

FRONTOETMOİD MUKOSELLERDE ENDOSKOPIK YAKLAŞIM⁽⁺⁾

ENDOSCOPIC APPROACH IN FRONTOETHMOID MUCOCELES

Dr. K. Halit UZUN (*), Dr. Fikret İLERİ (**),
Dr. Ercüment AKMAN (*), Dr. Ünsal ERKAM(*)

ÖZET: Paranasal sinüs mukoselleri yakın bir zamana kadar sadece eksternal ve radikal girişimlerle tedavi edilmekteydi. Bu cerrahi girişimlerin dezavantajları, cerrahi morbiditenin yüksek olması, postoperatif skar dokusu fazlalığı, kozmetik kusurlar ve en önemlisi obliterasyon ameliyatlarından sonra oluşan nükslerin radyolojik tanı zorluğu ve bunun yaratacağı problemlerdir. Endoskopik girişimlerle bu dezavantajlar ortadan kaldırılabilir. Bu çalışmada endoskopik girişimlerle tedavi edilen oniki frontoetmoid kökenli paranasal sinüs mukoseli olgusuna ait sonuçlar sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Paranasal sinüs mukoseli, endoskopik girişim

SUMMARY: Paranasal sinus mucocelles were treated only by external and radical surgical procedures until recently. The disadvantages of the external and radical procedures are high morbidity, excessive postoperative scar tissue formation, cosmetic failures and perhaps most of all, the difficulties in the radiologic diagnosis of the recurrences particularly after obliteration cases. By approaching endoscopically these disadvantages could easily be eliminated. In this report the results of twelve paranasal sinus mucocelle cases of frontoethmoid origine are presented.

Key Words: Paranasal sinus mucocelles, endoscopic approach.

GİRİŞ

Mukosel tanısı ilk kez 1896 da Rollet tarafından yapılmış olup, 1901 de ise Onodi ilk histopatolojik görüntüleri tarif etmiştir. Günümüze kadar geçen süre içinde bu lezyonların etyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Tedavi için çeşitli konservatif ve radikal girişimler önerilmiş ise de cerrahi sonrası operasyon sahasının yeterince görüntülenememesi, mukoselin yeniden oluşmasının yavaş olması ve obliteratif girişlerden sonra ilgili sinüsün radyolojik olarak görüntülenme zorluğu nedeniyle cerrahi sonuçların kesin değerlendirilmesi yapılamamıştır (1,2,4,5)

Mukoseller her iki cinste eşit görülür ve en çok frontal sinüsde oluşur. Semptomlar tutulan sinüse bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Frontal sinüs mukosellerinde sıklıkla propitosis ile birlikte frontal başağrısı vardır ve göz küresinin aşağı-dışa iletilmesi diplopiye sebep olur. Diğer taraftan etmoid ve sfenoid sinüs mukoselleri daha sinsi seyreder. Oksipital ve verteks baş ağrıları, derin nazal ağrı, diplopi, görme alanı bozuklukları ve glob deplasmanı gibi göz bulguları birlikte olabilir. 2. -6. kafa çifti ve hipofiz tutulumları nadir olmakla birlikte görülebilir (1).

Tanıda BT ve MRI kullanılır. Tedavi cerrahidir. Etmoid ve sfenoid sinüs mukoselleri sıklıkla marsupializasyonla, frontal sinüs mukoselleri ise hem marsupializasyon hem de daha radikal girişimlerle tedavi edilir. Fistüllü olgularda ve osteomyelit ve intrakraniyel enfeksiyon varlığında ise radikal girişimler endikedir (1,3).

Radikal girişimler arasında Riedel, MacBeth, Bergera ve Lyneh-Howarth girişimleri sayılabilir. Bu arada tartışılan bir konuda mukosel duvarının çıkarılıp çıkarılmamasıdır. Birçok araştırmacı mukosel duvarının oluşan kavite için ideal bir örtü olduğunu ileri sürmekte ve çıkarılmamasını savunmaktadır (1).

Endoskopik girişimler mukosellere lokal anestezi altında ve çok düşük bir morbidite ile müdahale edilmesine olanak verir. Hastaların çoğunun yatırılmasına dahi gerek kalmaz. Normal mukoza ve anatomik yapılar korunur. Operasyon sahası ile ilgili sinüs gerek ameliyat sırasında gerekse de postoperatif dönemde direkt olarak görüntülenebilir (1,2,4,5).

