



# Değişken Enoftalmus ile Seyreden Tek Taraflı Sessiz Sinüs Sendromu Olgusu

## Case Report of Unilateral Silent Sinus Syndrome with Variable Enophthalmos

Onur Gökmen\*, Altuğ Çetinkaya\*\*, Nilüfer Yeşilirmak\*\*\*, Fuat Büyüklü\*\*\*\*

\*Başkent Üniversitesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

\*\*Dünya Göz Hastanesi, Ankara, Türkiye

\*\*\*Cihanbeyli Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Konya, Türkiye

\*\*\*\*Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye

### Özet

Otuz beş yaşında erkek hasta kliniğimize 6 aydır ara ara gözlerinde küçülme olduğu şikayetiyle başvurdu. Hastanın daha önce geçirilmiş herhangi bir periorbital cerrahi veya travma öyküsü yoktu. Görme muayenesinde her iki gözde görme keskinliği 20/20 idi, pupiller muayenesi ve göz hareketleri her yöne serbestti. Sağ gözde 1 mm hipoglobus ve üst kapakta derin sulkus izlenmekteydi. Sessiz sinüs sendromu olasılığı düşünülerek bilgisayarlı tomografi istendi ve sağ taraftaki maksiller sinüsün osteomeatal açıklığında tıkanıklık ve tabanında aşağıya doğru çökme görüldü. Hastaya sağ nazal meatustan endoskopik sinüs cerrahisi ile antrostomi uygulanarak pürülan materyal drene edildi. Herhangi bir komplikasyon olmayan hastanın şikayetleri cerrahi sonrasında düzeldi. (Turk J Ophthalmol 2015; 45: 125-127)

**Anahtar Kelimeler:** Sessiz sinüs sendromu, hipoglobus, enoftalmi

### Summary

A 35-year-old man applied to our clinic complaining that one of his eyes occasionally appeared smaller than the other for the last 6 months. The patient had no history of previous trauma or periorbital surgery. Ocular examination revealed 20/20 vision in both eyes and his pupillary and motility examinations were normal. The right eye showed 1mm hypoglobus and a deep superior sulcus. Considering possible silent sinus syndrome, CT scan was ordered and the diagnosis was established by visualizing an occlusion in the right osteomeatal aperture of the maxillary sinus with typical bending of the floor towards the sinus. The patient had undergone endoscopic sinus surgery through the right nasal meatus and the purulent material was drained through maxillary antrostomy. No intra-or postoperative complications were observed, and patient complaints and symptoms resolved immediately after the surgery. (Turk J Ophthalmol 2015; 45: 125-127)

**Key Words:** Silent sinus syndrome, hypoglobus, enophthalmos

### Giriş

Sessiz sinüs sendromu (SSS) nadir görülen tek taraflı enoftalmus, hipoglobus ve asemptomatik maksiller sinüzit ile karakterize bir durumdur.<sup>1</sup> Genellikle 30-60 yaş arası bireylerde görülmekle beraber cinsiyetten bağımsızdır.<sup>2</sup>

Osteomeatal açıklığın tıkanması sonucu maksiller sinüsün sekonder hipoventilasyonu sonucu gelişir.<sup>3</sup> Sinüsteki kronik negatif basınç yavaşça orbita tabanını aşağıya çekerek orbita anatomisini değiştirebilir veya orbita içi yapıların fonksiyonunu etkileyebilir.<sup>4</sup> Diplopi, enoftalmus ve yüzde asimetriye sebebiyet verir, ancak bu bulguların ayırıcı tanılarında

sıklıkla düşünülmez.<sup>1</sup> Bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda altın standarttır.<sup>5</sup>

### Olgu Sunumu

Otuz beş yaşında erkek hasta 5-6 aydır sağ gözünde küçülme şikayeti ile kliniğimize başvurdu (Resim 1, kırmızı ok). Kendisinin farkında olmadığı bu durumun yakınları tarafından ara sıra fark edildiği ve bu nedenle başvurduğu hasta tarafından ifade edilmekteydi. Hastanın daha önce geçirilmiş herhangi bir periorbital cerrahi veya travma öyküsü yoktu. Klinik muayenesinde görme keskinliği her iki gözde

