

OLGU SUNUMU

Rinolithiasis tanısında endoskopinin önemi: Olgu sunumu

The value of endoscopy in the diagnosis of rhinolithiasis: a case report

Dr. Oğuz ÖĞRETMENOĞLU

Rinolithiasisin hem nadir olması hem de farklı klinik tablolarla görülebilmesi tanıyı güçleştirebilir. Daha önce birkaç kez direkt grafi de çekilmesine rağmen tanı konamayan ve sinüzit tedavisi uygulanan 34 yaşında bir erkek hastanın endoskopik incelemesinde rinolit izlenimi veren sert kitle görüldü. Kitlenin endoskopik girişimle çıkarılmasından sonra hastanın yakınmaları düzeldi. Tanıdaki güçlüğü'nin nedeni olarak, düz grafide üst üste gelen komşu yapıların taşı gizlemesi ve posterior da yerleşen taşın rutin anterior rinoskopide gözden kaçması olabileceği düşünüldü.

Anahtar Sözcükler: Kalkuli/etioloji/komplikasyon/radyografi; endoskopi; burun tıkanıklığı/etioloji; bilgisayarlı tomografi.

Diagnosis of rhinolithiasis may be difficult because of the possibility of varying clinical presentations. Complaints of a 34-year-old male patient had been misdiagnosed as sinusitis and several plain radiographs had missed the event. Endoscopic examination enabled a hard intranasal mass to be seen, resembling a rhinolith. The patient's complaints disappeared after endoscopic removal of the mass. Failure in the diagnosis was attributed to the presence of superimposed adjacent structures on plain films and inadequate exposure of the posteriorly located mass by routine anterior rhinoscopy.

Key Words: Calculi/etiology/complications/radiography; endoscopy; nasal obstruction/etiology; tomography, X-ray computed.

Burun taşı anlamına gelen rinolithiasis, burun boşluğu içinde yerleşen organik veya inorganik bir yabancı cisim etrafında mineralizasyon sonucu oluşur. Yapısında genellikle kalsiyum ve magnezyum tuzları bulunur. Rinolithiasisli bir hastada görülmesi olağan semptomlar tek taraflı pürülan kötü kokulu burun akıntısı, burun tıkanıklığı, baş ağrısı olmasına karşın, asemptomatik olan ya da damakta perforasyon ile başvuran olgular da vardır. Klinik tablonun çeşitlilik göstermesi, nadir görülmesi veya hastalar tarafından üzerinde durulmaması nedeniyle uzun

süre tanı konamamış olgular olabilir. Radyolojik olarak direkt grafilerde burun boşluğunda görülen kalsifiye kitle tanıya yardımcıdır.

Bu yazıda, kliniğimize başvurmadan önce birkaç kez direkt grafi çekilerek sinüzit tanısı ile tedavi edilmeye çalışılan bir olgu sunularak tanıdaki güçlükler değerlendirildi.

OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında erkek hasta, dört yıldır zaman zaman gelişen burun tıkanıklığı ve akıntısı nedeni

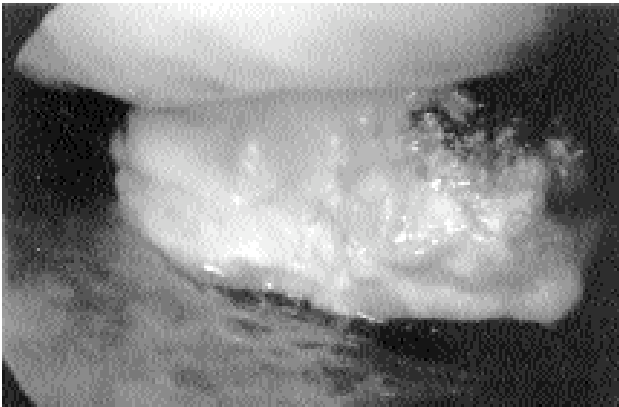
♦ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
♦ Dergiye geliş tarihi: 15 Ağustos 2003. Yayın için kabul tarihi: 15 Eylül 2003.
♦ İletişim adresi: Dr. Oğuz Öğretmenoğlu, Mesa Koru Sitesi, Nilüfer Blok, No: 62, Çayyolu, 06530 Ankara.
Tel: 0312 - 241 20 45 Faks: 0312 - 241 19 44
e-posta: oguz@tr.net

