



OLGU SUNUSU

UNİLATERAL KOANAL ATREZİYE EŞLİK EDEN İZOLE SFENOİD SİNÜS PATOLOJİLİ HASTADA KOANAL ATREZİNİN TRANSPALATAL ONARIMI

Dr. Abdullah Erkan TARHAN, Dr. Kürşat CEYLAN, Dr. Haldun OĞUZ,
Dr. Ünal BAYIZ, Dr. Cavit ÖZERİ
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Koanal atrezi sık görülmeyen, posterior nazal açıklığın gelişim anomalisidir. Klinik bulguları ani postnatal siyanoz ve solunum sıkıntısından inatçı nazal akıntıya eşlik eden burun tıkanıklığına kadar değişkenlik gösterebilir. Özellikle ileri yaşlarda izlenen tek taraflı koanal atrezilerde semptomlar silik olabilir ve buna eşlik eden rinit, sinüzit gibi ek nazal hastalıklar da görülebilir. Bu yüzden tek taraflı koanal atrezilerde tanı ileri yaşlara dek konamayabilir. Tedavide seçenekler arasında transpalatal yol en çok tercih edilen metod olup bu makalede kliniğimize başvuran yetişkin bir hastada tek taraflı koanal atrezinin transpalatal yolla cerrahi tedavisi sunulmuştur. Hastamızda koanal atreziye eşlik eden aynı taraftaki izole sfenoïd sinüs patolojisi koanal atrezinin cerrahi tedavisiyle düzelmiştir.

Anahtar Sözcükler: Koanal atrezi, transpalatal onarım, izole sfenoïd sinüs patolojisi

A TRANSPALATAL SURGICAL REPAIR IN UNILATERAL CHOANAL ATRESIA AND SPHENOID SINUS PATHOLOGY

SUMMARY

Choanal atresia is a rare cause of developmental obstruction of the posterior nasal opening. The clinical presentation varies from immediate postnatal cyanosis and respiratory distress to nasal obstruction with an associated persistent mucoid discharge. The latter symptoms are nonspecific and are shared by a host of other nasal disorders as rhinitis, sinusitis. Thus, unilateral choanal atresia often eludes diagnosis and correction is delayed until adulthood. The transpalatal surgical approach is the most popular method. In this article we describe a transpalatal repair of an unilateral choanal atresia with isolated sphenoid sinus pathology in an adult patient.

Keywords: choanal atresia, transpalatal route, isolated sphenoid sinus pathology

GİRİŞ

Koanal atrezi ilk olarak 1830 yılında Breslau tarafından tanımlanmıştır¹. Her 8000 canlı doğumda bir insidansında görülür². Vakaların % 60'ı unilateral iken atrezik plağın % 90'ı kemik, % 10'u membranözdür³. Kadınlarda iki kat daha sık izlenir. Yenidoğanlarda zorunlu nazal solunum nedeniyle bilateral koanal atrezili hastalarda şiddetli solunum sıkıntısı görülür. Yenidoğanda koanal atrezinin erken tanınmasıyla gereksiz entübasyon, trakeotomi ve hatta ölümlerin önüne geçilebilir⁴.

Koanal atrezi posterior nazal kavitenin nazofarenksle irtibatının gelişimsel olarak kaybolmasıdır. Etyolojisi açıklamaya çalışan çeşitli teoriler vardır. Bu bölgenin gelişimi kompleks olup üç değişik teori mevcuttur: persistan bukkonazal membran, persistan bukkofarengal membran ve müköz membranlarda konjenital adezyonlar.

