



Ameliyat sırasında masif kanayan dev maksiller sinüs mukoseli

A giant maxillary sinus mucocel bleeding massively during operation

Cenk Evren,¹ Serkan Çorakçı,² Mehmet Birol Uğur,² Yalçın Özdemir²

¹Medilife Beylikdüzü Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Paranasal sinüs mukoselleri mukus birikimi nedeniyle lokal genişleme gösteren, benign kitlelerdir. Benign karakterde olmalarına rağmen, büyük boyutlara ulaşarak çevre kemiklerde yarattıkları basınç ile yıkıma yol açabilirler. Maksiller sinüs mukosellerinin tedavisi cerrahidir. Bu yazıda dev sağ maksiller sinüs mukoseli olan 50 yaşında bir erkek olgu sunuldu. Ameliyat sırasında hastanın 1800 ml kanaması oldu. Hastalığın ayırıcı tanısı ve cerrahi tedavi seçenekleri literatür verileri eşliğinde gözden geçirildi.

Anahtar Sözcükler: Kanama; maksiler sinüs; mukosel.

Mucocels of the paranasal sinuses are benign masses which show local enlargement due to mucus collection. Despite their benign nature, they can expand in huge sizes resulting in the destruction of the bone by the pressure at the surrounding bone. The treatment of maxillary sinus mucocels is surgical. In this article, we report a 50-year-old male case with a giant mucocel of the right maxillary sinus. The patient had 1800 ml bleeding during surgery. The differential diagnosis of the disease and the surgical treatment options were reviewed in the light of the literature data.

Key Words: Bleeding; maxillary sinus; mucocel.

Mukoseller, solunum epiteli ile döşeli, paranasal sinüslerin benign karakterde yavaş büyüyen ve uzun süre sonra semptomatik hale gelen kistik lezyonlarıdır. Benign karakterde olmalarına rağmen boyutları büyüdükçe oluşturdukları basınç etkisi ile çevresindeki kemik yapıyı iterek, enflamasyonun da eşlik etmesi ile kemik yapının erozyonuna yol açar ve semptomatik hale gelir.^[1-3]

Bu yazıda, maksiller sinüs duvarlarını erode eden, fasiyal asimetri oluşturan ve ameliyat sırasında yüksek miktarda kanayan dev bir mukosel olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Yüzünün sağ tarafında son altı aydır giderek büyüyen şişlik, baş ağrısı ve burun tıkanıklığı yakınması olan 50 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde yüzün sağ yarısında fasiyal asimetri ve yüzde his kusuru vardı. Sağ nazolabial sulkus silik görünümdeydi. Sağ göz küresi ekzoftalmik görünümdeydi.

Diplopi veya görmeye bozukluk tarif etmeyen hastanın anterior rinoskopisinde sağ lateral burun duvarı burun boşluğuna doğru itilmiş ve sağ burun boşluğunu tama yakın kapanmıştı. Septum bası etkisiyle sola deviyeye görünümdeydi. Nazofarenks muayenesinde bir patoloji saptanmadı. Sistemik muayenesi, rutin biyokimya incelemeleri ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Geçmişinde ameliyat veya travma öyküsü olmayan hastanın paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sağ maksiller sinüsü tamamen dolduran, üstte orbita tabanını yıkıma uğratarak orbitaya uzanım gösteren (Şekil 1), maksiller sinüs dış burun duvarını yıkıma uğratarak sağ burun boşluğuna uzanan 5.5x5x4 cm boyutlarında kistik kitle tespit edildi (Şekil 2). İntravenöz kontrast maddeyi takiben tutulum izlenmedi. Ameliyat öncesi hemoglobin 17.7 g/dl, hematokrit %51.8 olarak ölçüldü. Hastaya durumu hakkında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı. Mukosel ön tanısı ile genel anestezi altında Caldwell-Luc işlemi uygulandı. Sağ maksiller sinüs ön

Geliş tarihi: 24 Ağustos 2013 Kabul tarihi: 06 Aralık 2013

İletişim adresi: Dr. Cenk Evren, Beylikdüzü Migros Kavşağı, Hürriyet Cad. No: 1, 34524 Yakuplu, İstanbul, Türkiye.

