



## OLGU SUNUMU / CASE REPORT

# Analjeziklere dirençli kronik baş ağrısının nadir bir nedeni: İzole sfenoid sinüs aspergilloması

*A rare cause of analgesic-resistant chronic headache:  
Isolated aspergilloma of the sphenoid sinus*

Emre GÜNBEY,<sup>1</sup> Kerim ASLAN,<sup>2</sup> Hediye Pınar GÜNBEY,<sup>2</sup> Rifat KARLI,<sup>1</sup> Şemsettin KARDAŞ<sup>1</sup>

## Özet

Sfenoid sinüs hastalıklarının tanısı nonspesifik öykü ve fizik muayene bulguları nedeniyle zordur. Sfenoid sinüs, aspergillomaların en nadir görüldüğü lokalizasyondur ve tanıdaki gecikmeler ciddi komplikasyonlar ile sonuçlanabilir. Burada uzun yıllardır uyku bozukluğu ve baş ağrısı nedeni ile psikiyatri bölümünce takip edilmekte olan bir sfenoid sinüs aspergilloması olgusunu sunuyor ve bu nadir olgu ile beraber sfenoid sinüs aspergillomalarının klinik ve radyolojik özelliklerini tartışıyoruz.

Anahtar sözcükler: Aspergilloma; baş ağrısı; sfenoid sinüs.

## Summary

The diagnosis of sphenoid sinus diseases is difficult due to nonspecific history and physical examination findings. Sphenoid sinus is a rare localization for aspergilloma. Delay in diagnosis and treatment can result in serious complications. Presently described is case of sphenoid sinus aspergilloma. Patient had been treated by department of psychiatry for many years due to sleep disturbances and headache. Clinical and radiological features of rare case of sphenoid sinus aspergilloma are discussed.

Keywords: Aspergilloma; headache; sphenoid sinus.

## Giriş

Paranasal sinüslerin fungal enfeksiyonları immün yetmezliği olmayan sağlıklı insalarda nadir görülmektedir. Fungal sinüs enfeksiyonları arasında en sık görülen patojenlerden biri aspergillostir ve *Aspergillus fumigatus* en sık görülen alt türdür. Aspergillostis en sık maksiller sinüste ve daha az sıklıkla etmoid ve frontal sinüslerde görülmektedir. Sfenoid sinüs ise aspergillomaların en nadir görüldüğü lokalizasyondur.<sup>[1,2]</sup>

İzole sfenoid sinüs hastalıkları nadir görülen, non spesifik öykü ve fizik muayene bulguları nedeni ile tanısı zor olan hastalıklardır. Bununla beraber bu hastalıkların tanı ve tedavisindeki gecikmeler, sfenoid sinüsün önemli nörovasküler yapılara yakın kom-

şuluğu nedeni ile görme kaybı, menenjit gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir.<sup>[3]</sup>

Bu yazıda, uzun yıllardır uyku bozukluğu ve baş ağrısı nedeni ile psikiyatri bölümünce takip edilmekte olan bir sfenoid sinüs izole aspergilloma olgusu sunuldu.

## Olgu Sunumu

Elli beş yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıldır devam eden baş ağrısı ve uyku bozukluğu yakınması ile başvurdu. Öyküsünden ağrının daha çok kafasının arka kısımlarında ve ensesinde olduğu, daha önce baş ağrısı nedeniyle birçok kez antibiyotik ve analjezik ilaçlar kullandığı ancak fayda görmediği öğrenildi. Eşlik eden başka sistemik hastalığı olmayan hastaya

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Samsun

<sup>1</sup>Department of Otorhinolaryngology, Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Samsun, Turkey

