

İZOLE SFENOİD SİNÜS ASPERGİLLOZİSİ

ISOLATED SPHENOID SINUS ASPERGILLOSIS

Rinoloji

Başvuru: 01.09.2015

Kabul: 15.09.2015

Yayın: 15.09.2015

Seda Türkoğlu Babakurban¹, Hakan Akkaş², Evren Hızal³, Mehmet Volkan Akdoğan¹, Erdinç Aydın¹¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı² Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi³ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi**Özet**

Paranasal sinüslerde en sık enfeksiyona yol açan fungal ajan aspergillustur. Bu ajan paranasal sinüslerden en sık maksiller sinüsü tutarken sfenoid sinüsü çok nadir tutar. Literatürde izole sfenoid sinüs aspergillozis olgusu oldukça azdır. Elli dört yaşında, kronik böbrek yetmezliği olan erkek hasta kliniğimize 6 aydır devam eden sağ taraflı burun akıntısı nedeni ile başvurmuştur. Hasta uzun süreli antibiyoterapi almış ancak şikâyetlerinde azalma olmamıştır. Endoskopik incelemede hastanın sağ orta konkası altında koyu renkli pürülan akıntı gözlenmiştir. Yapılan paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde sağ sfenoid sinüste mukozal kalınlaşmalar ve retansiyone sıvı görünümleri izlenmiştir. Hastaya fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi uygulanmıştır. Sfenoid sinüs materyali aspergillozis ile uyumlu, diğer sinüslere ait materyaller ise inflamatuvar doku olarak rapor edilmiştir. Hastanın 9 aylık takibinde sinüzit ile ilişkili şikâyeti olmamıştır ancak miyokardial enfarktüs nedeni ile exitus olmuştur. Standart sinüzit tedavisine cevap vermeyen, ek sistemik hastalığı olan hastalarda ön tanıda fungal nedenler düşünülerek fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisinin uygulanıp, tedavinin patolojik ve mikrobiyolojik sonuçlara göre yeniden düzenlenmesi gereklidir. Bu yazıda fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile tedavi edilen izole sfenoid sinüs aspergillozis olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sfenoid sinüs, Aspergillozis Sinüzit**Abstract**

The most frequent fungal etiological factor associated with paranasal sinus infection is aspergillus. This etiological factor involves maxillary sinus mostly but involves sphenoid sinus rarely. Case reports about isolated sphenoid sinus aspergillozis are quite a few. Fifty four years old male patient with chronic renal failure referred to our clinic with nasal discharge ongoing for six months. He used antibiotics for long time however his complaints did not diminish. We found purulent drainage in the bottom of his right middle concha in endoscopic examination. Paranasal sinus tomography scans showed mucosal thickness and retained fluid in his right sphenoid sinus. We carried out endoscopic sinus surgery. His sphenoid sinus material was consistent with aspergillozis thereafter the other materials from other paranasal sinuses were reported as inflammatory tissues. He lived for nine months without any complaints related with sinusitis but he died because of myocardial infarct. Fungal etiology must be in mind for patients with other systemic diseases, did not improve with medical therapy for sinusitis. In this patients endoscopic sinus surgery must be done and therapy is arranged due to pathology and microbiology of materials. We reported an isolated sphenoid sinus aspergillozis case treated with endoscopic sinus surgery.

Keywords: Sphenoid sinus, Aspergillozis Sinusitis**Giriş**

İzole sfenoid sinüs hastalıkları tüm sinüs lezyonları içinde %1 ile %3 arasında görülür [1-2]. Hastaların birçoğunda bulgular ve belirtiler nonspesifiktir. İzole sfenoid sinüs hastalıkları, semptomlarının siliik olması nedeniyle kolaylıkla atlanabilir [1,2]. Bu durum ise sfenoid sinüsün, optik sinir, internal karotid arter, kavernoöz sinüs, 3.-4.-6. kranial sinirler, 5. kranial sinirin oftalmik ve maksiller dalı, beyin ve meninklerle olan yakın komşuluğu nedeni ile ciddi ve hayatı tehdit edici komplikasyonlarla sonuçlanabilir [3].

Paranasal sinüslerde görülen aspergillozis, immün sistem bozukluğu olmayan kişilerde hafif şiddetli semptomlarla seyrederken, immün bozukluğu olan kişilerde yüksek morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir [4]. Bu yazıda fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile tedavi edilen izole sfenoid sinüs aspergillozis olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Baş ağrısı ve burun akıntısı nedeniyle kulak burun boğaz kliniğine başvuran 54 yaşındaki erkek hastanın hikayesinden yaklaşık 6 aydır ara ara olan hafif baş ağrısı ve sağ burun pasajından gelen koyu yeşil renkli akıntı olduğu öğrenildi. Hastanın burun akıntısı ve geniz akıntısının sürekli olduğu, koyu yeşil renkli balgam çıkardığı ve bu nedenle 6 ay içerisinde 3 defa oral antibiyotik tedavisi aldığı öğrenildi. Hasta oral antibiyotik tedavisi sonrası şikayetlerinde azalma olmadığını belirtti.