Tel: 0538 - 238 04 37 e-posta: drcenkevren@yahoo.com

© 2014 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı



Şekil 1. Üstte orbita tabanını yıkıma uğratan mukosel.

duvarında aşınma olduğu görüldü. Mukosel ön duvarının patlatılmasını takiben yüksek miktarda kanamaya başladı. Açılan pencereden kanama yeterli olarak kontrol edilemediğinden Weber-Ferguson insizyonu ile maksilla açığa çıkartıldı. Kanama yaygın olarak kist duvarlarından gelmekteydi. Tüm kist duvarları kürete edilerek kanama kontrol altına alındı. Ameliyat sırasında toplam 1800 mL kanaması olan hastaya dört ünite eritrosit süspansiyonu ve bir ünite taze donmuş plazma (TDP) verildi. Ameliyat sonrası hemoglobün 15 g/dl, hematokrit %48 olarak ölçüldü. Ameliyat sonrası dönemde hastanın burun tıkanıklığı ve baş ağrısı yakınmaları kalmadı. Fasiyal asimetrisi düzelmmişti. Patoloji sonucu mukosel ile uyumlu geldi. Ameliyat sonrası 12. ay takibinde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Mukoseller iyi huylu, yerel ekspansil büyüyen paranasal sinüs kitleleridir.^[3,4] Genişlemeye bağlı basınç ve enflamasyon kemiğin yapısını değiştirir; erozyona neden olur.^[5] Çoğu frontal veya etmoid sinüslerin mukozasından gelişmektedir. Mukosellerin %3-10'u maksiller sinüs kaynaklıdır.^[6] Maksiller sinüs mukoseli kronik enfeksiyon, alerjik reaksiyon, travma ve önceki cerrahi girişim gibi nedenlere bağlı oluşur. Bununla birlikte bazen etyoloji tespit edilemeyebilir.^[3,4] Hastanın öyküsünde de herhangi bir enfeksiyon, alerji, ameliyat ya da travma izlenmedi.

Tanı kulak burun boğaz muayenesi ve radyoloji ile konur. Maksiller mukosel semptomların genişleme ve çevre anatomik yapıları tıkanmasına bağlı oluşur. Mukosel yaygın olarak yanakta ağrısız şişkinlik yapar. Sinüsün dış duvarının genişlemesi sonucu burun tıkanıklığı görülür.^[7] Yukarıya doğru genişleme sonucu orbitada yer değiştirme ve görmede bozulma yapabilir. Aşağıya doğru genişleme ise diş kayıplarına neden olabilir.^[8-10] Nazar ve ark.^[11]



Şekil 2. Sağ burun boşluğuna uzanan maksiller sinüsü dolduran mukosel.

çalışmalarında frontoetmoid mukoselinde en çok semptom gözde hacim artışı, baş ağrısı, maksiller olanda ise burun akıntısı ve burun tıkanıklığıydı. Bizim olgumuzda da kitlenin büyüklüğüne bağlı boşluğun tıkanması nedeniyle burun tıkanıklığı, öne doğru genişlemesine bağlı yanakta şişlik ve baş ağrısı vardı.

