



İZOLE SFENOİD SİNÜZİT

ISOLATED SPHENOID SINUSITIS

Dr. Cengiz ÖZCAN*, Dr. Kemal GÖRÜR*, Dr. Yücel AKBAŞ*

ÖZET

Sfenoid sinüzit çoğu zaman ayrı bir hastalık olmayıp, posterior etmoid sinüzitin tutulumu sonucu oluşur. İzole sfenoid sinüzit nadir bir hastalık olup teşhisinde güçlüklerle karşılaşmaktadır. Semptomların non-spesifik olması nedeniyle tedavisindeki gecikmeler ciddi ve hayati komplikasyonlara neden olabilmektedir. Endoskopik muayene, Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonansın yaygın olarak kullanılmasına başlanması ile izole sfenoid sinüzit tanısında artış olmaya başlamıştır. Bu çalışmada izole sfenoid sinüzit tanısı konan 8 hastanın semptomları, etiyolojik faktörleri, teşhis ve tedavi yöntemleri değerlendirildi. Hastalara parenteral antibiyotik tedavisi yapıldı. Tedaviye rağmen şikayetleri geçmeyen bir hastaya endoskopik sfenoidotomi yapıldı. Hastaların tamamı komplikasyonsuz ve sekelsiz olarak iyileşti. İzole sfenoid sinüzit erken tanı ve agresif tedavi ile komplikasyonsuz olarak iyileşebilen bir hastalıktır.

Anahtar Sözcükler : Sfenoid sinüzit, Tedavi, Endoskopik sinüs cerrahisi

SUMMARY

Sphenoid sinusitis, usually not an isolated disease, occurs after posterior etmoid sinusitis. Isolated sphenoid sinusitis is a rare disease and the diagnosis is fraught with difficulties. Delay in treatment due to non-specific symptoms leads to serious and fatal complications. After the advent of endoscopic examination, computerized tomography, and magnetic resonance imaging, diagnosis of isolated sphenoid sinusitis is increasing in number. In this study, symptoms, etiologic factors, diagnosis and treatment of eight patients diagnosed as isolated sphenoid sinusitis were discussed. The parenteral antibiotic treatment was administered to the patients. Endoscopic sphenoidotomy was performed in one patient who still had symptoms despite the treatment. All of the patient healed without complaints and sequel. Isolated sphenoid sinusitis is a disease that heals without complications if diagnosed early and treated aggressively.

Key Words: Sphenoid sinus, Treatment. Endoscopic sinus surgery

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB A.D - MERSİN

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 05.04.2002

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih : 18.06.2002

Yazışma Adresi : Dr. Cengiz ÖZCAN, Cumhuriyet Mah. Fındık Pınarı Yolu Bugü Sitesi No: 28 Kuyuluk, 33200 MERSİN

E-posta: cengizozcan@hotmail.com



GİRİŞ

Sfenoid sinüzit çoğu zaman ayrı bir hastalık olmayıp, posterior etmoid sinüsün tutulumu sonucu oluşur. Sfenoid sinüzit, kronik sinüzitli hastaların sadece %16' da görülmektedir¹⁵. İzole sfenoid sinüzit (İSS) nadir bir hastalık olup teşhisinde güçlüklerle karşılaşmaktadır^{8,17}. Nazal kavite apeksinin derininde yerleştiği için direk klinik muayene ile sfenoid sinüse ulaşamaz ve rutin radyolojik muayene ile görüntülenemez^{2,8,15}.

Sfenoid sinüsün duvarları hipofiz, optik kanal, internal karotid kanal ve III., IV., V., ve VI. kranial siniri içeren kavernöz sinüs gibi önemli oluşumlara komşudur^{2,8,15,17}. Rutin KBB muayenesinde nazal endoskopların daha yaygın kullanılmaya başlanması ile ve bu alandaki görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler sonucu İSS'in daha fazla teşhis edilmesi mümkün olmuştur^{6,15,17}. İSS'in semptomları genellikle non-spesifik olup, tedavisindeki gecikmeler ciddi ve potansiyel olarak hayatı tehdit edecek komplikasyonlara neden olabilmektedir^{3,8}. Klinik olarak en belirgin semptom santral yerleşimli, şakaklara ve vertexe yayılan baş ağrısıdır^{8,10,15,17}. Erken tanı ve yoğun antibiyotik tedavisi ile İSS komplikasyon oluşmadan tedavi edilebilmektedir^{4,14-15}. Semptomların düzelmediği veya komplikasyon oluşan olgularda ise cerrahi tedavi gerekmektedir^{8,16,18}.

