



OLGU SUNUMU

SEYREK BİR INTRANAZAL KİTLE OLGUSU: DEV ORTA KONKA PİYOSELİ

Dr. İbrahim ALADAĞ¹, Dr. Mehmet GÜVEN¹, Dr. Zehra Işık HAŞILOĞLU²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Taşlıçiftlik Yerleşkesi Tıp Fakültesi, KBB ve BBC AD, Tokat, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Taşlıçiftlik Yerleşkesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Tokat, Türkiye

ÖZET

Konka bülloza orta konkanın en sık görülen anatomik varyasyonu olmasına rağmen, mukosel veya piyosel gelişimiyle nazal pasajı tıkanması sık görülen bir durum değildir. Intranazal endoskopik muayene, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi ileri radyolojik teknikler ile masif orta konka piyosel veya mukosellerinin diğer intranazal kitlelerden ayrıntılı tanıları daha kolay yapılabilmektedir. Sol nazal boşluğu tıkanan konka bülloza piyoseli olan, 47 yaşında erkek olguyu endoskopik cerrahiyle tedavi ettik.

Anahtar Sözcükler: konka bülloza, piyosel, intranazal kitle

AN INFREQUENT CASE OF INTRANASAL MASS: MASSIVE PYOCELE OF MIDDLE TURBINATE

SUMMARY

Although concha bullosa is the most common anatomic variant of the middle turbinate, it is not a common finding that complete occlusion of nasal passage by its mucocoele or pyocoele formation. The differential diagnosis of a massive mucocoele or pyocoele of the middle turbinate from other intranasal masses can be greatly facilitated by intranasal endoscopic examination and advanced radiographic techniques like computed tomography and magnetic resonance imaging. We treated a concha bullosa pyocoele in a 47 year-old man, leading to complete obstruction of the left nasal cavity, by endoscopic surgery.

Keywords: concha bullosa, pyocoele, intranasal mass

GİRİŞ

Konka bülloza orta konkanın pnömotizasyonudur. Orta konkanın en sık görülen anatomik varyasyonudur ve genellikle asemptomatiktir. Mukosel ve piyoseller sinonasal sistemde sıklıkla fronto-ethmoidal komplekste görülürler¹. Büllöz orta konkada mukosel ve piyosel gelişimi sık olmamakla birlikte, nazal kaviteyi dolduracak kadar büyümesi de seyrek karşılaşılan bir durumdur^{2,3,4,5}. Orta konka piyoseli, konka bülloza ampiyemi, konka bülloza piyoseli aynı anlamda kullanılan terimlerdir. Bu yazıda tek taraflı nazal obliterasyona yol açan orta konka piyoselli bir olgu sunuldu ve literatür bilgileri eşliğinde kliniği, semptomları ve tedavisi tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Kırkyedi yaşında erkek hasta bir yıldan beri giderek artan burun tıkanıklığı, alın ve göz çevresinde ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Olgunun anterior rinoskopik ve endoskopik muayenesinde, sol nazal pasajı dolduran düzgün yüzeyli, soluk renkte mukoza ile kaplı, yumuşak, pulsatil olmayan kitle gözlemlendi. Kitle Valsalva manevrası ile büyüme göstermiyordu.

Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinin (BT) değerlendirmesinde, sol nazal pasajı dolduran çevre dokularda belirgin kemik destrüksiyonu yapmayan yumuşak doku kitlesi mevcuttu (resim 1). Komşu sinüs yapı ve havalanmaları normaldi. Kitle süperiomedialde fovea ethmoidalis kadar uzanmaktaydı, ancak cribriform plate salimdi. Genel anestezi altında cerrahi tedavi öncesi yapılan intranazal endoskopik muayene bulguları radyolojik değerlendirme sonuçlarıyla uyumluydu. Öncelikle bir dental enjektör ucuyla kitle içine girilerek pürülan materyal aspire edildi. Bu sırada kitlenin küçüldüğü gözlemlendi. Kitle süperiorndan başlanarak serbestleştirildiğinde destek dokusunu kaybetmiş büllöz orta konka içine düşüldü (resim 2). Orta konka kitle ile beraber güdük bırakılarak eksize edildi. Spesimenin histopatolojik değerlendirmesi kronik iltihabi değişikliklerle birlikte solunum sistemi epiteli ve kemik parçaları şeklindeydi. Aspire edilen materyalin bakteriyolojik incelemesinde Staphylococcus Aureus tespit edildi. Ameliyat sonrası birinci yılda nazal pasajda sorun gözlenmedi (resim 3).