Bu çalışmada SSK Ankara Hastanesi 2. KBB Kliniğinde endoskopik girişimlerle tedavi edilen oniki frontoetmoid kökenli paranasal sinüs mukoseli olgusuna ait sonuçlar bildirilmiştir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışmayı SSK Ankara Hastanesi 2. KBB Kliniği Endoskopik Sinüs Cerrahisi Ünitesinde 1991 Aralık ve 1995 Eylül arasında endoskopik yolla müdahale edilen oniki hasta oluşturmaktadır. Hastalara önce diagnostik nazal endoskopi yapılmış ve bunu takiben de Paranasal Sinüs Coronal BT çekilmiştir. Hastalara endoskopik yolla Messerklinger Tekniği prensiplerine göre müdahale edilmiştir (4). 9 yaşındaki bir hasta hariç lokal anestezi kullanılmıştır. Yine bu hasta hariç tüm hastalar ameliyat gününde evlerine gönderilmiştir. Hastaların postoperatif pansumanları uygun aralıklarla yapılmış, kontrol BT leri çekilmiştir. Hastalar 23 ay ile 4 yıl arasında değişen sürelerde kontrol edilmişlerdir.

(+) Çalışma SSK Ankara Hastanesi 2. KBB Kliniğinde yapılmıştır.

(*) SSK Ankara Hastanesi 2. KBB Kliniği

(**) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Kliniği ANKARA

SONUÇLAR

Çalışmayı 7 kadın ve 5 erkek hasta oluşturmaktadır. Yaş dağılımı 9 ile 80 arasındadır. Hastaların ameliyat öncesi yakınmaları Tablo I, hastalara ait klinik bulgular Tablo II ve mukosellerin BT değerlendirilmesine göre dağılımı Tablo III de verilmiştir. Hastaların tümünde ameliyat öncesi yakınmalar kaybolmuş, klinik bulgular ise düzelmiştir. Daha önceden ikaz edilmesine rağmen sümkürme hareketi yapan bir hastada oluşan periorbital ampizem ve alt gözkapığı ekimozu dışında komplikasyon olmamıştır. Bazı hastalara ait ameliyat öncesi ve sonrası BT ve endoskopik görüntüler ise Resim 1-15 de verilmiştir.

Tablo I: Ameliyat Öncesi Semptomlar.

SEMPTOMLAR	OLGU SAYISI (N:12)	YÜZDE
Periorbital ağrı	6	% 50
Diplopi	4	% 33,3
Frontoetmoid ağrı	4	% 33,3
Görme bozuklukları	3	% 25
Burun tıkanıklığı	3	% 25
Postnazal akıntı	1	% 8,3

Tablo II: Klinik Bulgular

BULGULAR	OLGU SAYISI (N:12)	YÜZDE
Orbital propitosis	6	% 50
Periorbital ekimoz	1	% 8,3
İç kantusda şişlik	1	% 8,3
Endoskopik bulgular:		
Frontal reses tıkanıklığı	7	% 58,3
Konka bulloza	4	% 33,3
Double konke	3	% 25
Bulla ödemi	1	% 8,3

Tablo III: BT Değerlendirmesine göre Mukosellerin Dağılımı

LOKALİZASYON	OLGU SAYISI (N: 12)	YÜZDE
Frontoetmoid	7	% 58,3
Etmoid	4	% 33,3
Etmoid-Maksiller	1	% 8,3

TARTIŞMA

Paranasal sinüs mukoselleri çok uzun zamandan beri bilinmesine karşın etyolojisi tam olarak açıklanmamış ve cerrahi tedavisi konusunda fikir birliği oluşmamış lezyonlardır. Hastaların ilk yakınmaları genellikle göz ile ilgili olduğu için bu hastalar KBB Hastalıkları Uzmanına Göz Hastalıkları Uzmanı tarafından konsülte edilir. Hastalığın ön tanısı diagnostik nazal endoskopi ile konur ve Coronal planda Paranasal Sinüs BT ve gerektiğinde de MRI ile tam kuvvetlendirilir.