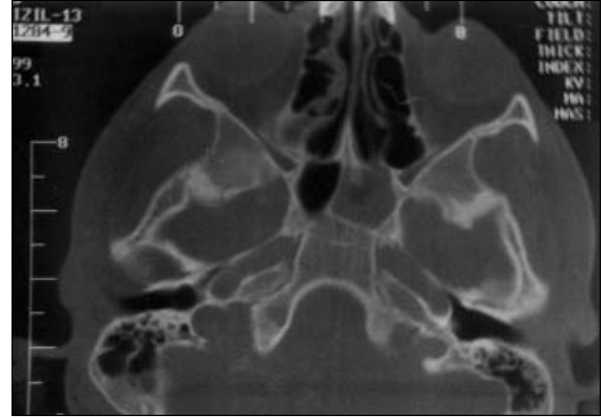
Bu çalışmada dört yıllık sürede İSS tanısı konulan 8 olgunun başvuru şikayetleri, etiyolojik nedenleri, uygulanan tanı yöntemleri ve tedavileri tartışıldı.

HASTALAR VE YÖNTEM

1999-2002 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB polikliniğine başvuran ve izole sfenoid sinüzit tanısı konulan 8 hasta çalışmaya alındı. Hastaların dördü bayan, dördü erkek olup, yaşları 7 ile 76 arasında değişmekte ve ortalama yaş 24,75 idi. Hastaların öyküleri alındıktan sonra rutin KBB muayeneleri yapıldı. Topikal anestezi sonrası oturur pozisyonda hastalara 4 mm Hopkins 300 ve 700 rigid teleskoplar ile nazal endoskopi yapıldı ve bu esnada sfenoid sinüs ostiumunda sekresyonu olan beş olgudan kültür alındı. Hastaların tümüne burun ve paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT), bir hastaya ilave olarak kranial manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) yapıldı (Resim 1,2). Hastalardan ayrıca kan IgE ve prick alerji testleri istendi. Spesifik IgE testi olarak "mast cell sistemi" kullanılarak Türk miks 36 paneli kullanıldı. Prick testinde Stallergenes marka 10 tane mixt ve 2 tane individual inhalen allerjen kullanıldı. İSS teşhisi konulan hastalara başlangıçta bir hafta 3x1,2 gram parenteral olmak üzere, daha sonraki iki hafta oral yoldan 2x1 gram amoksisilin+klavulanik asid ve ilk 5 gün nazal dekonjestan tedavisi yapıldı. Bir hastada tedaviye rağmen iki ay süresince şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle endoskopik cerrahi



Resim 1. Koronal paranasal sinüs CT'de sol sfenoid sinüste total opafikasyon görülmekte.



Resim 2. Aksiyel paranasal sinüs CT'de sol sfenoid sinüsün total opafikasyonu görülmekte.

tedavi uygulandı.

BULGULAR

Hastaların hepsinde başvuru şikayeti olarak retro-orbital ve vertekse yayılan baş ağrısı olup, iki hastada geniz akıntısı, birer hastada burun tıkanıklığı, kulak tıkanıklığı ve öksürük mevcuttu. Hastalarda ateş ve sistemik enfeksiyon bulgusu yoktu. Hastaların öyküsünden iki hastanın daha önce sinüzit geçirdiği, bir hastanın ise alerjik rinit ve bronşiyal astması olduğu öğrenildi. Hastaların laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastaların KBB muayenesinde iki hastada post nazal pürülan akıntı, üç hastada alt konka hipertrofisi, iki hastada septum deviasyonu ve bir hastada küçük septal perforasyon tespit edildi. Endoskopik muayenede sfenoetmoid reseste mukopürülan akıntı beş hastada, dört hastada ödem ve bir hastada sfenoid ostium ağzında polip görüldü. Spesifik IgE ve prick testleri sonucu bir hastada D. farinea ve D. Pteronyssinus pozitifliği tespit edildi. Burun ve paranasal sinüs CT'lerin değerlendirilmesinde İSS beş hastada sağ tarafta, üç hastada sol taraftaydı. Birer hastada frontal sinüs hipoplazisi ve aplazisi, bir hastada bilateral, iki hastada unilateral konka bulloza, bi-



rer hastada septum ve krista galli pnömotizasyonu mevcuttu. Ostium ağzından alınan beş kültürün ikisinde üreme olmadı, iki hastada Staph. aureus, bir hastada ise Str. pneumoniae üredi. Antibiyogramda amoksisilin+klavulanik aside direnç yoktu. Hiç bir hastada komplikasyon gelişmedi. Sekiz olgunun yedisinin bir ay sonraki kontrol CT'lerinde İSS'nin iyileştiği saptandı. Medikal tedavi ile düzelmeyen bir hastaya lokal anestezi ile endoskopik olarak sinüs ağzındaki polip temizlendi ve sfenoid sinüs ağzı genişletildi. Hastaya ayrıca endoskopik septoplasti uygulandı. Hastaların takipleri 6 ay ile 2 yıl arasında değişmekte olup ortalama takip süresi 14 aydı. Bu süreler içerisinde hiç bir hastada nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA