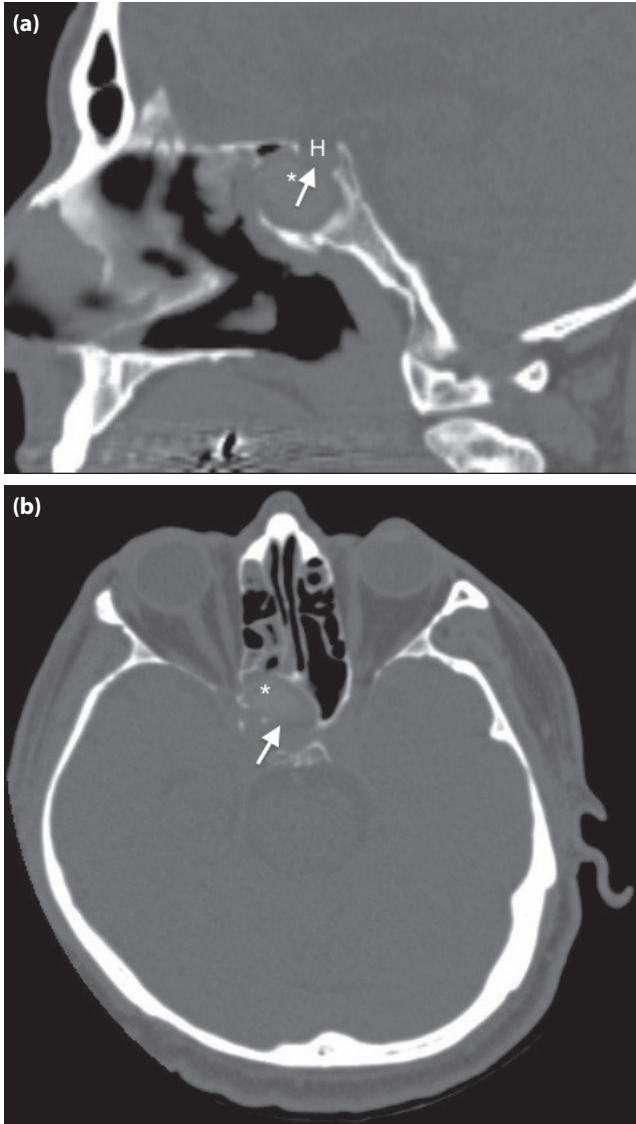
<sup>2</sup>Department of Radiology, Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Samsun, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 30.06.2015 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 22.10.2015 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 26.12.2016

**İletişim (Correspondence):** Dr. Emre Günbey, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Kurupelit, 55139 Samsun, Turkey.

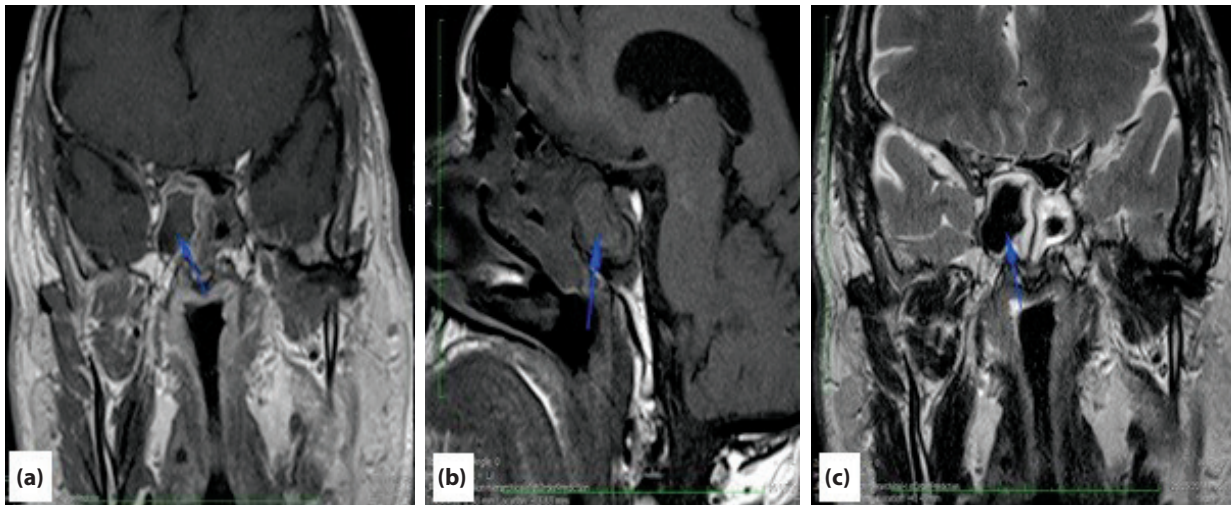
**Tel (Phone):** +90 - 362 - 312 19 19 **e-posta (e-mail):** emregunbeymd@hotmail.com

