



## OLGU SUNUMU

# MASIF KONKA BÜLLOZA PİYOSELİ

Dr. Selahattin GENÇ, Dr. Şefik Sinan KÜRKÇÜOĞLU, Dr. Ümit TUNÇEL  
Sağlık Bakanlığı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB, Ankara, Türkiye

### ÖZET

Konka bülloza veya konkal pnömatizasyon ostiomeatal kompleksin en sık görülen anatomik varyasyonudur. Konka büllozaya genellikle orta konkada rastlanır. Ancak nadir de olsa üst konkada ve çok ender olarak alt konkada da görülebilir. Orta konkanın pnömatizasyonu frontal resesten, anterior etmoidlerden veya direk orta meatustan kaynaklanabilir. Konka bülloza çoğunlukla asemptomatiktir. Fakat bazen burun tıkanıklığı, baş ağrısı, postnazal akıntı ve koku almada azalma gibi semptomlar görülebilir. Konka bülloza infekte olduğunda piyosel ortaya çıkar. Piyosel formasyonunda orta konkada genişleyebilir ve komşu anatomik yapıları baskılayabilir. Tedavi edilmediği takdirde intrakraniyal ve orbital komplikasyonlara neden olabilir. Konka bülloza piyoseline nadiren rastlanır. Biz bu makalede yaklaşık iki yıldır burun tıkanıklığı, baş ağrısı şikayetleri olan hastada tespit ettiğimiz masif konka bülloza piyoseli olgusunu sunduk.

*Anahtar Sözcükler: Konka bülloza, piyosel*

### MASSIVE CONCHA BULLOSA PYOCELE

#### SUMMARY

Concha bullosa or conchal pneumatization is the most common anatomic variation of ostiomeatal complex region that is generally seen in the middle turbinate, but also rarely in the superior and inferior turbinate. Pneumatization of the middle turbinate may originate from the frontal recess, anterior ethmoids, or directly from the middle meatus. Concha bullosa is usually asymptomatic but sometimes nasal obstruction, headache, postnasal discharge, and hyposmia can be seen. Pyocele occurs when concha bullosa becomes infected. In case of a pyocele, middle turbinate may become expanded and occupy the surrounding structures. If not treated may lead intracranial and orbital complications. Concha bullosa pyocele is rarely seen. We report a case of massive concha bullosa pyocele which has caused nasal obstruction and headache for two years.

*Keywords: Concha bullosa, pyocele*

## GİRİŞ

Konka bülloza veya konkal pnömatizasyon ostiomeatal kompleksin en sık görülen anatomik varyasyonudur ve orta konkanın değişik derecelerdeki pnömatizasyonu olarak tanımlanır<sup>1,2</sup>. Zuckerkandl orta konkanın ön ucunda oluşan kemik vezikülü konka bülloza olarak tanımlamıştır<sup>3</sup>. Genellikle pnömatizasyona orta konkada rastlanır. Ancak daha az oranda süperior konkada ve çok nadir olarak alt konkada da görülebilir<sup>4</sup>. Orta konkanın havalanması frontal resesten, ön etmoid hücrelerden veya direk orta meatustan kaynaklanıyor olabilir. Konka bülloza çoğunlukla asemptomatik olmasına rağmen burun tıkanıklığı, postnazal akıntı, baş ağrısı ve koku almada azalma gibi semptomlarla kendisini gösterebilir. İnfekte olduğunda ise piyosele dönüşerek orbital ve intrakraniyal komplikasyonlara yol açabilir.

Konka bülloza piyoseli, orta konkanın piyoseli veya konka büllozanın ampiyemi olarak adlandırılabilir ve pnömatize orta konkanın infekte olmasıyla oluşur. Konka bülloza piyoseline çok nadir rastlanır<sup>5</sup>. Biz bu makalede burun tıkanıklığı, baş ağrısı şikayetleri ile başvuran hastada tespit ettiğimiz masif konka bülloza piyoseli olgusunu sunduk.