Bakteriyel sfenoid sinüs enfeksiyonlarının görülme sıklığı antibiyotik kullanımının yaygınlaşmasından sonra belirgin bir şekilde azalmıştır, fakat bakteriyel direnç gelişimi dolayısıyla son zamanlarda bir artış göstermiştir 8,11. İSS diğer sinüs enfeksiyonlarından daha az görülmekte olup, tüm sinüs enfeksiyonlarının %1-2'sini oluşturmaktadır 13. Sfenoid sinüs enfeksiyonları tedavi edilmediklerinde kavernoöz sinüse, dura matere ve optik kanala kolayca yayılabilmekte ve irreversible nörolojik komplikasyonlara veya ölüme sebep olabilmektedir 3,8. Bu enfeksiyonun yayılımını engellemek için erken tanı ve agresif tedavi yapılması gerekmektedir 3, 5, 8. Lew ve ark. 8 tanısında gecikme olan 15 sfenoid sinüzitli hastanın dördünün öldüğünü, dördünün ise irreversible kraniyal sinir hasarı oluştuğunu bildirmiştir. Menenjit ve kavernoöz sinüs trombozu en sık görülen komplikasyonlardır 3,8.

Sfenoid sinüzitte en sık görülen yakınma baş ağrısı olup; baş hareketleri, öksürük, yürüme ve eğilmekte güçleşmektedir 13. Baş ağrısı genellikle tek taraflı frontal, temporal veya oksipital bölge veya bunların kombinasyonu şeklinde tarif edilmektedir. Baş ağrısının künt tarzda ve devamlı olduğu, uykuyu engellediği ve aspirinle geçmediği bildirilmiştir 8. Görme bozuklukları da en sık görülen yakınmalardan olup, inflamatuvar sfenoid sinüs hastalarının % 70'de görülmektedir 5,7,13. Trigeminal sinir semptomları %10-30 hastada görülürken, kraniyal sinir bulguları %12-70 hastada görülmektedir 7,8,13. Hadar ve ark.6 21 izole sfenoid sinüs hastasının, 17'sinde retro-orbital, paryetal, oksipital ve frontal bölge baş ağrısının olduğu, diğer yakınmaların ise postnazal akıntı, öksürük ve epistaksis olduğunu bildirmişlerdir. Sethi 15 8 İSS'li hastanın hepsinde pozisyonel ve zonklayıcı tarzda retro-orbital baş ağrısı olduğu ve geceleri kötüleştiğini rapor etmiştir. Bizim çalışmamızdaki hastaların hepsinde retro-orbital tarzda ve vertexe yayılan, ağrı kesicilere cevap vermeyen baş ağrısı mevcuttu.

Sfenoid sinüs enfeksiyonlarının gelişiminde kontamine suya dalış, kokain veya steroid kullanımı, diyabetes mellitus, radyoterapi, alerjik mukozal ödem, ve septum deviasyonu ve

nazal fraktür risk faktörü olarak suçlanmış olup 3,12,14, bizim çalışmamızdaki olgularımızda bu olası faktörlerden yalnızca bir hastada alerjik ödem ve iki hastada septum deviasyonu tespit edildi.

Görüntüleme yöntemlerinin sfenoid sinüs hastalıklarının değerlendirilmesinde önemli bir rolü vardır. CT ve MRI kullanılıncadan önce, sfenoid sinüsün tam olarak değerlendirilmesi mümkün olmamaktaydı 1. Konvansiyonel direk grafilerin İSS tanısında faydasız olup, erken CT çekilmesinin özellikle intrakraniyal ve intraorbital komplikasyonları göstermede önemlidir 3. Rothfield ve ark.12 konvansiyonel direk grafi çekilen 5 hastanın üçünde yanlış negatif, CT yaptıkları 13 hasta da ise doğru pozitif sonuç aldıklarını bildirmişlerdir. Gilain ve ark 5. yüksek oranda izole sfenoid sinüzit görme sebebi olarak rutin CT kullanımını göstermiştir. MRI sfenoid sinüs hastalıklarında rutin olarak kullanılmamasına rağmen yumuşak doku patolojilerini göstermede faydalı olduğu gibi, tümör-sıvı kolleksiyonun ayırd edilmesinde ve komplikasyonlarının gösterilmesinde daha etkilidir 1,5,10,13. Biz olgularımızda ilk görüntüleme yöntemi olarak CT'yi tercih ettik, yalnız bir hastamızda yaşlı olduğu için sfenoid tümöründen ayırd etmek için ilave olarak MRI çektik.

