

Abstract

Præsentation af patient med silent sinus syndrom

Silent sinus syndrom er en relativt sjælden forekommende lidelse karakteriseret ved ensidig skrumpning af kæbehulen. Tilstanden forekommer oftest i 30-40-årsalderen og præsenterer sig klinisk ved en volumenforøgelse af øjenhulen og tiltagende nedsynkning af øjet. Ætiologien og patogenesen er ukendt, men menes at kunne udvikles sekundært til kronisk kæbehulebetændelse. Silent sinus syndrom kan behandles konservativt, men den accepterede behandling er funktionel endoskopisk sinuskirurgi, med henblik på at genskabe normale trykforhold i kæbehulen. Rekonstruktion af bunden i øjenhulen foretages ved kosmetiske gener.

I nærværende artikel præsenteres en 46-årig mand med silent sinus syndrom, og de behandlingsmæssige samt differentialdiagnostiske overvejelser diskuteres.

Emneord:
Otorhinolaryngologic diseases;
maxillary sinus;
maxillary sinusitis;
enophthalmos

Silent sinus syndrom

Præsentation af et patienttilfælde

Lars Nygaard Madsen, tandlæge, Kæbekirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital

Thomas Jensen, overtlæge, specialtlæge i kæbekirurgi og ph.d.-studerende, Kæbekirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital

Silent sinus syndrom (SSS), også kaldet kronisk maksillær sinus atelektase, er en relativt sjældent forekommende tilstand, først beskrevet i 1964 af Montgomery (1) og senere navngivet af Soparkar et al. i 1994 (2).

Tilstanden forekommer oftest i 30-40-årsalderen og ses lige hyppigt hos kvinder og mænd (3). Ætiologien og patogenesen er ukendt, men menes at kunne udvikles sekundært til en kronisk kæbehulebetændelse som følge af obstruktion af bihulernes ostier (2). SSS kendetegnes klinisk ved ensidig volumenforøgelse af øjenhulen og tiltagende nedsynkning af øjet (4,5). Billeddiagnostisk undersøgelse viser ensidig skrumpning, sløring og formindsket volumen af kæbehulen. Bunden i øjenhulen er beliggende mere kaudalt i den afficerede side, og kæbehulens omgrænsende knoglevægge er udtyndede og indfaldne (6). SSS er oftest asymptomatisk, men synsforstyrrelser, hovedpine, nasalstenose samt smerter fra tænder og kæbe kan forekomme ved fremskreden sygdom (6,7). SSS behandles med funktionel endoskopisk sinuskirurgi, hvorved trykforholdene i kæbehulen normaliseres, lignende behandlingseffekt ved serøs otitis efter tubulation af trommehinden (8). Ved kosmetiske gener eller synsforstyrrelser, der ikke kan korrigeres med brille, foretages rekonstruktionen af bunden i øjenhulen (9).

Patienttilfælde

En 46-årig sund og rask mand blev henvist fra Øjenafdelingen til Kæbekirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, med henblik på diagnostik og behandling af venstresidig SSS.

Anamnese – Patienten havde seks måneder forinden bemærket begyndende ansigtsasymmetri med nedsynkning af venstre øje, hængende øvre øjenlåg og tiltagende dobbeltsyn. Ingen tidligere gener fra kæbehulen eller manglende nasal luftpassage og ingen anamnesticke oplysninger om tidligere traumer.

KLINISK RELEVANS

Silent sinus syndrom (SSS) er en relativt sjælden forekommende lidelse og ukendt for de fleste tandlæger. Tilstanden er normalt uden symptomer og formentlig underdiagnosticeret, men for at standse eventuel sygdomsudvikling er tidlig diagnostik vigtig. Tilstanden forekommer oftest i 30-40-årsalderen og ses lige hyppigt hos mænd og kvinder. Billeddiagnostisk undersøgelse viser ensidig skrumpning, sløring og formindsket volumen af kæbehulen. Mens bunden i øjenhulen er beliggende mere kaudalt i den afficerede side, og kæbehulens omgrænsende knoglevægge er udtyndede og indfaldne. SSS er oftest asymptomatisk, men synsforstyrrelser, hovedpine, nasalstenose samt smerter fra tænder og kæbe kan forekomme ved fremskreden sygdom.