10/10 olup, ön ve arka segment muayenelerinde bir problem saptanmadı. Oküloplastik değerlendirmede sağ ve sol marjin refleks mesafeleri sırasıyla 3 ve 4 mm, levator fonksiyonları 21 mm ve 21 mm olarak ölçüldü. Göz hareketleri her yöne serbestti ve diplopi yoktu. Hastanın sağ gözünde 1 mm hipoglobus, üst göz kapağında derin sulkus ve enoftalmus izlenmekteydi. Hertel ölçümleri 100 mm bazda sağ gözde 14 mm, sol gözde 16 mm şeklindeydi. Hastanın T3-T4-TSH ve tiroid ultrasonografi sonuçları normal sınırlardaydı.

Çekilen BT koronal kesitlerde maksiller ve frontal sinüs duvarlarında mukozal kalınlaşma ile osteomeatal açıklıkta tıkanıklık tespit edildi (Resim 2, kırmızı ok). Sessiz sinüs sendromu tanısı konularak cerrahi amacıyla kulak burun boğaz bölümüne refere edilen hastaya endoskopik olarak sağ burun deliğinden girilerek osteomeatal açıklık genişletildi, maksiller sinüs içerisindeki pürülan materyal drene edildi ve antrastomi açılarak maksiller sinüs pasajının açıklığı sağlandı. Hastanın postoperatif takiplerinde enoftalmus ve hipoglobusun tamamen düzeldiği ve 5 aylık takip boyunca bulguların tekrarlamadığı görüldü.

### Tartışma

SSS nadir görülen maksiller sinüsün atelektazisi sonucu orbita tabanında çökme sonrası gelişen enoftalmus ve hipoglobus ile karakterize bir sendromdur.<sup>4</sup> Genellikle travma veya cerrahi öyküsü olmayan hastalarda asemptomatik olarak seyrederek çoğunlukla hastanın yakınları tarafından fark edilir.<sup>1</sup>

Hastalığın patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamakla beraber Montgomery tarafından ilk kez 1964'te tarif edilmiştir, 1994'te Soparkar ve ark.<sup>6,7</sup> tarafından SSS olarak isimlendirilmiştir. 1995'te Eto RT ve ark. tarafından ise SSS maksiller sinüsün kemiksi yapısının kronik obstrüktif hastalığa sekonder yeniden yapılanması sonucu sinüste negatif basıncın osteoklastları aktive etmesiyle sinüs duvarının incilmesi ve kollapsı neticesinde gelişen hipoglobus ve enoftalmus tablosu olarak tarif edilmiştir.<sup>8</sup> Daha sonraları yaygın olarak kabul edilen görüşe göre SSS patofizyolojisinde, maksiller sinüsün osteomeatal açıklığındaki oklüzyon sonucu sinüs içerisindeki müsin ile dolması ve bu müsinöz materyalin hafif ölçekli kronik bir inflamasyon ile sinüs duvarlarını aşındırdığı ve oluşan negatif oklüzyon ile maksiller sinüste atelektazi oluşumu yer almaktadır.<sup>5</sup> Maksiller sinüsün dört duvarını da etkileyen bir incelmeye olabilir, ancak tabanda neredeyse her zaman bir retraksiyon ve incelmeye mevcuttur.<sup>2</sup>

Tanıda BT altın standarttır.<sup>5</sup> Maksiller sinüs hacminde azalma, orbita hacminde artış, maksiller opasifikasyon, maksiller sinüste hava-sıvı seviyesi ve mukozal kalınlaşma radyolojik bulgulardır. Orbita BT'sinde infindibulumda obstrüksiyon, uncinate prosesin lateral retraksiyonu ve orbita tabanında aşığı yayılma tipiktir. Koronal kesitte, orbita tabanının, yani maksiller sinüsün tavanının sinüs içerisine doğru bombelikle yapıyor olması da tipiktir (Resim 2). SSS yavaş ilerleyen, haftalar, aylar hatta yıllar süren bir süreç sonrasında gelişebilir, cinsiyetten bağımsızdır.<sup>9</sup> Bu nedenlerden dolayı ayırıcı tanıda akla gelen skatrisyel orbital tümörler, kronik rinosinüzit,



