

OLGU SUNUMU

ÖN ETMOİD SINÜS LOKALİZASYONLU MİÇETOMA OLGUSU

A CASE OF MYCETOMA LOCALISED IN THE ANTERIOR ETHMOID SINUS

Dr. Halit UZUN (*), Dr. Sumru YARDIMCI (*),

ÖZET: Miçetomalar (Mantar topu) non-invazif ve en sık görülen fungal sinüzit formudur. Genellikle tek taraflı ve maksiller sinüs yerleşimlidir. Tedaviye dirençli tek taraflı sinüzitlerde miçetoma şüphelenilen ön tanılar arasında olmalıdır. Tanı radyolojik olarak başlar ancak esas olarak cerrahi sırasında şüphelenilir ve kesin olarak histopatolojik inceleme veya mantar kültürleri ile konur. Tedavi cerrahi temizliktir ve sonuçları çok başarılıdır. Oral veya sistemik antifungal ajanlar etkili değildir. Bu makalede ön etmoid sinüsde maksiller ostium ve etmoid infundibulum yerleşimli ve lakrimal keseyide etkileyerek kronik dakriosistit yakınmalarına neden olan bir miçetoma olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Miçetoma, mantar topu, fungal sinüzit, etmoid sinüs

SUMMARY: Mycetomas (Fungus ball) are the most common and non-invasive type of fungal sinusitis. They are usually unilateral and localised in maxillary sinus. Diagnosis begins with radiologic examination but one really begins to suspect during the surgery and diagnosis is confirmed by histopathological workup or by fungal cultures. Treatment is purely surgical debridement and restoring the aeration of the affected sinus and the results are excellent. There is no need for neither oral nor systemic antifungal agents as they are not effective. A mycetoma case with anterior ethmoid sinus localisation, probably in the region of maxillary sinus ostium and ethmoid infundibulum and also causing trouble in the lacrimal sac with chronic dacryriocystitis symptoms, is presented in this paper.

Key Words: Mycetoma, Fungus ball, Fungal sinusitis, Ethmoid sinus

GİRİŞ

Son yıllarda nazal ve paranazal sinüs yerleşimli mantar enfeksiyonlarının insidansında çok belirgin bir artış vardır. Bu artış da nazal endoskopinin tanıdaki rolü ve bizlerin bu tür enfeksiyonlardan daha şüphelenir hale gelmemiz mutlaka çok etkilidir ancak mantarların izolasyon ve dokuda gösterilebilmesi için gerek kültür gerekse histolojik incelemeye hazırlama tekniklerindeki gelişmeler de etkili olmaktadır (1,3,4,5).

Fungal sinüzitler dört gruba ayrılır ve bu sınıflamada günümüzde hemen hemen bir fikir birliği vardır. Miçetomalar, Allerjik Fungal Sinüzitler, Akut Fulminant İnvazif Fungal Sinüzit ve Kronik İnvazif Fungal Sinüzit bu grupları oluşturur. Miçetomalar Allerjik Fungal Sinüzitlerle beraber non-invazif grubu oluştururlar (1,3).

Miçetomalar, diğer bir adıyla mantar topları, genellikle tek taraflı ve maksiller sinüs lokalizasyonludur. Etken ajan çoğunlukla Aspergillus fumigatus'dur. Uygun medikal tedavilere rağmen düzelmeyen tek taraflı sinüzit olgularında şüphelenilmelidir. Radyolojide heterojen opasifikasyonlar miçetoma yönünden ilk şüpheyi uyandırır. Tek ve en başarılı sonuçları veren tedavi şekli olan cerrahi temizlik sırasında kirli beyazdan kahverengi siyaha değişen renklerde, kötü kokulu materyallerin görülmesi şüpheyi artırır ancak kesin tanı histopatoloji ve/veya kültür ile konur. Etkilenen sinüsün aerasyonun sağlanması yeterlidir; oral yada sistemik antifungal ajanlara gerek yoktur (1,3,4).