TARTIŞMA

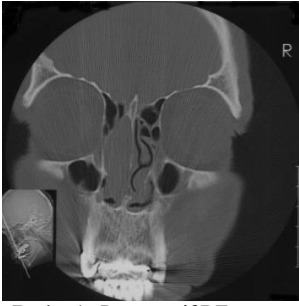
Piyosel mukoselin enfekte olmasıyla oluşur. Mukosel sıklıkla travma sonrası ortaya çıkan döşeyici epitel ile çevrili, bir cidarı olmayan mukus içeren kistik yapılar için kullanılan bir terimdir⁶. Oysa sinonazal sistemde mukosel, mukosilier transport yollarındaki tıkanıklığa ikincil olarak gelişen, iç

İletişim kurulacak yazar: Dr. İbrahim Aladağ, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Taşlıçiftlik Yerleşkesi Tıp Fakültesi, KBB ve BBC Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye, Tel: 0 356 2133227 E-mail: ibrahimal@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 23 Ocak 2004, revizyon isteme tarihi : 14 Şubat 2004, yayın için kabul edilme tarihi: 04 Mart 2004



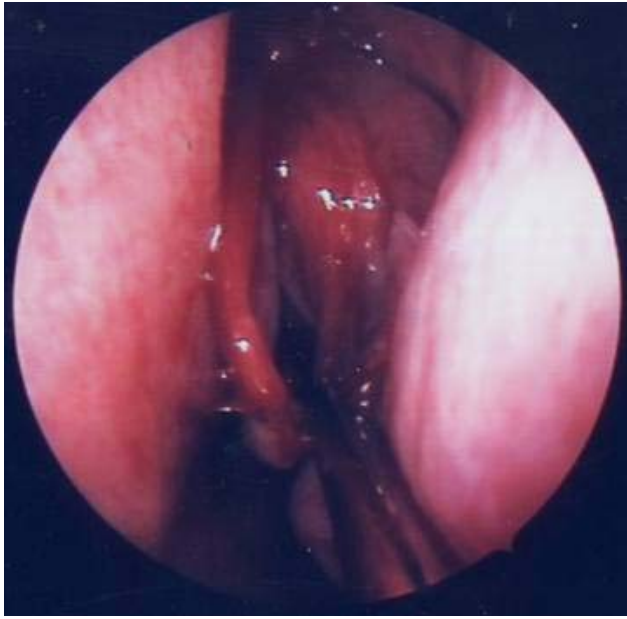
cidarı epitel ile döşeli gerçek retansiyon kistleri yerine kullanılmaktadır⁷.



Resim 1. Preoperatif BT



Resim 3. Postoperatif birinci yılda BT.



Resim 2. İncelediği boşalmış büllöz orta konkanın intraoperatif görüntüsü

Literatürde sinonazal sistemdeki mukosellerin %66'sının frontal sinüste, %25'inin ethmoid sinüste, %10'unun ise maksiller sinüste görüldüğü bildirilmiştir⁸. Gerçekte salgılayıcı epitel içeren bütün havalı boşluklarda drenajın bozulmasına bağlı olarak mukosel veya piyosel ortaya çıkabilir. Konka büllöza havalanmış orta konka için kullanılan bir terimdir. Orta konkanın en sık görülen anatomik varyasyonu olmasına rağmen orta konkada mukosel ve piyosel oluşumu nadir görülen tablolardır⁹.

Diğer havalı boşluklarda olduğu gibi, konka büllözanın da kendine ait bir mukosilier transport sistemi vardır. Drenaj çoğunlukla frontal reseze, daha az oranda ise lateral sinüs vasıtasıyla orta meaya olmaktadır¹⁰. Drenaj yollarındaki tıkanıklık sıklıkla kronik enflamasyon kaynaklı olmasına rağmen, travma, tümör ve cerrahi manipülasyonlar etyolojik faktörler arasında sayılabilir¹¹. Bizim olgumuzda son iki yıl içinde sık tekrarlayan rinosinüzit hikayesi dışında predispozan bir faktör tespit edilmedi.

Paranasal sinüs enfeksiyonlu olgularda konka büllöza insidansı çeşitli çalışmalarda %24-53,6 arasında bildirilmiştir^{9,12,13,14}. Ancak büllöz orta konkanın sinüzit predispozisyonuna yol açıp açmadığı hala tartışmalıdır. Lloyd'un¹⁴ ve Zinreich ve ark.¹⁵ yaptıkları çalışmalarda, osteomeatal kompleks hastalığı insidansı yüksek olarak bildirilirken, Ünlü ve ark.¹² 126 orta konkası büllöz, 161'i büllöz olmayan olguda, osteomeatal kompleks hastalığı birlikteliğini incelemiş her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulamamışlardır. Calhoun ve ark. bir çalışmada konka büllözanın osteomeatal kompleks hastalığıyla değil, ön ethmoid hücre hastalığıyla ilgili olabileceğini söylemişlerdir¹³. Olgumuzda piyosel sol nazal pazajı tıkayan bir kitle halini almasına rağmen komşu yapılarda radyolojik ve endoskopik olarak kronik enfeksiyon bulgusu gözlenmedi.