Koanal atrezilerde % 20-50 oranında ek konjenital anomaliler gözlenmektedir⁵. Bunlardan CHARGE (coloboma, heart defects, atresia of the choana, retarded growth, genital hypoplasia and ear anomalies or deafness) olarak bilinen kolobom, kardiak defektler, koanal atrezi, genital hipoplazi, kulak anomalileri ve sağırılık bulgularına oftalmik, renal patolojiler ve mandibulofasiyal dizostozis (Tracher Collins Sendromu) gibi ek anomaliler de eşlik edebilmektedir⁶. Akısu ve arkadaşları CHARGE sendromlu bir erkek yenidoğanda koanal atrezi, kolobom, kalp hastalıkları, büyüme geriliği, genital hipoplazi ve kulak anomalileri rapor etmişler ve aynı hastada ek olarak mikrognati, yüksek arklı damak, yüzde asimetri, basık burun, hipertelorizm, gözde asimetri ve sol mikroftalmi saptamışlardır⁷. Koanal atrezi ve kolobomlu hastalar CHARGE sendromu açısından değerlendirilmelidir⁷.

OLGU SUNUMU

19 yaşındaki bayan hasta çocukluğundan beri burundan nefes almada zorluk, tek taraflı visköz burun akıntısı, koku almada zorluk, başağrısı, ağzı açık uyuma ve horlama şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde sol nazal kavitede yoğun mukoid sekresyon mevcuttu. Endoskopik muayenede nazofarenkse ulaşamadı. Aksiyal ve

İletişim kurulacak yazar: Dr. Abdullah Erkan TARHAN, S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Ankara, Türkiye E-Posta: tarhan71@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 20 Mayıs 2002, revizyon isteme tarihi: 25 Haziran 2002, yayın için kabul edilme tarihi: 8 Ekim 2002

Bu çalışma 31 Mayıs- 2 Haziran 2002 tarihlerinde Ankara'da düzenlenmiş olan KBB'de Yeni Ufuklar isimli toplantıda poster olarak sunulmuş ve özet kitapçığında yer almıştır.



koronal kesitte paranasal sinüs bilgisayarlı tomografik incelemede sol koana düzeyinde kemik yapıda atrezik segment saptandı (şekil 1). Hastamızın tomografisinde sadece sol sfenoïd sinüste sıvı dansitesinde mukozal kalınlaşma izleniyordu (şekil 2).



Şekil 1: Sol koanal atrezinin tomografik görünümü.



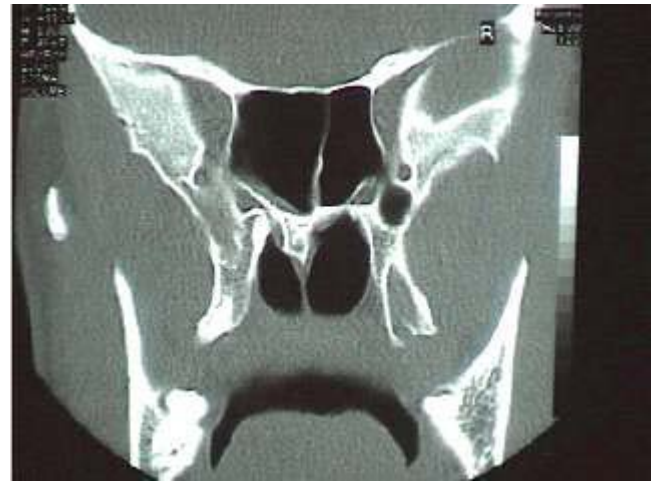
Şekil 2: Ameliyat öncesi koanal atrezinin olduğu tarafta izole sfenoïd sinüs patolojisini gösteren tomografi kesiti.

Hasta operasyona hazırlandı ve genel anestezi altında sert damağa yapılan ve nörovasküler yapıları koruyan U şeklideki Owens insizyonu ile transpalatal girişime başlandı. Palatal flep arkaya yatırıldı. Sert ve yumuşak damak arasından girilerek koana ağzına ulaşıldı. Solda koanayı kapatan kemik yapıdaki atrezi plağı tanındı. Bu kalın atrezi plağı turlanarak nazofarenkse ulaşıldı (şekil 3). Sol nazal kaviteden sonda ile girilerek neokoana kanule edildi. Bu tüp postoperatif dönemde 4 hafta yerinde bırakıldı.