Bu makalede ön etmoid sinüsde maksiller ostium ve etmoid infundibulum bölgesinde lokalize olmuş ve aynı zamanda muhtemelen lakrimal keseyi de etkileyerek kronik dakriosistit yakınmalarına neden olan bir miçetoma olgusu sunulmuştur.

(*) SSK Ankara Eğitim Hastanesi - ANKARA

OLGU:

Çalışmada insizyonlarda daha kesin 46 yaşında bayan hasta D.T. 19.02.1997 'de Göz Hastalıkları Uzmanı tarafından konsülte edildi. Hastanın sağ kronik dakriosistit yakınmaları ve geçirilmiş sağ lakrimal kese hidrops öyküsü vardı. Kese cerrahisi için hazırlanan hastanın sağ nazal kavite muayenesi ve nazal kavitenin kese cerrahisi için uygun olup olmadığı isteniyordu. Hastanın hafif sağ nazal pasaj tıkanıklığı ve mevsimsel olarak ortaya çıkan allerjik rinit yakınmaları vardı.

Hastanın sağ iç kantus muayenesinde lakrimal kese bölgesinde palpasyonda sert, üzerindeki ciltte koyu ekimotik renk oluşmuş 1 cm çapında kitle vardı (Resim 1). Rinoskopi anterior ve nazal endoskopik muayenede nazal septumda sağa yukarı bir deviasyon ve sağ orta konkada hipertrofi saptandı. Sağ- orta konkada lateralde nazal duvara iyice yaslanmıştı ve bu saha ödemli idi (Resim 2).



Resim 1: Sağ iç kantusta lakrimal kese bölgesindeki kitlenin görünümü



Resim 2: Sağ orta konkanın endoskopik görünümü. (0 derece teleskop) Konkadaki hipertrofik görünüm ve konkada lateral nazal duvar arasındaki ödemli saha dikkati çekmektedir.

Orta meatus veya nazal kavite içinde başka lokalizasyonlu patolojik bir akıntı saptanmadı. Sağ alt meatus ve Hassner Valfi bölgesi normal idi. Her iki nazal kavitede alt konkada mukozaları hastanın allerjik rinit öyküsünü destekleyecek şekilde soluk görünümde idi. Dakriosistorinostomi (DSR) ameliyatı için yeterli açıklık olduğu ancak Konjuktivodakriosistorinostomi (KDSR) ameliyatı için septoplasti gerektiği Göz Hastalıkları Uzmanına cevap olarak yazıldı. Bu arada sağ iç kantustaki kitlenin ayırıcı tanısına yardımcı olması amacıyla hastaya Paranazal Sinüslerin Bilgisayarlı Tomografik incelemesi yapıldı. Tomografik incelemede sağ maksiller ve ön ve arka etmoid sinüslerin aerasyonunun tamamen kaybolduğu, sağ maksiller ostium ve orta meatus bölgesinde hiperdensitede bir kitle bulunduğu, sağ orta konkada bulloz yapı olduğu ve sağ lakrimal kese ve kanal bölgesinde yumuşak doku dansitesinde muhtemelen enflamasyona bağlı lezyon bulunduğu izlendi (Resim 3).



Resim 3: Hastanın BT görüntüsü: Sağ orta meatusda, anterior etmoid bölgesindeki heterojen görünüm ve sağ maksiller sinüsdeki homojen opasifikasyon dikkati çekmektedir.