Mukosellerin tedavisi cerrahidir. Günümüze dek süregelen cerrahi tedaviyi marsupializasyon ve eksternal radikal girişimler olarak ikiye ayırabiliriz. Etmoid ve sfenoid sinüs mukosellerinde marsupializasyon, frontal sinüs mukosellerinde ise marsupializasyon veya eksternal radikal girişimler uygulanabilir. Ancak bu girişimlerin dezavantajı morbiditenin yüksek olması, postoperatif skar dokusu fazlalığı, kozmetik kusurlar ve özellikle obliteratif girişimlerden sonra operasyon sahasının radyolojik olarak değerlendirilmemesidir. Endoskopik yaklaşımlarda bu dezavantajlardan ortadan kaldırılmaktadır. Morbidite dramatik bir düşüş göstermekte, lokal anestezi uygulanabilmekte, frontal resesde normal anatomik yapı ve mukoza korunabilmekte, gerek cerrahi girişim sırasında gerekse ameliyat sonrasında operasyon sahası ve ilgili sinüs direkt olarak ideal bir şekilde görüntülenebilmektedir (1 - 5).

Endoskopik yaklaşımla marsupializasyon yapılmaktadır. Aslında marsupializasyon fikri yeni değildir. Howarth 1921 de "Mukosel tabanı kaldırılarak burun içine geniş bir delikle açılması pratikte mukoseli burun boşluğunun bir parçası haline getirir" diyerek bir anlamda marsupializasyonu tarif etmiştir (1). Tartışılan bir konu ise mukosel duvarının çıkarılıp çıkarılmamasıdır. Kennealy mukosel duvarının aktif mukosilyer transport gösterdiğini ve bir süre sonra normal mukoza görünümünü kazandığını ileri sürmektedir. Ayrıca etmoid tavandan mukosel duvarı sıyrılması sırasında dura yırtığı ve BOS kaçağı olan bir vaka bildirilmiş olması kanımızca mukosel duvarına dokunulmaması için önemli bir nedendir (1,2,4).'

Endoskopinin kullanım alanında, paranasal sinüs mukoselleri en kısa zamanda en iyi sonuç alınan lezyonlardır. Hastaların yakınmalarının çoğu, çok kısalmış olan ameliyat süresinin (Ortalama 15-20 dakika) hemen bitiminde ortadan kalkmaktadır. 80 yaşındaki bir hastamızda 25 dakikalık lokal anestezi altındaki müdahaleden sonra yatağına alındığında propitosis ve diplopi yakınmalarının düzelmiş olduğunu gözlemledik (Resim 14 ve 15).

Hastaların postoperatif takibi önemlidir. Erken dönemde bol miktarda mukus salgılanması olur. Bazı vakalarda mukosel kavitesindeki kazeifiye materyel pansumanlar sırasında çıkarılır. Dikkat edilmesi gereken bir noktada pansumanların mutlaka endoskop kullanılarak yapılmasıdır.

Özellikle aspiratör uçları nazal kaviteye kör olarak sokulmamalıdır. Bazı vakalarda mukosel gerek lamina papyrace'yi gerekse frontal sinüs tavanını eritmiş olabilir ve orbital periosteum ve dura zedelenmelerine sebep olunabilir (1,2,4).

Endoskopik girişim her paranasal sinüs mukoselinde öncelikle uygulanabilecek yöntem değildir. Fistüllü vakalarda, osteomyelit ve intrakraniyel enfeksiyon halinde eksternal radikal girişimler endikedir. Diğer bir sınırlama ise frontal sinüsün lateralinde ve superiorunda kalan ve frontal resesin normal olduğu vakalardır (Resim 16). Ayrıca endoskopik yöntemle müdahale edecek cerrahın diğer endoskopik girişimler konusunda da tecrübeli olması şarttır (1).