Bilgisayarlı tomografi mukosellerde tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Çevredeki kemik yapıdaki değişiklikler daha iyi incelenir. Mukoseller içi homojen materyal ile dolu, genişletilmiş, havasız bir sinüs olarak görünür. Sinüs duvarları normal, incelmüş ya da erozyona uğramış olarak gözlemlenebilir.^[12,13] Beyin ile izodens olarak görünür ve enfekte olmadıkça kontrast tutmaz.^[4,14,15] Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çevre yumuşak doku hakkında bilgi verir; orbital veya intrakraniyal yayılımı olan olgularda daha yararlıdır. Kontrastlı MRG mukosellerin paranasal sinüs tümörlerinden ayırt edilmesinde tercih edilir.^[16] Bizim olgumuzun BT değerlendirmesinde sağ maksiller sinüsü tamamen dolduran, üstte orbita, dışta maksiller sinüs duvarını yıkıma uğratarak sağ burun boşluğuna uzanan intravenöz kontrast tutulumu göstermeyen kistik kitle tespit edildi. Kliniği ve BT görüntüsü mukoselle uyumlu olduğundan MRG tercih edilmedi. Geriye yönelik değerlendirdiğimizde bu kadar büyük ve bası yapan kitlelerde ameliyat öncesi MRG incelemesinin de yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Ayırıcı tanıda iyi huylu olanlar arasında dermoid, epidermoid lezyonlar, nörofibroma, anjiyofibrom, invert papillomlar vardır.^[10,14] Genişleme ve kemik yıkımı ile giden malign hastalıklar arasında adenoid kistik

karsinom, plazmasitom, rabdomyosarkom, lenfoma, schwannom ve diş kökenli tümörler sayılabilir.^[17]

Maksiller sinüs mukoseli için önerilen tedavi yanak yumuşak dokularında genişleme yoksa endoskopik yaklaşımla orta meatal antrostomidir.^[18] Caldwell-Luc yaklaşımı eğer kitle yüz yumuşak dokularını genişletmiş, pterigomaksiller fossaya invaze olmuş ya da endoskopik olarak tatmin edici bir şekilde tedavi edilemiyorsa gereklidir.^[4] Marsupiyalizasyon osteal drenajı rahatlatır ve daha sonra mukusun yeniden birikmesini önler.^[19] Bizim hastamızda da yanak dokuları lezyon tarafından çok itilmiş olduğundan, biz de öncelikle Caldwell-Luc tekniğini kullandık. Ameliyat sırasında kanamaya bağlı bölgeye daha rahat girişimde bulunabilmek için Weber-Ferguson insizyonuna geçtik.

Nazar ve ark.^[11] yaptıkları retrospektif çalışmada mukoseli olan 46 hastayı incelemiş ve mukoselin, hastaların 29'unda frontoetmoid, 14'ünde maksiller, üçünde sfenoid kaynaklı olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar ayrıca hastalarının %87'sine sadece endoskopik yaklaşımda bulduklarını bildirmişlerdir. Ameliyat sırası sorun olmayan hastalarının altısında ameliyat sonrası ön tamponla durdurulabilen kanama olmuştur. Bir hastada endoftalmi tespit edilmiştir.^[11] Dispenza ve ark.^[20] yaptıkları çalışmada dört maksiller sinüs mukoselli hastalarında ameliyat sırası ya da ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon olmamıştır.^[20] Çaylaklı ve ark.^[5] yaptıkları çalışmada 14 maksiller mukoselli hastaya endoskopik etmoidektomi, orta meatal antrostomi drenaj ve marsupiyalizasyon uygulamışlardır. Hiçbir hastalarında ameliyat sırası ya da ameliyat sonrası komplikasyon görülmemiştir.

