



Bitki Dalına Sekonder Gelişen Rinolitiazis: Olgu Sunumu

A Case of Rhinolithiasis Secondary to Plant Bough

Saime Sağıroğlu Güzelsoy¹, Süleyman Özdemir², Özgür Sürmelioglu², Özlem Oymak Ay², Beyhan Kırmacı³

¹Kahramanmaraş Yenişehir Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği; KAHRAMANMARAŞ

²Cukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı; ADANA

³Kahramanmaraş Yenişehir Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, KAHRAMANMARAŞ

Cukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38 (2):290-294.

ABSTRACT

Rhinolith is mineralized masses which is usually consisting secondary to an object located in the nasal cavity. they are rarely seen and if diagnosis prolonged they can cause nasal obstruction. A unilateral rhinorrhea, nasal congestion and a bad smell is the most common symptoms. In this study, the 39-year-old female patient was operated on for rhinolithiasis with the review of the literature is presented.

Key Words: Rhinolithiasis, plant, nasal obstruction

ÖZET

Rinolitler genellikle nazal kaviteye yerleşmiş bir cisime sekonder yerleşen mineralize kitlelerdir. Nadir görülürler ve uzun süre boyunca tanı konulmazsa nazal obstrüksiyona yol açacak kadar büyüebilirler. Tek taraflı burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve kötü koku en sık görülen semptomlardır. Bu çalışmada, rinolitiazis nedeni ile opere edilen 39 yaşında bayan hasta literatür bilgileri gözden geçirilerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Rinotiazis, bitki, burun tıkanıklığı

GİRİŞ

Rinolitler, genellikle nazal kaviteye endojen veya ekzojen yolla yerleşmiş bir cismin oluşturduğu nidus etrafında tuzların birikmesiyle meydana gelen mineralize taşlardır^{1,2}. Nadir görülürler. İlk rinolitiazis olgusu 1654 yılında Bartholin tarafından rapor edilmiştir^{1,3,4}. Genellikle tek taraflı, nazal kavitenin alt yarısında görülen, gri veya siyah renkli oluşumlardır^{3,4}. Başlangıçta asemptomatik olsalar da, belli boyuta ulaştıklarında, tek taraflı burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve kötü koku en sık görülen semptomlardır^{2,3}.

Endojen içerik diş, kan, mukus, sekresyon ve nasal krutlar olabilirken, ekzojen içerik boncuk, düğme, pamuk, kağıt ve meyve çekirdekler gibi yabancı cisimler olabilir^{2,5,6}.

Tanıda, nasal endoskopinin önemli yeri vardır. Boyut ve çevre dokularla ilişkisini saptamak amacıyla sinüs grafisi ve bilgisayarlı tomografi istenebilir².

Bu çalışmada makroskopik ve patolojik olarak nidusunu bitki dalının oluşturduğu saptanan, nadir görülen bir rinolityazis olgusu sunulmuştur. İngilizce literatürü incelediğimizde, yaklaşık 6 cm'lik bitki dalının nidus oluşturduğu rinolityazis olgusuna rastlamadık.

Olgu Sunumu

39 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 yıldan bu yana aralıklı burun kanamaları nedeniyle polikliniğe başvurdu. Öyküde burun tıkanıklığı, kötü kokulu burun akıntısı şikayetleri yoktu. Nazal muayenede; inspeksiyonda sağ nasal pasaj girişinde, vestibülit ve ciltte kronik sklerotik değişiklikler mevcuttu (Resim 1). Anterior rinoskopide sağ nasal kavitede pasaj kapalı görünümde idi. Nasal endoskopide, sağ nasal kaviteyi dolduran, etrafı polipoid dokularla çevrelenmiş kahverengi renkli, endoskopun posteriora ilerlemesine engel olan kitle mevcuttu (Resim 2). İstenen bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde; sağ nasal kaviteyi dolduran arkada nasofarinkse doğru uzanan kemik erozyonu yapmayan radyoopak madde görüldü. Ayrıca sol maksiler sinüste total, sağ maksiler sinüste subtotal havalanma kaybı izlendi (Resim 3).

Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Sıfır derece rijid endoskop yardımı ile sağ

nasal kaviteye girilerek yaklaşık 6 cm uzunluğunda, kahverengi, etrafında yer yer granülasyon-polip benzeri doku olan materyal çıkarıldı ve patolojiye gönderildi (Resim 4). Nasal kavitede yoğun kanama yanı sıra polipleşmiş dokular gözlemlendi. Dokular temizlenerek patolojik örnekler alındı. İntranazal kanama durduruldu ve merocel nasal tampon konuldu.

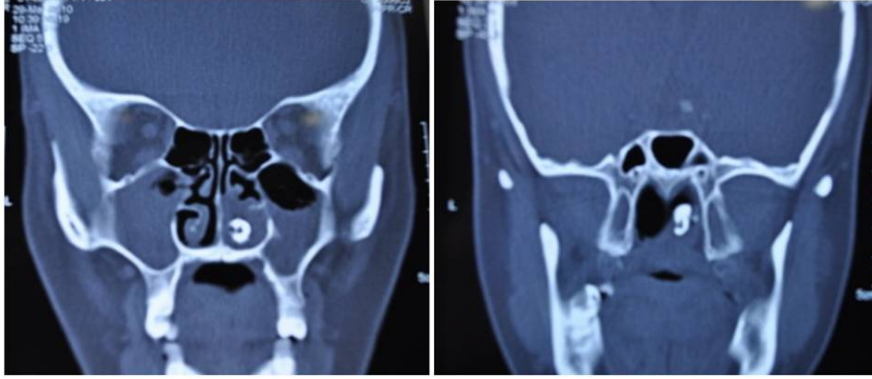
Örneklerin histopatolojik incelenmesinde: yaklaşık 6 cm uzunluğunda, 0.7 cm çapında kahverengi yüzeyi pürüzlü bistüriyle kesilemeyen sertlikte doku parçası görüldü, asit takibe alındı. Asit takibe alınıp hematoksilen-eozin ile boyanan sert dokuda lameller tarzda izlenen ağaç dalı kesitleri görüldü. Patoloji sonucu santrali lifi ile uyumlu, rinolityazis olarak, çevre dokulardan alınan diğer örnek sonucuda polip ile uyumlu olarak raporlandı (Resim 5). Postoperatif dönemde hastaya antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavi başlanarak 3.gün taburcu edildi.



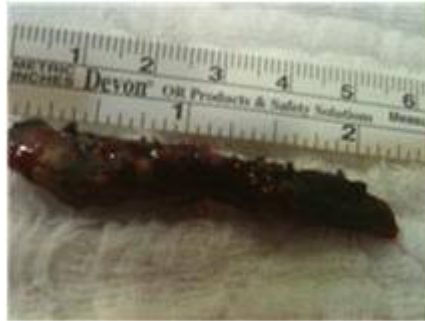
Resim 1. Sağ nasal pasaj girişinde, vestibülit ve ciltte kronik sklerotik değişiklikler..



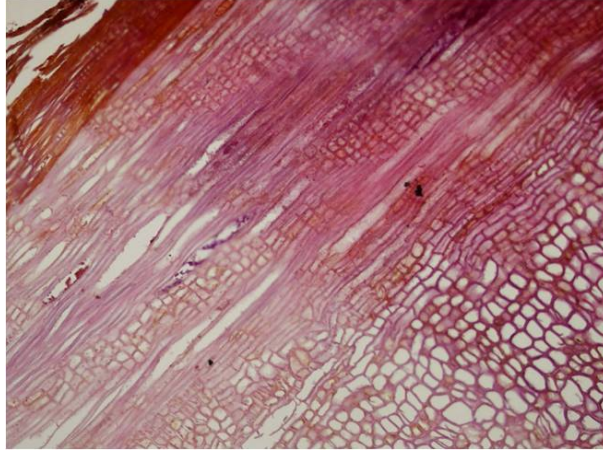
Resim 2. Endoskopik muayenede sağ nasal kaviteyi dolduran, etrafı polipoid dokularla çevrelenmiş kahverengi renkli rinolit. (S;septum, İK;inferior konka.)



