

**OLGU SUNUMU**

## **KONJENİTAL BİR ANOMALİ : MAKSİLLER SİNÜS HIPOPLAZİSİ**

A CONGENITAL ABNORMALITY :  
HYPOPLASIA OF THE MAXILIARY SINUS

**Dr. Sefa DEREKÖY (\*)**

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 152-154

**ÖZET** : Maksiller sinüsün hipoplazisi oldukça seyrek görülen bir konjenital anomalidir. Direk konvansiyonel filmlerle, konjenital hipoplaziyi, sinüsün enjeksiyonlarından, cerrahi girişimlere veya çocuklukta geçirilen travmalara bağlı sinüs opasitelerinden ayırmak mümkün değildir.

Bu olguda, maksiller sinüs enfeksiyonu düşünülen ve uygulanan tıbbi tedavilere cevap vermeyen bir hasta sunulmaktadır. Cerrahi girişimin de yapılamadığı maksiller sinüsün bu lezyonu ancak bilgisayarlı tomografi ile ortaya konabilmiş tir.

**Anahtar Sözcükler** : Maksiller sinüs, Hipoplazi

**SUMMARY**: Hypoplasia of the maxillary sinus is an uncommon congenital abnormality. It is impossible to differentiate congenital hypoplasia from sinus infection, or opacification of the sinus secondary to surgery and trauma in childhood.

In this case, a patient who was considered to have sinusitis and who did not respond to medical therapy is presented. This kind of maxillary sinus lesion in which surgical intervention could not be managed, has been revealed only by computed tomography.

**Key Words** : Maxillary sinus, Hypoplasia.

### **GİRİŞ**

Maksiller sinüsün aplazi ve hipoplazisi oldukça seyrek görülen konjenital anomaliler arasındadır. Direk sinüs filmlerinde opasite olarak görülen bu lezyonlar, sinüsün enfeksiyon, tümör gibi diğer hastalıklarından ancak bilgisayarlı tomografi (BT) ile ayrılabilir (5).

Bu olguda, direk ön sinüs filmi ile tek taraflı maksiller sinüsünde opasite saptanan ve sinüzit tanısı ile tıbbi ve cerrahi tedavi denenmiş olan bir sinüs hipoplazili hasta sunulmaktadır.

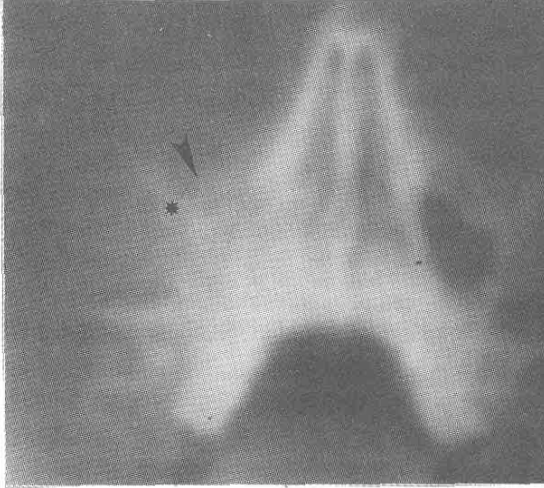
### **OLGU**

21 yaşında bir erkek hasta, 4-5 senedir devam eden ve özellikle yüzün sağ tarafını tutan baş ağrısı şikayeti nedeni ile KBB polikliniğine

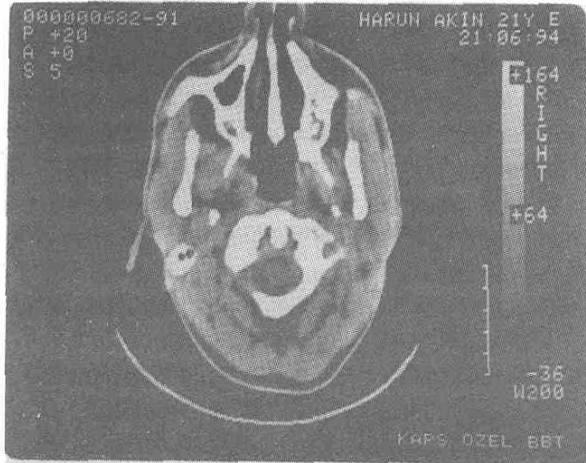
başvurmuştur. Hastanın yapılan muayenesinde, anterior rinoskopide septum tabanı sola doğru kret tarzında deviye olup, her iki burun boşluğunda pürülan sekresyon görülmüştür. Çekilen Waters grafisinde hastanın sağ maksiller sinüsündeki havalanmanın koybolduğu, frontal sinüsünde ise havalanmanın azaldığı saptanmıştır (Şekil 1). Tıbbi tedavi şikayetlerinin ve ön sinüs filmindeki bulgularının sebat etmesi üzerine, sinüs ponksiyonu uygulanmak istenmiştir. Sinüsüne giriş yapılamayan hasta, kliniğe yatırılarak geniş spektrumlu antibiyotik ve nazal dekonjestanlarla tedaviye alınmıştır. İki haftalık tıbbi tedaviye cevap vermeyen klinik ve radyolojik bulgular, cerrahi girişimi düşündürmüştür. Lokal anestezi ile alt konka altından inferior meatal antrostomi yapılmaya çalışılmış ancak başarısızdır. Hasta tekrar değerlendirilmiş ve maksiller sinüsün konjenital anomalisinden şüphelenmiştir.

