

## SFENOİD SİNÜS MUKOSELİ

CANBAZ B, AKAR Z, KEPOĞLU Ü, ÖZCİNAR G, SAYIN E

İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROŞİRÜRJİ ANABİLİM DALI

Sfenoid sinüs kaynaklı mukoseller oldukça nadir görülmekle beraber intrakranial uzanım gösterenleri literatürde az sayıda bildirilmiştir.

Bu olgu sunumunda intrakranial yayılım gösteren, baş ağrısı, vizyon kaybı ve yüzde uyuşukluğa neden olan sfenoid sinüs mukoseli incelenmiştir. Olgu klinik, radyolojik ve operasyon tekniği açısından literatür ışığında tartışılmıştır.

## SFENOİD SINÜS MUKOSELİ (OLGU SUNUMU)

### GİRİŞ

Sfenoid sinüs mukoseli nadir görülen bir patoloji olup 1986 yılına kadar literatürde 82 olgu bildirilmiştir (2). İlk kez 1889 da Berg tarafından tanımlanan ve kesin etyolojisi bilinmeyen bu patolojilere, gerçekte KBB uzmanlarını ilgilendirmelerine rağmen baş ağrısı, görme bozukluğuna yol açabilmeleri nedeni ile pitüiter adenom sanılarak bazen beyin cerrahları tarafından müdahale edilmektedir.

Bu yazında ; sfenoid sinüsü destrükte ederek orbita apexine uzanan bir sfenoid sinüs mukoseli olgusu literatür bilgisi ile kıyaslanarak tartışılmıştır.

### OLGU SUNUMU

Olgumuz 47 yaşında erkek, 10 yıldır baş ağrısı yakınıması mevcut. 15 yıl önce septum deviasyonu, 10 ve 4 yıl önce maksiller sinüzit nedeni ile opere edilmiş. Baş ağrısı 4 aydır başının sağ tarafına lokalize hale gelmiş ve şiddetinde artma olmuş. 20 gündürde sağ gözünde görme azalması ve sağ yüz yarısında uyuşukluk ortaya çıkmış.

Yapılan muayenesinde: Vizyon sağ gözde 1m den parmak sayabilecek durumda, pupillalar izokorik, direk ışık refleksi alınamıyor, konsensüel ise mevcut. Fundus oküler muayenesinde pirimer optik atrofi saptandı. Sol göz muayenesi tamamen normal olarak değerlendirildi. Ayrıca sağ tarafta 5. kranial sinirin oftalmik ve maksiller alanlarında hipoestезi, kornea refleksinde azalma tespit edildi.

Sella grafisinde sellada genişleme ve tabanında destrüksiyon mevcuttu. BT de sfenoid sinüsü tamamen dolduran, sella tabanını genişleterek destrükte eden yumuşak doku yoğunluğunda, kontrast madde tutulumu olmayan düzgün kenarlı kitle görüldü.

MRI da ise; sfenoid sinüs tabanını, sella tabanını, klivus ve planum sfenoidaleyi erode eden ve prepontin sisterna, sağ optik kanal, intrasellar bölge, arka etmoidal sellüler ve sağda daha fazla olmak üzere her iki orbita medialine bastırın, nazfarinxı daraltan iyi sınırlı kitle saptandı. Ti ağırlıklı kesitlerde sadece alt bölgelerde hafif hiperintens görünüm olmasına rağmen TE ağırlıklı kesitlerde hiperintens sinyal vermektedir.

Hasta sfenoid sinüs mukoseli tanısıyla operasyona alınarak sublabial transmaksiller yolla lezyona ulaşıldı, cidar açıldığınday koyu muküs kıvamında yeşilimsi sıvı ile karşılaşarak aspire edildi. Sfenoid sinüs üst duvarının solda destrükted olduğu sağda ise tamamen ortadan kalktığı görüldü. Ayrıca sağ optik kanalın posteromedialinde optik sinire bası yapan lamina paprycea sıkartıldı.

Postoperatif baş ağrısı ortadan kalkan hastanın 7. günde görme keskinliği 1/10 olarak tespit edildi.

## TARTIŞMA

Sfenoid sinüs mukoselleri oldukça nadir görülen patolojiler olup kesin etyolojileri bilmemektedir. Sinüs ostiumunun enfeksiyon sonucu bloke olması sonucu ortaya çıkan bir retansiyon kisti olduğu ileri sürülmektedir. Ancak tıkalı ostium her zaman mukosele neden olmamaktadır (5). Bir başka görüşe göre sinüsler epitelial tabakasının mukus glandlarının kistik dilatasyonuya içinde mevcut poliplerin kistik degenerasyonu ile ortaya çıkar (6).

Sfenoid sinüs mukoselleri genellikle optik kanal ve superior orbital fissür içersinden geçen damar ve sinirlere bası yaparak apex orbita sendromu olarak adlandırılan tablonun ortaya çıkmasına neden olurlar (1-2-4-6). Bizim olgumuzdada unilateral vizyon kaybı, direkt ışık refleksinin alınamaması, optik atrofi ve aynı tarafta kornea reflexi kaybı tespit edilen pozitif bulgulardı.

BT de lezyon genellikle sinüs içini tamamen doldurması, iyi sınırlı, yumuşak doku yoğunlığında olması (izodens veya hafif hiperdens) ve kontrast madde tutmaması sebebiyle kolaylıkla teşhis edilebilir (1-2-3). Olgumuzdaki BT bulguları literatürle tamamer uygunluk göstermektedir.

Sfenoid sinüs mukosellerinde çeşitli cerrahi girişim yolla denenmiş olmakla beraber transnazal operasyon uygun yaklaşım şek olarak önerilmektedir ve bu yöntemle intrakranial enfeksiyon riski oldukça azdır(2-6). Kraniotomi ile yaklaşım enfeksiyonlarından oldukça risklidir ve tercih edilmemelidir.

#### REFERANSLAR

- 1- Chung PY, Kirpal SM, Fu LC: Optic canal syndrome due to posterior ethmoid sinus mucocele. J Neurosurg 65:871-873, 1986
- 2- Chen HJ, Kao LY, Lui CC: Mucocele of the sphenoid sinus with the apex orbitae syndrome. Surg Neurol 25:101-104, 1986
- 3- Gore RM, Weinberg P, Kim KS, Ramsey RG: Sphenoid sinus mucocele presenting as intracranial masses on computed tomography. Surg Neurol 13:375-379, 1980
- 4- Lundgren A, Olin T: Muco-pyocoele of the sphenoidal sinus and posterior ethmoidal cells with special reference to the apex orbitae syndrome. Acta Otolaryngol 53:61-79, 1961
- 5- Neffson AH: Mucocele of sphenoid sinus. Archs Otolaryngol 66:157, 1957
- 6- Nugent GR, Sprinkle F, Bloor BM: Sphenoid sinus mucoceles. J Neurosurg 32:443-451, 1970