## OLGU SUNUSU

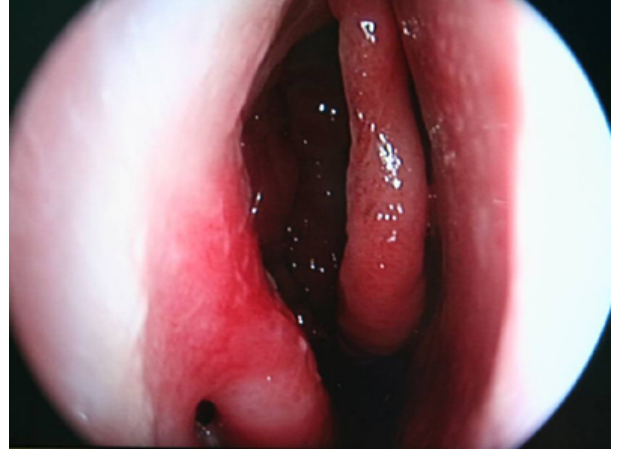
16 yaşında bayan hasta yaklaşık iki yıldır devam eden burun tıkanıklığı ve beraberinde steroidli nazal spreyle ve antibiyotiklerle gerilemeyen baş ağrısı, geniz akıntısı, koku almada azalma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın endoskopik nazal muayenesinde sağ nazal kavitenin tamamına yakını dolduran, septumu sola doğru iten, palpasyonla hassas, düzgün yüzeyli, normal mukoza ile örtülü oldukça büyük orta konkada izlendi(Şekil 1). Hastanın hematolojik ve kan biyokimya parametreleri doğaldı. Paranazal sinüs tomografisinde sağ ön, orta, arka etmoid sinüs, nazal kavite ve orta konkayı doldurarak koanaya uzanım gösteren, septum naziyi komprese ederek sola doğru deviasyonuna neden olan yumuşak doku kitlesi tespit edildi(Şekil 2).

İletişim kurulacak yazar: Dr. Selahattin Genç, Sağlık Bakanlığı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB, Ankara, Türkiye, Tel: +90 312 359 57 71 E-mail: drsgenc@yahoo.com

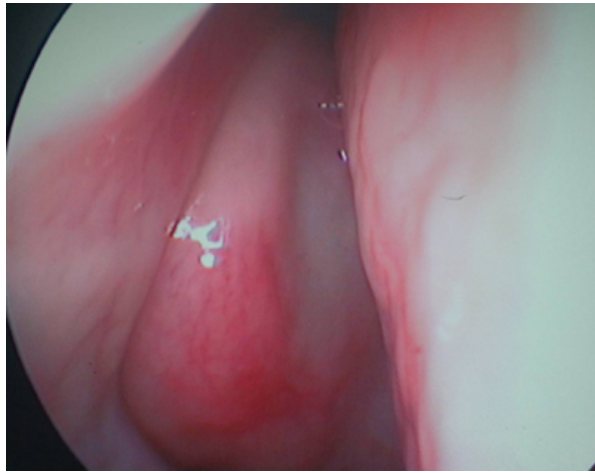
Gönderilme tarihi: 11 Eylül 2007, revizyon gönderme tarihi : 04 Ocak 2008, yayın için kabul edilme tarihi: 18 Ocak 2008



Kitleden visköz pürülan materyal aspire edildi ve konka bülloza piyoseli düşünüldü. Cerrahi profilaksi ve paranazal sinüs infeksiyonuna yönelik hastaya günlük 1gr klaritromisin içeren oral antibiyotik tedavisi başlanıp genel anestezi altında operasyonu planlandı. Operasyonda sağ orta konkanın medial lamellası korunarak parsiyel orta konka rezeksiyonu uygulandı. Sağda maksiller aksesuar ostium izlendi ve inferior unsinektomi yapılarak doğal ostium ile birleştirildi. Operasyonda ve postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Hasta postoperatif birinci gününde taburcu edildi. Oral antibiyotik tedavisine postoperatif dönemde iki hafta devam edildi. Dokuzuncu ayında hasta yeniden değerlendirildiğinde semptomları tamamen düzelmisti ve sağ nazal pasaj tamamı ile açıldı(Şekil 3).