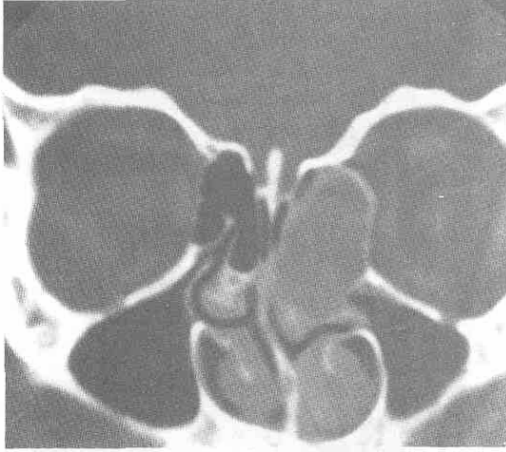
SONUÇ

Paranasal sinüs mukosellerinde endoskopik girişim morbidite düşüklüğü, lokal anestezi ile uygulanabilmesi, normal anatomik yapılar ve mukozanın korunabilmesi, ameliyat sırasında ve sonrasında operasyon sahasının direkt görüntülenebilmesi avantajları ile uygun vakalarda öncelikle tercih edilmesi gereken güvenilir bir yöntemdir.

Yazışma Adresi: Dr. K. Halit UZUN

Dr. Mediha Eldem Sokak 44/9
06420 Kızılay ANKARA

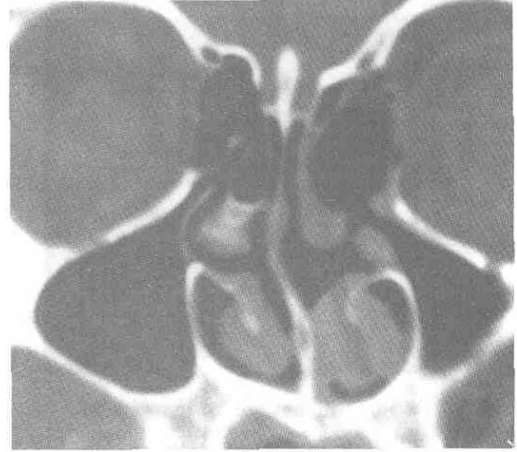
RESİMLER



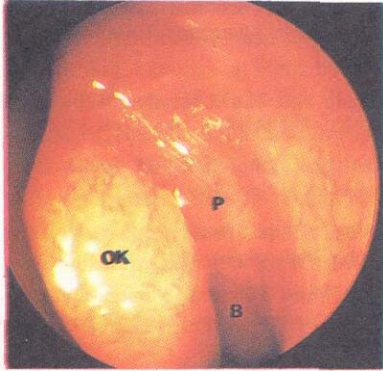
Resim 1: Sol konka bulloza içinde gelişmiş bir etmoid

KAYNAKLAR

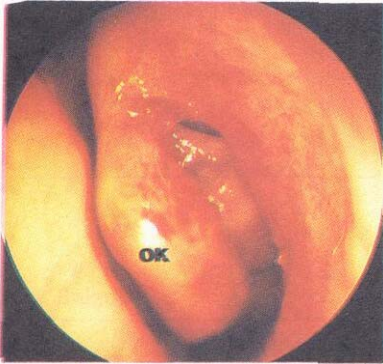
1. KENNEDY W.D. ve ark.: Endoscopic Sinus Surgery for mucocoeles: A Viable Alternative. Laryngoscope 99: 885-895. 1989.
2. LEVINE H. and MAY M.: Endoscopic Sinus Surgery, Thieme Medical Publishers. New York, 1993.
3. STANKIEWCH H.: Sphenoid Sinus Mucocoele. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 115: 735-740. 1989.
4. STAMMBERGER H.: Functional Endoscopic Sinus Surgery, B.C. Decker. Philadelphia, 1991.
5. WIGAND M.E.: Endoscopic Surgery of the Paranasal Sinuses and Anterior Skull Base. George Thieme Verlag. Stuttgart, 1990.



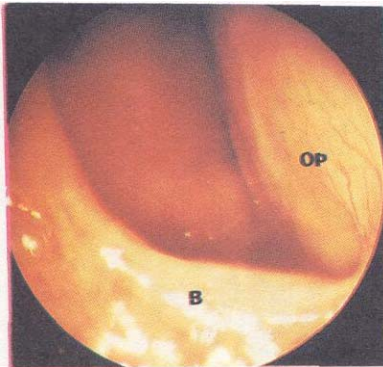
Resim 2: Resim 1'deki olgunun postopcratif BT görüntüsü.