Bunun üzerine hastaya sağ ekploratris endoskopik etmoid sinüs cerrahisi planlandı. 10.04.1997'de sağ nazal kaviteye endoskopik olarak müdahale edildi. Sağ bulloz orta konkanın lateral lameli rezekt edildi ve medial lamel kısaltıldı. Orta meatusu tamamen dolduran kirli kahve renkte, kötü kokulu kazeifiye yumuşak materyal çıkarıldı. Maksiller doğal ostium ödemli idi ve posterior fontanele doğru genişletildi. Maksiller sinüs içinde sarı beyaz pürülan mayi aspire edildi. Orta meatusda bulla erode olmuştu ve frontal reses bölgesi açıldı. Daha sonra orta konkada bazal la-

mellası geçilerek arka etmoidler eksplere edildi. Bu bölgede patoloji saptanmadı. Kaviteye emici sünger tampon konularak ameliyata son verildi. Çıkarılan materyal patolojik incelemeye gönderildi ve histopatolojik tanı *Aspergillus fumigatus* mantar enfeksiyonu (Miçetoma) olarak kondu. Hastanın postoperative seyri normal geçti ve etmoidektomi kavitesinin iyileşmesi normal zamanında gerçekleşti. Hastaya aynı yıl Haziran ayında Göz Hastalıkları Kliniğinde sağ DSR ameliyatı yapıldı. Ancak daha sonra ne bizim nede Göz Kliniği tarafından hastanın takibi mümkün olmadı.

TARTIŞMA:

Gerek tanı yöntemlerinin gelişmesi gerekse KBB Hastalıkları hekimlerinin daha dikkat etmesi sonucunda son yıllarda nazal ve paranazal sinüs mantar enfeksiyonları sayıca giderek artmaktadır. Mantar sinüzitleri arasında en sık görülen miçetomalardır. *Aspergillus fumigatus* miçetomalarda en sık izole edilmiş olan ajandır. Ancak coğrafi yerleşim olarak farklılıklar olabilir. Örneğin *Aspergillus flavus* türleri Hindistan ve Sudan'da ön plana çıkmaktadır (1-4) Klossek ve ark. nın 109 olguluk serisi miçetomalar konusundaki en geniş serilerden birisidir. Bu seride miçetomaların kadınlarda, 3-5. dekatlarda ve rutubetli kırsal kesimlerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (4).

Klossek ve ark. nın serisinde olguların yarısından fazlasında yüz ağrısı ve kronik öksürük yakınmaları saptanmış ancak buna karşın olguların yaklaşık beşte birinde hastalar asemptomatik iken, tanı kardiovasküler yakınmalar nedeniyle yapılan radyolojik incelemeler sırasında konmuştur. Bizim olgumuzda da hastamızda belirgin nazal yakınmalar yoktu ve tanıya iç kantsudaki şişliğin ayırıcı tanısına yardımcı olmak üzere yapılan BT incelemesi sonucunda gidilmişti. Burun tıkanıklığı ve özellikle burun içinde kötü koku (Kakozmi) diğer yakınmalar arasında sayılabilir (3,4).

Nazal muayenede (tanısal nazal endoskopi) bakteriel kontaminasyona bağlı pürülan akıntılar ve zaman zaman da polipler saptanabilir. Klossek ve ark. nın serilerinin yarısından fazlasında nazal endoskopik muayenede patolojik bulgu saptanmamıştır. Bizim olgumuzda da orta konka hipertrofisi dışında patolojik bulgu saptanmamıştı (3,4).

Radyolojik incelemede bilgisayarlı tomografi (BT) yapılı ve en sık saptanan bulgu heterojen opasitedir. Bu bulguya mikrokalsifikasyonların ve metal yoğunluğundaki görüntülerin eşlik ettiği olgularda olabilir. Bizim olgumuzda orta meatusda heterojen opasifikasyon ve sağ maksiller sinüsde opasifikasyon vardı. Miçetomalar genellikle tek bir sinüsü tutarlar ve bu sinüsde çoğunlukla maksiller sinüsüdür. Daha sonra sfenoid sinüs gelir. Düşük oranda olmasına rağmen çok sayıda sinüs tutulumları da olabilir. Bizim olgumuzda anterior etmoid sinüs tutulumu vardı (1,3,4).

Miçetomalı hastalarda immünolojik araştırmalarda patoloji bulunmamıştır. Keza Tip I allerji araştırmaları da negatiftir (4).