**Resim 1.** Ara sıra sağ gözünde küçülme şikayetiyle başvuran hastada sağda derin superior sulkus ve hafif enoftalmi görünümü dikkat çekmekteydi



**Resim 2.** Koronal kesitte sağ maksiller sinüs, antral tıkanıklık ve buna bağlı olarak orbita tabanının maksiller sinüs içerisine doğru bombeleştiği izlenmektedir

sklerozan inflamasyonlar, travma, lipodistrofi, orbital varisler, tiroid orbitopati, Wegener granülomatozu, konjenital fasiyal asimetri, diffüz fasiyal lipodistrofi, Parry-Romberg sendromu, lineer skleroderma, maksiller sinüsün hipoplazisi, travmatik sekeli ve postoperatif değişikliklerinden ayırt edilmesi nispeten kolaydır.<sup>3,5,10</sup>

Hastalığın tanısında klinik şüphe ön şarttır, travma ve cerrahi olmaksızın genç bir hastada zaman içerisinde gelişmiş olan tek taraflı enoftalmus ve üst sulkus silikliği mevcutsa, ayırıcı tanıda sessiz sinüs sendromu da akla gelmeli ve muayene bulguları da destekliyorsa orbita BT istenilmelidir. Tedavide, endoskopik cerrahi yoluyla negatif basınca sebep olan antral tıkanıklığın düzeltilmesi çoğunlukla tedavi edicidir. Bazı durumlarda, hipoglobusun düzeltilmesi için orbita tabanına ve gerekirse diğer orbita duvarlarına implant uygulaması gerekli olabilir.<sup>7</sup>

Sonuç olarak SSS nadir görülen bir sendrom olmakla beraber multidisipliner bir yaklaşım gerektirmekte ve ilerleyici olgularda zamanında müdahalelerle komplikasyonlar önlenmektedir.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## Kaynaklar

1. Gaudino S, Di Lella GM, Piludu F, Martucci M, Schiarelli C, Africa E, Salvolini L, Colosimo C. CT and MRI diagnosis of silent sinus syndrome. *Radiol Med*. 2013;118:265-275.
2. Sheikhi M, Jalalian F. The silent sinus syndrome. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013;10:264-267.
3. Arikan OK, Onaran Z, Muluk NB, Yilmazbaş P, Yazici I. Enophthalmos due to atelectasis of the maxillary sinus: silent sinus syndrome. *J Craniofac Surg*. 2009;20:2156-2159.
4. Saffra N, Rakhimov A, Saint-Louis LA, Wolintz RJ. Acute diplopia as the presenting sign of silent sinus syndrome. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2013;29:130-131.
5. Waqar S, Dhir L, Irvine F. Silent sinus syndrome: a cause of unexplained enophthalmos. *Can J Ophthalmol*. 2010;45:547-548.
6. Montgomery WW. Mucocoele of the maxillary sinus causing enophthalmos. *Eye Ear Nose Throat Mon* 1964;43:41-44.
7. Soparkar CN, Patrinely JR, Cuaycong MJ, Dailey RA, Kersten RC, Rubin PA, Linberg JV, Howard GR, Donovan DT, Matoba AY. The silent sinus syndrome. A cause of spontaneous enophthalmos. *Ophthalmology* 1994;101:772-778.
8. Eto RT, House JM. Enophthalmos, a sequela of maxillary sinusitis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1995;16(4 Suppl):939-941.
9. Cobb AR, Murthy R, Cousin GC, El-Rasheed A, Toma A, Uddin J, Manisali M. Silent sinus syndrome. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2012;50:81-85.
10. Monos T, Levy J, Lifshitz T, Puterman M. The silent sinus syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2005;7:333-335.