(\*) Sarıkamış Asker Hastanesi KBB Kliniği - KARS

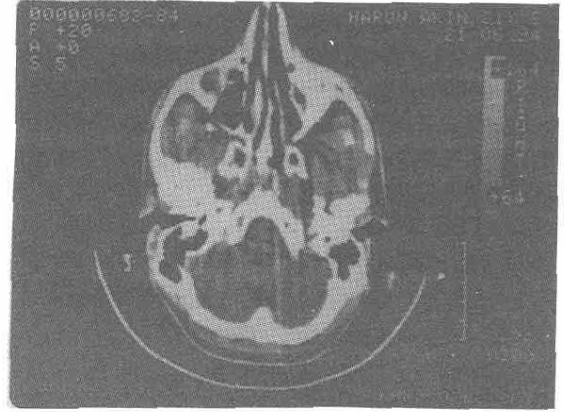
edilerek paranazal sinüs BT'si çekilmiştir. İntra-orbital meatal hatta paralel aksiyel kesitlerin alt seviyesinde, aplazi görüntüsü veren tomografinin üst seviyelerinde, oldukça küçük bir sinüs boşluğu görülebilmektedir (Şekil 2 ve 3).



Şekil 1 : Waters grafiğinde, sağ maksiller sinüste havalanma kaybolmuş olarak görülmektedir. Zigomatik kemik hipoplaziktir (\*) ve sinüs tavanının aşağı eğimi fazladır (Ok).



Şekil 2 : Aksiyel BT kesitlerinin alt seviyelerinde sinüs aplazik görülmektedir.



Şekil 3 : Aksiyel BT kesitlerinin üst seviyelerinde sinüsün hipoplazik olduğu ortaya çıkmaktadır.

## TARTIŞMA

Maksiller sinüs, fetal hayatın yaklaşık üçüncü ayında nazal kapsülün etmoid kısmının dış duvarında bir tomurcuk şeklinde başlar (4). Etmoidin gelişen unsinat çıkıntısı, orta konkanın tabanında, mediale uzar ve orta konka ile dış duvar arasında infundibulumu oluşturur. Bu, orijinal maksiller sinüs hücresinin yeridir (11). Fötal hayat boyunca, bu hücre yavaş yavaş gelişir ve sinüsün boyutu, doğumda 6-8 cm<sup>3</sup> 'e ulaşır (8). maksiller sinüs, doğumda mevcut olan tek paranazal sinüstür. Doğumdan 4-5 ay sonra radyolojik olarak görülebilir.

Konjenital maksiller sinüs anomalileri, izole, bölgesel veya sistemik olabilir, izole anomaliler seyrek, çünkü sinüsün gelişim ve havalanması oldukça istikrarlıdır (12). Maksiller sinüs hipoplazisi, birinci brankiyal arkı içeren bölgesel anormalliklerle birlikte görülebilir (12). Örneğin mandibulofasyal disozoziste (Treacher Collins Sendromu) Mandibula ve zigomatik kemik hipoplazisi, kolobom, damak yarığı, saç düzensizliği sinüs hipoplazik hatta aplazik olabilir. Sunulan olgumuzda, bu tip konjenital sendromların diğer bulguları görülmemiştir ve bu nedenle izole hipoplazi olarak değerlendirilmiştir.

Maksiller sinüste görülen hipoplazi veya aplazi, frontal, ve sfenoid sinüslerdekine oranla oldukça seyrek. 750 olgulu bir seride, tek taraflı maksiller sinüs hipoplazisine, %1.7 oranında rastlanırken, iki taraflı hipoplazinin %7.2 oranında görüldüğü bildirilmiştir (6).

İzole hipoplazi, genellikle çocuklukta geçiril-

miş bir travma veya sinüse yapılan cerrahi bir girişim sonrasında meydana gelir (12). Caldwell - Luc ameliyatları sonrasında en sık bulgulardan birisi, antral kontraksiyondur (13). Gerçekten, tek taraflı konjenital maksiller sinüs hipoplazisi olgusu olarak yayınlanan üç hastanın ikisinin evvelce Caldwell-Luc ameliyatı geçirmiş olduğu ortaya konmuştur (7). Sunulan hastanın öyküsünde, önemli herhangi bir travma veya cerrahi girişime rastlanmamıştır.

