

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Sessiz sinüs sendromu

S. B. Akyol, T. Dal, G. Hafız

Silent sinus syndrome

Ophthalmic complications due to sinus diseases are often seen and well known. But ophthalmic complications due to silent sinus syndrome are rare clinical entities. Silent sinus syndrome is known as asymptomatic maxillary sinus disease with spontaneous enophthalmos and hypoglobus. Patients present with symptoms as sinking or pulling sensation of the eye. Most of the patients present to an ophthalmologist for evaluation of the eye asymmetry. The goals of the treatment are relieving the ostial occlusion and decompression and evacuation of the maxillary sinus. In this article, we present two cases with silent sinus syndrome, their treatment and regression of the orbital complaints after sinus surgery.

Key Words: Sinus, enophthalmos, hypoglobus.

Turk Arch Otolaryngol, 2011; 49(2):30-32

Özet

Sinüs hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan oftalmik komplikasyonlara sık rastlanır. Ancak Sessiz Sinüs Sendromu (SSS) ve beraberinde görülen oftalmik komplikasyonlar oldukça nadirdir. SSS spontan ortaya çıkan enoftalmus ve hypoglobus ile seyreden asemptomatik maksiler sinüs hastalığıdır. Ortaya çıkan ilk semptomlar ise gözde çekilme ve çökme hissidir. Hastaların çoğu başlangıçta gözde asimetri şikayeti ile bir göz hekimine başvururlar. Tedavide amaç öncelikle maksiler sinüs ostiumunu açmak, sinüs drenajını sağlamak ve dekompresyondur. Bu makalede SSS'lu iki vakanın tanı, tedavi ve takip süreçlerini özetlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sinüs, enoftalmus, hypoglobus.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2011; 49(2):30-32

Giriş

Sinüs hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan oftalmik komplikasyonlara oldukça sık rastlanır. Ancak Sessiz Sinüs Sendromu (SSS) ve beraberinde görülen oftalmik komplikasyonlar oldukça nadirdir.

İlk kez 1964 yılında Montgomery maksiler sinüste mukoseli olan 2 hastada SSS'ünü tarif etmiştir.¹ Soparkar 1994'te ilk kez SSS terimini kullanmıştır.²

SSS spontan ortaya çıkan enoftalmus ve hypoglobus ile seyreden asemptomatik maksiler sinüs hastalığıdır. Maksiller sinüzit, maksiler sinüs duvarlarında sentripedal basınçla birlikte kollapsa ve maksiler sinüs volümünde azalmaya yol açar. Maksiller sinüsteki kollaps orbita tabanında incelme ve çökmeye, bu durum ise hypoglobus ve enoftalmusa neden olur.³ SSS sıklıkla 3. ve 4. dekatlarda, kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülür. Genellikle tek taraflıdır. Oldukça yavaş prog-

resyon gösteren orbital komplikasyonlar ortaya çıkana dek hastalar asemptomatiktir.^{4,5} Gözde ortaya çıkan ilk komplikasyonlar ise gözde çekilme ve çökme hissidir. Enoftalmus fasial asimetriyi bozar. Bu durum bazen karşı gözde rölatif egzoftalmus şikayetine neden olur.⁶ Hastaların çoğu başlangıçta gözde asimetri şikayeti ile bir göz hekimine başvururlar. Benzer göz bulguları ise en sık metabolik, nörolojik ve oküler hastalıklara eşlik eder. Bu nedenle bu bulgularla başvuran hastalarda öncelikle bu hastalıklar dışlanmalıdır.⁷ Daha sonra ise görüntüleme yöntemleri ile SSS tanısı kesin olarak konulur ve anatomik değişikliğin boyutları saptanır.⁵

Tedavide amaç öncelikle maksiler sinüs ostiumunu açmak, sinüs drenajını sağlamak ve dekompresyondur.⁸ Kozmetik deformitelerin düzeltilmesi gerekli olan durumlarda ise çeşitli rekonstrüksiyon prosedürleri uygulanır.⁵

Biz 2 SSS'lu hastamızın tanı, tedavi ve takip süreçlerini özetledik.