Şekil 3: Postoperatif dokuzuncu ayda sağ nazal pasajın tamamıyla açık olduğu izlenmektedir.



Şekil 1: Sağ nazal pasajda masif orta konka izlenmektedir.



Şekil 2: Koronal kesitte masif konka bülloza piyoseli görülmektedir.

## TARTIŞMA

Konka bülloza oluşumunun gerçek mekanizması açıklığa kavuşturulamamış olmasına rağmen, nazal kavitenin hava akım paterninin etiolojide önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu teori “ e vacuo” olarak adlandırılır ve septal deviasyonun konkal pnömatizasyonu şiddetlendirdiği düşünülür. Bu teoriye göre nazal pasajda hava akımı deviasyonun konveksitesi ile birlikte belirgin şekilde azalırken, orta konkanın pnömatizasyonu ise karşı tarafta artar<sup>1,6</sup>.

Konka bülloza vakalarının yaklaşık %55' inde anterior etmoid hücreler, yaklaşık %45' inde ise posterior etmoid hücreler orta konkanın pnömatizasyonundan sorumlu tutulmaktadır<sup>7</sup>.

Bolger ve arkadaşları konka büllozayı üçe ayırarak incelemiştir<sup>7</sup>. Orta konkanın vertikal lamelinde lokalize pnömatizasyon “lamellar”, konkanın inferior bülböz segmentinde lokalize pnömatizasyon “bülböz”, tüm orta konkanın geniş pnömatizasyonu hem vertikal lamellar kesimi hem de inferior bülböz parçayı içerdiğinde “gerçek-ekstensif” konka bülloza olarak tanımlanmıştır. Pnömatizasyonun derecesi semptomların şiddetiyle doğru orantılıdır. Lamellar ve bülböz tipler genellikle asemptomatik iken gerçek konka bülloza ise semptomları ortaya çıkartmaktadır.

Konka bülloza insidansı %13-%53 arasında değişmektedir<sup>4,7</sup>. Bu farklı insidans oranları tespit edilen konka bülloza paternine göre değişmektedir. Bolger ve arkadaşları gerçek, lamellar, bülböz konka bülloza insidanslarını sırası ile %15.7, %46.2 ve %31.2 olarak rapor ederken; Tonai ve arkadaşları %52, %28 ve %19 olarak raporlamışlardır<sup>8</sup>. Bilateral konka bülloza oranları ise %45-%61.5 olarak bildirilmektedir<sup>4</sup>.



Pnömatize orta konkanın iç yüzeyini çevreleyen mukoza piyoselde inflame hale gelir. Bu inflamasyon orta konkanın büyümesine, orta meatusta tıkanıklığa ve sinüzite yol açabilir. Piyosel formasyonunda orta konkanın aşırı büyümesi lokal kemik destrüksiyonuna neden olabilir. Bölgesel lenfositlerce fibroblastların stimülasyonu sonucu kemik rezorbsiyonuna yol açan bazı faktörler salınır. Lokal kemik rezorbsiyonu piyoselin büyümesini daha da hızlandırır. Büyüyen konka bülloza piyoseli çevre dokulara doğru genişleyip komplikasyonlara yol açabilir<sup>9</sup>.