Objektiv undersøgelse

Ekstraoralt – Patientens ansigtsfysiognomi var præget af en asymmetrisk pupillinje med venstre øje beliggende 1 cm lavere i forhold til højre side. Øvre venstre øjenlåg var tilbagetrukket med forøget volumen og betydelig lukkedefekt (Fig. 1). Der var frie øjenbevægelser med dobbeltsyn i det øvre synsfelt.

Intraoralt – Ingen patologiske forandringer.

Røntgen – CT-scanning viste fuldstændig sløring og skrumpning af venstre sinus maxillaris med udtyndede og indfaldne knoglevægge samt formindsket volumen (Fig. 2a og b).

Diagnose

På baggrund af ovenstående anamnese og klinisk og radiologisk undersøgelse blev der stillet følgende diagnose: Silent sinus syndrom sinister. Patienten tilkendegav ingen nuværende kosmetiske gener af den ændrede position af øjet og dobbeltsynet, hvorfor der ikke var indikation for rekonstruktion af bunden i øjenhulen. Patienten blev henvist til Øre-Næse-Hals Kirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, med henblik på yderligere udredning og behandling, eventuelt i form af funktionel endoskopisk sinuskirurgi med henblik på normalisering af kæbehulens trykforhold.

Diskussion

I nærværende artikel præsenteres en 46-årig mand med et sygdomsbillede karakteristisk for SSS. Tilstanden er sjældent forekommende, og diagnosen stilles udelukkende på baggrund af anamnesen samt en klinisk og radiologisk undersøgelse. SSS er formodentlig underdiagnosticeret som følge af langsom sygdomsudvikling og manglende erkendelse. I litteraturen er der tidligere rapporteret 105 patienttilfælde med SSS (3). En tidligere litteraturgennemgang har vist, at alle de diagnosticerede patienttilfælde med SSS havde nedsenkning af øjet, og 28 % havde dobbeltsyn, hvorimod ingen havde symptomer på kæbehulebetændelse (10).

Ekstraoralt billede

Fig. 1. Silent sinus syndrom med tydelig nedsenkning af øjet og retraktion af venstre øvre øjenlåg.

Fig. 1. Silent Sinus Syndrome with lowering of left eye and upper lid retraction.

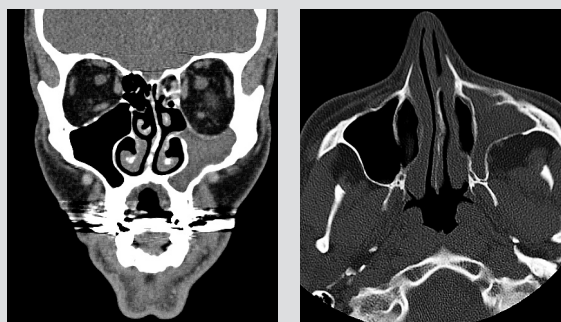
CT-scanning

Fig. 2a og b. Computertomografisk scanning visende udfyldning af venstre sinus maxillaris og retraktion af sinusvægge.

Fig. 2a and b. Computed tomography scan with obstructed left sinus and retraction of sinus walls.

SSS kan behandles konservativt, men progression af sygdommen kan standses ved at bedre kæbehulens afløbsforhold, således ventilationen i kæbehulen genskabes og den ciliære funktion og trykforholdene normaliseres (11). Funktionel endoskopisk sinuskirurgi er en minimalt invasiv teknik, der muliggør åbning og udvidelse af kæbehulens ostium under synets direkte vejledning; herved normaliseres trykforholdene i kæbehulen. Udtalte kosmetiske gener eller synsforstyrrelser, der ikke kan korrigeres med brille, vil ofte kræve rekonstruktion af bunden i øjenhulen med autologt knogletransplantat eller rekonstruktionsmateriale. Denne procedure kan udføres i forbindelse med endoskopisk sinuskirurgi eller sekundært (3). I litteraturen er der tidligere beskrevet et enkelt patienttilfælde med spontan normalisering af anatomien efter funktionel endoskopisk sinuskirurgi (12).

De vigtigste differentialdiagnoser til SSS er Parry Romberg syndrom og lineær sklerodermi.

Parry Romberg syndrom er en sjælden degenerativ lidelse karakteriseret ved ensidigt progressivt svind af ansigtets knogler, muskler og bløddele (13). Sygdommen indtræder oftest i 0-15-års-alderen og varer mellem to og 10 år. Klinisk ses tiltagende nedsynkning af øjet, deviation af næse og mund mod den afficerede side samt øget eksponering af tænder. Ætiologien og patogenesen er ukendt, og sygdommens progression kan ikke bremses. Når sygdomsudviklingen er afsluttet, foretages efterfølgende plastikkirurgisk korrektion af ansigtsgnoger og bløddele (13).

