

■ Olgu Sunumu

Kronik rekürrent sinüzitli olguda rinolit: olgu sunumu

Rhinolith in case of chronic recurrent sinusitis: case report

İdris Çıldır ^{1*} 

¹ Karaman Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Karaman, Türkiye

* Sorumlu Yazar: İdris Çıldır E-posta: idriscildir@hotmail.com ORCID: 0000-0003-3615-8734

Gönderim: 19 Mayıs 2019 Kabul: 12 Eylül 2019

ÖZ

Rinolit burunda yerleşim gösteren mineralize nadir bir kitledir. Rinolit uzun yıllar asemptomatik olabilir ve rutin muayene esnasında tesadüfen tespit edilirler. Tek taraflı burun tıkanıklığı ve burun akıntısı en yaygın semptomlardandır. Rinolit vakaları sıklıkla kronik sinüzit veya alerjik rinit hastalığı olarak takip edilirler. Tanısı rijit endoskopik muayene ve paranasal sinüs tomografisi ile konur. Tedavisi ise kitlenin cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Bu vakayı uzun yıllar kronik sinüzit tanısı ile takip edilen rinolit olgusu olarak literatür eşliğinde sunduk.

Anahtar kelimeler: kronik sinüzit, rinolit, burun içi kitle

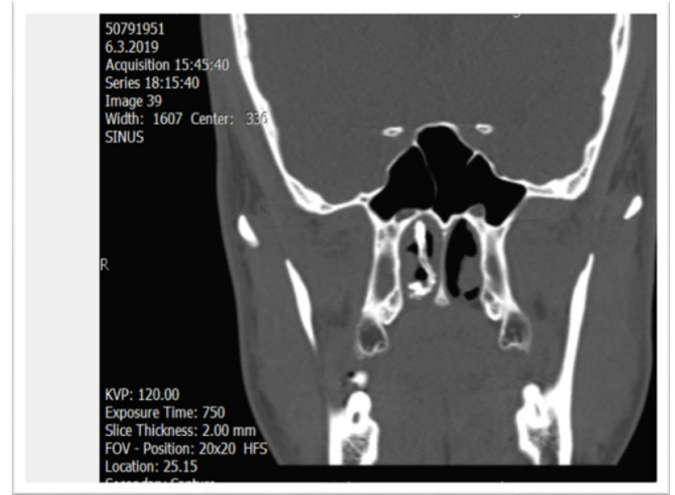
ABSTRACT

Rhinolith is a rare mineralized mass located in the nose. A rhinolith can be asymptomatic for many years and can be detected by chance during a routine examination. Unilateral nasal congestion and nasal discharge are the most common symptoms. Rhinolite cases are often followed as chronic sinusitis or allergic rhinitis. The diagnosis is made by rigid endoscopic examination and paranasal sinus tomography. Treatment is surgical removal of the mass. We present this case as a case of rhinolite followed by chronic sinusitis for many years in the light of literature.

Keywords: chronic sinusitis, rhinolith, nasal mass



Resim 1. Hastanın endoskopik görüntüsü



Resim 2. Hastanın koronal BT görüntüsü

GİRİŞ

Rinolit veya burun taşı terimi nazal kavitede endojen ve eksojen nedenlere bağlı olarak varolan bir yabancı cisim etrafında oluşan kalsifiye kitleler olarak tarif edilebilir. Kemik parçacıkları, kurumuş kan pıhtıları ve ektojik diş yapıları endojen nedenler arasında yer alırken, boncuk, meyve çekirdeği, gazlı bez, çakıl taşı ve kağıt gibi pürütlü ve uzun süre burun boşluğunda kalabilen maddeleri eksojen nedenler arasında sayılabilir [1,2]. Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte mevcut yabancı madde etrafında tuz mineralleri birikmesiyle oluştuğu düşünülmektedir. Bu oluşan kalsifiye plaklar genellikle büyük boyutlara ulaşarak burun tıkanıklığı baş ağrısı ve tekrarlayan sinüzitlere neden olabilirler. Tanısı rijit endoskopik muayene ile kesin olarak konulmakla birlikte ayırıcı tanı amacıyla bilgisayarlı tomografi (BT) çekilebilir. Tedavisi cerrahi olarak rinolitin çıkarılmasıdır [3,4].

