

OLGU SUNUMU

MAKSİLLER SİNÜS HIPOPLAZİSİ

MAXILLARY SINUS HYPOPLASIA

Dr. Levent SOYLU*, Dr. Çağatay AKÇALI*, Dr. R. Hakan YURDAKUL*, Dr. Erol AKSUNGUR**,

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1 : 83 - 86

ÖZET: Maksiller sinüs hipoplazi ve aplazileri çok sık karşılaşılmayan klinik antitelerdir. Tedaviye dirençli sinüs şikayetlerinde ayırıcı tanıda mutlaka maksiller sinüs hipoplazisi akla gelmelidir. Her ne kadar direkt grafilerle hipoplazi saptanabilirse de, bilgisayarlı tomografi kesin tanıda oldukça faydalı bilgiler sunar. Orbita tabam çukurluğunun artması, nazal fossa transvers çapının genişlemesi, nazal kavite ile hipoplastik sinüs arasındaki kemik duvarın laterale doğru yer değiştirmesi sıklıkla rastlanılan tomografi bulgularıdır. Bu makalede uzun süre maksiller sinüzit tanısı ile tedavi ve bilgisayarlı tomografi ile maksiller sinüs hipoplazisi tanısı konan iki vaka sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

Anahtar Sözcükler : Maksiller Sinüs, Hipoplazi, Aplazi.

SUMMARY: Maxillary sinus hypoplasia and aplasia are unusual clinical entities, and they can easily mimic chronic sinusitis. Misdiagnosis may result with unnecessary treatment and persistent symptoms. In most cases diagnosis can be made from plain radiographs, but in some cases computed tomography may be necessary to confirm diagnosis. Rounded shape of orbital floor (the floor of the orbit looks depressed), widening of nasal fossa at the hypoplastic sinus side, lateral displacement of the bone between the hypoplastic sinuses and the nasal cavity are the signs which are often seen in tomography. In this article, two patients of maxillary sinus hypoplasia, who were misdiagnosed and treated as maxillary sinusitis, are presented with review of the literature.

Key Words : Maxillary Sinus, Hypoplasia, Aplasia

GİRİŞ:

Maksiller sinüs hipoplazisi sıklıkla sinüs enfeksiyon veya tümörleri ile karışabilir. Kronik sinüzit tanısı konan ve tedaviye rağmen sinüs şikayetleri düzelmeyen hastalarda mutlaka sinüs hipoplazisi akla gelmelidir. Direkt grafide sinüs bölgesinde opasite şeklinde kendini gösteren hipoplazilerde, kesin tam için genellikle bilgisayarlı tomografi gerekli olmaktadır (5,7).

Bu makalede tek tarafta maksiller sinüs hipoplazisi tanısı konan iki vaka sunularak, literatür gözden geçirildi.

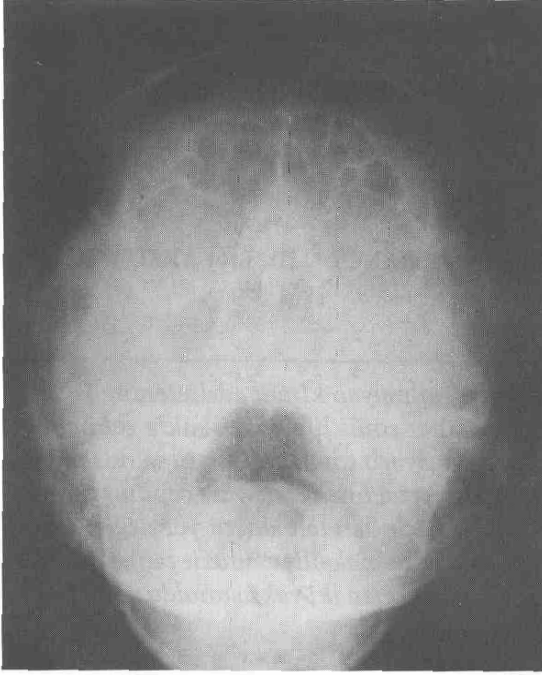
* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, ADANA

OLGU I :

