

RİNOLİTLER RINOLITHS

F.Sefa DEREKÖY¹, Aylin YÜCEL²

¹Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı

²Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

ÖZET:Rinolitler, burun boşluğunda yer alan taşlaşmış yabancı cisimlerdir. Burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve kötü koku bu hastalardaki başlıca şikayetlerdir. Aileleri tarafından, ağız kokusu ve tekrarlayan burun akıntısı şikayetleriyle KBB polikliniğine getirilen iki çocuğun muayenesinde, anterior rinoskopide sağ burun boşluğunda, alt konka ile septum arasında yerleşik kitleler görüldü. Waters grafide ve paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografisinin koronal kesitlerinde, hastaların sağ burun boşluklarında, pasajı kapatan ve etrafında kalsifikasyonlara ait opasiteler bulunan kitleler saptandı. Lokal anestezi altında, anterior rinoskopi ve nazal endoskopik yaklaşımla çıkarılan yabancı cisimlerden birinin, etrafı taşlaşmış bir balon parçası olduğu anlaşıldı. [Anahtar Kelime: Rinolit, burun, yabancı cisim.]

ABSTRACT:Rhinoliths are calcified foreign bodies which lodged in the nose. Nasal obstruction, discharge and odor are main symptoms of these patients. Two children with halitosis and recurrent nasal discharge were referred by their families to ENT outpatient department. On examination, anterior rhinoscopy revealed masses lodged between the septum and the inferior turbinate in right nasal cavities of the patients. Waters view and paranasal sinus CT coronal sections showed mineralized masses which have had a radiopaque zone surrounding it and which has caused nasal obstruction. The masses were removed by anterior rhinoscopy and nasal endoscopy under local anesthesia and it was seen that one of them has been a calcified piece of balloon.

[Key Words: Rhinolith, nose, foreign body.]

GİRİŞ

Rinolithiasis, burun boşluğunda rastlanılan mineralleşmiş bir kitlenin (Rinolit), yabancı cisim belirtileriyle oluşturduğu klinik tabloya verilen isimdir (1). Uzun süreli ve tek taraflı burun akıntısı, burun tıkanıklığı, ağrı ve kötü koku başlıca şikayetlerdir. Fizik muayenede, rinolitlerin genellikle burun tabanında ve septumla alt konka arasında yer aldıkları görülür (2).

Rinolitler, endojen ve eksojen kökenli olarak iki gruba ayrılırlar (3). Burun bölgesinde normalde bulunan yapılardan gelişirse endojen, vücut yapılarından farklı olan düğme, meyva çekirdeği gibi yabancı

cisimlerden gelişirse eksojen kökenli kabul edilir.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1:Ağustos 2000'de, ailesi tarafından getirilen 12 yaşında bir kız çocuk (Ö.Ö.), yaklaşık iki yıldır devam eden başağrısı, burun akıntısı, ve ağızda kötü koku şikayetleriyle, AKÜ Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi KBB polikliniğinde görüldü. Aile, ısrarla her tür ilacı denemelerine rağmen tedavinin sağlanmadığını söylüyordu. Sağ burun deliği çevresinde pyodermi varlığı dikkati çekerken, hastanın anterior rinoskopisinde, sağ burun

boşluğunun tamamen müköpürülen sekresyonla dolduğu izlendi. Kötü kokulu sekresyon aspire edildiğinde, burun boşluğunda alt ve orta konkayla septum arasında sıkışmış, pasajı kapatan ve mavi renkli bir kitle ortaya çıktı. Paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografisinin koronal kesitlerinde, sağ burun boşluğunda, pasajı kapatan ve etrafında kalsifikasyonlara ait opasiteler bulunan bir kitle görüldü (Şekil-1). Topikal ve lokal anestezi uygulamasından sonra, nazal endoskopik yaklaşımla kitle çıkartıldı ve bir hafta süreyle tıbbi tedavi verildi. Kitlenin 1x1.5 cm. boyutlarında, pürüzlü yüzeyli, etrafı taşlaşmış bir balon parçası olduğu görüldü (Şekil-2). 1 ay sonraki kontrolde, hastanın tüm şikayetlerinin ve klinik bulgularının ortadan kalktığı ve normale döndüğü izlendi.

OLGU 2: Kasım 1999'da, ailesi tarafından getirilen 12 yaşında bir erkek çocuk (K.Ç), yaklaşık bir yıldır devam eden başağrısı, burun akıntısı ve kötü koku şikayetleriyle AKÜ Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi KBB polikliniğinde görüldü. Anterior rinoskopide, sağ burun boşluğunun tamamen müköpürülen sekresyonla dolduğu izlendi. Kötü kokulu sekresyon aspire edildiğinde, burun boşluğunda alt ve orta konkayla septum arasında sıkışmış, sert pasajı kapatan ve gri renkli bir kitle ortaya çıktı. Waters' grafisinde sağ burun boşluğunda hava kolonunu asimmetrik şekilde oblitere eden radyoopasite ve sağ maksiller sinüste hava-sıvı seviyesi saptandı (Şekil-3). Topikal ve lokal anestezi uygulamasından sonra, anterior rinoskopi yaklaşımıyla kitle çıkarıldı ve bir hafta süreyle tıbbi tedavi verildi. Kitlenin 1x1 cm boyutlarında, pürüzlü yüzeyli ve sert bir yapıda olduğu görüldü (Şekil-4). 1 ay sonraki kontrolde hastanın tüm şikayetlerinin ve klinik bulgularının ortadan kalktığı ve direkt grafinin normale döndüğü izlendi.

