

Olgu Sunumu: VI. Kranial Sinir Paralizisi ile Seyreden İzole Sfenoid Sinüzit

Isolated Sphenoid Sinusitis Presenting with Unilateral Complete VIth Nerve Palsy: Report of a Case

*Dr. Nilda SÜSLÜ, *Dr. Ömer Taşkın YÜCEL, **Dr. Ahmet Emre SÜSLÜ

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu

ÖZET

İzole sfenoid sinüs patolojileri ve enfeksiyonları diğer paranasal sinüslere oranla oldukça nadirdir. Sfenoid sinüsün vital yapılarla komşuluğundan dolayı enfeksiyonun kemik dokuyu aşması ciddi nörolojik komplikasyonlarla sonuçlanabilir. VI. kranial sinir genelde neoplazi dahil olmak üzere sfenoid sinüs hastalıklarından en sık etkilenen yapıdır. Bu olgu sunumunda VI. kranial sinir paralizisine neden olan izole sfenoid sinüzitli 65 yaşındaki bir hasta sunulacaktır. Abdusens paralizisi endoskopik sfenoidotomi ve parenteral antibiyotik tedavisi ile düzelmiştir. Bu nadir klinik antitenin tanı ve tedavisi güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Sfenoid sinüzit, abducens siniri hastalıkları

ABSTRACT

Isolated sphenoid sinus pathologies including sphenoid sinusitis are very rare disorders compared to other paranasal sinuses. Close proximity of sphenoid sinus to vital structures and slender bony structures may allow the infection to disseminate with serious neurological complications. VIth nerve is the most frequently affected cranial nerve in sphenoid sinus diseases including neoplasms. In this paper, we report a very rare case of isolated sphenoid sinusitis in a 65 year old woman who was presented with unilateral complete VIth nerve palsy. The abducens nerve palsy recovered after the treatment that consists of endoscopic sphenoidotomy and parenteral antibiotic therapy. We discuss the clinical features, diagnosis and the treatment for this rare entity.

Keywords

Sphenoid sinusitis, abducens nerve diseases

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 27.11.2006 · Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 12.12.2006

Yazışma Adresi

Dr. Nilda SÜSLÜ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz- Baş Boyun Cerrahisi Ana Bilim Dalı, 06100 Hacettepe Ankara Türkiye
Telefon: 0312 305 17 86 Faks: 0312 311 35 00 E-posta: nildasuslu@yahoo.com

GİRİŞ

İzole sfenoid sinüzit ciddi komplikasyonlara yol açabilen nadir bir durumdur. Hospitalizasyona ihtiyaç duyulan paranasal sinüs hastalıklarının %1–2,7'sinin izole sfenoid enfeksiyonları nedeniyle olduğu bildirilmiştir (1). İzole sfenoid sinüzit, çoğu zaman klinik olarak kendini komplikasyonlarla belli ettiğinden, tanı alamayan vakaların da olabileceği ve bunların belirtilen insidansı arttırılabileceği göz önüne alınmalıdır.

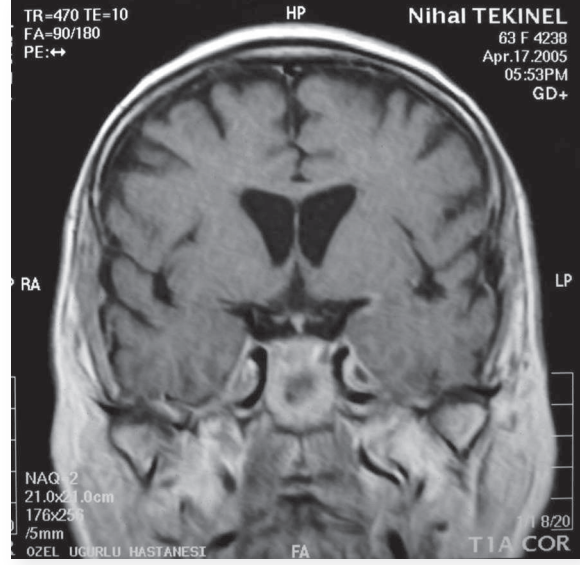
Baş ağrısı, izole sfenoid sinüzitli hastalarda görülen en sık belirtidir, nazal semptomlar ise genellikle hastalık ileri evrelere ulaşmadan ortaya çıkmazlar (2). Günümüzde, endoskopinin rutin nazal muayenelerde sıkça kullanılması ve radyolojik görüntüleme metodlarındaki gelişmeler bu nadir patolojinin tanı tedavisinde ve buna bağlı olarak da prognozunda önemli gelişmelere yol açmıştır.

