostiumu yeterli genişlikte ve sinüs içi mukozası doğaldı. 2. vakamızın ise 1. yıldaki endoskopik muayenesinde sinüs ostiumu yeterli genişlikte ve sinüs içi mukozası doğaldı.

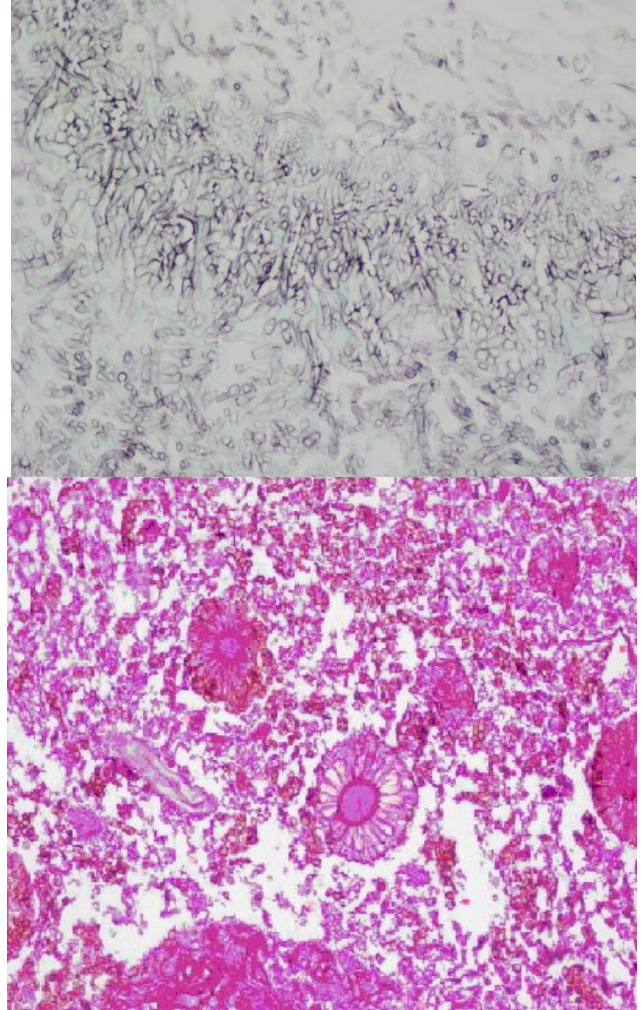
Şekil 1. A,B: Axial ve sagittal kesit paranasal bilgisayarlı tomografide izole sfenoid sinüs patolojisi görülmekte.



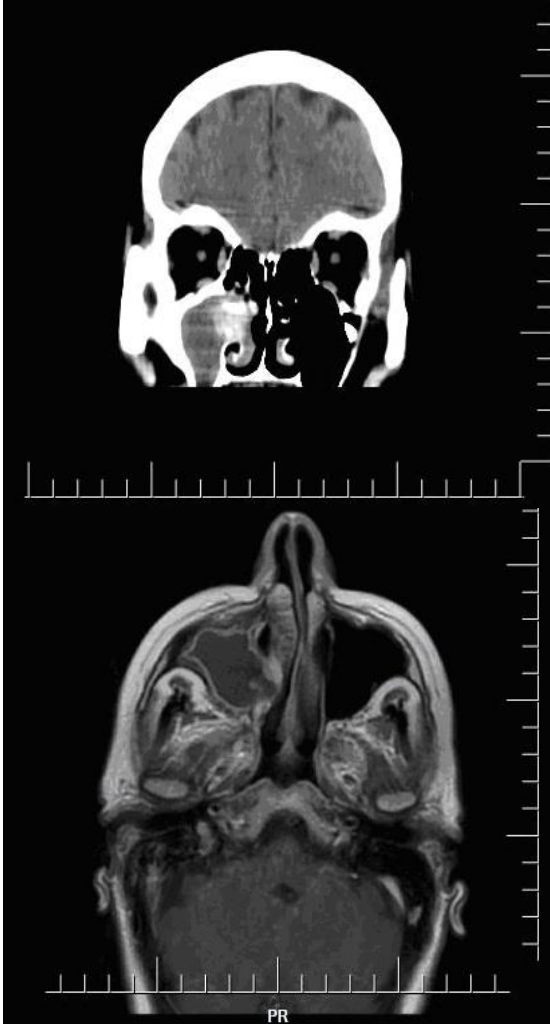
Şekil 2. Sfenoid sinüs ostiumu açıldığında görülen mantar topu.



Şekil 3. A,B: Septasyon ve dallanmalar gösteren fungal hifa görünümü. Patognomonik fruiting head görünümü.



Şekil 4. A,B: Bilgisayarlı tomografide sağ maksiller sinüs içini dolduran patoloji görülmekte. Kontrastlı T1 MR görüntüsünde çevresel kontrastlanması olan patoloji görülmekte.



