

RİNOLİTİASİS: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR GÖZDEN GEÇİRME

Rinolithiasis: A Case Presentation and Literature Review

Onur ERGÜN¹, Emel TAHİR², Serdar ÖZER³

ÖZET

Rinolithiasis burun tıkanıklığının bir nedenidir. Burun tıkanıklığı, akıntı, kanama, tekrarlayan sinüzit ve koku alamama şikayetleri özellikle tek taraflı ise ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Pıhtı, kemik parçacıkları veya yabancı cisim etrafında organize olabilirler. Endoskop yardımı ile olarak kolaylıkla tanınabilir ve tedavi edilebilir. Bu yazıda kliniğimize tekrarlayan sinüzit ile başvuran bir rinolit olgusuna ve literatürde bu konuyla ilgili diğer yazılara değineceğiz.

Anahtar Kelimeler: *Burun taşı; Sinüzit; Endoskopi*

ABSTRACT

Rinolithiasis is a uncommon cause of nasal obstruction. It may lead to rhinorrhea, epistaxis, recurrent sinusitis and anosmia. Blood clots, exogeneous foreign bodies or bone fragments may form rhinolith. They can be easily recognized and removed by endoscopic approach. In this paper, a patient with recurrent sinusitis due to rhinolith is introduced and other cases in the literature is reviewed.

Key words: *Rhinolith; Sinusitis; Endoscopy*

¹Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat

²Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara

Onur ERGÜN, Dr.
Emel TAHİR, Dr.
Serdar ÖZER, Doç. Dr.

İletişim:

Dr. Emel TAHİR
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
Tel: 0312 596 20 00
e-mail: emeltahir@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 03.03.2015
Kabul tarihi/Accepted: 27.12.2016

Bozok Tıp Derg 2017;7(1):92-5
Bozok Med J 2017;7(1):92-5

GİRİŞ

Burun taşları (rinolithiasis) burun içindeki endojen veya ekzojen kalıntıların etrafında çeşitli tuzların zaman içinde birikmesiyle oluşan kitlelerdir (1). Burun boşluğundaki diş kökleri, kan pıhtıları, kemik parçaları endojen; meyve tohumları, toz partikülleri, ahşap parçaları, plastik ve metalik çeşitli yabancı cisimler, cerrahi sırasında unutulmuş olabilecek tamponlar ekzojen yabancı cisimlere örnek gösterilebilir. Burun taşı olan olgular, genelde tek taraflı burun tıkanıklığı, geniz akıntısı, kötü kokulu burun akıntısı, burun kanaması, koku alamama, yüzde şişlik gibi belirtilerle başvururlar (1,2). Çok çeşitli yaş dağılımında (3-76 yaş) , büyüklüklerde (0.5-3cm) ve ağırlıklarda (0.5-110 gr) olabilirler (3,4). Burun taşları genelde nazal hijyeni bozuk, düşük gelir düzeyindeki hastalarda karşımıza çıkar. Literatürde konu ile ilgili vaka sunumları şeklinde az sayıda yayın vardır. Bu yazıda burun taşı tanısı alan ve endoskopik tedavi edilen bir vakayı hikayesi, fizik muayene bulguları, görüntülemeleri, endoskopi görüntüleri ve güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

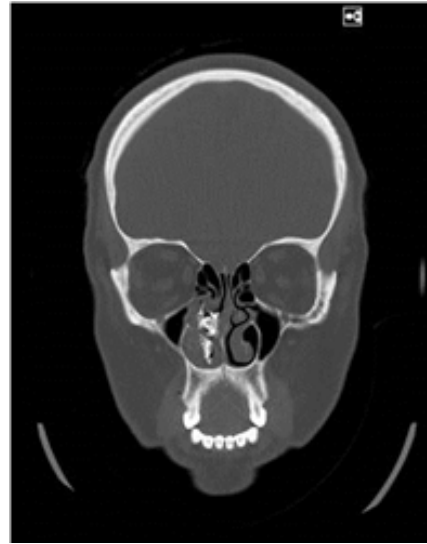
OLGU

Olgu sunumumuzda tartışılan 47 yaşındaki kadın hasta, 1 yıldır devam eden, tedaviye cevapsız, tek taraflı burun tıkanıklığı ve geniz akıntısı nedeniyle merkezimize başvurmuştur. Hastanın hikayesi alınmış ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri incelenmiştir. Sağ tarafta, alt meayı dolduran, kemik dansitesinde, kalsifik kitle ve aynı tarafta alt konka ve alt meatusta reaksiyoner yumuşak doku kalınlaşması görülmüştür (Resim 1).

