

Rinoliti taklit eden nazal kavite yerleşimli ektopik dişin transnazal endoskopik yöntemle çıkarılması: olgu sunumu

Transnasal endoscopic removal of an ectopic tooth mimicking a rhinolith from the nasal cavity: a case report

Umut Sakarya*, Ekrem Korucuk**

*Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Kbb Kliniği, Konya

**Denizli Devlet Hastanesi, Kbb Kliniği, Denizli

Özet

Nazal kavitede ektopik diş izlenmesi, henüz etyolojisi tam olarak aydınlatılmamış nadir görülen klinik bir durumdur. Sunduğumuz olguda nonspesifik nazal semptomlarla başvuran ve etyolojik risk faktörü bulundurmeyen 30 yaşında kadın hasta, klinik bulguları ile öncelikle rinolit olarak değerlendirilmiştir. Ancak bilgisayarlı tomografi inceleme sonucunda nazal kavite yerleşimli ektopik diş tanısı konulmuş, kitle transnazal endoskopik yöntemle çıkarılarak histopatolojik olarak tanı doğrulanmıştır.

Pam Tıp Derg 2014;7(1):63-66

Anahtar sözcükler: Ektopik, fazla diş, nazal kavite.

Abstract

The presence of ectopic tooth in the nasal cavity is a rare phenomenon and the etiology has not been fully elucidated. A 30 year-old female without risk factors presented with non-specific symptoms and was primarily considered as a rhinolith case. However, computerized tomography showed an ectopic tooth in the nasal cavity and the patient underwent transnasal endoscopic removal of the nasal tooth. Histopathologic examination confirmed the diagnosis.

Pam Med J 2014;7(1):63-66

Key words: Ectopic, supernumerary tooth, nasal cavity.

Giriş

Dental arka normal diş sayısının üzerinde diş bulunabilmekte ve bu fazla dişler için supernumere diş terimi kullanılmaktadır. Supernumere dişlerin en sık izlendiği bölge üst insisör alan olup bu bölge yerleşimli artı dişler özel olarak meziodens olarak isimlendirilmektedir [1]. Fazla diş erkek cinsiyette ve kalıcı dişlerde daha sık görülmektedir [2].

Supernumere dişler oral kavite dışında en sık maksiler sinüs ve sert damakta izlenirler [3]. İntranazal yerleşmiş ektopik diş oldukça nadir görülen bir durumdur. Nazal kavitede diş bulunması fazladan diş gelişimine bağlı

olabileceği gibi normal süt dişleri veya daimi dişlerin yer değiştirmesiyle ortaya çıkabilir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, birçok farklı faktör suçlanmaktadır.

Biz bu yazıda transnazal endoskopik yolla cerrahi eksizyon uyguladığımız, rinolit ile karışan nazal kavite yerleşimli ektopik diş olgusunu sunmaktayız.

Olgu sunumu

Otuz yaşında kadın hasta, yıllardır devam eden burun tıkanıklığı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Aynı zamanda burun sağ tarafından sızıntı şeklinde tekrarlayan burun kanamalarının

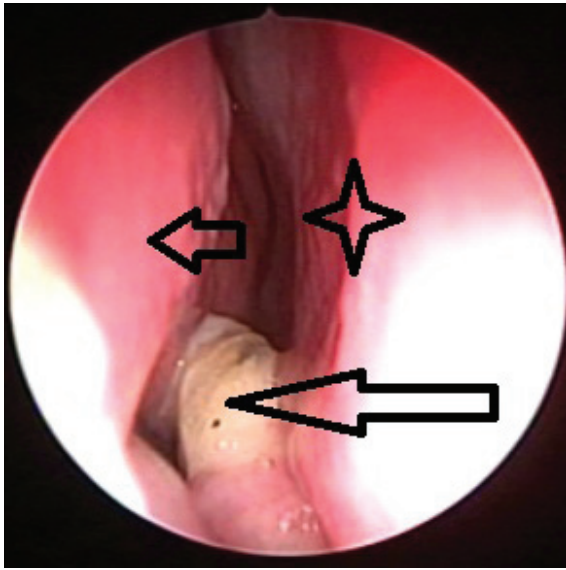
Umut Sakarya

Yazışma Adresi: Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Kbb Kliniği, Konya
e-mail: dr.umutsakarya@gmail.com