Hastanın yapılan 6. ay kontrollerinde nazal akıntı ve diğer şikayetlerinin olmadığı ve endoskopik muayenesinde koananın açık ve nazofarenkse geçişin patent olduğu görüldü. Kontrol tomografisinde koanal atrezinin cerrahi tedavisiyle izole sol sfenoïd sinüs patolojisinin düzeldiği görüldü (şekil 4).



Şekil 3: Koanal atrezinin transpalatal yaklaşımla tamirinde yeni koana oluşumunun intraoperatif görünümü.



Şekil 4: Ameliyat sonrası koanal atrezinin olduğu tarafta sfenoïd sinüsü gösteren tomografi kesiti.

TARTIŞMA

Tek ya da çift taraflı koanal atrezi tanısında yararlanılacak yöntemler arasında; a. Hastanın burnundan sonda geçirmeye çalışmak, b.nazofarenksin aynayla muayenesi, c.nazofarenksin parmakla muayenesi, d. endoskopik nazofarenks muayenesi e.opaklı radyografik tetkik, f. bilgisayarlı tomografik inceleme sayılabilir⁸. Koanal atrezinin tedavisinde kullanılan ilk teknik 1853 yılında Emmert tarafından gerçekleştirilen kemik atrezik plağın eğri trokar yardımıyla delinmesidir⁹. Cerrahi seçenekler arasında transpalatal, transseptal, transantral ve tur veya lazer kullanarak yapılan transnazal yaklaşımlar mevcuttur⁹.

1965'te Owens kullandığı transpalatal yaklaşımla vakaların % 90'da başarılı sonuçlar elde ettiğini rapor ettiğinden beri posterior koanal atreziye cerrahi yaklaşımda farklı teknikler tartışılmaktadır². Bunlardan en çok kabul gören ve yüksek başarı oranları rapor edilen transpalatal ve transnazal yöntemlerdir.



Transpalatal yaklaşım günümüzde en çok kabul gören ve diğer yöntemlerden dahi iyi görüş alanına sahip olunan yöntemdir⁵. U şeklindeki Owens insizyonu sert damağa yapılırken büyük palatin arterlere zarar vermeye dikkat edilmelidir. Büyük palatin foramenin posteriorundaki palatin kemik, atrezik plak ve posterior vomer mukozal fleplere zarar vermeden turlanmalıdır. Yeni oluşturulan koanaya mukozal flepler yatırılarak 4-6 hafta stent uygulanmalıdır⁵.

Transpalatal yaklaşımda transnazal yaklaşıma göre restenoz oranları daha azdır¹⁰. Transpalatal yaklaşım ile stentleme süresi daha kısa olmakta, ileri yaşlarda ve revizyon vakalarda daha yüksek başarı oranları elde edilmektedir⁵. Transpalatal teknikle palatal ve yüz gelişimi etkilenebilmekte ve maloklüzyon görülebilmektedir. Bu yüzden bu teknik 6 yaşından küçük hastalarda tercih edilmemelidir¹¹.

Transnazal yaklaşım dar, yüksek arklı (kubbe damak) hastalarda, oral mikrostomisi olanlarda ve sert damakta ülser lezyonu olan hastalarda tercih edilmesi gereken bir yöntemdir¹⁰. Transnazal yöntemle kan kaybı daha az olurken, bu yaklaşımla oklüzyon ve palatal gelişim etkilenmemektedir⁵. Transnazal yöntemin uygulanamayacağı vakalar ise septal deviasyonu olan hastalar, hipertrofik konkaları olanlar, nazofarengeal aralığın çok az olduğu vakalar olarak sıralanabilir⁵.