TARTIŞMA

Burun boşluğundaki yabancı cisimler, canlı ve cansız olarak ikiye ayrılırken, cansız

olanlar kendi arasında, buruna yerleşen herhangi bir cisim ve rinolitler olarak iki grupta incelenirler (4). Rinolitler, bir öz etrafına minerallerin çökmesiyle oluşan, düzensiz yüzeyli ve kalsifiye taşlardır (5).

Etyopatogenez tam olarak bilinmemekle beraber, genellikle bir cismin buruna yerleşmesi ve bu cismin, burun sekresyonundaki kimyasal bileşenlerle teması sonrası kalsifiye olması sonucu gelişikleri kabul edilir (2). Dış yüzeyleri, kalsiyum fosfat, organik madde ve sudan oluşmaktayken, yapılarında çinko, demir gibi iz elementleri de içerirler (1). Sunulan olgularımızın birine etrafında taşlaşma gelişmiş bir yabancı cisim söz konusuydu.

Eliachar ve Schalit (6), rinolitlerin sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Hastaların ailesinin sosyal durumu, bu görüşe uygundu.

Tek taraflı burun tıkanıklığı, müköpürülen sekresyon, koku ve ağrı, bir rinolithiasis olgusuyla karşılaşıldığını düşündürmelidir. Aktaş ve ark. (5), yedi olgu içeren serilerinde, en belirgin şikayetin burun tıkanıklığı olduğunu bildirirken, sunulan olgularımızda, ailenin hastanemize primer başvuru nedeni burun akıntısı ve çevreyi rahatsız edecek ölçüdeki kokuydu.

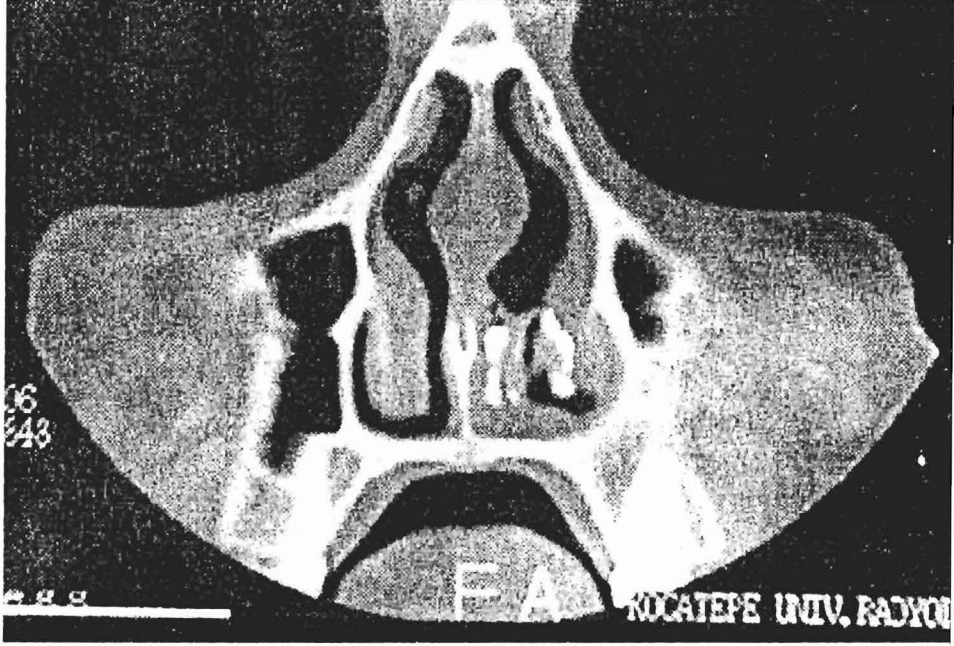
Sinüzite bu tür olgularda nadir olarak rastlanmasına karşın, tabloya eşlik ettiğinde, uygun tedavi gecikebilir (1). Sunulan olgularda anterior rinoskopisinde karşılaştığımız ilk belirti müköpürülen sekresyondur. Bu bulgudan hareketle, rinosinüzit tanısıyla tıbbi tedavi uygulanabilirdi. Ancak tek taraflı sekresyonun varlığı, burunda yabancı cisim belirtisi kabul edilerek aspiratörle burun boşluğu temizlendi ve tanı için görüş sağlandı. Hastaların tanısının iki yıl kadar gecikmesi, rinolithiasiste sık rastlanır bir durumdur. Literatürde şikayetlerin başlangıcından beş yıl sonra tanı konulabildiği bildirilmiştir (1). Bu açıdan dikkatli ve yeterli

bir anterior rinoskopi ve gerekirse endoskopik muayenenin tanıya ulaşmadaki değeri büyüktür (7). Rinolitler, direkt grafilerde burun boşluğunda opasite şeklinde görülürken, bilgisayarlı tomografiler taşların boyutu hakkında bilgi verirler (5). Ayırıcı