Gönderilme tarihi: 18.09.2013

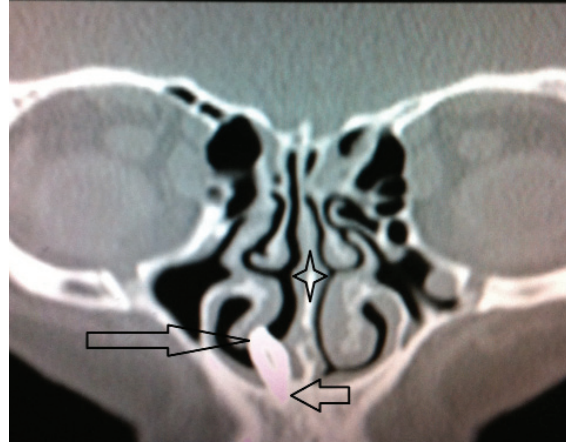
Kabul tarihi: 08.11.2013

olduğunu ancak her defasında kendiliğinden durduğu için hiç doktora başvurmadığını bildirdi. Hastanın özgeçmişinde ağız ve yüz bölgesine travma veya geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenede nazal septum deviasyonu izlendi. Bununla birlikte sağ nazal kavite tabanında yerleşmiş, beyaz renkli, üzeri mukoza ile örtülü, etrafı granülasyon dokusu ve sekresyonla çevrili, palpasyonla sert ve hareketsiz kitle saptandı (Resim 1). Oral kavite muayenesinde üst dişler eksiksiz ve sağlıklı izlendi.



Resim 1: Sağ nazal kavite yerleşimli intranasal dişin preoperatif endoskopik görüntüsü (*uzun ok*), sağ alt konka (*kısa ok*), nazal septum (*yıldız*).

Hasta yazılı onamı alındıktan sonra rinolit ön tanısıyla lokal anestezi altında operasyona alındı. Ancak kitle etraf dokuya fikse olduğu için hasta ağrı nedeniyle operasyonu tolere edemedi ve kitle eksize edilemedi. Bunun üzerine koronal planda çekilen paranasal sinüs bilgisayarlı tomografide (BT) kısmen maksiller kemik içinde yerleşmiş, alt konka düzeyinde sağ nazal pasajına protrüzyon gösteren, yaklaşık 2 cm büyüklüğünde, merkezi hipodens etrafı hiperdens, düzgün kontürlü, diş ile uyumlu kalsifik kitle izlendi (Resim 2).



Resim 2: Alt konka düzeyinde nazal kaviteye protrüzyon gösteren intranasal dişin koronal planda BT görüntüsü (*uzun ok*), maksiller kemik içine uzanım gösteren diş kökü (*kısa ok*), nazal septum (*yıldız*).

Hasta genel anestezi altında tekrar operasyona alındı ve septoplasti uygulandı. Aynı seansta nazal kavitedeki ektopik diş üzerindeki mukozaya 0 derece nazal endoskopi eşliğinde 15 numara bistüri ile insizyon yapıldı. Mukoza ve granülasyon dokusu freer elevatör ile sıyrıldı. Ektopik diş forceps ve küret yardımıyla, maksilla içine uzanan diş kökü ile birlikte çıkarıldı. Nazal kavite tabanındaki mukoza absorbe olabilen 4.0 materyal ile suture edildi. Hastaya anterior burun tamponu uygulandı. Postoperatif eksizyon materyali makroskopik olarak diş ile uyumlu görünümdeydi (Resim 3). Tamponlar 48 saat sonra çıkartılarak hasta taburcu edildi. Postoperatif dönemde bir hafta boyunca antibiyoterapi ve izotonik solüsyonla burun lavajı uygulandı. Yapılan histopatolojik inceleme ektopik diş tanısını doğruladı. Üç aylık postoperatif takipte herhangi bir komplikasyon veya nüks izlenmedi.

Tartışma

Supernumere diş gelişiminde en çok üzerinde durulan faktör diş gelişiminin erken dönemlerinde dental laminanın ikiye bölünmesidir, bu bölünmenin şekline göre iki benzer diş ya da bir normal ve bir dismorfik diş gelişebilmektedir [4]. Yaygın olarak kabul gören diğer bir teori ise dental laminanın hiperaktivitesidir [4,5]. Heredite suçlanan diğer bir faktördür ve yarıklı damak-dudak, gardner sendromu, kleidokranial



Resim 3: Postoperatif eksizyon materyali

dizostozis gibi sendromik tablolarda fazla dişler görülebilmektedir [6]. Ektopik gelişimin nedenleri tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Diş tomurcuğu gelişirken ortaya çıkan obstrüksiyonlar, genetik predispozisyon, travma ve kist gibi nedenlerle diş yapısının burun içine doğru göç ettiği düşünülmektedir [7]. Hastamızda etyolojide suçlanan faktörlerden hiçbirinin bulunmaması ve oral kavitede üst dişlerin eksiksiz ve sağlıklı izlenmesi bizi rinolit ön tanısına yönlendirmiştir.