Olgu Sunumu

Otuş iki yaşında kadın hasta 2 aydır olan, giderek artan enoftalmus şikayeti ile başvurdu. Hastanın geçirilmiş sinüzit öyküsü ya da burun tıkanıklığı şikayeti yoktu. Tiroid bezine ait herhangi bir bilinen hastalığı yoktu. Öncelikle göz muayenesi yapıldı. Pupiller ve göz hareketleri doğal değerlendirildi. Hastanın bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesi sonucunda sol maksiler sinüste total kollaps ve solda ethmoid hücrelerde sinüzit izlendi. Hastaya endoskopik sol maksiller antrostomi ve sol anterior ethmoidektomi yapıldı. İntraoperatif değerlendirmede pürülan drenajla birlikte mukozal kalınlaşma izlendi. Operasyondan 6 ay sonraki değerlendirmede hastanın göz bulgularında ilerleme olmadığı, sinüzitin nüks etmediği görüldü. İkinci hasta ise sağ gözde enoftalmusla başvuran 30 yaşında bir kadın hastaydı. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografik değerlendirilmesinde sağ maksiler sinüste kollaps, mukozal kalınlaşma izlendi. Endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Hastanın 6 ay sonraki değerlendirmesinde göz bulgularında değişiklik ya da sinüzit düşündürülen bulguya rastlanmadı. Her iki hastanın kozmetik deformiteleri hastalarla birlikte değerlendirildi ve rekonstrüktif cerrahiye gerek olmadığına karar verildi.

Tartışma

Anatomik nedenlerle ya da sinüzit nedeniyle ortaya çıkan osteomeatl obstrüksiyonlar maksiler sinüs içeri-

sinde negatif basınca ve atelektazi ve sinüste kollapsa neden olur.⁹ Bu değişiklikler aylar içerisinde ortaya çıkar, bu nedenle bulgular oldukça yavaş ortaya çıkarlar. Daha önce çeşitli nedenlerle bilgisayarlı tomografi çekilen hastalarda normal maksiler sinüsler izlenir.¹⁰ Daha sonra herhangi bir nedenle maksiler sinüs ostiumu tıkandığında maksiler sinüste hipoventilasyon ve sekresyon birikimi ortaya çıkar. Zamanla sinüs içerisindeki sekresyonlar rezorbe olur ve sinüs içerisindeki negatif basınç ve kollaps gelişir.¹¹ Kass ve arkadaşları maksiler sinüste atelektazisi olan hastalarda maksiler sinüs içerisinde subatmosferik basınç saptamışlardır.¹²

Sonuçta kollaps göz bulgularının ortaya çıkmasıyla sonuçlanır. En sık enoftalmus ve hypoglobus şikayetleri ile karşılaşılır, nadir olarak periorbital ağrı, diplopi, karşı gözde egzoftalmus şikayetleri de görülebilir. Sıklıkla hastaların büyük bir kısmında sinüzit öyküsü yoktur.³ SSS nadir görülen bir klinik durumdur. Bu bulgularla başvuran hastalarda öncelikle benzer klinkle ortaya çıkan orbital travma, malign infiltrasyon, radyoterapi, skleroderma, Wegener granülatözüsü gibi hastalıklar dışlanmalıdır. Bu durumda hastanın öyküsü oldukça yol gösterici olacaktır.¹³ Tüm hastalara tam bir oftalmik değerlendirme yapılmalıdır. Orbita, paranasal sinüsler ve çevre yumuşak dokuların değerlendirilmesi için görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.

Tedavi maksiler sinüs havalanmasının yeniden sağlanması ve enoftalmus ve hypoglobusun düzeltilmesidir. Sıklıkla maksiler sinüse yönelik bir endoskopik cerrahi tedavinin ilk basamağıdır. Endoskopik sinüs cerrahisinde amaç rekürrensi önlemek amacıyla oldukça geniş bir antrostomi yapmaktır.⁸ Özellikle ikinci hastamızın operasyonu sırasında orbita tabanının ve orbita içeriğinin maksiler sinüs içerisine doğru yer değiştirmiş olduğunu fark ettik. Bu nedenle orbital yapılara zarar verilmemesi için benzer operasyonlarda daha dikkatli olunması gerektiği sonucuna vardık.