Intranazal kitlelerde cerrahi tedavi öncesi ayırıcı tanı yapılmalıdır. Kesin tanı biyopsi ve spesimenin patolojik incelenmesiyle konulabilmektedir. Ancak vasküler lezyonlar (juvenil anjiyofibrom, hemanjiyoperiositom, hemanjiyom) ve intrakranial yapılarla ilişkili lezyonlarda biyopsi yüksek risk taşımaktadır. Beyin omurilik sıvısı kaçağı veya masif kanama gibi komplikasyonlardan sakınmak için, biyopsi öncesi seçilmiş görüntüleme metodlarıyla tanı desteklenmelidir. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) intranasal kitlelerin teşhisinde oldukça faydalıdır¹⁵. Manyetik rezonans anjiyografi, konvansiyonel radyografik anjiyografi ihtiyaca göre kullanılan diğer tanısal metotlardır. Olgumuzun koronal planda çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografi incelemesinde, sol nazal kaviteyi hemen tamamen dolduran yumuşak doku kitlesi tespit edildi. Tanımlanan kitle komşuluğundaki septum nasi, lateral nazal duvar ve kribriform plate salımdı. Bu bulgulara ek olarak, kitlenin pulsasyon ve Valsalva manevrasıyla büyüme göstermemesi bizi intranasal kitle etyolojisinde yer alan diğer nedenlerden uzaklaştırarak orta konka kaynaklı piyosel tanısına yönlendirmiştir. Kitle içinden ameliyatın başlangıcında pürülan materyal aspire edilmesi bu tanıyı desteklemiştir.

Konka büllöza orta konkanın sık görülen bir anatomik varyasyonu olmasına rağmen, mukosel veya piyosel formasyonunda nazal pazajı tıkayacak büyüklüğe ulaşması sık görülen bir durum değildir. Intranazal kitlelerin ayırıcı tanısında göz önünde tutulması gereken bir patolojidir. Radyolojik ve endoskopik bulgular ışığında ön tanıya varılarak, orta konka kaynaklı piyoselin endoskopik sinüs cerrahisi ile tedavisi yapılabilir.



KAYNAKLAR

1. Natvig K, Larsen TE. Mucocele of the paranasal sinuses. A retrospective clinical and histological study. *J Laryngol Otol* 1978; 92(12):1075-82. (PMID: 739180)
2. Irwin BC. Pyocele of the middle turbinate. *J Laryngol Otol* 1983; 97:271-74. (PMID: 6833853)
3. Yellin SA, Weiss MH, O'Malley B, Weingarten K. Massive concha bullosa masquerading as an intranasal tumor. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103:658-59. (PMID: 8060063)
4. Badia L, Parikh A, Brookes GB. Pyocele of the middle turbinate. *J laryngol Otol* 1994; 108:783-84. (PMID: 7964145)
5. Eyibilen A. A case of concha bullosa pyocele leading to complete occlusion of the nasal passage. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2001; 8:332-34.
6. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins Pathologic Basis of Diseases. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Comp, 1994:748-53.
7. Hellquist HB. Pathology of the nose and paranasal sinuses, ch 2. London: Butterworths, 1990:17-20.
8. Laine FJ, Smoker W. The ostiomeatal unit and endoscopic surgery: anatomy, variations and imaging findings in inflammatory diseases. *Am J Roentgenol* 1992; 159:849. (PMID: 1529853)
9. Bolger WE, Burtzin CA, Parsons DS. Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope* 1991; 101:56-64. (PMID: 1984551)
10. Zinreich SJ. CT of the nasal cavity and paranasal sinuses with emphasis on inflammatory diseases. In: Anand VK, Panje WR. Practical endoscopic sinus surgery. New York, NY: McGraw-Hill, 1992:42-51.
11. Gullane P, Conley J. Carcinoma of the maxillary sinus: a correlation of the clinical course with orbital involvement, pterygoid erosion or pterygopalatine invasion and cervical metastases. *J Otolaryngol* 1983; 12:141-5. (PMID: 6308278)
12. Unlu HH, Akyar S, Çaylan R, Nalça Y. Concha bullosa. *J Otolaryngol* 1994; 23:23-7. (PMID: 8170015)
13. Calhoun KH, Waggenpack GA, Simpson CB, Hokanson JA, Bailey BJ. CT evaluation of the paranasal sinuses in symptomatic and asymptomatic populations. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991; 104:480-3. (PMID: 1903859)
14. Lloyd GA. CT of the paranasal sinuses: study of a control series in relation to endoscopic sinus surgery. *J Laryngol Otol* 1990; 104:477-81. (PMID: 2376707)
15. Zinreich SJ, Mattox DE, Kennedy DV, Chisholm HL, Diffley DM, Rosenbaum AE. Concha bullosa: CT evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1988; 12:778-84. (PMID: 3170840)