

Orbital yayımlı etmoid sinüs osteomu

Ethmoid sinus osteoma with orbital extension

Dr. Tanju GÖKÇEER,¹ Dr. Hülya Kahve NOSHARI,¹ Dr. Barış NAİBOĞLU,¹ Dr. Asaf ATBAŞ²

Osteom burun ve paranasal sinüslerin en sık rastlanılan neoplazmıdır. Göz küresinin öne itilmesi ve çift görme yakınmaları ile başvuran 50 yaşındaki kadın hasta, kliniğimize tek taraflı (sol) proptozis tanısı ile sevk edildi. Paranasal sinüs ve orbita bilgisayarlı tomografisinde solda etmoid hücrelerin laterali, maksiller sinüs süperomediali, orbita inferomediali ve nazal kavite superiorunda yer alan, 2x3 cm boyutlarında hiperdens kitle görüldü. Kitle eksternal etmoidektomi yaklaşımı ile çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemde hastanın görme fonksiyonları düzeldi. Patolojik inceleme sonucunda osteom tanısı kondu.

Anahtar Sözcükler: Etmoid sinüs/cerrahi/radyografi; osteom/komplikasyon/cerrahi/radyografi; orbital neoplazmlar/komplikasyon; paranasal sinüs neoplazmları/cerrahi; bilgisayarlı tomografi.

Osteoma is the most common neoplasm of the paranasal sinuses. A fifty-year-old woman who had presented with complaints of protrusion of the eyeball and double vision was referred to our department with a diagnosis of proptosis. Computed tomography of the paranasal sinuses and the orbits showed a high-density mass of 2x3 cm, involving the left ethmoidal cells laterally, the left maxillary sinus superomedially, the left orbit inferomedially, and the nasal cavity superiorly. The mass was removed through the external ethmoidectomy approach. Postoperatively, all visual functions improved. The pathologic diagnosis was osteoma.

Key Words: Ethmoid sinus/surgery/radiography; osteoma/complications/surgery/radiography; orbital neoplasms/complications; paranasal sinus neoplasms/surgery; tomography, X-ray computed.

Burun ve paranasal sinüslerde sık karşılaşılan osteomlar, matür kemik içeren, yavaş büyüyen, nadir görülen selim tümörlerdir.^[1,2] Çoğunlukla asemptomatik ve küçük boyutlu olan osteomlar, radyolojik inceleme ve otopsilerde tesadüfen saptanır. Earwaker^[3] 1500 olguya ait koronal sinonazal bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde, çoğunluğu 50'li ve 60'lı yaşlarda olan 46 olguda (%3) osteom belirlemiştir. Osteomlar sıklık sırasına göre frontal, etmoid, maksiller ve sfenoid sinüslerde yerleşim gösterir.^[4,5]

Tedavide genellikle konservatif yaklaşılr. Özellikle yaşlı hastalarda, asemptomatik osteomlarda tedavi uygulanmaz. Periyodik radyolojik takiplerle izlenen kitle büyüyüp, çevre dokulara yayılarak semptom vermeye başlarsa, cerrahi endikasyon şartları oluşur.^[5] Nadir de olsa orbital yayılım gösteren osteomlar, genişledikçe çok ciddi göz bulgularına neden olabilir. Bu yazıda, tek taraflı proptozise yol açan, orbital yayımlı etmoid sinüs osteomu görülen bir olgu sunuldu.

◆ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹2. KBB Hastalıkları Kliniği, ²Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

◆ Dergiye geliş tarihi: 25 Nisan 2002. Düzeltme isteği: 23 Eylül 2002. Yayın için kabul tarihi: 22 Ocak 2003.

◆ İletişim adresi: Dr. Hülya Kahve Noshari. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği, 34668 Haydarpaşa, İstanbul. Tel: 0216 - 414 45 02 / 1748 Faks: 0216 - 346 05 82 e-posta: hulyakahve@hotmail.com

◆ Departments of ¹Otolaryngology (2nd) and ²Ophthalmology, Haydarpaşa Numune Training Hospital, İstanbul, Turkey.

◆ Received: April 25, 2002. Request for revision: September 23, 2002. Accepted for publication: January 22, 2003.