Resim 3. Koronal BT'de, sağ nazal kavite giriřini tamamen kapatan, arkada nasofarinkse doğru uzanan kemik erozyonu yapmayan radyopak rinolit. .



Resim 4. Rinolitin makroskobik görünümü.



Resim 5. Asit takibe alınıp hematoksilin-eozin ile boyanan sert dokuda lameller tarzda izlenen ağaç dalı kesitinin mikroskopik görünümü.(X400)

TARTIŞMA

Rinolitler kalsifiye cisimler olup, nadir görülürler. Buruna endojen veya ekzojen yolla yerleşen bir yabancı cismin nidus oluşturması sonrası yıllarca sürebilecek mineralizasyon süreci başlar. Bunlar genelde kahverengi veya gri-kahverengi renkli, şekilleri ve büyüklükleri ise farklıdır. Genellikle serttirler ama bazen kırılabilir ve tebeşir kıvamında da olabilirler^{2,7,8}. Rinolitlerin dış yüzeyi kalsiyum fosfat, kalsiyum karbonat, magnezyum fosfat, magnezyum karbonat, demir, çinko, sodyum, potasyum, oksalat ve klorür içerebilir^{1,6,9,10}. Nadiren, Ghanbari ve ark.nın olgu sunumlarında olduğu gibi nidusun çevresini kaplayan, içeriğinde kodein ve opium saptanan, opioma dokusu ile de karşılaşılabilir¹¹. Bu yabancı cisimlerin çoğu ekzojen (pamuk, peçete, çekirdek, boncuk gibi) kökenli iken, endojen (diş, kemik fragmanları gibi) kaynaklı olanlar da mevcuttur^{6,10}.

Rinolitlerin oluşup büyümesi yıllar sürer. Başlangıçta asemptomatik iken, daha sonra semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Hastaların genelde burun tıkanıklığı, kanlı burun akıntısı, kötü kokulu burun akıntısı ayrıca baş ağrısı, epifora, koku alamama, yüz ve burunda şişme gibi farklı semptomlar da olabilir^{4,9}. Özdemir ve ark.nın yaptığı 21 olgulu çalışmada, hastaların % 100

ünde burun tıkanıklığı ve pürülan akıntı, % 66'sında baş ağrısı, % 38'inde ağız kokusu, %38'inde vestibülit ve % 33'ünde tekrarlayan burun kanaması tespit edilmiştir².

Farklı klinik semptomlar nedeniyle özellikle endoskop kullanılmadan yapılan anterior rinoskopide nazal kavite posterioruna yerleşen rinolitler gözden kaçabilir. Yine sadece düz grafi istenen olgularda çevre yapılarla rinolitlerin süperempoze olarak ayırt edilmesi zorlaşabilir⁴. Kesin tanıda endoskopik muayene ve BT güvenilirdir^{1,2,4}. Rinolitiazis tanısı için BT'nin sensitivitesi ve spesivitesi yüksektir. BT'de rinolitlerin tipik görünümü göreceli olarak homojen ve yüksek dansiteli lezyondur. Lezyonun santral kısmında nidus düşük dansiteli olarak gözlenebilir^{2,12}. Ayırıcı tanıda hemanjiom, osteom, ossifying fibrom, enkondrom gibi benign veya kondrosarkom ve ostosarkom gibi malign tümörler düşünülmelidir^{12,13}. BT ayırıcı tanıda yardımcı olabileceği gibi, sinüzit, septum deviasyonu gibi eşlik eden patolojileri ve rinolite bağlı komplikasyonlardan sert damak veya septumdaki perforasyonu da ortaya koyabilir^{2,10}.