Sfenoid sinüsün vital yapılarla olan yakın komşuluğundan dolayı, sinüsün enfeksiyonu önemli komplikasyonlara yol açabilir (3). Aşağıda komplet altıncı kranial sinir paraliziyle seyreden, izole sfenoid sinüzitli bir olgu tartışılmıştır.

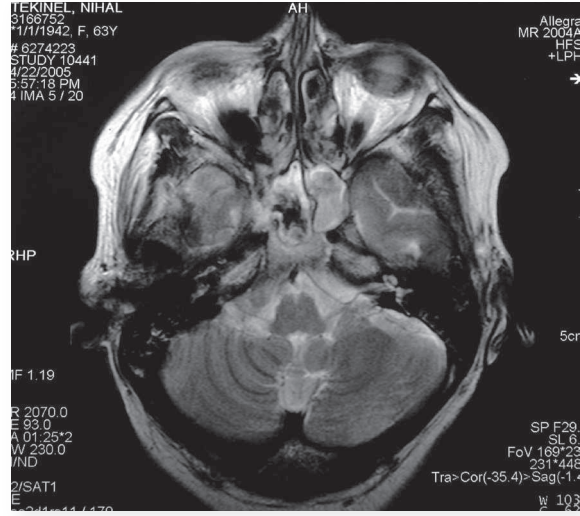
OLGU SUNUMU

Yaklaşık 10 gündür non–steroid antiinflamatuvarlara cevap vermeyen retrobulbar baş ağrısı olan ve son 24 saatte gelişen çift görme şikayeti olan 65 yaşında bayan hasta nöroloji bölümüne hospitalize edilerek, solda komplet VI. kranial sinir paralizi tespit edilirken diğer kranial sinir muayeneleri normal olarak değerlendirilmiştir. Yapılan manyetik rezonans görüntülemede (MRG) izole sol sfenoid sinüzit tespit edilmiş, kavernöz sinüs normal olarak görülmüştür (Resim 1,2). Hastanın sorgulanması sonucunda diabetes nedeniyle insülin kullandığı öğrenilmiş, kandaki glukoz yüksek sınırlarda (307 mg/dl) bulunmuştur.

Bu bulgularla hastaya intravenöz ampisilin, seftriakson ve amfoterisin–B tedavileri başlanmıştır. Kan şekeri intravenöz insülin tedavisi ile normal sınırlara düşürülmüştür. Hastanın 10 günlük takibinde sol VI. kranial sinir paralizisinde herhangi bir değişiklik olmaması üzerine hasta kulak burun boğaz bölümüne konsülte edilmiştir. Yapılan rutin kulak burun boğaz muayenesi normal olarak bulunmuş, endonazal oluşumlar ve nazofarenks



Resim 1. T1 ağırlıklı aksiyal MR kesitinde sol sfenoid sinüsteki opasifikasyon görülmekte.



Resim 2. T1 ağırlıklı koronal MR kesitinde kavernöz sinüslerin normal olduğu görülmekte.

endoskopik olarak değerlendirilmiş ve herhangi bir patolojik bulgu saptanmamıştır.

Başta invaziv fungal sinüzit olmak üzere diğer patolojileri araştırmak ve sinüs eksplorasyonu amacıyla; hasta acil olarak ameliyata alınmıştır. Endoskopik transnazal yaklaşımla sol tarafta sfenoetmoid reses tanımlanmış, sfenoid sinüs ön duvarı alınarak sfenoidotomi tamamlanmıştır. Sfenoid sinüs

içinden bol miktarda pürülan ve nekrotik materyal temizlenerek drenaj sağlanmış, invaziv fungal sinüzit lehine bir bulgu saptanamamıştır. Pürülan materyalden yapılan kültürlerde spesifik bir mikroorganizma üretilmemiş ancak incelenen yaymalarda bol miktarda gram pozitif koklara rastlanmıştır.

Postoperatif 10. günde, hastanın sol gözündeki laterale bakış kısıtlılığı tamamen düzeldiği gözlenmiştir. VI. kraniyal sinir paralizisinin tamamen ortadan kalkmasının yanında retrobulbar baş ağrısı şikayetinin de azaldığı tespit edilmiştir. Hasta oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edilerek 6 ay takip edilmiş, takiplerinde ek bir sorun olmamıştır.