Nazal kavite yerleşimli diş uzun yıllar asemptomatik olabileceği gibi burun tıkanıklığı, fasyal ağrı, tekrarlayan epistaksis ve nazal deformite gibi semptomlarla ortaya çıkabilir [8]. Mantar enfeksiyonları, septal perforasyon ve nazo-oral fistül gibi komplikasyonlara neden olabilir. Klinik ve radyolojik bulguları oldukça karakteristik olsa da özellikle rinolit ile karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda osteom, ossifiye fibroma, kondrom gibi benign tümörler ile osteosarkom, kondrosarkom gibi malign tümörler akılda bulundurulmalıdır. BT tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde yol göstericidir. BT görüntülerinde tipik olarak pulpa kavitesine uyan santral bölge hipodens, etrafı ise hiperdens izlenir. Ayrıca diş kökünün yerleşim yeri BT ile

açık bir şekilde görülebilir. Biz de öncelikle rinolit olarak değerlendirdiğimiz olguda BT görüntüleri ışığında intranasal diş tanısı koyarak operasyon kararı verdik.

Tedavide nazal dişin çıkarılması semptomları ortadan kaldırmada ve komplikasyonları önlemede yeterli olmaktadır. Bu nedenle literatürde genel kanı tanı konulduktan hemen sonra operasyonla dişin çıkartılmasıdır. Transnazal endoskopik yöntem ile yapılan eksizyon; iyi görüş sağlaması, diseksiyon esnasında çevre mukozaya minimal hasar verilmesi ve tatmin edici sonuçları nedeniyle önerilen tedavi yöntemidir[9]. Eğer ektopik diş sadece nazal kavite yerleşimli ise eksizyon minör bir operasyonla sağlanabilir. Ancak diş nazal kavite tabanında kemik çatı içine yerleşmiş ise cerrahi eksizyon oldukça zor olabilir. Bizim hastamızda olduğu gibi diş kökü maksilla içersine uzanım gösterdiğinde işlem oldukça ağrılı olabileceği için hastanın ağrı toleransına göre genel anestezi gerekebilmektedir. Operasyon öncesi BT ile cerrahi sınırlarını değerlendirmek oldukça faydalıdır. Eğer çeşitli nedenlerle cerrahi eksizyon yapılmıyorsa olası komplikasyonlar açısından düzenli radyolojik takip önerilmektedir [8,10].

Sonuç olarak kulak burun boğaz pratiğinde nadir görülen bir antite olması ve özellikle rinolit ile kolaylıkla karıştırılabilmesi nedeniyle, nazal kavitede kitle ile karşılaşan klinisyen intranasal supernumere diş açısından uyanık olmalıdır. BT ektopik dişlerin ayırıcı tanısında ve tedavi planlamasında çok önemli yer tutmaktadır. Diş kökünün maksilla içersine uzanımına bağlı olarak eksizyon genel anestezi gerektirebilmektedir.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Russell KA, Folwarczna MA. Mesiodens--diagnosis and management of a common supernumerary tooth. J Can Dent Assoc 2003;69:362-366.
2. Wang XP, Fan J. Molecular genetics of supernumerary tooth formation. Genesis 2011;49:261-277.
3. Lin IH, Hwang CF, Su CY, Kao YF, Peng JP. Intranasal tooth: report of three cases. Chang Gung Med J 2004;27:385-389.
4. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth--an overview of classification, diagnosis and management. J Can Dent Assoc 1999;65:612-616.

5. Diaz A, Orozco J, Fonseca M. Multiple hyperodontia: report of a case with 17 supernumerary teeth with non syndromic association. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:229-231.
6. Babu V, Nagesh KS, Diwakar NR. A rare case of hereditary multiple impacted normal and supernumerary teeth. *J Clin Pediatr Dent* 1998;23:59-61.
7. Arunkumar JS, Prasad KC, Shanthy N. Nasal teeth: A case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;59:197-198.
8. Sanei-Moghaddam A, Hyde N, Williamson P. Endoscopic removal of a supernumerary tooth from the nasal cavity in an adult. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009;47:484-485.
9. Lee FP. Endoscopic extraction of an intranasal tooth: a review of 13 cases. *Laryngoscope* 2001;111:1027-1031.
10. Sipahi M, Alpöz E, Tekin U. An intranasal ectopic tooth: a case report. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2005;29:19-22.