◆ Correspondence: Dr. Hülya Kahve Noshari. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği, 34668 Haydarpaşa, İstanbul, Turkey. Tel: +90 216 - 414 45 02 / 1748 Fax: +90 216 - 346 05 82 e-mail: hulyakahve@hotmail.com

OLGU SUNUMU

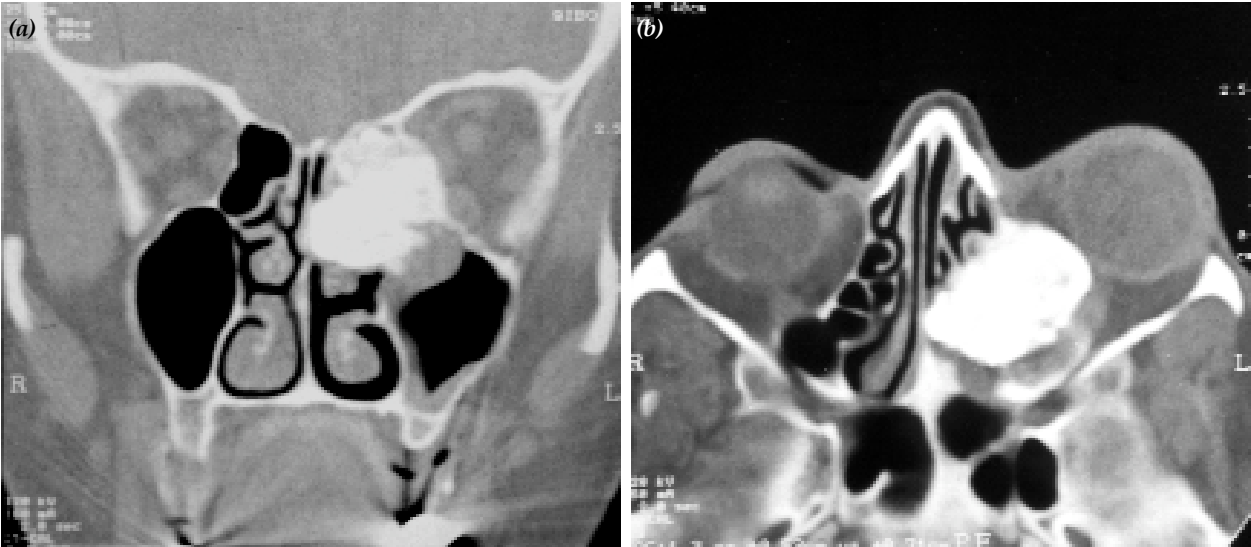
Göz küresinin öne itilmesi ve zaman zaman çift görme yakınmaları ile göz kliniğine başvuran 50 yaşındaki kadın hastaya tek taraflı (sol) proptozis tanısı konmuştu. Koronal ve aksiyel planda çekilen paranazal sinüs ve orbita tomografisinde solda etmoid hücrelerin laterali, maksiller sinüs süperomedial, orbita inferomedial ve nazal kavite superiorunda yer alan, 2x3 cm boyutlarında, düzensiz konturlu, hiperdens kitle görüldü. Lezyon bulbus okülünü anterolaterale doğru itmekteydi; sol frontal reses, posteriorda oblitere idi. Maksiller sinüs ostiumu daralmıştı. Sol maksiller sinüs mukozasında kalınlaşma ve tavanında retansiyon kisti vardı. Nazal septumda sağa deviasyon vardı. Konka boyut ve konfigürasyonları normaldi (Şekil 1a, b). Fundoskopik incelemede papilödem ve optik atrofiye rastlanmadı. Nazal endoskopik muayenede herhangi bir patoloji görülmedi. Hastada travma öyküsü yoktu. Osteom ve ona bağlı proptozis öntanısı ile KBB kliniğine sevk edilen hasta, yapılan incelemelerden sonra genel anestezi altında ameliyata alındı. Sol kaş medial ucundan başlayıp burun lateralinde burun üst ucuna uzanan standart Lynch insizyonu uygulandı. Cilt, cilt altı geçilip periost insizyonu yapılarak tüm katlar kitle ortaya konulana dek eleve edildi. Glob laterale ekarte edilerek kitlenin üzerindeki dokular sıyrıldı. Lamina papriseanın yenik olduğu görüldü. Kitle üzerinden nazal kaviteye girildi. Kitle pedikülü, nazal kavitede tabanından kırılarak dikkatlice çıkarıldı (Şekil 2). Ka-

nama kontrolünün ardından penroz dren konularak, katlar anatomik pozisyonuna uygun olarak kapatıldı. Ameliyat sonrası dönemde 48 saat süreyle anterior tampon uygulandı ve antibiyoterapi yapıldı. Görme fonksiyonları, bu dönemde normal olarak değerlendirildi. Örneğin patolojik incelemesi sonucunda osteom tanısı kondu. Bir ay sonra çekilen paranazal sinüs BT'si normal olarak değerlendirildi (Şekil 3). Ameliyat sonrasında komplikasyon gelişmedi.