Bu vakayı uzun yıllar kronik sinüzit tanısıyla takip edilen rinolit olgusu olarak literatür eşliğinde sunduk.

OLGU SUNUMU

On sekiz yaşında erkek hasta baş ağrısı tekrarlayan pürülan burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve nefesinin kötü kokması şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Çeşitli medikal tedavi almasına rağmen şikayetlerinde anlamlı bir düzelme olmamıştır. Yapılan anterior rinoskopide sağ burun boşluğunda bol miktarda pürülan akıntı vardı. Akıntı aspire edildikten sonra 0 derece endoskopiyle buruna girildiğinde burun boşluğunda kitle tespit edildi. Kitle alt konka alt kısmından başlayıp nazofarinkse doğru uzanım gösteren kirlili sarı renkte, sert, fragil çevre dokulara yapışık dokunmakla kanamalı lezyon şeklindeydi (**Resim 1**). Rinolit ön tanısıyla koronal ve axial planda paranazal sinüs tomografisi çekildi. Çekilen grafide sağ burun boşluğu



Resim 3. Hastanın çekilen axial BT görüntüsü

posterior kısmında yerleşim gösteren ve nazofarenkse doğru uzanan koanayı daraltan kalsifiye lezyon tespit edildi (**Resim 2 ve 3**).

Rinolit ön tanısıyla hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Endoskopik cerrahi yöntemle lezyon çevre dokulardan sıyrılarak nazal forsef yardımıyla parçalar halinde çıkarıldı (**Resim 4**).

Aynı seansta hastaya sağ antrostomi yapılarak maksiller sinüsteki biriken pürülan akıntı aspire edildi. Burun içi ve antrum serum fizyolojik ile irrigate edildi. Kanama kontrolü yapılarak ve burun boşluğuna antibiyotikli gelfom yerleştirilerek operasyon tamamlandı. Postop takiplerinde herhangi bir nüks ve komplikasyon görülmedi.