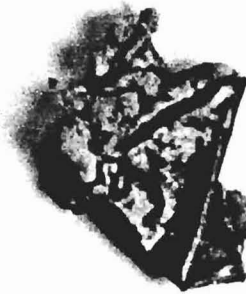
tanıda, osteoma, kalsifiye polipler ve odontoma akla getirilmelidir.

Tedavi, genellikle lokal anestezi altında, küçük boyutlu rinolitlerin anterior rinoskopiyle veya endoskopiyle çıkarılmasıyla yapılır.

Antrum duvarını, septumu ve sert damağı zedeleyecek ölçüde büyümüş rinolitlerde, değişik cerrahi yaklaşımlar (lateral rinotomi ve transmaksiller gibi) ve genel anestezi kullanılabilir (8,9).



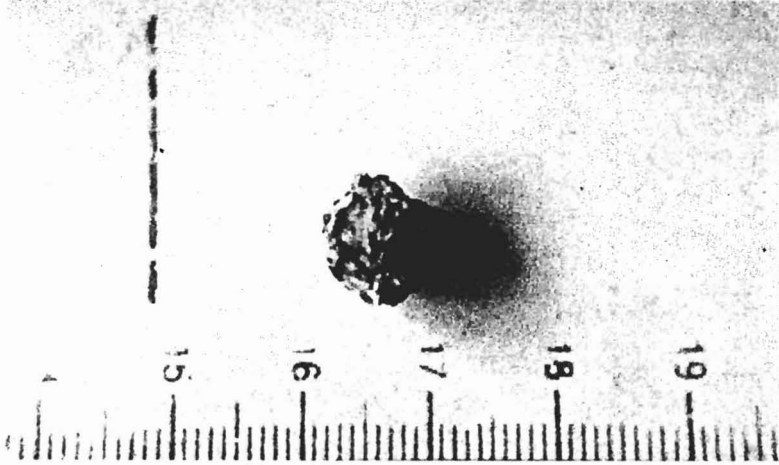
Resim 1. Bilgisayarlı tomografide sağ burun boşluğunda görülen ve etrafında opasite saptanan kitle.



Resim 2. Etrafi taşlaşmış balon parçası.



Resim 3. Waters grafide maksiller sinüsteki hava-sıvı seviyesi ve nazal kavitedeki opasite



Resim 4. Çıkarılan rinolit.

KAYNAKLAR

- 1- Appleton SS, Kimbrough RE, Engstrom HIM, et al. Rhinolithiasis: A review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 65: 693-698, 1988.
- 2- Davis O, Wolff A. Rhinolithiasis and maxillary antrolithiasis. Ear Nose Throat J 64: 421-426, 1985.
- 3- Ezsias A, Sugar AW. Rhinolith: An unusual case and an update. Ann Otol Rhinol Laryngol 106: 135-138, 1997.
- 4- Maceri DR. Epistaxis and nasal trauma. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE (eds). Otolaryngology Head and Neck Surgery vol.1, second edition. St. Louis, Mosby Year Book, 723-736, 1993.
- 5- Aktaş D, Özturan O, Çokkeser Y, ve ark. Rinolitler. KBB Klinikleri 1: 94-97, 1999.
- 6- Eliachar I, Schalit M. Rhinolithiasis. Report of eight cases. Arch Otolaryngol 91: 88-90, 1970.
- 7- Çelikkanat S, Turgut S, Özcan İ, et al. Rhinolithiasis. Rhinology 35: 39-40, 1997.

- 8- Chaker AC, Schwarz GS, Kole GL. Bilateral rhinolithiasis. Ear Nose Throat J 57: 15-26, 1978.
- 9- Kastenbauer ER, Masing H. Intranasal surgery and the management of acute nasal injuries. In: Tardy ME, Kastenbauer ER (eds). Head and Neck Surgery, Face, Nose and Facial Skull, Part 1, vol.1, second edition. New York, Thieme Medical Publishers, Inc., 435-436, 1995.

Yazarlar:

F.S. DEREKÖY: Yrd.Doç.Dr., Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı.
A.YÜCEL: Yrd.Doç.Dr., Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. F.Sefa DEREKÖY, Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Özerler Kampüsü C/Blok Daire:6 03300 Afyon
Tel:02722166432
Faks: 02722166992
E-Mail: derekoy@aku.edu.tr