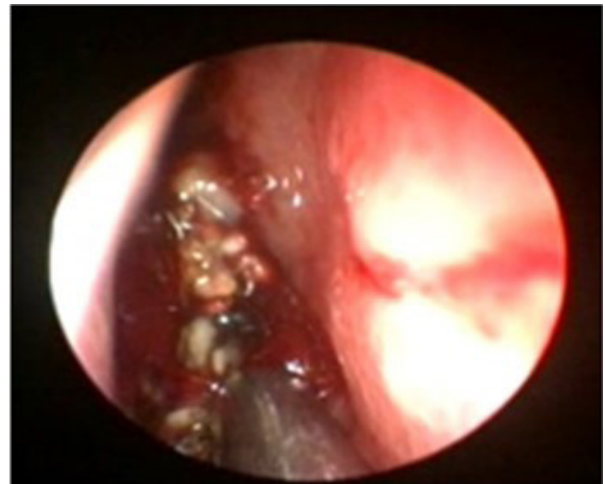
Hastaya detaylı bir fizik muayene ve rijid endoskopi yapılmıştır (Resim 2). Yaklaşık 2x1x1cm'lik, sert, düzensiz sınırlı, kalsifik kitle görülmüştür. Hastaya bu değerlendirme sonucunda kronik rinosinüzit ve rinolithiasis tanısı konmuştur. Hastanın sağ alt meayı dolduran burun taşı, endoskopik olarak lokal anesteziyle küçük parçalar halinde çıkarılmış ve hastaya kronik sinüzite yönelik oral antibiyotik, nazal yıkama ve nazal topikal steroid tedavisi verilmiştir (Resim 3). Çıkarılan burun taşı parçaları detaylı mineral incelemesine gönderilmiştir. Yapılan analizde Cu X-ışın tüplü Philips PW 3710/1830 XRD analliz cihazı ile 2,5-70o arasında gerçekleştirilen XRD

analiz sonucu: 13-H.2224 Dahlite[Ca₅(PO₄,CO₃)₃OH] ve Whitlockite[(Ca,Mg)₃(PO₄)₂] olarak bulunmuştur. Parçaların arasında yabancı cisim izlenmemiştir.

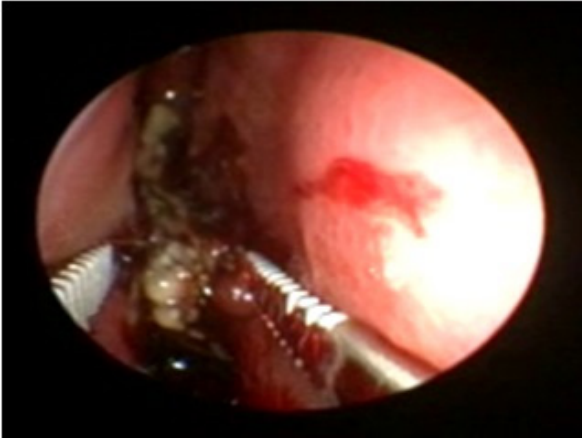
Hastanın tedavi sonrası 6 aylık takibinde, kronik sinüzitin düzeldiği, burun taşının ise tekrarlamadığı görülmüştür (Resim 4). Tedavinin 1.ayında çekilen kontrol paranazal BT görüntülemesinde kalıntı kalsifik kitle veya sinüzit saptanmamıştır (Resim 5).