İSS'de suçlu ajanın izolasyonu için bakteriyolojik örnek alımı için güçlükler mevcuttur 3. Lew ve ark.8 sfenoid sinüzitli hastaların kültürlerinde en fazla Staph. aureus ve Strep. pneumoniae, Sethi 15, birer hastada ise Staph. aureus, Strep. pneumoniae ve Citrobacter diversus ürediğini, iki hastasında ise üreme olmadığı bildirmiştir. Hadar ve ark.6 kültür aldıkları 9 İSS'li hastanın 4'ünün kültüründe Staph. aureus ürediği ve bu sebeple bakteriyel sfenoidit düşünülen kişilere Staph. aureus etkili antibiyotiklerin başlanması önermiştir. Bizim aldığımız kültürlerin ikisinde Staph. aureus, birinde Strep. pneumoniae üredi, iki hastada üreme olmayıp, bulgular literatür ile uyumluluk göstermektedir.

İSS tedavisi öncelikle antibiyotik ve dekonjestan tedavi olup, eğer semptomlar sebat eder veya nörolojik bulgular gelişirse sfenoid sinüs cerrahi olarak drene edilmelidir 3,6,15,13. Eğer sfenoid sinüs enfeksiyonu tespit edilmişse ve ciddi baş ağrıları varsa hasta ileri tetkik ve tedavi için hastaneye yatırılmalı, kültür alınmalı ve parenteral antibiyotik başlanmalıdır 3,13,15. Tedavide antibiyotik seçimi yüksek doz penisilinaze dirençli penisilinler olmalı ve tedavi en az iki hafta süreyle devam etmelidir 6,8. Sethi 15 İSS hastalarına hastane şartlarında geniş spektrumlu antibiyotik başladığını ve aynı zamanda endoskopik olarak sfenoidotomi resepsiyonla kokainli pediler yerleştirerek dekonjesyon yaptığını, sekiz hastanın üçünün semptomlarının düzeldiği ve iyileştiğini, diğer beş hastaya ise endoskopik olarak sfenoidotomi yaptığını bildirdi. İyileşen hastalara 5 gün süreyle antibiyotiğe devam ettiğini ve altıncı gün taburcu ettiklerini belirtmiştir 15.



Ruoppi ve ark.13 16 İSS hastasına sfenoid sinüs irigasyonu yaptıkları ve bunların 12 (%80)'de baş ağrısının kaybolduğunu ve iyileştiklerini bildirmiştir. Ergin ve ark.4 ile Sawaya14 İSS'li hastalarına amoksisilin+klavulanik asid ve dekonjestan uyguladıkları ve tedavi sonucunda hastaların sorunsuz olarak iyileştiklerini bildirmişlerdir. Bizde İSS'li olgularımızı hastaneye yatırıp parenteral penisilinaza dirençli ve stafilocoklara etkili geniş spektrumlu bir penisilin olan amoksisilin+klavulanik asid tedavisine başladık ve tedaviye üç hafta süreyle devam ettik. Sekiz hastanın yedisinin komplikasyonsuz ve sekelsiz olarak iyileştiğini gözledik. Bu sonuç İSS'de erken dönemde antibiyotik tedavisinin etkili olduğunu düşündürmüştür.

Cerrahi tedavi persistan ve semptomatik hastalık ile komplikasyon olduğunda yapılmaktadır 3,6,8,13,15,17. Sfenoid sinüse yaklaşım olarak yakın zamana kadar sublabial trans septal, trans kolumellar trans septal, transetmoidal, transantral ve transpalatal yollar kullanılmıştır 2,3,6,11,12. Bu girişimlerin septal perforasyon, post-operative insisor anestezisi, skar ve hastane de uzun kalış süresi gibi dezavantajları mevcuttur 6,11. Son yıllarda rigid nazal endoskopların gelişimi ve cerrahların endonazal anatomiye alışmaları ile sinüs hastalıklarının tedavisinde ilerlemeler olmuştur. Sfenoid sinüs hastalığının teşhis ve tedavisinde endoskopik sfenoido-