© 2017 Türk Algoloji Derneği

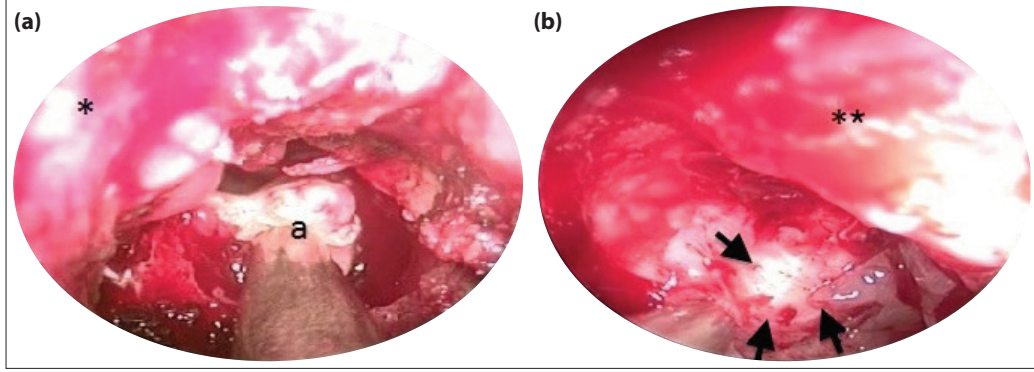


**Şekil 1.** Hastanın preoperatif sagittal (a) ve aksiyel (b) paranasal BT görüntülerinde sağ sfenoid sinüs içerisinde yer yer kalsifikasyonlar içeren kitle lezyonu ve sinüs duvarında destrüksiyon izlendi. (Yıldız: sfenoid sinüdeki kitle; H: Hipofiz bezi; Ok: Sfenoid sinüs üst duvarındaki destrüksiyon).

bu yakınmaları nedeniyle psikiyatri bölümünce medikal tedavi başlanmıştı. Hastanın nazal endoskopi de içeren ayrıntılı kulak burun boğaz muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. Hastanın paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ sfenoid sinüste sinüs duvarlarında ekspansiyona neden olan, sfenoid sinüs arka duvarını destrükte eden ve hipofiz bezi ile sınırları net ayırt edilemeyen, dorsum sellada yaylanmaya neden olan, santrali hiperdens etrafı hipodens ve yer yer kalsifikasyonlar içeren kitle lezyonu izlendi. BT'de ayrıca bilateral maksiler sinüslerde ve sağ etmoid hücrelerde seviye oluşturan hipodens yumuşak doku değerleri mevcuttu (Şekil 1). Kitlenin hipofiz ile ilişkisini ortaya koymak ve natürü hakkında bilgi edinebilmek için paranasal sinüs ve hipofiz magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. MRG'de sfenoid sinüsü ekspanse eden yaklaşık 19x17 mm boyutlarında T2 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens kitlesel lezyon izlendi. Sfenoid sinüs tavanının ise tamamen destrükte olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Hastaya bu bulgularla genel anestezi altında endoskopik sinüs cerrahisi yapıldı. Operasyonda orta konka medialinden sfenoid sinüs doğal ostiumu tanımlanarak, genişletildi. Sfenoid sinüs içerisinde sarımtırak, peynirimsi, görünüm ve kıvam olarak fungal enfeksiyonu düşündürülen kitle lezyonu mevcuttu. Patolojik dokular sfenoid sinüs mukozasından diseke edilerek temizlendi. Arka duvardan diseke edilirken arka duvarın alt yarısında kemik defekt olduğu görüldü (Şekil 3). Buradaki patolojik dokular tamamen temizlendikten sonra durada bir defekt saptanmaması üzerine sfenoid sinüs ile ilgili ek bir işleme gerek duyulmadı. Takiben bilateral maksiller



**Şekil 2.** Hastanın preoperatif T1 ağırlıklı koronal (a), sagittal (b) ve T2 ağırlıklı koronal (c) MR kesitleri. Sağ sfenoid sinüste ortası T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens, T2 sekansında hipointens etrafı mukozal kalınlaşma ile çevrili lezyon.



**Şekil 3.** İntraoperatif endoskopik görünüm. (a) Sağ sfenoid sinüsü dolduran sarımtırak, peynir kıvamında lezyon görülmekte. (b) Lezyon temizlendikten sonra sfenoid sinüsün görünümü. (Oklar: Sfenoid sinüs arka duvarındaki kemik defekti; Tek yıldız: Lateral nazal duvar; a: Aspergillomaya ait doku; Çift yıldız: Nazal septum).

antrostomi yapılarak ameliyat komplikasyonsuz olarak tamamlandı. Histopatolojik inceleme sonucunda aspergilloma tanısı alan hastanın postoperatif 6. aya kadar kontrollerinde nüks saptanmadı ve başağrıları tamamen geriledi.