Rinolite sinüzit, septum deviasyonu gibi patolojilerin dışında nadiren nasal polipozis veya skuamöz hücreli karsinomun da eşlik edebileceği

raporlanmıştır^{14,15}. Malignensi riskine karşı, rinolitın çevresindeki yumuşak dokudan mutlaka biyopsi alınması gerekmektedir.

Tedavisi tercihen endoskop yardımıyla rinolitın burundan çıkarılmasıdır. Eđer büyükse parçalara ayırarak da çıkarılabilir. Eşlik eden patolojilere de endoskopik olarak müdahale edilebilir^{2,15}.

Sonuç olarak, burun tıkanıklığı, burun kanaması, vestibülit ve kötü kokulu pürülan burun akıntısı gibi şikayetlerle gelen hastalarda mutlaka rinolityazis göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Orhan K, Kocyiđit D, Kisnisci R, Paksoy C. Rhinolithiasis: an uncommon entity of the nasal cavity. *Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101: E28-32.
- Özdemir S, Akbas Y, Görgülü O, Selçuk T, Sayar Ç. Rhinolithiasis: Review of 21 cases. *Am J Rhinol* 2010; 24: 136-9.
- Marfatia PT. Rhinolith. A brief review of the literature and a case report. *Postgrad Med J*. 1968;44:478-9.
- Singh RK, Varshney S, Bist SS, Gupta N, Bhatia R. A Case of Rhinolithiasis. *Online J Health Allied Scs* 2008; 7: 7.
- Pinto LSS, Campagnoli EB, Azevedo RS, Lopes MA, Jorge J. Rhinoliths causing palatal perforation: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 104: 42-6.
- Tarhan AE, Ođuz H, řafak MA, Özdek A, Samim E. Rhinolithiasis. *KBB ve BBC Dergisi* 2002; 10: 93-6.
- Hsiao JC, Tai CF, Lee KW, Ho KY, Kou WR, Wang LF. Giant Rhinolith: a case Report. *Kaohsiung J Med Sci* 2005; 21: 582-4.
- Yuca K, Çaksen H, Etlik Ö, Bayram İ, Sakin YF, Dülger H, Kırış M. The importance of rigid nasal endoscopy in the diagnosis and treatment of rhinolithiasis. *Auris Nasus Larynx* 2006; 33: 19-22.
- Hadi U, Ghossanini S, Zaytoun G. Rhinolithiasis: a forgotten entity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126: 48-51.
- Titiz A, Özcan M, Yılmaz YF, Ünal A. Nasal Polip İle Birlikte Antrolitiazis: İki Olgu Sunumu. *KBB ve BBC Dergisi* 2006;14:63-6.
- Ghanbari H, Farhadi, Daneshi A. Report of an unusual cause of rhinolithiasis: An 'opioma'. *Ear Nose Throat J*. 2007;86:48-9.
- Royal SA, Gardner RE. Rhinolithiasis: an unusual pediatric nasal mass. *Pediatr Radiol* 1998;28:54-5.
- Hunt WL, Cotton BP, Joseph DJ. Rhinoliths. Report of a case undiagnosed for ten years. *Arch Otolaryngol*. 1966;83:256-9.
- Ozcan I, Ozcan KM, Ensari S, Dere H. Rhinolithiasis with a nasal polyp: a case report. *Ear Nose Throat J*. 2008;87:150-1.
- Ozdemir S, Gorgulu O, Akbas Y, Selcuk T, Sayar H, Tarkan Ö. An unusual co-presentation of rhinolithiasis and squamous cell carcinoma in the nasal cavity. *J Cranio-Maxillo-Facial Surg*.2012; 40: 137-9.

Yazıřma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Özgür Sürmeliöđlu
 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
 Tel: 0322 3386060/3201-3202
 e-mail: surmeli2004@yahoo.comw

geliř tarihi/received :06.08.2012

kabul tarihi/accepted:15.11.2012