Miçetomalarda tedavi cerrahidir. İlgili sinüsün drenajı ve miçetomanın aspirasyon veya küretasyonu ve bunu takiben gerekirse doğal ostiumun genişletilerek havalanmanın sağlanması cerrahi olarak izlenmesi gereken yoldur. Bu tedavi yeterlidir ve çoğunlukla da başarılıdır. Miçetoma olgularında mukoza, damar veya kemik tutulumu yoktur ve bu nedenle topikal veya sistemik antifungal ajanların kullanılmasına gerek kalmaz. Bizim olgumuzda da anterior etmoidektomi ile miçetoma çıkarılmış ve daha sonra maksiller sinüs ostiumu genişletilerek maksiller sinüs aspire edilmiş ve havalanması sağlanmıştır (1,3,4)

Kesin tanı histopatolojik olarak konur. *Aspergillus* çok sayıdaki septalı hifaları ve dikomatöz 45 derece açılı dallanması ile kolalıklı tanınır. Ancak miçetomlardaki mantar elemanlarının canlılığı çok az olduğu için cerrahi sırasında çıkarılan materyalden mantar üretmek her zaman mümkün olmayabilir. Histolojik olarak allerjik musin saptanmaz. Bizim olgumuzda da *aspergillus fumigatus* saptanmıştır (4).

Postoperatif düzelme 4-6 hafta sürebilir. Eğer mantar elemanları tam olarak çıkarılmış ve etkilenen sinüs aerasyonu tam olarak sağlanmış ise tedavi başarılıdır ve nüksler azdır. Klossek ve ark. nın serilerinde 4 olguda şüpheli nüks saptanmıştır. Bunların ikisi reinfeksiyon diğer ikisi de primer operasyonda yetersiz temizlik olarak değerlendirilmiştir (4).

SONUÇ:

Nazal ve paranazal sinüs yerleşimli miçetomalar sanıldandan daha fazla görülebilen bir hastalıktır. Kronik öksürük, tek taraflı postnazal akıntı ve yüz ağrısı

olgularında eğer medikal tedavilere de cevap alınmıyorsa şüphelenilmeli ve radyolojik incelemeye (BT) başvurulmalıdır. BT 'de saptanan heterojen opasite mantar etyolojisini düşündürmelidir. Kesin tanı ameliyat sırasında çıkarılan mantar elemanlarının histopatolojik incelemesi ile konur. Miçetomalarda medikal tedavinin yeri yoktur ve etkilenen sinüsün drenajı ve havalanmasının sağlanması yeterlidir ve başarılı sonuçlar vermektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Halit UZUN
Cinnah Caddesi
40/14
Çankaya - ANKARA

KAYNAKLAR

1. BLITZER A., LAWSON W.: Fungal infections of the Nose and Paranasal Sinuses. Part I. Otolaryngologic Clinics of North America, 26: 1007-1035, 1993.
2. CHAKRABARTI A, SHARMA SC, CHANDLER J: Epidemiology and pathogenesis of Paranasal Sinus Mycoses. Otolaryngol Head Neck Surg. 107: 745-750, 1992.
3. DESHAZO RD, CHAPIN K, SWAIN RE.: Fungal sinusitis. The New England Journal of Medicine, 337: 255-259, 1997.
4. KLOSSEK JM, SERRANO E, PELEQUIN L, PER CODANI J, FONTANEL JP and PESSEY JJ.: Functional Endoscopic Sinus Surgery and 109 Mycotamas of Paranasal Sinuses. Laryngoscope, 107:112-117, 1997.
5. PONIKAU JU, SHERRIS DA, KERN EB, HOMBURGER HA, FRIGAS E, GAFFEY TA and ROBERTS GD.: The Diagnosis and Incidence of Allergic Fungal Sinusitis. Mayo Clin Proc., 74: 877-884, 1999.