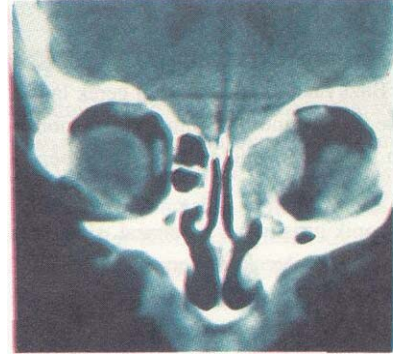
Resim 3: Sol frontal reses lokalizasyonlu bir mukosel olgusunda endoskopik bulgular: Orta meatus girişinin üst kısımlarında ödem, hiperemi ve kapalılık hali var. (4 mm O derece teleskop) (ok: orta konka, p: processus uncinatus ve b: etmoid bulla)



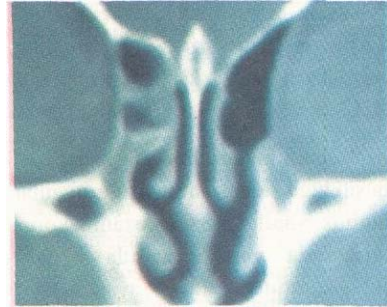
Resim 4: Resim 3 deki hasta'nın postoperatif 15. günündeki endoskopik görüntüsü. Processus uncinatus alınmış. Etmoid bulla ön duvarının üst kısmında mukosel kavitesinin girişi izleniyor. (4 mm ü derece teleskop) (ok: orta konka, b: etmoid bulla ön duvarı)



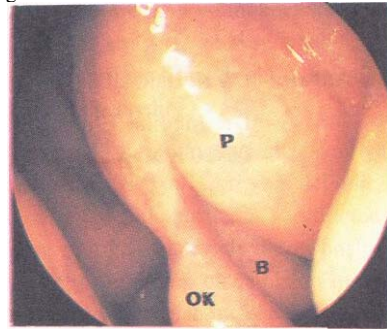
Resim 5: Resim 4 ün devamı. (4 mm O derece teleskop mukosel kavitesine iyice yaklaştırılmıştır. Kavitenin lateralinde mukoselin lamina papyracea'yı eritmesiyle açığa çıkmış olan orbital periosteum izleniyor, (b: etmoid bulla ön duvarı üst kısmı, op: orbital periosteum)



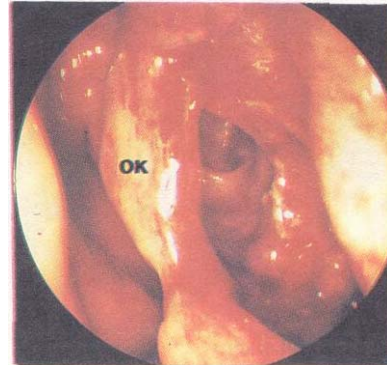
Resim 6: Resim 3 deki olgunun preoperatif BT görüntüsü.



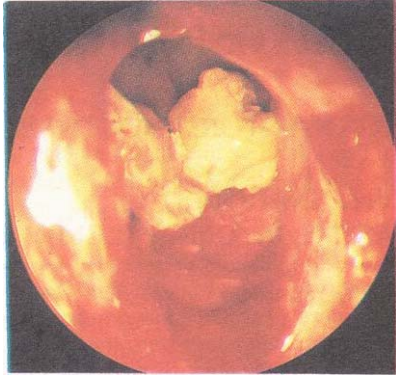
Resim 7: Resim 3 deki olgunun postoperatif BT görünüşü.



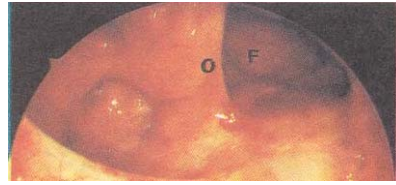
Resim 8: Sol frontal sese lokalizasyonlu bir mukosel olgusunun endoskopik bulguları: Orta konka ile üstte füzyona uğramış, oldukça büyük bir double konka oluşturmuş processus uncinatus izleniyor. (4 mm O derece teleskop) (ok: orta konka, p: double konka halindeki processus uncinatus, b: etmoid bulla).