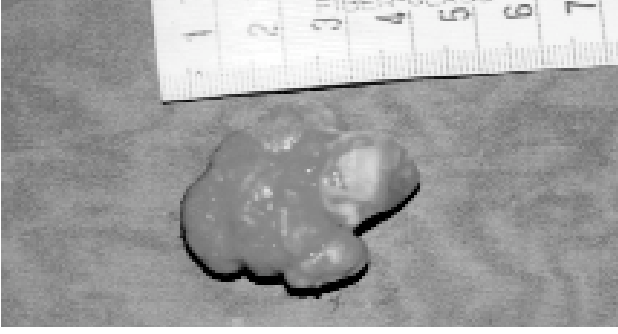
TARTIŞMA

Paranasal sinüs osteomları komşu dokulara basınç uygulayarak çeşitli semptomlara yol açabilir. Etmoid sinüsler frontale göre daha az hacimli olduğundan, osteomlar bu bölgede daha erken belirtir.^[2] Yavaş ve ilerleyici büyümeleri sonucu oftalmolog ve beyin cerrahlarının ilgi alanına girebilirler.^[5] Orbita boşluğunu tuttuklarında, proptozis ve oküler motilitede azalma meydana gelir. Kronik enfeksiyon ve enflamasyon, sinüs mukoperiosteumunda osteoblastik aktiviteyi stimüle ederek tümör oluşumuna neden olabilir.^[6] Olgumuzun sol maksiller sinüsünde retansiyon kisti ve mukozal kalınlaşma olmakla birlikte, etyolojide rol oynayabilen travma anemnezi yoktu.

Mansour ve ark.^[5] paranasal osteomlarda cerrahi endikasyonları, tüm sfenoid sinüs osteomları, açıklanamayan baş ağrısı, reküren sinüzit, oküler bulgular, santral sinir sistemi bulguları, radyolojik olarak değerlendirilen genişleme, sinüs dışına yayılım gö-



Şekil 1 - Ameliyat öncesi (a) koronal ve (b) aksiyel planda bilgisayarlı tomografi kesitlerinde osteomun yerleşimi.

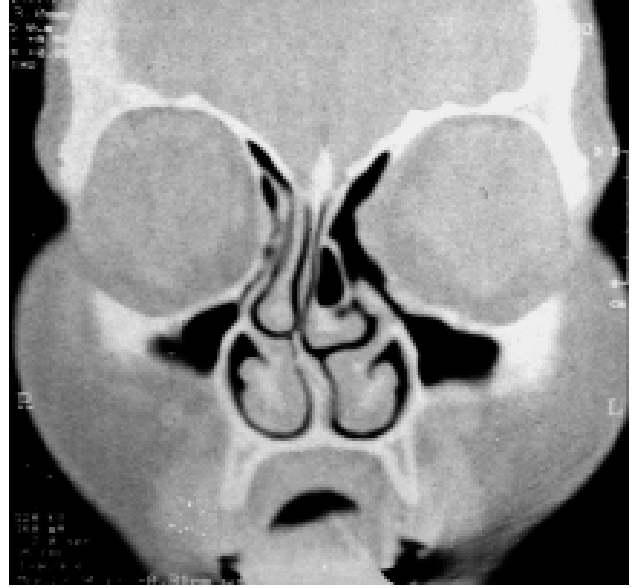


Şekil 2 - Çıkarılan osteomun görünümü.

rülmesi, frontal sinüsün %50'sinden fazlasını doldurması, frontal sinüs ostiumuna yakın yerleşim göstermesi ve kozmetik deformite oluşumu biçiminde sıralamışlardır. Bununla birlikte, bütün etmoid sinüs osteomlarının, orbitaya yayılım ve nazofrontal kanal tıkanmasının daha sık görülmesi nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilmesi gerektiği de ileri sürülmüştür.^[5]

Osteomda orbita yayılımı göreceli olarak nadirdir. Tüm orbital tümörlerde %0.9-5.1 oranında görülür. Zakharia ve ark.,^[7] tek taraflı 85 proptozis olgusunun sadece birinde osteom ile karşılaşmışlardır.