Resim 1: Hastanın tedavi öncesi paranazal BT'sinde alt meadaki burun taşı ve reaksiyoner kronik rinosinüzite bağlı yumuşak doku kalınlaşmaları görülmektedir.



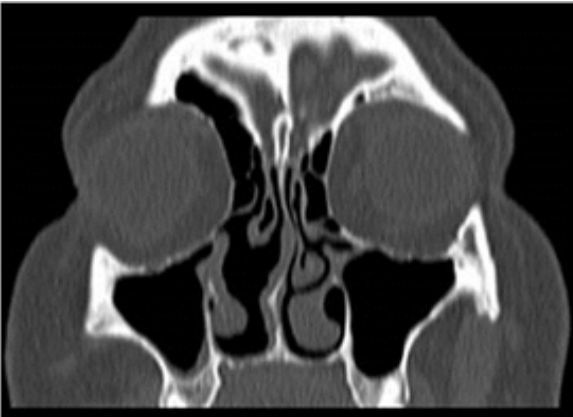
Resim 2: Burun taşı ve pasajın rijid endoskopi görüntüleri.



Resim 3: Rinolitinin endoskopik olarak çıkarılması.



Resim 4: Tedavi sonrasındaki endoskopik görüntüde burun taşının tekrarlamadığı görülüyor.



Resim 5: Tedavi sonrası görüntülemelerde sinüzitin düzel- diği görülüyor.

TARTIŞMA

Rinolitler genellikle düşük sosyoekonomik düzeyde ve kadın hastalarda karşımıza çıkmaktadır. İntranazal dış,epitelyum debrisleri, pıhtı, kemik parçacıkları veya harici bir yabancı cisim literatürde patogenezi suçlanmaktadır (3). Olgu sunumumuzdaki hastadan çıkarılan burun taşı parçaları, literatürde de en sık karşımıza çıkan bileşik olan dahlite ve whitlochite yapısındadır. Nazal mukus, gözyaşı ve pürülan sekresyonlarda bulunan Ca, Mg ve PO4 tuzlarının hava akımının kurutucu etkisiyle genelde alt meada bulunan bir yabancı cisim etrafında kademeli olarak birikmesiyle oluştuğu düşünülmektedir (4). Na ve Cl iyonları nazal sekresyonlarda en çok bulunan iyonlar olsalar da yüksek çözünürlükleri nedeniyle burun taşlarının yapısında karşımıza çıkmamaktadırlar. Nazal pH düzeyi de burun taşının minerolojik yapısı üzerine belirleyici önemdedir. Pürülan sekresyon varlığında olduğu gibi asidik pH ortamında okzalatlardan birikerek sert burun taşlarını oluşturmaktadırlar. Zamanla çekirdeği oluşturan yabancı cisim eriyip kaybolabileceği için olgumuzda olduğu gibi sıklıkla tespit edilememektedir (5). Dakriosistorinostomi gibi geçirilmiş cerrahilere bağlı yabancı cisimlerin de rinolite neden olabileceği akılda tutulmalıdır (6).

Burun taşları genelde kronik rinosinüzite neden olurlar. Tekrarlayan rinosinüziti olan ve özellikle tek taraflı burun tıkanıklığı hikayesi veren olgularda anterior rinoskopi ile atlanabilecek burun taşı gibi obstrüktif patolojiler de göz önünde bulundurularak endoskopik muayene yapılmalıdır (7). Büyük ebatlara ulaşırlarsa septum ve sert damak perforasyonu, alt konkanın deformasyonu gibi komplikasyonlara neden olabilirler. Özdemir ve ark'nin(8) da gösterdiği gibi çok nadir de olsa uzun süreli ve büyük burun taşlarında kronik iritasyona bağlı yassı hücreli kanser gelişebileceği de göz önüne alınmalıdır. Burun taşına bağlı sinüzit komplikasyonu olarak epidural apse literatürde bildirilmiştir (9). Genc ve ark (10) yazılarında bilateral burun taşına dikkat çekmişlerdir. Bu hastalarda her iki nazal pasajın da endoskopik muayenesi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Tek başına medikal tedavi burun taşı eşliğindeki rinosinüzitlerin tedavisinde yeterli olmamaktadır. Medikal tedavi ile birlikte ana odağı oluşturan burun taşının da mutlaka çıkarılması gerekir. Rijid endoskopi Yuca ve ark'da (11) belirttiği gibi