### Tartışma

Aspergillus türleri doğada sık rastlanan mantarlardır. Aspergillusun, alt türlerinden fumigatus, flavus, niger ve terreus'un insanda enfeksiyona yol açtığı saptanmıştır.<sup>[4]</sup> Fırsatçı aspergillus enfeksiyonları klinik olarak noninvaziv, invaziv veya alerjik tipte görülebilir. Daha çok immün yetmezliği olan kişilerde görülen aspergillus enfeksiyonları nadir olmakla beraber sağlıklı insanlarda miçetoma, aspergilloma veya mantar topu olarak tanımlanan noninvaziv enfeksiyona neden olabilir.<sup>[5]</sup> Paranasal sinüslerin aspergillus mikozu ilk olarak 1885'te Schubert tarafından tanımlanmıştır.<sup>[6]</sup> Paranasal sinüslerin aspergillomaları sıklıkla tek sinüste ve en sık maksiller sinüste görülür. En az görüldüğü lokalizasyon ise sfenoid sinüstür.<sup>[2]</sup> 1992 yılından önce sadece 21 sfenoid sinüs aspergilloma olgusu bildirilmesine karşın, görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile beraber rapor edilen olgu sayısında büyük artışlar yaşanmıştır.<sup>[2]</sup> Sfenoid sinüs hastalıkları nadir görülmekle beraber, sfenoid sinüsün önemli nörovasküler yapılar ile yakın komşuluğu bu hastalıkların çok ciddi komplikasyonlara yol açmalarına sebep olmaktadır. Optik sinir, internal karotid arter, hipofiz bezi, kavernöz sinüs, III., IV., VI. kranial sinirler ve V. kranial sinirin oftalmik (V1) ve maksiller (V2) dalları gibi önemli yapılar sfenoid sinüsle yakın ilişki içerisinde. Bu nedenle, sfenoid sinüs hastalıkları tanı ve tedavide geç kalındığında çok ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir.<sup>[7]</sup> Bizim olgumuzda ise

intrakranial bir komplikasyon gelişmemekle beraber, sfenoid sinüs arka duvarı tamamen destrükte olmuş ve mantar topu dura ile ilişki içerisindeydi.

Sfenoid sinüs hastalıklarının nonspesifik öykü ve fizik muayene bulgularının olması bu hastalığın tanısını zorlaştırmaktadır. İzole sfenoid sinüs aspergillomasi nedeni ile takipli 30 hastada yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların %80'inde baş ağrısı, %26'sında yüzde ağrı, %23'ünde geniz akıntısı ve %16'sında görme kaybı ve çift görme gibi visüel semptomlara rastlanmıştır.<sup>[8]</sup> Ayrıca baş ağrısının iyi lokalize edilememekle beraber en sık frontal ve retrobulber bölgede olduğu görülmüştür. Hastalarda baş ağrısı ve beraberinde görülebilecek nörolojik semptomların sıklığı, hastaların yaklaşık %80'inin ilk olarak nöroloji veya nöroşirürji kliniklerine baş vurmasına neden olmaktadır.<sup>[9]</sup> Bizim olgumuzda ise hasta başağrısını net lokalize edememekle birlikte daha çok ense bölgesinde tarif ediyordu. Sfenoid sinüs aspergillomalı hastalara yapılan endoskopik muayenede, hastaların %86.7'sinde nonspesifik bulgulara, %10'unda mukopürülan akıntıya ve %3.3'ünde sfenoetmoid resesin (SER) önünde polipoid yapılar rastlanmıştır.<sup>[8]</sup> Bizim olgumuzda da olduğu gibi nazal endoskopi bulgularının normal olması, sfenoid sinüs patolojisini ekarte ettirmemektedir.<sup>[3]</sup>

Sfenoid sinüs lezyonlarının yayılımını, natürünü ve komşu anatomik yapılar ile olan ilişkisini BT ve MRG ile görüntülemek mümkündür.<sup>[7]</sup> Fawaz ve ark. yaptıkları retrospektif bir çalışmada; BT'nin sfenoid sinüs fungal enfeksiyonlarının tanısında %100 sensitiviteye fakat %71 spesifiteye sahip olduğunu; MR'ın ise %21 sensitiviteye, %100 spesifiteye sahip

olduğunu göstermişlerdir.<sup>[10]</sup> Sfenoid sinüs aspergillomalı hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise hastalarda en sık görülen BT bulgularının total opasite, SER obstrüksiyonu, sinüs duvarlarında kalınlaşma, intralezyonel kalsifikasyon ve sinüs duvarlarında erezyon olduğu bildirilmiştir.<sup>[8]</sup> Benzer şekilde, bizim olgumuzda hastaya çekilen paranazal BT'de sağ sfenoid sinüste, sinüs duvarlarında destrüksiyona ve ekspansiyona neden olan, sfenoid sinüs tavanını erode etmiş, mikrokalsifikasyonlar içeren kitlesel lezyon izlenmişti. Kitlenin içeriği hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek için hastaya paranazal bölgeye yönelik MR görüntüleme yapıldı.