Lineær sklerodermi er en sjælden systemisk bindevævssygdom karakteriseret ved øget bindevævsvækst i hud og underhud, ætiologi og patogenese er ukendt, tilstanden præsenterer sig klinisk ved båndformede strøg af hårde og skinnende hudindurationer medførende asymmetri af ansigtet (14). Der er beskrevet tilfælde associeret med neurologiske manifestationer (15). ■

Billeder af patienten bringes på grundlag af skriftlig samtykkeerklæring fra patienten.

Abstract (English)

Silent Sinus Syndrome. A case study

Silent Sinus Syndrome or chronic maxillary sinus atelectasis is a relatively uncommon condition which is characterized by unilateral enophthalmos and hypoglobus, due to inward retraction of the maxillary sinus walls and lowering of the orbital floor. The etiology as well as the pathogenesis is unclear, but might be caused by chronic sinusitis. Silent Sinus Syndrome usually occurs in the third and fourth decades of life, and is not gender-specific. The syndrome seems to be under diagnosed in spite of characteristic and pathognomonic clinical and radiological signs. Silent Sinus Syndrome treatment, if any, consists of functional endoscopic sinus surgery to re-establish functional drainage passage and reconstructive procedure of the orbital floor to manage asymmetric facial appearance. A case of a 46-year-old man with Silent Sinus Syndrome is presented.

Litteratur

1. Montgomery WW. Mucocele of the maxillary sinus causing enophthalmos. *Eye Ear Nose Throat Mon* 1964; 43: 41-4.
2. Soparkar CN, Patrinely JR, Caucyong MJ, Dailey RA, Kersten RC, Rubin PA et al. The silent sinus syndrome. A cause of spontaneous enophthalmos. *Ophthalmology* 1994; 101: 772-8.
3. Brandt MG, Wright ED. The silent sinus syndrome is a form of chronic maxillary atelectasis: A systematic review of all reported cases. *Am J Rhinol* 2008; 22: 68-73.
4. Rose GE, Sandy C, Hallberg L, Moseley I. Clinical and radiologic characteristics of the imploding antrum, or "silent sinus" syndrome. *Ophthalmology* 2003; 110: 811-8.
5. Soparkar CN, Patrinely JR, Davidson JK. Silent sinus syndrome – new perspectives? *Ophthalmology* 2004; 111: 414-5.
6. Illner A, Davidson HC, Harnsberger HR, Hoffman J. The silent sinus syndrome: clinical and radiographic findings. *AJR Roentgenol*; 178: 503-6.
7. Facon F, Eloy P, Brasseur P, Collet S, Bertrand B. The silent sinus syndrome. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006; 263: 567-71.
8. Hourany R, Aygun N, Della Santini Cc, Zinreich SJ. Silent sinus syndrome: An acquired condition. *ASNR Am J Neuroradiol* 2005; 26: 2390-2.
9. Behbehani R, Vacarezza N, Bilyk JR, Rubin PA, Pribitkin EA. Simultaneous endoscopic antrotomy and orbital reconstruction in silent sinus syndrome. *Orbit* 2006; 25: 97-101.
10. Numa WA, Desai U, Gold DR, Heher KL, Annino DJ. Silent sinus syndrome: a case presentation and comprehensive review of all 84 reported cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2005; 114: 688-94.
11. Blackwell KE, Goldberg RA, Calcaterra TC. Atelectasis of the maxillary sinus with enophthalmos and midface depression. *An Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102: 429-32.
12. Raghavan U, Downes R, Jones NS. Spontaneous resolution of eyeball displacement caused by maxillary sinusitis. *Br J Ophthalmol* 2001; 85: 118.
13. Pinheiro TP, Silva CC, Silveira CS, Botelho PC, Pinheiro MG, Pinheiro Jde J. Progressive hemifacial atrophy – case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E112-4.
14. Robitschek J, Wang D, Hall D. Treatment of linear scleroderma "en coup de sabre" with AlloDerm tissue matrix. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 138: 540-1.
15. Kister I, Inglese M, Laxer RM, Herbert J. Neurologic manifestations of localized scleroderma: a case report and literature review. *Neurology* 2008; 71: 1538-45.