Resim 4. Çıkarılan materyal

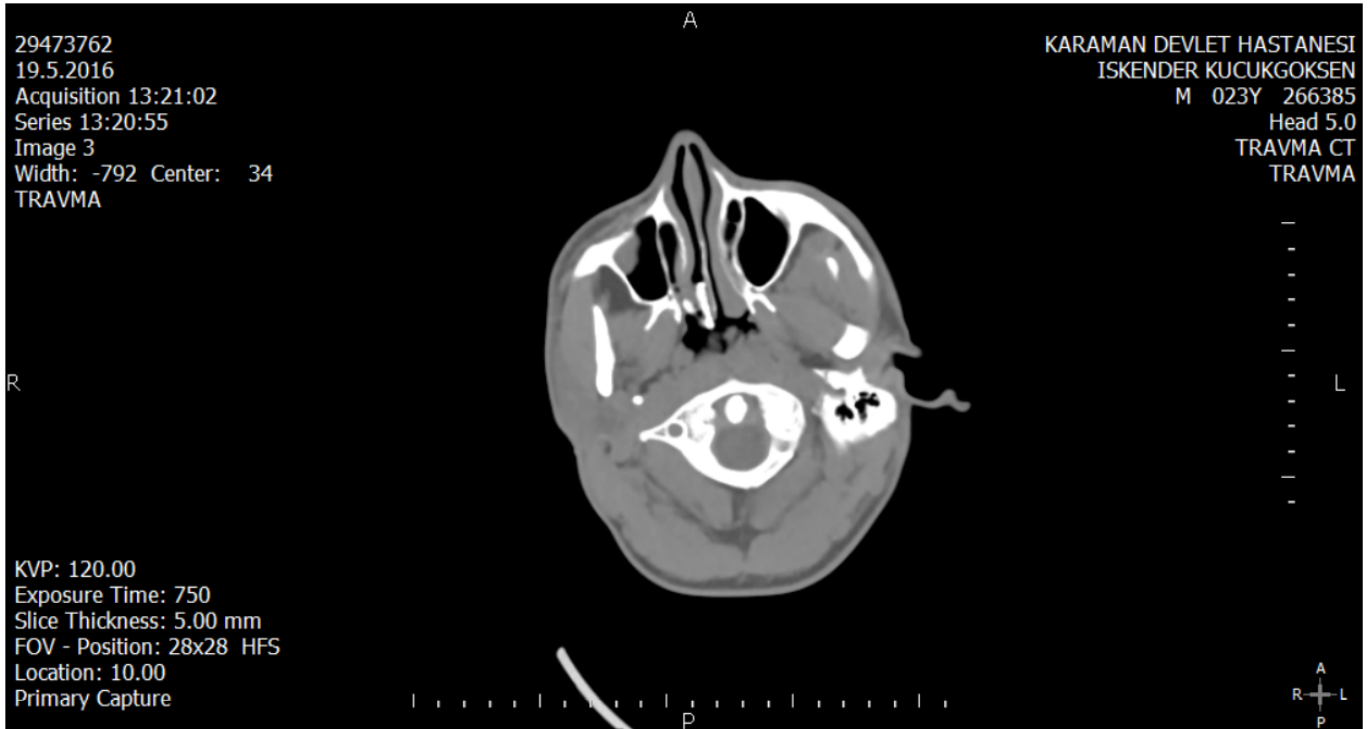
TARTIŞMA

Oldukça nadir görülen rinolit her yaş grubunda görülmekle birlikte 30'lu yaşlarda ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Görülme sıklığı 1/10000 [5]. Rinolitin patogenezi günümüzde net olarak ortaya konamasa da herhangi bir nedenle buruna giren maddenin akut veya kronik bir inflamasyona neden olması ve devamında da sıklıkla kalsiyum ve magnezyum birikimine bağlı mineralize

olmasıdır [6]. Rinolitler genellikle tek taraflı ve tek parça halinde bulunurlar [7]. Sıklıkla alt konka ve septum arasında burun tabanında yerleşim gösterirler. Burun boşluğu dışında maksiller ve frontal sinüste de rinolit olgusu bildirilmiştir [8]. Özlem akkoca ve arkadaşlarının 28 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada rinolitin %85 oranında sağ burun boşluğunda yerleşim gösterdiğini tespit etmişlerdir [9]. Bizim vakamızda da lokalizasyon sağ burun boşluğundaydı. Başlıca hekime başvuru şikayetleri arasında burun tıkanıklığı, burun akıntısı, baş ağrısı ve kötü nefes kokusu ilk sırayı almaktadır [9]. Bazı vakalarda hiçbir belirti olmaksızın rutin muayene esnasında tesadüfen tespit edilebilmektedir. Bizim vakamızda 3 yıl önce genel vücut travması sonrası başvurduğu acil poliklinikte çekilen BT de aynı lokalizasyonda burun içinde kalsifiye kitle olduğu görülmektedir (**Resim 5**).

Rinolit olguları yıllarca sinüzit ve alerjik rinit tanısı olarak tedavi görmektedirler [10]. Bu durumun nedenleri arasında aile hekimlerince ve yoğun çalışma temposu nedeniyle kulak burun boğaz hekimleri tarafından anterior rinoskopik bulgulara göre değerlendirilme yapılarak rijit endoskopik bakı yapılmaması yer almaktadır. Oysa tedavi sonrası şikayeti geçmeyen hastalara endoskopi ve radyolojik tetkik yapılması gerekmektedir. Bizim vakamız da uzun yıllar kronik sinüzit tedavisi almış ve tedaviden fayda görmemiştir.