Oküler bulgular arasında en sık proptozis, ekstraoküler kaslarda deplasman, optik disk ödemi ve orbital enfeksiyon ile karşılaşılır. Proptozis ağırlıdır. Pulsatil ve redüktibl değildir. Ciddi proptoziste konjonktival kemozis ve keratite rastlanır. Göz küresi öne, aşağı ve dışa doğru yer değiştirir. Ekstraoküler kasların deplasmanı diplopiye yol açar. Üst oblik kas sıklıkla gerilir. Troklea nadiren erode olur.^[5] Olgumuzda da proptozis ve zaman zaman diplopi yakınması vardı. Eksternal oftalmopleji, orbital apeks sendromu ya da orbital selülitte bağlı olarak gelişebilir.^[8] Glob osteom tarafından belirgin şekilde sıkıştırılırsa, görme kaybı oluşabilir. Bu da, disk ödemi ve oftalmik ven kompresyonuna neden olur. Tedavi edilmeyen olgularda değişik derecelerde optik atrofi gelişebilir. Tümörün optik sinire doğrudan basısı ile tek taraflı körlük oluşabilir.^[5] Olgumuzun fundoskopik incelemesinde papilödem ve optik atrofiye rastlanmadı. Diğer oküler belirtiler retrobulber ağrı ve geçici görme sorunlarıdır. Göz kapağı ödemi ve ptozis erken belirtilerdir. Akomodasyon spazmı ve frontal bölgenin hiperestezisi, frontal osteomun medial orbitaya yayılması ile oluşabilir. Dakriosistit gelişebilir.^[5]



Şekil 3 - Ameliyat sonrası koronal planda BT görüntüsü.

Osteomun yerleşimi ve büyüklüğüne bağlı olarak çoğu olguda eksternal etmoidektomi tekniği uygulanır. Bu tekniğin önemli yapıların daha iyi gözlenebilmesi ve korunabilmesi ve total eksizyonun daha kolay uygulanabilmesi gibi avantajları vardır.^[9] Osteomlarda nüks riski düşük olduğundan, radikal cerrahi girişim pek gerekli değildir.^[1] Etmoid sinüs osteomları için medial kantus çevresinde eksternal insizyon kullanılır.^[5] Olgumuzda tümörün boyutlarının büyük olması ve önemli yapılara komşuluğu nedeniyle eksternal etmoidektomi uygulandı. Ancak, iyi seçilmiş olgularda kozmetik deformite oranı düşük olduğundan endoskopik sinüs cerrahisi uygulanabilir.^[5,10,11]

KAYNAKLAR

1. Boysen M. Osteomas of the paranasal sinuses. J Otolaryngol 1978;7:366-70.
2. Huang HM, Liu CM, Lin KN, Chen HT. Giant ethmoid osteoma with orbital extension, a nasoendoscopic approach using an intranasal drill. Laryngoscope 2001; 111:430-2.
3. Earwaker J. Paranasal sinus osteomas: a review of 46 cases. Skeletal Radiol 1993;22:417-23.
4. Maiuri F, Iaconetta G, Giamundo A, Stella L, Lamaida E. Fronto-ethmoidal and orbital osteomas with intracranial extension. Report of two cases. J Neurosurg Sci 1996;40: 65-70.
5. Mansour AM, Salti H, Uwaydat S, Dakroub R, Bashshour Z. Ethmoid sinus osteoma presenting as epiphora and orbital cellulitis: case report and literature review. Surv Ophthalmol 1999;43:413-26.
6. Vowles RH, Bleach NR. Frontoethmoid osteoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999;108:522-4.
7. Zakharia HS, Asdourian K, Matta CS. Unilateral

- exophthalmos. Aetiological study of 85 cases. Br J Ophthalmol 1972;56:678-86.
8. Cecire A, Harrison HC, Ng P. Ethmoid osteoma, orbital cellulitis and orbital emphysema. Aust N Z J Ophthalmol 1988;16:11-4.
 9. Menezes CA, Davidson TM. Endoscopic resection of a sphenoethmoid osteoma: a case report. Ear Nose Throat J 1994;73:598-600.
 10. Beder L, İleri F, Köybaşıoğlu A. Etmoid sinüs osteomlarında endoskopik yaklaşım. In: Kaytaç A, editör. 24. Türk Ulusal Otorinolarenjoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongre Kitabı; 23-27 Eylül 1997; Antalya, Türkiye. İstanbul: 1997. s. 141-4.
 11. Derekoy FS, Karaaslan T, Yücel A, Aktepe F. A case of ethmoid sinus osteoma: endoscopic approach. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg 2001;8:322-5.