Sfenoid sinüs aspergillomalarının tedavisinde en etkili yöntem endoskopik sinüs cerrahisidir.<sup>[9,11]</sup> Endoskopik cerrahi ile sfenoid sinüs lezyonlarına kolaylıkla müdahale edilebilmekte, sinüse ulaşılarak alınan aspirasyon örnekleri ve doku biyopsileri ile tanı desteklenmekte, hastalıklı dokular temizlenebilmektedir.<sup>[7]</sup> Sfenoid sinüs miçetomalarının tedavisinde kitlenin çıkarılması ve tıkanan ostiumun açılarak sinüsün havalanmasının sağlanması genellikle yeterlidir. Sistemik antifungal tedavi veya ek bir tedaviye ihtiyaç yoktur. İnvaziv aspergillus sinüziti ise yüksek mortalite ve morbidite ile seyrederek.<sup>[12,13]</sup> Bu hastalarda endoskopik yolla yapılacak debridman ve amfoterisin B, varikonazol veya itrakonazol gibi sistemik antifungal ajanların kullanılması ile başarılı sonuçlar alınabilir.<sup>[12,14]</sup>

## Sonuç

Sfenoid sinüs hastalıklarının tanısında ilk basamak şüphelenmektir. Uzun süreli, medikal tedaviye yanıt-sız, iyi lokalize edilemeyen baş ağrısı şikayeti olan bir hastada nazal muayenesi doğal olsa bile ayırıcı tanı-da izole sfenoid sinüs patolojileri akla gelmelidir. BT ve MRG tanı ve tedavinin planlanması için en önemli tetkiklerdir. Tedavide endoskopik yaklaşımla eksizyon çoğu zaman tedavi ve komplikasyonların önlenmesinde yeterli olmaktadır.

**Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.**

**Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.**

## Kaynaklar

1. Kameswaran M, al-Wadei A, Khurana P, Okafor BC. Rhinocerebral aspergillosis. J Laryngol Otol 1992;106(11):981-5.
2. Scamoni C, Dario A, Fachinetti P, Marra A, Villa P, Cerati M, et al. Isolated aspergillosis of the sphenoid sinus. Case report. J Neurosurg Sci 1992;36(2):107-10.
3. Sethi DS. Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120(5):730-6.
4. Khongkhunthian P, Reichart PA. Aspergillosis of the maxillary sinus as a complication of overfilling root canal material into the sinus: report of two cases. J Endod 2001;27(7):476-8.
5. Chao TK. Triple discrete fungus balls of the paranasal sinuses. Otolaryngol Head Neck Surg 2004;131(6):1014-5.
6. Pinzer T, Reiss M, Bourquain H, Krishnan KG, Schackert G. Primary aspergillosis of the sphenoid sinus with pituitary invasion - a rare differential diagnosis of sellar lesions. Acta Neurochir (Wien) 2006;148(10):1085-90.
7. Grillone GA, Kasznica P. Isolated sphenoid sinus disease. Otolaryngol Clin North Am 2004;37(2):435-51.
8. Jung JH, Cho GS, Chung YS, Lee BJ. Clinical characteristics and outcome in patients with isolated sphenoid sinus aspergilloma. Auris Nasus Larynx 2013;40(2):189-93.
9. Ruoppi P, Seppä J, Pukkila M, Nuutinen J. Isolated sphenoid sinus diseases: report of 39 cases. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126(6):777-81.
10. Fawaz SA, Ezzat WF, Salman MI. Sensitivity and specificity of computed tomography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of isolated sphenoid sinus diseases. Laryngoscope 2011;121(7):1584-9.
11. Gilony D, Talmi YP, Bedrin L, Ben-Shosan Y, Kronenberg J. The clinical behavior of isolated sphenoid sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg 2007;136(4):610-5.
12. Dhong HJ, Chung SK, Koh SJ. Isolated sphenoid sinus disease. Korean J Otolaryngol 1998;41:467-70.
13. Karatas A, Is M, Guclu E, Dosoglu M, Gezen F. Intracranial epidural abscess secondary to isolated sphenoid sinusitis. Br J Neurosurg 2007;21(6):616-8.
14. Browning AC, Sim KT, Timms JM, Vernon SA, McConachie NS, Allibone R, et al. Successful treatment of invasive cavernous sinus aspergillosis with oral itraconazole monotherapy. J Neuroophthalmol 2006;26(2):103-6.