Dolan'a göre, radyolojik olarak konjenital hipoplaziyi cerrahi girişimlere sekonder olarak gelişen antral kontraksiyondan veya enfeksiyona bağlı sinüs havalanmasının azalmasından ayırmak güçtür (2). Buna karşılık, Unger ve arkadaşları, BT'nin kemik ve yumuşak doku ayırımı yapmakta hayli yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (10). BT'nin, direk filmlerde sinüzit olarak değerlendirilen yanıtıcı görüntülerin ayırımında ve hipoplazinin ortaya konmasındaki yararı artık bilinen bir gerçektir (5).

Maksiller sinüs hipoplazilerinde, Waters grafisinde, zigomatik kemiğin benzer şekilde hipoplazik olduğu ve sinüs tavanının yatay eksenle normalden daha fazla açı yaparak dış duvarla birleştiği bildirilmiştir (12). Olgumuzda da, aynı şekilde, bu eğim ve zigomatik kemiğin az gelişmişliği direk filmde gösterilmiştir (Şekil 1).

Rutin paranazal sinüs BT'si, infraorbital meatal hatta paralel aksiyel kesitlerin bir serisi olarak çekilir (9). 5 mm.'lik arttırmalarla, alta pterigoid çıkıntılarının uçlarından, yukarıda frontal sinüslerin üstüne kadar çıkılır. Sunulan bu olguda, aplazi ve hipoplazinin ayırımı, bu kalınlıktaki kesitlerde ortaya çıkarılabilmektedir. Ancak daha detaylı bilgi alınmak istendiğinde, 2mm.'lik kesitler dahi alınabilir (1).

Direk filmlerde görülen tek taraflı opasite, sinüsün enfeksiyonlarında, rinoskleroma gibi

granülatöz hastalıklarında, anLrokoanal polip varlığında, travmaya bağlı sinüs içine kanamalarda ve sinüsten kaynaklanan tümörlerde ortak olarak görülen radyolojik bulgudur. Sonuç olarak, bu tip olguların ayırıcı tanısında, özellikle sinüzit düşünülen ancak tedaviye cevap alınmayan hastalarda, sinüs hipoplazilerini de akla getirmek ve paranazal sinüs BT'si çekirmek gerekmektedir (3).

**Yazışma Adresi** : Dr. Sefa DEREKÖY  
Sarıkamış Asker Hastanesi. KRB Kliniği  
Sarıkamış / KARS

#### KAYNAKLAR

1. BRANT-ZAWADSKI MN-, MINAGE H., FEDERLE MP., KO-WE LD : High resolution CT with image reformation in maxillofacial pathology. AJR 138 : 447 - 483, 1982.
2. DOLAN KD : Radiographic anatomy of the nasal sinuses. Otolaryn. Clin. N. Amer. 4 : 13-24, 1971.
3. ERKAN M., ERHAN E., CÜREOĞLU S : Maksiller sinüs agenezisi. Türk Otolaringoloji Arşivi 32 : 13 - 14, 1994.
4. GRANNEY DO., RICE DH : Anatomy. Cummings CW (Eds) : Otolaryngology Head and Neck Surgery. Mosby-Year Book, Missouri. 1993. Vol. p901.
5. JONAS I., MANN W : Misleading x-ray diagnosis due to maxillary sinus asymmetries. Laryngol. Ulinol. Otol. (Stultg) 55:905-913. 1976
6. KARMODY CS. , C ARTER B. , VINCENT ME ; Developmental anomalies of the maxillary sinus. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 84 14. pt. 1) : 723 - 728. 1977.
7. MODIC MT., WEINSTEIN MA., BERLIN AJ., et al : Maxillary sinus hypoplasia visualized with computed tomography. Radiology 135 : 383 - 385 . 1980.
8. SCHAEFFER JP : The nose, paranasal sinuses, nasolacrimal passagevevays and olfactory organ in man. McGraw-Hill Book Co., New York 1920.
9. SCHATZ CW. , BECKER TS : Normal CT anatomy of the paranasal sinuses. Radiol. Clin. North Am. 22 : 107 - 118. 1984.
10. UNGER JM., DENNISONBF., DLINCAVAGE JA., TOOHILL RJ : The radiological appearance of the Post-Caldwell-Luc maxillary sinus. Clinical Radiology 37 : 77 - 81, 1986.
11. VAN ALYEA OE : Nasal sinuses : An anatomic and clinical consideration. Williams and Wilkins, Baltimore 1951.
12. ZIZMOK J. and NOYKK AM : The radiologic diagnosis of maxillary sinus disease. Otolaryn. Clin. N. Amer. 9 : 93 - 115, 1976.
13. ZIZMOR J. and NOYEK AM ; An atlas of otolaryngologic radiology. W.B. Saunders. Philadelphia. 1978, pp 170 - 173.