Hastalığın tanısı öykü ve fizik muayene ile konabilmektedir. Özellikle tek taraflı burun tıkanıklığı ve akıntısı olan çocuk, mental retardasyonlu ve psikolojik hastalarda yabancı cisim, erişkin yaş grubunda ise rinolit akla gelmelidir. Rijit



Resim 5. Hastanın 3 yıl önce genel vücuttravması sonrası çekilen BT görüntüsü

endoskopi ile burun tabanında kirli sarı veya kahverengi görünümde kanamalı kitleler rinolit olarak değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanı amacıyla hastalara BT çekilebilir. İlave bulgular arasında sırasıyla sinüzit septum deviasyonu ve alerjik rinit ilk sırayı almaktadır [11]. Uzun süreli rinolite bağlı olarak septal perforasyon, oroantral fistül, rekürrent dakriyosistit gelişebilmektedir [11]. Bizim vakamızda kronik sinüzit dışında ilave patoloji tespit edilmedi.

Rinolitın tedavisi cerrahidir. Cerrahi olarak lezyonun yerleşim yeri ve büyüklüğüne bağlı olarak genel ya da lokal anestezi tercih edilir. Endoskopik olarak kontrol edilerek lezyonun total çıkarılması esastır. Aynı seansta eşlik eden diğer patolojilerde düzeltilebilir. Biz vakamızda genel anestezi altında endoskopik olarak lezyonu total çıkarıp aynı taraf maksiller sinüse endoskopik girişim yaptık. Cerrahi sonrası kanama kontrolü ve oluşabilecek adezyonları engellemek amacıyla burun içine antibiyotikli gelfom yerleştirdik.

SONUÇ

Rinolit nispeten nadir görülen burun içi kitlelerdendir. Özellikle tedaviye dirençli tek taraflı, kötü kokulu burun akıntısı ve sinüzit vakalarında rinolit düşünölmeli, rutin olarak rijit endoskopi yapılmalı ve radyolojik olarak BT çekilmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI / FİNANSAL DESTEK BEYANI

Bu yazıdaki hiçbir yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazının herhangi bir finansal desteği yoktur.

HASTA ONAMI

Hastadan operasyon öncesi dönemde olgu sunumu ve görüntülerin yayınlanması için yazılı onam alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ireland J. Rhinolith: report of a case. Arch Otolaryngol. 1929;10(2):190-1.
2. Sakin YF, Gedik M. Rinolitiyazis: Klinik bulgular, tanı, tedavi ve radyolojik bulgular. Göztepe Tıp Dergisi. 2009;24(2):95-100.
3. Shaw LCK. Rhinolith of endogenous origin: a rare entity. Surgical Practice. 2007;11(1):48-50.
4. Raman V, Padgham N. A case of tooth-filling antral rhinolithiasis presenting with blockage of the osteomeatal complex. Br J Radiol. 2007;80(960):e299-e300.
5. Ali M. Giant 'staghorn' rhinolith in a 15-year-old girl. BMJ Case Rep. 2018;11(1):e227587.
6. Ertuğrul S, Ensari S. A rare cause of headache: rhinolit. Agri. 2017.
7. Yaşar M, Sakat MS, Kılıç K. Genç Bir Hastada Dev Rinolit Olgusu. Kafkas J Med Sci 2018;8(1):95-8.
8. Jahandideh H, Hosseinzadeh F. Eraser rhinolith: A case report. Acta Med Iran. 2019:141-2.
9. Akkoca Ö, Tüzüner A, Demirci Ş, Ünlü C, Uzunkulaoglu H, Arslan N, et al. Patient characteristics and frequent localizations of rhinoliths. Turk Arch Otorhinolaryngol. 2016;54(4):154.
10. Aljfout Q, Saraireh M, Maita A. Rhinolith misdiagnosed as allergic rhinitis: case report. Electron Physician. 2016;8(2):1880.
11. Adib H, Natout MAE, Zaytoun G, Hadi UA. Rhinolithiasis: a misleading entity. Allergy Rhinol. 2018;9:2152656718783596.