TARTIŞMA

Paranasal sinüslerin fungus enfeksiyonları nadir görülmekte olup son yıllarda rapor edilen vaka sayısında artma gözlenmektedir. İzole sfenoid sinüs hastalıkları genellikle gizli başlangıçlı ve nonspesifik semptomlarla gelmektedir. Aynı zamanda sfenoid sinüsü etkileyen değişik patolojiler benzer semptomları paylaşabilirler. Baş ağrısı en sık semptomken beraberinde pürülan nazal-nazofarengeal akıntı

eklenebileceği gibi, bizim birinci vakamızda görüldüğü üzere seröz akıntı ve burun kaşınması gibi semptomlarla da gelebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Sfenoid sinüs patolojisinde tanı; hikaye, fizik-endoskopik muayene ve radyolojik görüntülemeye dayalıdır. Endoskopik nazal muayenede sfenoetmoid reses bölgesinde kompleks bulgular saptanabilir. Yapılan bir çalışmada normal görünümlü sfenoetmoid resesin, sfenoid sinüs patolojisini dışlanmaması gerektiğini vurgulamıştır. BT ve manyetik rezonans görüntüleme teknolojisindeki ilerlemelerle izole sfenoid sinüs patolojisinin tanısında artma saptanmıştır (3, 4).

Paranasal sinüslerde fungal enfeksiyon nadir görülmektedir. Fungal sinüzitler; alerjik fungal sinüzit, miçetoma(mantar topu), akut fulminan form ve kronik invaziv form olmak üzere dört tipte sınıflandırılmaktadır. Bu dört tip fungal sinüzitten ilk ikisi noninvaziv iken, son ikisi invaziv olup hızla ilerler ve ciddi hastalık tabloları oluşturur (5-7). Yapılan bir çalışmada 27 vakalık fungal sinüzit serisinde 11 mantar topu, dokuz alerjik fungal sinüzit, üç akut fulminan sinüzit ve iki adet kronik invaziv form saptanırken iki vakada herhangi bir gruba dahil edilememiştir (8).

Paranasal sinüslerin aspergillozisi immünokompetent kişilerde şiddetli semptomlara yol açmazken, immün sistemi zayıflatan ek sistemik hastalık mevcudiyetinde hastalığın kliniği ağır seyretmektedir(9).

Sfenoid sinüs cerrahisinde cerrahi teknik olarak endoskopik transnazal yaklaşım, endoskopik transeptal ve endoskopik transpterigoid yaklaşımlar vakaya göre tercih edilebilir. Son iki yaklaşım neoplazm şüphesinde geniş ekspojuz sağlamak için kullanılabilir. Endoskopik transnazal yaklaşım genellikle tercih edilir.

Transnazal yaklaşım orta meatustan komplet etmoidektomiye takiben veya koananın 1-1,5 cm üzerinde direk yaklaşımla ostium saptanarakta yapılabilir. Transnazal teknikte kullanılan direk yaklaşım en güvenli cerrahiye sağlamaktadır(10). Endoskopik cerrahiye alternatif olarak cerrahi mikroskopun başarılı kullanımı rapor edilmiştir (11).

İzole paranasal sinüs patolojilerinin klinik prezentasyonu sıklıkla nonspesifiktir. Uzun süreli baş ağrısıyla birlikte ek nazal, nazofarengeal ve orbital semptomlar mevcut olduğunda fungal sinüzitler ön tanılar arasında düşünülmelidir. Öncelikli olarak şüpheli yaklaşım, nazal endoskopik muayene ve radyolojik değerlendirme paranasal sinüslerdeki izole patolojilerin erken tanınmasına yardımcı olur. Ve özellikle immün yetmezlikli bireylerde hızlı tanı ve tedavi invaziv fungal sinüzitlerde ölümcül sonuçlardan kaçınılmasını sağlayabilir. Cerrahi tedavi, endoskopik tekniklerdeki çeşitli yaklaşımlarla başarılı bir şekilde ve güvenle yapılabilir.

REFERANSLAR

1. Chao TK. Triple discrete fungus balls of the paranasal sinuses. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Dec;131(6):1014-5.
2. Grillone G, Kasznica P. Isolated sphenoid sinus disease. *Otolaryngol Clin North Am* 2004;37(2):435-451.
3. Nour YA, Al-Madani A, El-Daly A, Gaafar A. Isolated sphenoid sinus pathology: spectrum of diagnostic and treatment modalities. *Auris Nasus Larynx.* 2008 Dec;35(4):500-8.
4. Sethi DS. Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999 May;120(5):730-6.
5. Blitzer A, Lawson W. Fungal infections of the nose and paranasal sinuses. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;26(6):1007-35.
6. Houser S, Corey J. Allergic fungal rhinosinusitis: pathophysiology, epidemiology, and diagnosis. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33(2):399-409.
7. Schell W. Histopathology of fungal rhinosinusitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33(2):251-76.
8. Karci B, Burhanoglu D, Erdem T, Hilmioğlu S, İnci R, Veral A. Fungal infections of the paranasal sinuses. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2001;122(1):31-5.
9. Chopra H, Dua K, Malhotra V, Gupta RP, Puri H. Invasive fungal sinusitis of isolated sphenoid sinus in immunocompetent subjects. *Mycoses.* 2006 Jan;49(1):30-6.
10. Socher JA, Cassano M, Filheiro CA, Cassano P, Felippu A. Diagnosis and treatment of isolated sphenoid sinus disease: a review of 109 cases. *Acta Otolaryngol.* 2008 Sep;128(9):1004-10.
11. Karatzanis AD, Prokopakis EP, Chatzakis NS, Bourolias C, Vardouniotis A, Velegrakis GA. Microscopic endonasal surgery of nasal and paranasal cavities. *Auris Nasus Larynx.* 2008 Dec;35(4):509-14.