Benzer durumlarda hasta ve hekimin ortak kararı ile kozmetik deformiteyi düzeltici cerrahilere başvurulur. Bu koşullarda titanyum plaklar, naylon tabakalar, septal kartilaj, kalvarial kemik orbita tabanının desteklenmesi amacıyla sıklıkla kullanılır.¹⁴

Biz hastalarımıza endoskopik sinüs cerrahisi uyguladık. Hastaları 6 ay sonra tekrar değerlendirdik. Hastaların endoskopik değerlendirmesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hastalara kozmetik

rekonstrüksiyon önerildi, ancak birlikte yapılan değerlendirme sonrasında gerek olmadığı sonucuna varıldı. Benzer durumlarda sinüs patolojisinin düzeltilmesinin, progresyonun önlenmesinin tedavinin ilk basamağı olduğunu ve rekonstrüksiyon için bir süre beklenmesi gerektiğini düşünüyoruz. İhtiyaç görülmesi halinde rekonstrüksiyon ikinci basamak cerrahi olarak uygulanabilir.

Hastaların göz bulguları ne kadar ilerlemişse büyük olasılıkla rekonstrüksiyon gerekliliği artacaktır. Ancak bu durumun değerlendirilmesi için geniş serilere ihtiyaç vardır. Ancak bu koşullarda tek basamakta sinüs patolojisinin düzeltilmesi ve rekonstrüksiyon işlemlerinin yapılması için hastalar operasyondan önce değerlendirilerek, ikinci operasyonda ortaya çıkabilecek risklerin ve gereksiz harcamaların azaltılması sağlanabilir.

Kaynaklar

1. **Montgomery WW.** Mucocele of the maxillary sinus causing enophthalmos. *Eye Ear Nose Throat Mon* 1964; 43: 41-4.
2. **Soparkar CN, Patrinely JR, Cuaycong MJ, et al.** The silent sinus syndrome. A cause of spontaneous enophthalmos. *Ophthalmology* 1994; 101: 772-8.
3. **Buono LM.** The silent sinus syndrome: maxillary sinus atelectasis with enophthalmos and hypoglobus. *Cur Opin Ophthalmol* 2004; 15: 486-9.
4. **Gomez J, Villafane FG, Palacios E.** Enophthalmos in silent sinus syndrome. *Ear Nose Throat J* 2008; 87: 496-8.
5. **Bossolesi P, Autelitano L, Brusati R, et al.** The silent sinus syndrome: diagnosis and surgical treatment. *Rhinology* 2008; 46: 308-16.
6. **Wan MK, Francis IC, Carter PR, et al.** The spectrum of presentation of silent sinus syndrome. *J Neuroophthalmol* 2000; 20: 207-12.
7. **Vander Meer JB, Harris G, Toohill RJ, Smith TL.** The silent sinus syndrome: A case series and literature review. *Laryngoscope* 2001; 111: 975-8.
8. **Annino DJ Jr, Goguen LA.** Silent sinus syndrome. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 16: 22-5.
9. **Davidson JK, Soparkar CNS, Williams JB, Patrinely JR.** Negative sinus pressure and normal predisease imaging in silent sinus syndrome. *Arch Ophthalmol* 1999; 117: 1653-4.
10. **Blackwell KE, Goldberg RA, Calcaterra TC.** Atelectasis of the maxillary sinus with enophthalmos and midface depression. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 102: 429-32.
11. **Antonelli PJ, Duvall AJ III, Teitelbaum SL.** Maxillary sinus atelectasis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 977-81.
12. **Kass ES, Salman S, Rubin PA, et al.** Chronic maxillary atelectasis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106: 109-16.
13. **Soparkar CN, Patrinely JR, Davidson JK.** Silent sinus syndrome: new perspectives? *Ophthalmol* 2004; 111: 414-5.
14. **Brandt MG, Wright ED.** The silent sinus syndrome is a form of chronic maxillary atelectasis: a systemic review of all reported cases. *Am J Rhinol* 2008; 22: 68-73.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Yazışma Adresi: Dr. Seçil Bahar Akyol

Amerikan Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İSTANBUL

Tel: (0505) 747 97 92

e-posta: drsecilbahar@yahoo.com