yüksek başarı oranı ve düşük morbiditesiyle öncelikle tercih edilmesi gereken yaklaşımdır. Rijid endoskopi, çoğu olguda poliklinik koşullarında lokal anestezi eşliğinde sorunsuzca uygulanabilir ve klinik şüphe halinde biyopsi alınabilir. Doğan ve ark (12) 26 yaşında bir erkek hastada tedaviye rağmen tekrarlayan rinolit tariflemişlerdir fakat tedavi sonrası burunda başka bir yabancı cisim olmadığı sürece klinik tablonun tekrarlanması olağan değildir.

SONUÇ

Tek taraflı burun tıkanıklığı, geniz akıntısı, kötü kokulu burun akıntısı, burun kanaması, koku alamama, yüzde şişlik gibi belirtilerle başvuran hastalarda burun taşı ön tanısı üzerinde durulmalı ve rinosinüzitin medikal tedavisinin yanında rijid endoskopi ile burun taşı da çıkarılmalıdır. Kronik iritasyona bağlı gelişmiş olabilecek malignensi ihtimali de akıldan çıkarılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özdemir S, Akbaş Y, Görgülü O, Selçuk T, Sayar Ç. Rhinolithiasis: Review of 21 cases. Am J Rhinol Allergy. 2010 Nov-Dec;24(6):136-9.
2. Hadi U, Ghossaini S, Zaytoun G. Rhinolithiasis: a forgotten entity. Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 Jan;126(1):48-51.
3. M.Zalagh, A.Akhaddar, F.Benariba.Chronic rhinorrhea revealing an actinomycotic rhinolithiasis with ectopic tooth. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012 Mar;41(3):297-9.
4. Viengphet V, Godfried M.R. Methods for Determining the Composition of Nasal Fluid by X-Ray Microanalysis. Microsc Res Tech. 2004 Feb 1;63(2):122-8.
5. Yaşar H, Özkul H, Verim A. Rhinolithiasis: A retrospective study and review of the literature. Ear Nose Throat J. 2009 Jul;88(7):E24.
6. Levy J, Monos T, Puterman M. Rhinolithiasis: A very late complication after dacryocystorhinostomy with rubber-gum and polyethylene stenting. Am J Ophthalmol. 2004 Dec;138(6):1065-7.
7. Öğretmenoğlu O. The value of endoscopy in the diagnosis of rhinolithiasis: a case report. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg. 2003 Sep;11(3):89-92.
8. Özdemir S, Görgülü O, Akbaş Y, Selçuk T, Sayar H, Tarkan Ö. An unusual co-presentation of rhinolithiasis and squamous cell carcinoma in the nasal cavity. J Craniomaxillofac Surg. 2012 Jul;40(5):137-9.

9. Atmaca S, Belet N, Sensoy G, Belet U. Rhinolithiasis: an unusual cause of sinusitis complicated with frontal osteomyelitis and epidural abscess. Turk J Pediatr. 2010 Mar-Apr;52(2):187-90.

10. Genc S, Kahraman E, Ozel HE, Genc MG .Bilateral rinolithiasis. J Craniofac Surg. 2011 Nov;22(6):2429 .

11. Yuca K, Çaksen H, Etlik Ö, Bayram İ, Sakin Y.F, Dülger H, Kırış M. The importance of rigid nasal endoscopy in the diagnosis and treatment of rhinolithiasis. Auris Nasus Larynx. 2006 Mar;33(1):19-22.

12. Dogan M, Dogan DO, Duger C, Polat S, Muderris S. Recurrent rhinolithiasis: a case report with review of the literature. West Indian Med J. 2012 Oct;61(7):760-3.