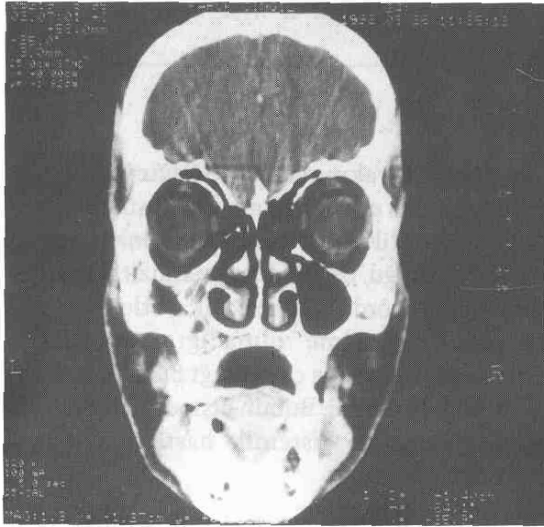
Baş ağrısı yakınmasıyla kliniğimize başvuran 23 yaşında erkek hastanın öyküsünde; 1 yıldan beri özellikle frontal bölgeye lokalize baş ağrısının olduğu, çeşitli defalar sinüzit tanısı konarak tedavi gördüğü, ancak şikayetlerinde herhangi bir düzelme olmadığı, son olarak sinoskopi yapılmaya çalışıldığı fakat sinüse girilemediği öğrenildi. Bunun dışında herhangi bir facial travma ve sistemik hastalık tarif etmiyordu.

Kulak burun boğaz ve sistemik muayenesi tamamen normal olarak değerlendirildi. Waters grafisinde sol maksiller sinüste havalanmanın tamamen kaybolduğu görüldüğü (Şekil 1). Bilgisayarlı tomografide; sol maksiller sinüsün

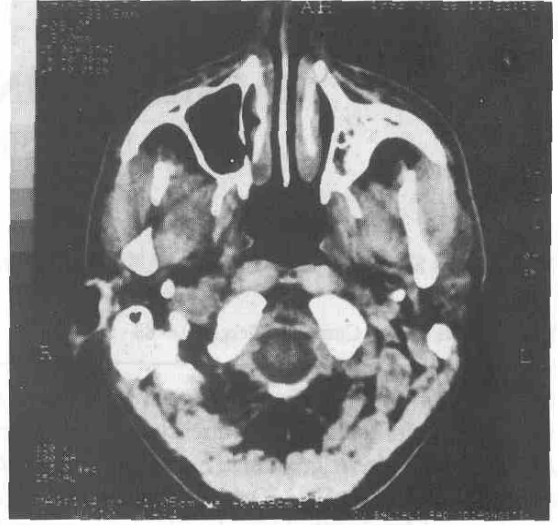


Şekil 1 : Waters grafisinde sol maksiller sinüs havalanması kaybolmuş görünümde.

Hipoplazik olduğu, sol nazal kavite transvers çapının genişlediği ve sol tarafta orbita tabanının aşağı doğru yaylanmasının arttığı görüldüğü (Şekil 2-3). Nöroloji konsültasyonu sonucunda hastada gerilim baş ağrısı düşünülerek tedavi başlandı. Bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde baş ağrılarının tamamen geçtiği öğrenildi.



Şekil 2 : Koronal kesitte bilgisayarlı tomografide sol maksiller sinüste hipoplazi, orbital taban yaylanmasında artma ve sol nazal kavitede genişleme görülmekte.

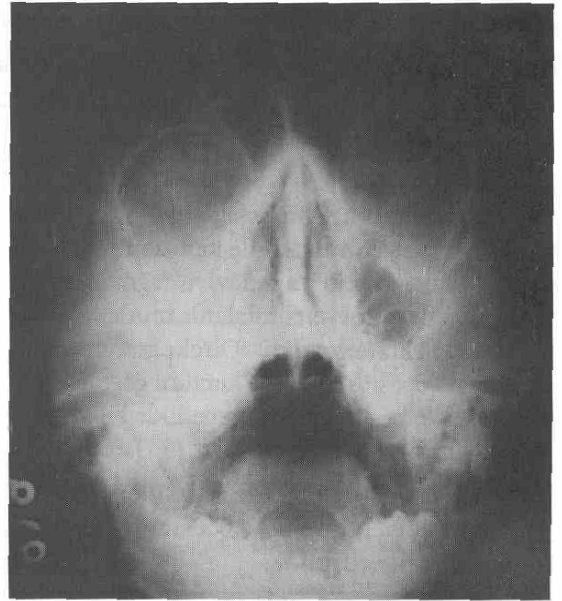


Şekil 3 : Aksiyel kesitte bilgisayarlı tomografide sol maksiller sinüste hipoplazi ve sol nazal kavite transvers çapında genişleme görülmekte.