Maksiller sinüsün beslenmesi maksiller arterin infraorbital ve arka üst alveoler dalları ile olur. Buna ön üst alveoler arterin dalları ve sfenopalatin arterin lateral burun dalı da dahil olur.^[21] Bu arterler göreceli olarak küçük olmakla birlikte cerrahi sırasında zarar görmeleri durumunda ciddi kanamalar ile karşılaşılabilir. Yaptığımız literatür incelemesinde bizim olgumuzda olduğu kadar yüksek kanamaya yol açan olguya rastlamadık. Çıkartılan dokuların patolojik incelemesinde herhangi bir damarsal tümör tespit edilemedi; patoloji mukoselle uyumlu olarak bildirildi. Ameliyat sırasında kanama alışıksız olmadık bir şekilde tüm kist duvarlarından gelmekteydi. Bu denli çok kanamanın maksiller sinüsü besleyen damarların mukosel nedeniyle aşınmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, kemik erozyonuna yol açan dev maksiller sinüs mukoselleri oldukça nadirdir. Ameliyat öncesi kanama olasılığına karşı hazırlıklı olunması hasta ve ameliyat güvenliğini artıracaktır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Arrué P, Kany MT, Serrano E, Lacroix F, Percodani J, Yardeni E, et al. Mucocoeles of the paranasal sinuses: uncommon location. *J Laryngol Otol* 1998;112:840-4.
2. Kennedy DW, Josephson JS, Zinreich SJ, Mattox DE, Goldsmith MM. Endoscopic sinus surgery for mucocoeles: a viable alternative. *Laryngoscope* 1989;99:885-95.
3. Marks SC, Latoni JD, Mathog RH. Mucocoeles of the maxillary sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117:18-21.
4. Busaba NY, Salman SD. Maxillary sinus mucocoeles: clinical presentation and long-term results of endoscopic surgical treatment. *Laryngoscope* 1999;109:1446-9.
5. Çaylaklı F, Yavuz H, Cagici AC, Ozluoglu LN. Endoscopic sinus surgery for maxillary sinus mucocoeles. *Head Face Med* 2006;2:29.
6. Batsakis J, Sciubba J Pathology. In: Blitzer A, Lawson W, Friedman WH, editor *Surgery of the Paranasal Sinuses*. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1991. p. 119-59.
7. Khong JJ, Malhotra R, Selva D, Wormald PJ. Efficacy of endoscopic sinus surgery for paranasal sinus mucocoele including modified endoscopic Lothrop procedure for frontal sinus mucocoele. *J Laryngol Otol* 2004;118:352-6.
8. Wang TJ, Liao SL, Jou JR, Lin LL. Clinical manifestations and management of orbital mucocoeles: the role of ophthalmologists. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49:239-45.
9. Raman S. Mucocoele of the maxillary sinus and the eye. *Eye (Lond)* 2003;17:101-4.
10. Martin RJ, Jackman DS, Philbert RF, McCoy JM. Massive proptosis of the globe. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:794-9.
11. Nazar R, Naser A, Pardo J, Fulla J, Rodríguez-Jorge J, Delano PH. Endoscopic management of paranasal sinus mucocoeles: experience with 46 patients. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:363-6.
12. Mafee MF. Computed tomography, magnetic resonance. In: Ballenger JJ, Snow BJ, editor. *Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. 15th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996. p. 715-6.
13. Som PM, Brandwein MS. Sinonasal cavities: Inflammatory diseases: In: Som PM, Curton HD, editors. *Head and Neck Imaging*. 14th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2003. p. 204-30.
14. Jayaraj SM, Patel SK, Ghufloor K, Frosh AC. Mucocoeles of the maxillary sinus. *Int J Clin Pract* 1999;53:391-3.
15. Han MH, Chang KH, Lee CH, Na DG, Yeon KM,

- Han MC. Cystic expansile masses of the maxilla: differential diagnosis with CT and MR. *AJNR Am J Neuroradiol* 1995;16:333-8.
16. Sautter NB, Citardi MJ, Perry J, Batra PS. Paranasal sinus mucoceles with skull-base and/or orbital erosion: is the endoscopic approach sufficient? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139:570-4.
 17. Mendelsohn DB, Glass RB, Hertzanu Y. Giant maxillary antral mucocele. *J Laryngol Otol* 1984;98:305-10.
 18. Har-El G. Endoscopic management of 108 sinus mucoceles. *Laryngoscope* 2001;111:2131-4.
 19. Har-El G, Balwally AN, Lucente FE. Sinus mucoceles: is marsupialization enough? *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117:633-40.
 20. Dispenza C, Saraniti C, Caramanna C, Dispenza F. Endoscopic treatment of maxillary sinus mucocele. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2004;24:292-6.
 21. Graney DO, Rice DH. Paranasal sinuses anatomy. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krasue CJ, Richardson MA, Schuller DE, editors. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Vol II, 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1998. p. 1059-64.