Mukopiyosellerin büyük bölümü frontoetmoidal komplekste görülür. Konka bülloza piyoseli ile etmoid piyosel veya mukosel arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır. Ayırıcı tanı görüntüleme yöntemleri ve cerrahi sırasındaki bulgularla yapılabilir. Etmoid mukoselde tomografide genellikle enkapsüle, büyümeyen yumuşak doku kitlesi görülür. Ancak enfekte olduğunda periferik büyüme görülebilir. Etmoid mukoselinde genellikle orta konka septuma ve inferiora doğru itilir. Orta konka intakttır ancak kompresedir. Diğer taraftan konka bülloza piyoselinde tomografide kemikle çevrili yumuşak doku kitlesi görülür. Bu konka bülloza piyoseli ile etmoidal piyosel ayırıcı tanısında önemlidir<sup>10</sup>. Konka bülloza piyoselinin endoskopik incelemesinde konkada büyüme, medialde nazal septuma temas, lateralde nazal duvara doğru genişleme görülür. Ancak etmoid mukoselinin endoskopisinde genişleyen mukoselin orta konkayı inferiora ittiği görülür. Konka bülloza piyoseli açılabilir ve bütün materyalin aspirasyonundan sonra lümenin içerisi ve konka büllozanın kemik yapısı kolaylıkla ayırt edilebilir. Bizim vakamızda hem tomografide sağ orta konkanın homojen sıvı veya yumuşak doku ile masif ekspansiyonunun görülmesi, kitlenin kemik yapı ile çevrili olması ve bunun orta konkanın nonvasküler benign lezyonuna işaret etmesi hem de endoskopik muayene bulguları konka bülloza piyoseli tanısını desteklemektedir.

Konka bülloza piyoseli cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Tedavideki geçikme orbital ve intrakraniyal komplikasyonlara yol açabilir<sup>5</sup>. Cerrahi tedavisi konka bülloza cerrahisi ile benzerdir. Cerrahi tedavide konka büllozanın endoskopik parsiyel rezeksiyonu amaçlanır. Endoskopik cerrahi ile aynı seansta hastalıklı sinüslere de müdahale edilebilmektedir. Parsiyel türbinektomi, orta konkanın medial duvarı ve superior yapışma noktası korunarak konkanın lateral parçasının çıkarılmasıyla gerçekleştirilir. Total türbinektomi ise genellikle önerilmemektedir.

Konka bülloza burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve koku almada azalma gibi semptomların yanında ostiomeatal komplekste paranasal sinüslerin dirençini ve havalanmasını bozarak sinüs patolojilerine neden olabilmektedir. Ayrıca komplike olarak konka bülloza piyoseline dönüşebilmektedir. Masif konka bülloza piyoseli ise burnun benign lezyonları ve neoplazileri ile karışabilmektedir ve tedavi edilmediğinde orbital ve intrakraniyal komplikasyonlara yol açabilmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Uygur K, Tüz M, Doğru H. The correlation between septal deviation and concha bullosa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:33-36.
2. Ural A, Uslu SS, İleri F, Atilla MH, Özbilen S, Köybaşıoğlu A. Dev konka bülloza. *KBB ve BBC Dergisi* 2002;10:89-92
3. Zuckerkandl E. Normale und pathologische anatomie der nasenhöhle und ihrer pneumatischen anhang, 2nd ed., Vienna: Braumuller; 1893: 368-400.
4. Unlü HH, Akyar S, Caylan R, Nalça Y. Concha bullosa. *J Oto* 94;23;23-27.
5. Bahadır O, Imamoglu M, Bektas D. Massive concha bullosa pyocele with obital extention. *Auris Nasus Larynx* 2006;33:195-198.
6. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery, the Messerklinger technique. Philadelphia: B.C. Decker ;1991:156-68.
7. Bolger WE, Butzin CA, Parsons DS. Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope* 1991;101:56-64.
8. Tonai A, Baba S. Anatomic variations of the bone in sinonasal CT. *Acta Otolaryngol* 1996;525:9-13.
9. Toledano A, Herraiz C, Mate A, Plaza G, Aparicio JM, De Los Santos G, Galindo AN. Mucocele of the middle turbinate: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:442-444.
10. Zinreich SJ, Benson ML, Oliverio PJ. Sinonasal cavities: CT normal anatomy, imaging of the osteomeatal complex, and functional endoscopic surgery. In: Som PM, Curtin HD, editors. *Head and neck imaging*. 3rd ed., St. Louis: Mosby-Year Book;1996:97-126.