♦ Department of Otolaryngology, Medicine Faculty of Hacettepe University, Ankara, Turkey.
♦ Received: August 15, 2003. Accepted for publication: September 15, 2003.
♦ Correspondence: Dr. Oğuz Öğretmenoğlu, Mesa Koru Sitesi, Nilüfer Blok, No: 62, Çayyolu, 06530 Ankara, Turkey.
Tel: +90 312 - 241 20 45 Fax: +90 312 - 241 19 44
e-mail: oguz@tr.net

ile kliniğimize başvurdu. Yakınmaları tek taraflı değildi. Birkaç kez direkt grafi çekilerek sinüzit tanısı ile medikal tedavi uygulanmasına rağmen yakınmaların geçmediği öğrenildi. Anterior rinoskopide sol da az miktarda pürulan akıntı vardı. Dekonjesyon sonrası yapılan endoskopik burun muayenesi, sol nazal pasajda posteriora yakın yerleşen bir kitleyi ortaya çıkardı. Burun tabanında alt konkaya serbest kenarını yukarıya iterek pasajı kapatan kitlenin palpasyonla sert olduğu ve pürulan sekresyonla kaplı olduğu görüldü. Kitle siyah, yer yer beyaz-gri bir renkte ve pürüklü düzensiz bir yüzeye sahipti (Şekil 1). Bilgisayarlı tomografide burun boşluğu içinde posteriora kalsifik ince bir çeper içinde yumuşak doku yoğunluğu şeklinde net olarak izlenen kitle, direkt grafide kafa kemiklerinin süperpoze olması nedeniyle ayrıntılı seçilememekteydi (Şekil 2a, 3). Kitle, alt konkayı superior ve mediale iterek pasajı genişletiyor ve septumu deviyeye ediyor izlenimi veriyordu. Hasta genel anestezi altında ameliyata alınarak kitle endoskopik yolla çıkarıldı. Elipsoid kitlenin uzun çapı yaklaşık 2 cm idi (Şekil 4). Patolojik inceleme sonucu rinolithiasis olarak bildirildi. Maden Tetkik ve Arama Genel Müdürlüğü Maden Analizleri ve Teknoloji Dairesi'nce yapılan X ışını kırınım incelemesinde içeriğinin $(Ca,Mg)_3(PO_4)_2$ (Whitlockite) ile uyumlu olduğu saptandı. Ameliyat sonrası bir yıllık izlem süresinde hastada herhangi bir sorun görülmedi.

TARTIŞMA

Rinolithiasise neden olan yabancı cismin endojen ya da eksojen kaynaklı olabileceği bildirilmiştir. Endojen olarak kurumuş nazal sekresyon, kan pıhtısı, epitelyal debris veya dişler sorumlu tutulurken; ek-

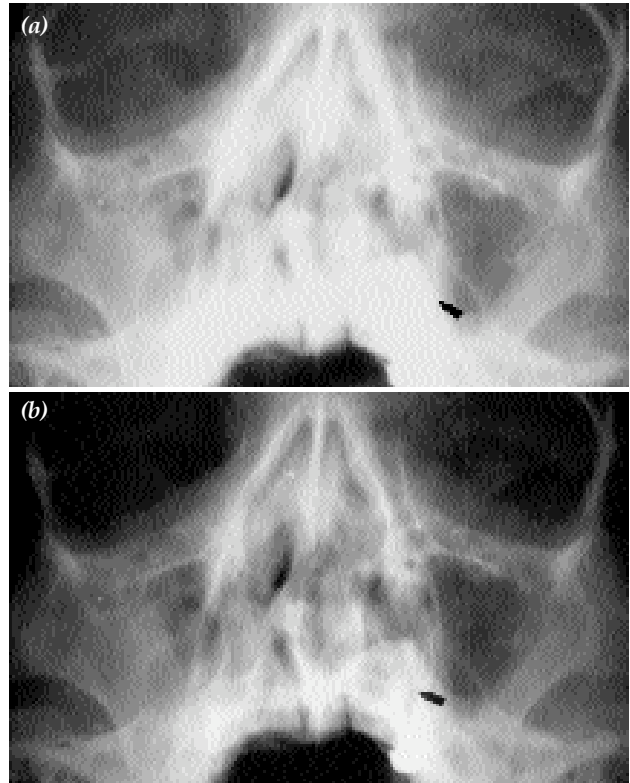


Şekil 1 - Endoskopik muayenede burun tabanına oturan kitlenin alt konkayı superior ve mediale ittiği izleniyor.