OLGU II :

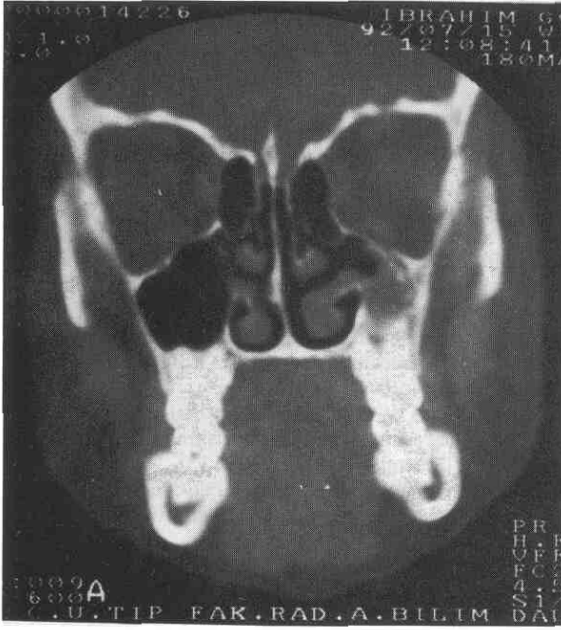
Alın bölgesine lokalize baş ağrısı yakınmasıyla başvuran 11 yaşında erkek hastanın öyküsünde; 3-4 kez sinüzit tedavisi gördüğü, ancak herhangi bir fayda görmediği öğrenildi.

Kulak burun boğaz ve sistemik muayenesi tamamen doğaldı. Waters grafisinde sağ maksiller sinüs havalanmasının kaybolduğu (Şekil 4).



Şekil 4 : Waters grafisinde sağ maksiller sinüs havalanmasının kaybolduğu görülmekte.

hipoplazik olduğu gözlemlendi. Ayrıca sağ nasal kavite transvers çapında artma ve nazal fossa ile sağ hipoplastik sinüs arasındaki temik duvarda sağa doğru kayma saptandı (Şekil 5). İstenen göz konsültasyonu sonucunda gözlerinde kırma kusuru saptandı ve verilen tedavi ile hastanın şikayetleri tamamen düzeldi.



Şekil 5 : Koronal kesitte bilgisayarlı tomografide sağ maksiller sinüs hipoplazisi, sinüs medial duvarında laterale doğru kayma ve sağ nazal kavite transvers çapında artma görülmekte.

TARTIŞMA :

Maksiller sinüs hipoplazisi (MSHP), sinüs yakınması ile başvuran hastaların yaklaşık % 9 unda saptanmaktadır (7). Bu hastalara genellikle kronik sinüzit tanısı konularak sinüzit tedavisi uygulanır. Yanlış teşhis ve gereksiz tedavi semptomların sebat etmesine neden olur. Direkt grafide genellikle sinüs bölgesinde opasite şeklinde kendini gösterir, bu nedenle sıklıkla enfeksiyon ve tümörlerle karışabilir. Ayırıcı tanıda bilgisayarlı tomografi oldukça faydalıdır (4,7).

Maxiller sinüsler gebeliğin 4. ayında orta meatusun merkezinden maxiller kemiğin içine doğru ilerleyen mukozal invajinasyon şeklinde belirmeye başlar. Bu safhada gelişim sürecindeki herhangi bir bozukluk sinüs aplazi veya hipoplazisine yol açmaktadır. Bassiouny MSHP lerini üç gruba ayırmıştır (1).

1. İzole hipoplaziler: Bunlar da kendi içinde primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır. Primer olanlarda hiç bir etyolojik ajan bulunamadığından, idyopatik olarak kabul edilmektedir. Sekondere örnek olarak enfeksiyon, travma veya radyasyon sonrasında ortaya çıkan hipoplaziler gösterilebilir.

2. Kraniofasial veya mandibülofasial disostosis gibi bölgesel anomalilerle birlikte görülen hipoplaziler.

3. Talassemia ve kretinizm gibi sistemik hastalıklarla birlikte ortaya çıkan hipoplaziler.

Karmody ve ark. sinüs şikayeti ve nonspesifik baş ağrısı yakınmaları olan 750 vakalılık serilerinde, hastaların 54'ünde (% 7.2) bilateral, 13 ünde ise (% 1.7) unilateral MSHP tespit etmişlerdir. Aplazi sadece 3 hastada (% 0.4) saptanmıştır (2 tanesi bilateral 1 tanesi unilateral) (4). Bassiouny ve ark. nın 500 hastalık serilerinde ise 18 hastada (% 3.6) unilateral MSHP saptanmıştır (1). Bizim kliniğimizde ise 1992 yılında sinüs yakınmaları ile başvuran ve fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi yapılması planlanarak bilgisayarlı tomografi çekirilen toplam 108 hasta içinden sadece 2 sinde (% 1.8) unilateral maksiller sinüs hipoplazisi tesbit edilmiştir.