Hangi ameliyat tekniği seçilirse seçilsin postoperatif uzun dönem takip, stent uygulanması, oluşan granülasyon dokularının temizlenmesi ve stent alındıktan sonra bakteriyel rinitten korunma ve uygun tedavi başarı için gereklidir⁵. Yapılan bir çalışmaya göre restenozların tamamı ilk bir yılda olmaktadır⁵.

Koanal atreziler sinüzit gelişiminde predispozandır. Hastamızda ameliyat öncesi koanal atreziye eşlik eden ve aynı taraftaki izole sfenoïd sinüs patolojisinde koanal atrezinin cerrahi tedavisiyle düzelmiş ve kontrol tomografik tetkikinde patolojik bulguya rastlanmamıştır. Koanal atrezi plağının kaldırılarak sinüs osteumlarının sekresyonla tıkanmaması ve sinüsün tekrar havalanmasıyla sfenoïd sinüsteki patolojinin düzeldiği düşünülmüştür. Tek taraflı koanal atreziler kolaylıkla tanınmamakta ve cerrahi tedavide gecikmektedir. Hastamızın bilgisayarlı tomografik incelemesinde kalın bir kemik atrezik plağın mevcudiyeti transpalatal yöntem seçimi için uyarıcı olmuştur. Hastanın postoperatif 6. ay endoskopik kontrolünde neokoanının açık ve patent olduğu izlenmiştir.

ÖZET

Koanal atrezinin cerrahi tedavisinde çeşitli yöntemler mevcut olup hastanın yaşı, anatomik özellikleri, eşlik eden diğer patolojiler ve preoperatif dönemde bilgisayarlı tomografik tetkik cerrahi yaklaşım tercihinde belirleyicidir. Yenidoğanda komplike olmayan tek taraflı koanal atrezide transnazal yaklaşım daha uygun iken transpalatal yaklaşım daha iyi görüş alanı gerektiren revizyon vakalar, 6 yaşından büyük hastalar ve transnazal yaklaşımın uygun olmadığı hastalarda tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Pirsig W. Surgery of choanal atresia in infants and children: Historical notes and updated review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1986;11:153-170. (PMID:3744697)
2. Herbert H. Dedo. Transnasal mucosal flap rotation technique for repair of posterior choanal atresia. *Otolaryngol Head and Neck Surgery* 2001;124:674-82. (PMID: 11391260)
3. Brown OE, Pownell P, Manning SC. Choanal Atresia: A new anatomic classification and clinical management applications. *Laryngoscope* 1996; 106:97-101. (PMID: 8544637)
4. Schwartz MS, Savetsky L. Choanal Atresia: Clinical features, surgical approach, and long-term follow-up. *Laryngoscope* 1986;96:1335-39. (PMID: 3784736)
5. Richardson MA, Osguthorpe JD. Surgical management of choanal atresia. *Laryngoscope* 1988; 98:915-918. (PMID: 3412088)
6. Pagon R. Coloboma, Congenital heart disease and choanal atresia with multiple anomalies: CHARGE association. *J. Pediatr.* 1981;99(2):223-227. (PMID: 6166737)
7. Akısu M, Özkinay F, Özyürek R, Küçüktaş A, Kültürsay N. The CHARGE association in a newborn infant. *Türk J Pediatr* 1998 Apr-June; 40(2):283-7. (PMID:9714686)
8. Montgomery WM.(Çeviri) Üst Solunum Sistemi Cerrahisi. Turgut Yayıncılık ve Tic. A. Ş., İstanbul. Koanal atrezi. 1996:589-693.
9. Senders CW. Choanal Atresia. *Current Opinion In Otolaryngology and Head and Neck Surgery.* 2000;8:49-53.
10. Strome M, Hengerer A. Choanal atresia. Clinical consideration for management. *The Journal of Laryngol Otol.* 1984;98:1207-1212. (PMID: 6512391)
11. Vickery CL, Gross CW. Advanced drill technology in treatment of congenital choanal atresia. *Otolaryngol Clinics of North America.* 1997;30(3): 457-465. (PMID: 9162130)