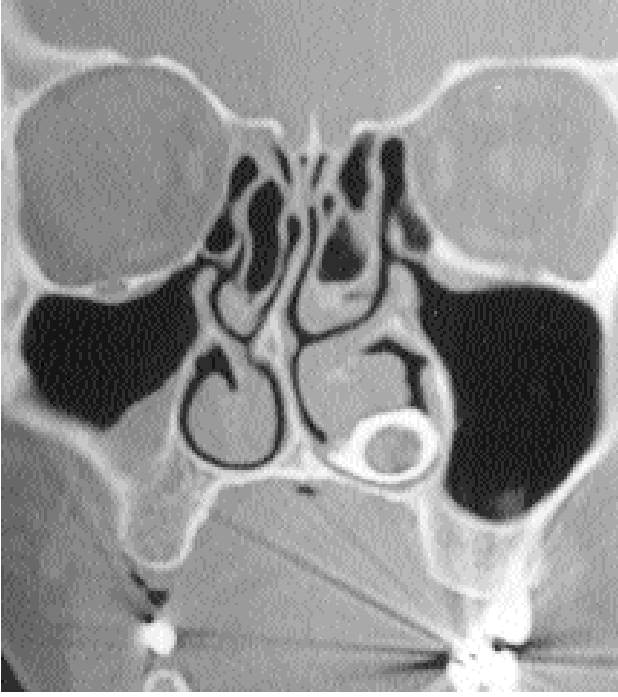
sojen olarak kağıt, tahta, bitki, pamuk, burun tamponu ve kemik parçaları gibi yabancı cisimler bildirilmiştir.^[1-5]

Hastalar asemptomatik olabileceği gibi, yakınması olanlarda en sık uzun süreli, kötü kokulu tek taraflı burun akıntısı, burun tıkanıklığı, epistaksis ve baş ağrısı görülür.^[3,6,7] Olgumuzda olduğu gibi, tanısı gözden kaçarak sinüzit düşünülen, çeşitli kereler medikal tedavi uygulanan hastalar olabilir. Yavaş büyüyerek kaviteyi genişletmesi nedeniyle septum deviyasyonuna rastlanabilir. Hatta daha ileri olgularda, bu genişlemenin doku nekrozu ile septum veya damak perforasyonuna neden olabileceği bildirilmiştir.^[8,9]

Hastamızda, rutin anterior rinoskopide dekonjesyona rağmen kitle görülemedi. Kitlenin anteriora olmaması, alt konkayı mediale itmesi ve konkaların ardında gizlenmiş olması çıplak gözle görülmesini engellemiştir. Ancak endoskopik muayene ile kitle kolayca fark edilmiştir. Kitlenin, aspiratör ucu ile yapılan palpasyonla görüldüğü gibi çok sert olması tanıyı kolaylaştırıcı bir diğer bulgu olmuştur.



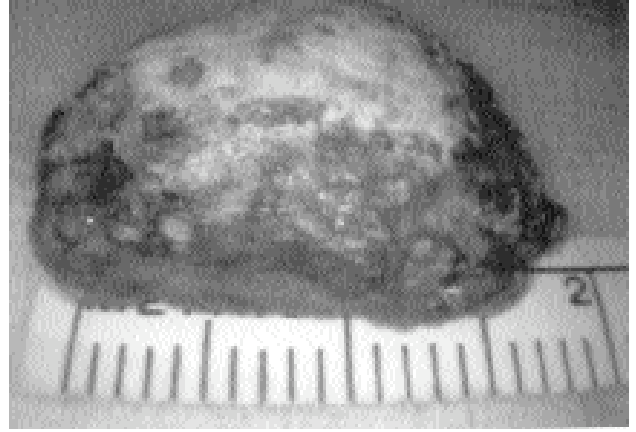
Şekil 2 - Waters grafisinde sol burun tabanına uyan yerde alveoler çıkıntı ile karışan okla işaretli yoğunluk artışı görülüyor (a: yüksek, b: düşük kontrastlı film). Düşük kontrastta kalsifik hale daha iyi seçilmektedir.



Şekil 3 - Bilgisayarlı tomografide burun tabanındaki kitlenin kal-sifik çeperi izleniyor.

Hastamızın direkt grafisinde, burun tabanına uyan bölgede artmış yoğunluk izlenmiştir. Bu yoğunluk farkı, kısmen alveolar prosese ait kemik yoğunluğu ile süperpoze olduğu için ayrıntılı izlenmemiştir. Bu farkı ortaya koyabilmek için çekilen değişik kontrastlı grafide kalsifiye halka daha net görülmüştür (Şekil 2a, b). Hastanın başka merkezlerde yapılan önceki radyolojik incelemelerinde, kalsifikasyonu muhtemelen daha küçük olan kitlenin süperpoze olan alveolar çıkıntı nedeniyle görülemediği düşünülmüştür. Grafi çekilirken X-ışınının dozu ve açısındaki kaymalar da bu süperpozisyonu artırarak veya grafinin kontrastını değiştirerek kitlenin fark edilmesine engel olabilir. Olgumuzda tanı grafi ile değil endoskopik muayene ile belirlenmiştir.