Hastanın özgeçmişinden polikistik böbrek hastalığına bağlı kronik böbrek yetmezliği olduğu ve bu nedenle diyaliz tedavisi aldığı öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde bilateral burun pasajından ve postnazal bölgeden pürülan akıntısı olduğu tespit edildi. Bunun üzerine hastaya 10 gün süreyle seftriakson 1x750 mg, nazal dekonjestan ve mukolitik tedavi uygulandı. Kontrolde şikayetlerinde gerileme olmadığı öğrenildi. Yapılan endoskopik incelemede sağ orta konka altında koyu renkli pürülan akıntı görüldü.

Hastanın paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde bilateral maksiler sinüslerde mukozal kalınlaşmalar, sağ taraf etmoid hücreleri dolduran sıvı görünümleri, sağ sfenoid sinüste mukozal kalınlaşmalar ve retansiyone sıvı görünümleri saptandı (Şekil 1,2).



Şekil 1 : Aksiyel paranasal sinüz tomografi görüntüsü, sağ sfenoid sinüste retansiyone sıvı



Şekil 2 : Koronal paranazal sinüz tomografi görüntüsü, sağ sfenoid sinüste retansiyone sıvı

Hastaya bilateral fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Operasyon sırasında bilateral maksiller sinüs ostiumları genişletildi. Sinüs içindeki mukoid sekresyonlar aspire edilip örnek alındı. Sağ frontal reses açıldı ve içinden pürülan mai gelişi oldu. Sağ sfenoid sinüs ostiumu genişletildi ve sağ sfenoid sinüs içerisinde miçetoma ile uyumlu görüntü saptandı. Tüm oluşumlar dışarı alındı ve spesmen yapıldı. Örneklerin patolojik incelemesi sonucunda sfenoid sinüsten alınan örneklerin fungus topu ile uyumlu olduğu; geniş çaplı, septalı ve dallanan özellikler gösteren fungal hifalar içerdiği ve bu bulguların aspergillozis ile uyumlu olduğu rapor edildi. Diğer sinüslere ait materyaller ise inflamatuvar doku olarak rapor edildi. Hasta izole sfenoid sinüs aspergillozisi olarak değerlendirilip takibe alındı. Operasyondan sonra hastanın burun akıntısı ve geniz akıntısında belirgin düzelme oldu, baş ağrısı tekrarlamadı. Takiplerinde yapılan endoskopik muayenede bilateral pürülan mai gelişi saptanmadı ve sinüs ağızlarının açık olduğu görüldü. Postoperatif 9 ay sonra hasta miyokardial enfarktüs nedeni ile exitus oldu.

Tartışma ve Sonuç

İzole sfenoid sinüs hastalıkları genelde orta yaşlı (40-50 yaş) kişilerde görülür [1-3]. Tüm sinüs hastalıklarının %1-3'ünü oluşturur [1-3]. Ancak izole sfenoid sinüs hastalıkları nadir görülmelerine rağmen çok ciddi komplikasyonlara neden olabildiklerinden tanı ve tedavi prosedürlerinin hızla yapılması gerektiği bir durumdur.

Başvuru semptomlarının genelde nonspesifik oluşu, fizik muayene ile sfenoid sinüsün değerlendirilmesinin zor oluşu ve radyolojik görüntülemelerin yetersiz olması gibi nedenlerle literatüre girmiş olan izole sfenoid sinüs hastalığı sayısı azdır [5].

İzole sfenoid sinüs hastalıkları ile ilgili yayınlarda, bu hastalıkların %8-26.3'ünün fungal enfeksiyon olduğu bildirilmiştir [1,6,7]. Paranasal sinüslerin aspergillozisi immün sistemi sağlam kişilerde genelde hafif şiddette semptomlara yol açarken malignite, diyabetes mellitus ve bizim hastamızda da olduğu gibi kronik böbrek yetmezliği gibi immün sistemi etkileyen hastalıklarla birlikte paranasal sinüs aspergillozisinin görülme sıklığı arttığı ve hastalık seyri de değiştiği bildirilmiştir [8-10].

Burun ve paranasal sinüslerde aspergillus enfeksiyonu ilk olarak Schubert tarafından gösterilmiştir [8]. Paranasal sinüslerde en sık *A. fumigatus*, *A. flavus* ve *A. Niger* türlerine rastlanmaktadır [9].