TARTIŞMA

Tüm paranazal sinüs hastalıklarının sadece %1-2,7'lik bir kısmını oluşturan, izole sfenoid sinüs hastalıkları oldukça nadir görülen patolojilerdir (1,4). Üstte orta kraniyal fossa, optik sinir, pitüiter bez; laterallerde kavernoöz sinüs, internal karotid arter, 3., 4., 5., 6. kraniyal sinirler gibi bir çok önemli oluşumlarla yakın komşuluk gösterir. Sfenoid sinüsün patolojileri, bu oluşumların etkilenmesiyle ortaya çıkabilecek, birçok komplikasyona gebe dir. Sfenoid sinüzitin, kemik komşuluğundaki yapıları etkileyerek orbital sellülit, menenjit, serebral abse, kavernoöz sinüs trombozu, kraniyal sinir paralizileri gibi komplikasyonlara yol açtığı bilinmektedir (3,5).

İzole sfenoid sinüzitin en sık klinik belirtisi baş ağrısıdır (2,6). Baş ağrısı frontal, temporal, retroorbital veya retrobulbar bölgede hissedilebileceği gibi oksipital bölge gibi beklenmeyen lokalizasyonlarda da olabilir (7,8). Oküler belirtiler baş ağrısından sonra görülen en sık şikayettir. Sfenoid sinüs patolojilerinin, hiçbir belirti olmadan, ilk olarak görme kaybı hatta körlükle ortaya çıkması mümkündür (2). Burun tıkanıklığı, epistaksis görülebilen diğer belirtilerdir.

Altıncı kraniyal sinir, sfenoid sinüs patolojilerinden en sık etkilenen kafa çiftidir. VI. kraniyal sinirin kavernoöz sinüs içinde en medialde yerleşen oluşum olması yada inferior petrozal sinüsün progresif tromboflebiti buna neden olarak gösterilmektedir (3). Literatürde, izole sfenoid sinüzite bağlı VI. kraniyal sinir tutulumu olan sadece 3 vaka bildirilmiştir (9,10,11). Bizim hastamız da bu nadir gruba dahil olmaktadır.

İzole sfenoid sinüzit diğer paranazal sinüslerin enfeksiyonlarının aksine oldukça nadir olup genellikle derin deniz dalgıçlığı, kokain bağımlılığı, steroid kullanımı, kraniyofasiyal radyoterapi, maksillofasiyal travma ve hastamızda da tespit edilen diyabet gibi predispozan faktörlere bağlı olarak gelişir (3,10). Sfenoid sinüzitte gram-pozitif organizmalar (Stafilokokus aureus, Stafilokokus epidermidis ve streptokoklar) baskın olarak görülürken, bazı anaerobik mikroorganizmalar, gram negatif bakteriler (H. influenza, E. coli, Pseudomonas aeruginosa, proteus) ve mantarlar rol oynayabilirler (1,12,13). Sunulan olguda, alınan kültürlerde spesifik bir ajan üretilmemiş ancak pü y yaymalarında görülen bol gram pozitif koklar tanımı desteklemiştir.

İzole sfenoid sinüzitin tanısında majör rolü, nazal endoskopinin kullanıldığı muayene ve radyolojik incelemeler almaktadır. Nazal endoskoplarla, rutin anterior rinoskopi ile görülmesi mümkün olmayan oluşumlar görülebilmekte, orta mea, üst mea ve sfenoetmoid reses rahatlıkla incelenebilmektedir. Ancak olgumuzda da olduğu gibi endoskopik muayene bile ciddi komplikasyonu olan bir vakada tanı için yeterli olmayabilir. Bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) paranazal sinüslerin ayrıntılı incelenmesi için ve eğer varsa patolojinin yaygınlığını, kemik destrüksiyonu ve intrakraniyal yayılımı ortaya koymak için mutlaka gereklidir. Diğer paranazal sinüslerin salim olduğu ve sfenoid sinüste hava-sıvı seviyesi, mukozal kalınlaşma, opasifikasyon ve granüloma formasyonu izole sfenoid sinüzit tanısını koydurmaktadır (2). Bizim olgumuzda ortaya çıkan nörolojik patoloji doğal olarak öncelikle intrakraniyal bölgede yer tutan bir lezyonu ekarte etmek için MRG istenmiştir.