Her ne kadar MSHP direkt grafiklerle saptanabilirse de, kesin tanıda bilgisayarlı tomografi çok faydalıdır. Koronal kesitte çekilen tomografide en çok saptanan bulgu orbital tabanın aşağıya doğru yaylanmasında artıştır (2). Modic ve ark. bu bulgulara ek olarak nazal fossa ve antrum arasındaki kemik duvarın laterale doğru yer değiştirdiğini tespit ettiler. Böylece hipoplastik sinüsün bulunduğu tarafta nazal kavitenin transvers çapı genişlemiş olarak saptanır (5). Aynı taraf gözün posterior pozisyonundan dolayı karşı taraftaki gözde rölatif ekzoftalmus gözlenebilir. Bu nedenle sinüs opasitesi ile birlikte aynı tarafta enoftalmus veya karşı tarafta relatif ekzoftalmus her zaman MSHP ni akla getirmelidir. Geraghty ve ark. bunlara ilave olarak maxillanın anterior-posterior çapındaki değişiklikten dolayı pterigopalatin fossada genişleme olduğunu saptadılar (2). Jonas ve Mann ise maxiller sinüs asimetrisinde ipsilateral etmoid ve sifenoid sinüs havalanmasında da azalma olabileceğini belirttiler (3). Hipoplazik sinüslerin

intramedüller bölgelerini histolojik olarak inceleyen Proops herhangi bir patoloji saptayamadığını belirtti (6).

Son yıllarda kronik sinüzit tedavisinde fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisinin yaygın olarak uygulanması ile bilgisayarlı tomografi bu hastalarda operasyon öncesi rutin tetkik kapsamına girmiştir. Böylece direkt grafilerde gözden kaçabilen sinüs hipoplazileri daha erken teşhis edilebilmektedir.

Baş ağrısı yakınması ile başvuran her iki hastamızda da daha önce dışarıda defalarca çekilen direkt grafilerde maksiller sinüste opasitenin gözlenmesi nedeniyle kronik maksiller sinüzit tanısı konularak tedavi verilmiş, ancak doğal olarak semptomlarda düzelme olmamıştır. Hastalarımızın bilgisayarlı tomografislerinde yukarıda belirtilen bulgulardan sadece üçü saptandı. Birinci vakada orbita tabanının yaylanmasının arttığı görüldü, ayrıca her iki vaka da nazal fossa ve maksiller sinüs arasındaki kemik duvarın belirgin olarak laterale kaydığı ve hipoplazinin olduğu taraftaki nazal kavite transvers çapının arttığı gözlemlendi. Öyküde belirgin bir etyolojik neden saptanamaması nedeniyle her iki vaka da primer izole hipoplazi olarak kabul edildi.

SONUÇ:

Maksiller sinüs hipoplazileri direkt grafilerde sıklıkla kronik sinüzitlerle karışabilmektedir. Bu nedenle tedaviye dirençli kronik sinüzitlerde mutlaka hipoplazi akla gelmeli ve Waters grafisinde saptanan sinüs opasitesinin her zaman sinüs enfeksiyonu olmayabileceği bilinmelidir. Bu durumda bilgisayarlı tomografi tanıda oldukça faydalıdır.

Yazışma Adresi : Dr. Levent Soylu

Kurtuluş Mah. 290 Sokak 33/3 Adana

KAYNAKLAR

1. Bassiouny A, Newlands WJ, Ali H. et al., Maxillary sinus hypoplasia and superior orbital fissure asymmetry. Laryngoscope 1982; 92: 441-448.
2. Geraghty, JJ, Dolan KD. Computed tomography of the hypoplastic maxillary sinus. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989; 98: 916-918.
3. Jonas I, Mann W. (Misleading x-ray diagnosis due to maxillary sinus asymmetries) Author's transl. Laryngol Rhinol Otol (Stuttg) 1976) 55: 905-913.
4. Karmody CS, Carter B, Vincent ME. Developmental anomalies of the maxillary sinus. Trans Am Ophthalmol Otolaryngol 1977; 84: ORL 723-728.
5. Modic MT, Weinstein MA, Berlin AJ et al. maxillary sinus hypoplasia visualized with computed tomography. Radiology 1980, 135: 383-385.
6. Proops DW. The unilateral thick-walled antrum. J Laryngol Otol 1983, 97: 369-373.
7. Vinson RP, Collette RP. Maxillary sinus hypoplasia masquerading as chronic sinusitis. Postgraduate Medicine 1991; 89 (4): 189-190.