Literatürdeki sunumlar incelendiğinde, kalsifiye kitlelerin direkt grafilerde nazal kavite içinde sorunsuz olarak izlendiği belirtilmiştir.^[1-7,10] Bununla birlikte, direkt grafilerde kitle gösterilemeyebilir. Hadi ve ark.^[11] sekiz hastanın yalnızca ikisinde direkt grafi çekti olduklarını ve bu grafilerde taşların gösterilemediğini bildirmişlerdir. Şüphe olduğunda, kitleyi net olarak gösteren bilgisayarlı tomografiyi önermişlerdir. Aynı yazarlar, bilgisayarlı tomografi çekilen tüm hastalarda burun kavitesindeki kalsifiye kit-



Şekil 4 - Nazal yolla çıkarılan elipsoid, düzensiz yüzeyli kitlenin görünümü.

lenin kolayca saptandığını ve radyolojik olarak ayırıcı tanıda ossifying fibroma, odontoma, osteom veya osteosarkom gibi burunda kalsifiye kitlenin görülebileceği durumların akılda tutulması gerektiğini belirtmişlerdir.^[11]

Bilgisayarlı tomografide yoğunlukların süperpozisyonu olmadığı için patolojik olay daha net ve kesin şekilde belirlenebilir. Literatürde sunulan olgularda, bilgisayarlı tomografide taş ya kalsifik alan ya da bu kalsifiye alan içinde çok küçük boyutta, yoğunluğu az bir çekirdek kısmı izlendiği bildirilmiştir.^[3,6,11,12] Ancak olgumuzda, farklı ve sıradışı olarak düzenli, büyük ve belirgin azalmış yoğunluk etrafında çeper şeklinde kalsifikasyonu izlenmiştir.

Rinolithiasis hastaları tanıya gitmeyi güçleştirebilecek farklı klinik tablolarla başvurabilmektedirler. Buna direkt grafilerde taşın gösterilememesi eklenince, nadir görülen bu durum düşünülmeyebilir için tanı kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Bilgisayarlı tomografi elbette daha ayrıntılı ve kesin görüntü sunarak tanıya yardımcı bir radyolojik yöntemdir. Ancak burun şikayetleri olan her hastada, yardımcı incelemeler öncesinde dekonjesyonu takiben endoskopik muayene yapılması ile doğru tanıya yönelmek güç olmayacaktır. Bu durum burun hastalıklarının ayırıcı tanısında endoskopik muayenenin önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bleshman M, Bonakdarpour A, Ronis M. Rhinolithiasis. A report of 2 cases. Radiology 1974;113: 615-7.
2. Harbin W, Weber AL. Rhinoliths. Ann Otol Rhinol Laryngol 1979;88(4 Pt 1):578-9.

3. Celikkanat S, Turgut S, Ozcan I, Balyan FR, Ozdem C. Rhinolithiasis. *Rhinology* 1997;35:39-40.
4. Royal SA, Gardner RE. Rhinolithiasis: an unusual pediatric nasal mass. *Pediatr Radiol* 1998;28:54-5.
5. Vink BW, van Hasselt P, Wormald R. A case of rhinolithiasis in Botswana: a mineralogical, microscopic and chemical study. *J Laryngol Otol* 2002;116:1036-40.
6. Tahran AE, Oğuz H, Şafak MA, Özdek A, Samim E. Rhinolithiasis. *KBB Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2002; 10:93-6.
7. Balatsouras D, Eliopoulos P, Kaberos A, Economou C. Rhinolithiasis: an unusual cause of nasal obstruction. *Rhinology* 2002;40:162-4.
8. Flood TR. Rhinolith: an unusual cause of palatal perforation. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:486-90.
9. Kharoubi S. Rhinolithiasis associated with septal perforation. A case report. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1998;52:241-5.
10. Eliachar I, Schalit M. Rhinolithiasis. Report of eight cases. *Arch Otolaryngol* 1970;91:88-90.
11. Hadi U, Ghossaini S, Zaytoun G. Rhinolithiasis: a forgotten entity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126: 48-51.
12. Aksungur EH, Binokay FB, Bicakci K, Apaydin D, Oguz M, Aydogan B. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. *Eur J Radiol* 1999;31:53-5.