Sfenoid sinüzite bağlı bir komplikasyon geliştiğinde, acil cerrahi drenaj ve parenteral antibiyotik tedavinin temel taşlarını oluşturmalıdır (6,13). Tek başına antibiyotik tedavisi genellikle yetersiz kalmaktadır. Literatürdeki diğer izole sfenoid sinüzitli olgularda tedaviye öncelikle antibiyotikle başlanmış, yeterli sonuç alınmaması üzerine cerrahi tedaviyle çözüm sağlanmıştır. Endoskopik sfenoidotomi, sinüs drenajının sağlanmasını, nekrotik yada inflamatuvar materyalin uzaklaştırılmasını mümkün kılarken, kültür alınmasına ve antibiyotik tedavisinin uygun şekilde yönlendirilmesini sağlamış olur. Nörolojik komplikasyonu gelişen sinüzitli bir vakada, altta yatan predispozan faktörlerin

varlığında, son derece hızlı progresyon gösteren ve yüksek mortalite oranlarına sahip olan, akut invazif fungal sinüzit mutlaka araştırılmalıdır. Sunduğumuz olguda ilk başvuru sırasında kontrol altında olmayan diabet saptanmıştır. Bilindiği gibi diabet, mukormikozis için en önemli predispozan faktördür. Her ne kadar MRG ile mantar enfeksiyonu ile uyumlu bulgular elde edilemese de; erken cerrahi müdahale enfeksiyonun tedavisinden başka invazif fungal sinüzit varlığını kesin olarak ekarte etmiştir.

İzole sfenoid sinüs lezyonlarında sinüse ulaşmak için endoskopik olarak transnazal, transetmoid ve transseptal yaklaşımlar tercih edilebilir (6,14,15).

Vakamızda radyolojik görüntülemeler ve endoskopik muayene ile etmoidit bulguları olmadığından transnazal sfenoidotomi yaklaşımı tercih edilmiştir. Sunduğumuz olguda cerrahi sonrası tedavi antibiyotiklerle desteklenmiş ve hastanın şikayetlerinde kısa sürede düzelme olduğu görülmüştür.

SONUÇ

Yazarlar olarak, sfenoid sinüzit komplikasyonu olduğu düşünülen bir vakada cerrahi müdahalenin prognoza oldukça olumlu etki gösterdiğini ve cerrahi girişimin öncelikle ve hızla yapılmasının tedavi-deki en önemli basamak olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- Lew D, Southwick FS, Montgomery WW, Weber AL, Backer AS. Sphenoid sinusitis: A review of 30 cases. *N Engl J Med.* 1983; 309: 1149–1154.
- Wang ZM, Kanoh N, Dai CF. Isolated sphenoid sinus disease: An analysis of 122 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002; 111: 323–327.
- Deans JAJ, Welch AR. Acute isolated sphenoid sinusitis: disease with complications. *J Laryngol Otol.* 1991; 105: 1072–1074.
- Hnatuk LAB, Mc Donald RE, Papsin BC. Isolated sphenoid sinusitis: the Toronto Hospital for Sick Children experience and review of the literature. *J Otolaryngol.* 1994; 23: 36–41.
- Dale BAB, MacKenzie IJ. The complications of sphenoid sinusitis. *J Laryngol Otol.* 1983; 97: 661–670.
- Martin TJ, Smith TL, Smith MM, Loehr TA. Evaluation and surgical management of isolated sphenoid sinus disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 128: 1413–1419.
- Haimi-Cohen Y, Amir J, Zeharia A, Danziger Y, Ziv N, Mimouni M. Isolated sphenoid sinusitis in children. *Eur J Pediatr.* 1999; 158: 298–301.
- Rothfield RE, de Vries EJ, Rueger RG. Isolated sphenoid sinus disease. *Head Neck.* 1991; 13: 208–212.
- Ada M, Kaytaz A, Tuskan K, Güvenç MG, Selçuk H. Isolated sphenoid sinusitis presenting with unilateral Vth nerve palsy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2004; 68: 507–510.
- Oruçkaptan HH, Akdemir P, Özgen T. Isolated sphenoid sinus abscess: clinical and radiological failure in preoperative diagnosis. Case report and review of the literature. *Surg Neurol.* 2000; 53: 174–177.
- Ashurov AM. Acute purulent sphenoiditis complicated by paresis of abducens nerve. *Vestn Otorinolaringol.* 2003; (3):52.
- Parker KM, Nicholson JA, Cezayirli RC, Biggs PJ. Aspergillosis of the sphenoid sinus: presentation of a pituitary mass and postoperative gallium-67 imaging. *Surg Neurol.* 1996; 45: 354–358.
- Holt GR, Standefer JA, Brown WE, Gates GA. Infectious disease of the sphenoid sinus. *Laryngoscope.* 1984; 94: 330–335.
- Stankiewicz JA. Sphenoid sinus mucocoele. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1989; 115: 735–740.
- Kieff DA, Busaba N. Treatment of isolated sphenoid sinus inflammatory disease by endoscopic sphenoidotomy without ethmoidectomy. *Laryngoscope.* 2002; 112: 2186–2188.