tomini etkinliği kanıtlanmış olup, lokal veya genel anestezi altında minimum hasta rahatsızlığı ile yapılabilmektedir 5,6,9,11,17. Bu teknik sfenoid sinüse minimal hasar ile ulaşılmasını sağlayarak daha fizyolojik bir drenaj sağlamak ve olguların post operatif olarak takibini kolaylaştırmaktadır 6,9,11,17. Bununla birlikte endoskopik yaklaşım cerrahi deneyim ve nirengi noktalarını ayırt edecek el becerisine ihtiyaç göstermektedir 2,5,11. Ruoppi ve ark.13 39 İSS hastasının onuna endoskopik sfenoidotomi gerektiğini bildirmiştir. Medikal tedavi ile şikayetlerinde düzelmeyen ve ostium ağzında polibi olan bir hastamıza endoskopik olarak sfenoid sinüs ağzındaki polip temizlendi ve sfenoidotomi yapılarak sinüs drenajı sağlandı. Kontrollerinde sfenoid sinüs ağzının açık olduğu görüldü.

İSS'de semptom olarak baş ağrısı hemen her zaman olduğu için, tedaviye cevap vermiyen ve uzamış baş ağrısı olan hastalara paranazal sinüs CT'sinin çektilmesi ve İSS tanısı konulan olguların hospitalize edildikten sonra parenteral olarak antistafilokoksik antibiyotiklerin başlanması, semptomların düzelmediği olgulara ise transnazal endoskopik sfenoidotomi yapılması uygundur.



KAYNAKLAR

1. CHONG VF, FAN YF, LAU DP, CHEE LW, NGUYEN TM, Sethi DS. Imaging the sphenoid sinus: pictorial essay. *Australas Radiol* 2000; 44(2): 143-54.
2. ÇAKMAK Ö, SHOHET MR, KERN E. Isolated sphenoid sinus lesions. *Am J Rhinol* 2000; 14: 13-9.
3. DEANS FAJ, WELCH AR. Acute isolated sphenoid sinusitis: a disease with complications. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 1072-1074.
4. ERGİN NT, A¼ILDERE M, CANER H. İleri derecede pnömatize sfenoid sinüste izole sfenoid sinüzit. *KBB Bülteni* 1997; 4: 24-26.
5. GILAIN L, AIDAN D, COSTE A, PEYNEGRE R. Functional endoscopic surgery for isolated sphenoid sinus disease. *Head Neck* 1994; 16: 433-37.
6. HADAR T, YANIV E, SHVERO J. Isolated sphenoid sinus changes-history, CT and endoscopic findings. *J Laryngol Otol* 1996; 110; 850-3.
7. LAWSON W, REINO AJ. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. *Laryngoscope* 1997; 107:1590-5.
8. LEW D, SOUTHWICK FS, MONTGOMERY WW, WEBER AL, BAKER AS. Sphenoid sinusitis: A review of 30 cases. *N Eng J Med* 1983; 309: 1149-54.
9. ÖNERCİ M, SENNARAOĞLU L, ÜNAL ÖF. Sfenoid sinüs mukoseli. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 1993; 31: 228-230.
10. PEARLMAN SJ, LAWSON W, BILLER HF, FRIEDMAN WH, Potter GD. Isolated sphenoid sinus disease. *Laryngoscope* 1989; 99: 716-20.
11. RATCLIFF DJ, MARPLE BF: Sphenoid sinus disease. Byron Bailey(Eds): *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 2001. Vol 1, pp 393-400.
12. ROTHFIELD RE, DE VRIES EJ, RUEGER RG. Isolated sphenoid sinus disease. *Head Neck* 1991; 13: 208-12.
13. RUOPPI P, SEPPA J, PUKKILA M, NUUTINEN J. Isolated sphenoid sinus diseases. *Arch Otolaryngol Head neck Surg* 2000; 126: 777-781.
14. SAWAYA RA. Trigeminal neuralgia associated with sinusitis. *ORL* 2000; 62:162-163.
15. SETHI DS. Isolated sphenoid lesions: Diagnosis and management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 730-6.
16. STAMMBERGER H, HAWKE M: *Essentials of functional endoscopic sinus surgery*. Mosby, St Louis 1993.
17. TURGUT S, ÖZCAN MK, ÇELİKKANAT S, ÖZDEM C. Isolated sphenoid sinusitis. *Rhinology* 1997; 35; 132-5.
18. URQUART AC, FUNG CBG, MCINTOSH WA. Isolated sphenoiditis: a diagnostic problem. *J Laryngol Otol* 1989; 103: 526-7.