İzole sfenoid sinüs hastalıklarında başlıca yakınma bizim olgumuzda olduğu gibi başağrısıdır ve ağrının karakteristik bir lokalizasyonu bulunmamaktadır [11]. İzole sfenoid sinüs hastalığı olan hastaların %65,8-90'ında

baş ağrısı bulunduğu, bu hastaların %50'sinde ise ağrının net lokalize edilemediği belirtilmiştir [1,3,5,6,12]. Proptosis, ptosis ve vizüel değişiklikler de sık görülen diğer yakınmalardır [2]. Bununla beraber bizim olgumuzda olduğu gibi pürülan akıntı, mukozal ödem gibi bulgular değişik çalışmalarda %22,2-76,2 oranlarında bildirilmiştir [5,6,13].

İzole sfenoid sinüs hastalıklarında çeşitli cerrahi teknikler kullanılmasına rağmen son 20 yılda endoskopik sinüs cerrahisi tek tercih olmuştur [1-3,5, 8-10]. Bu yol ile gerekli doku örnekleri elde edilerek hem hastalığın tanısı konulabilmekte hem de tedavisi sağlanmaktadır [14].

Uzun süren baş ağrısı, burundan iltihabi akıntı gelmesi, altta yatan immün yetmezliğe yol açacak bir hastalığın olması gibi durumlarda sfenoid sinüs aspergillozisi bulunabileceği akla gelmeli ve böyle durumlarda ileri tetkiklerle sfenoid sinüs aspergillozisi ekarte edilmelidir [15]. Sfenoid sinüste saptanan fungal miçetomların tedavisi endoskopik sinüs cerrahisi ile eksizyondur. Bizim olgumuzda da sfenoid sinüsü izole olarak tutan aspergillozis miçetomları endoskopik sinüs cerrahisi ile eksize edilmiştir.

Kaynaklar

1. Lawson W, Reino AJ. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. *Laryngoscope* 1997;107:1590-5.
2. Postma LGN, Chole RA, Nemzek WR. Reversible blindness secondary to acute sphenoid sinusitis. *Otolaryngol Head Neck* 1995;112:743-6.
3. Ruoppi P, Seppa J, Pukkila M, Nuutinen J. Isolated sphenoid sinus diseases- report of 39 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:777-81.
4. Grillone GA, Kasznica P. Isolated sphenoid sinus disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2004;37(2):435-51.
4. Sethi DS. Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 120 (5): 730-6.
5. Kim SW, Kim DW, Kong IG, Kim DY, Park SW, Rhee CS et al. Isolated sphenoid sinus diseases: report of 76 cases. *Acta Otolaryngol.* 2008;128(4):455-9.
6. Wang ZM, Kanoh N, Dai CF, Kutler DI, Xu R, Chi FL et al. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 122 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111(4):323-7.
7. Pinzer T, Reiss M, Bourquain H, Krishnan KG, Schackert G. Primary aspergillozisi of the sphenoid sinus with pituitary invasion - a rare differential diagnosis of sellar lesions. *Acta Neurochir (Wien)* 2006;148(10):1085-90.
8. Chopra H, Dua K, Malhotra V, Gupta RP, Puri H. Invasive fungal sinusitis of isolated sphenoid sinus in immunocompetent subjects. *Mycoses* 2006;49(1):30-6.
9. Tzen KY, Yen TC, Lin KJ (1999) Value of Ga-67 SPECT in monitoring the effects of therapy in invasive aspergillozisi of the sphenoid sinus. *Clin Nucl Med* 1999;24(12):938- 41.
10. Yılmaz E, Erişen L, Oral B, Helvacı S, Aydın S, Aksoy K. Akut İzole Sfenoidit. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2002; 28 (3): 125-8.
11. Martin TJ, Smith TL, Smith MM, Loehrl TA. Evaluation and surgical management of isolated sphenoid sinus disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128(12):1413-9.
12. Dhong HJ, Chung SK, Koh SJ. Isolated sphenoid sinus disease. *Korean J Otolaryngol* 1998;41:467-70.
13. Grillone GA, Kasznica P. Isolated sphenoid sinus disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2004;37(2):435-51.
14. Hızal E, Demiroğlu YZ, Alışkan H, Erkan AN, Turunç T. Sfenoid Sinüste İzole İnvaziv Aspergillozis: Olgu Sunumu. *KBB ve BBC Dergisi* 2009 (3):120-4.

Sunum Bilgisi

Bu olgu sunumu 10-14 Ekim 2012 tarihlerinde Antalya'da yapılan, 34. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.