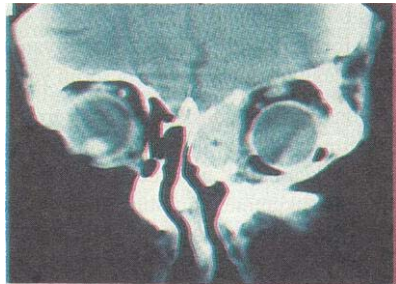
Resim 9: Resim 8 deki olgunun postoperatif 1. haftadaki endoskopik görünümü. (4 mm 30 derece teleskop) (ok: orta konka)



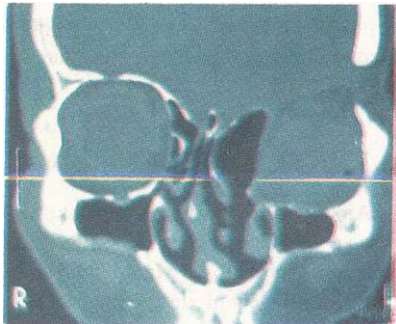
Kesim 10: Resim 9 un devamı. Teleskop mukosel kavitesine doğru ilerletilince kavite içinde kazeifiye materyal ile karşılaşıldı. (4 mm 30 derece teleskop)



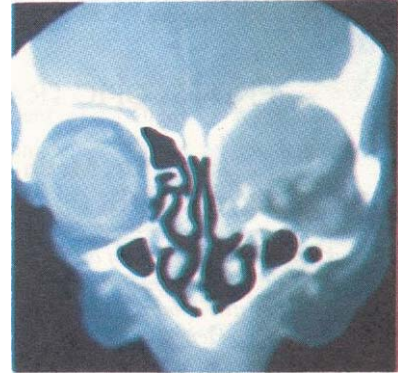
Resim 11: Kazeifiye materyal alındıktan sonra mukoselin oluşturduğu kavite ve frontal ostium ortaya çıktı. Frontal ostiumdan frontal sinüs içi rahatlıkla izlenebiliyor. (4 mm 30 derece teleskop) (o: frontal ostium kenarı, f: frontal sinüs).



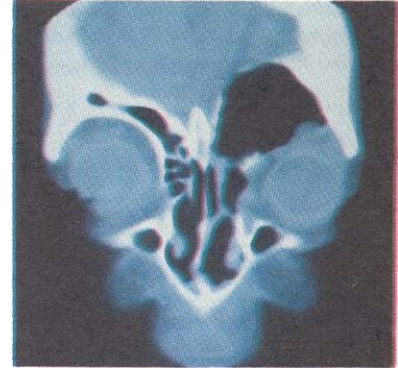
Resim 12: Resim 8 deki olgunun preoperatif BT görüntüsü.



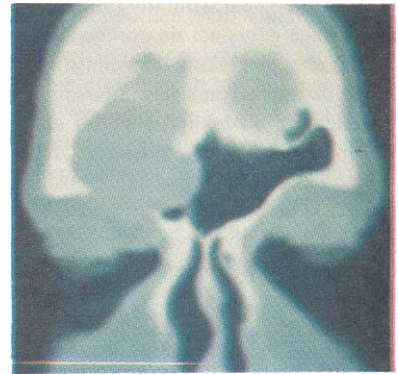
Resim 13: Resim 8 deki olgunun postoperatif BT görüntüsü.



Resim 14: 80 yaşındaki frontal sinüs ve frontal reses lokalizasyonlu bir mukosel olgusunun preoperatif BT görüntüsü. Mukoselin orbita üst duvarını tamamen eritmiş olduğu ve propitosis nedeniyle bulbus oculi'nin kesite girmediği izleniyor.



Resim 15: Resim 14 deki olgunun postoperatif BT görüntüsü. Mukoselin orbita üst duvarı yanısıra frontal sinüs üst duvarını da eritmiş olduğu izleniyor. Bulbus oculi'nin normal pozisyonuna gelmiş olduğu dikkati çekiyor.



Resim 16: Endoskopik yaklaşımla cerrahi tedavisi mümkün olmayan bir frontal sinüs mukoseli olgumuzun B T görüntüsü. Mukoselin medialdeki duvarının henüz frontal reses kesitleri başlamadan belirgin bir şekilde sonlandığı izleniyor.