



Ciddi burun tıkanıklığına neden olan dev konka bülloza

Giant concha bullosa causing severe nasal obstruction

Ömer Erdur, Çağdaş Elsürer, Ertuğrul Kibar, Mete Kaan Bozkurt

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Sinonazal bölgenin en sık görülen anatomik varyasyonu olan konka bülloza, orta konkanın pnömatizasyonu olarak tanımlanır. Konka bülloza genellikle asemptomatik olsa da boyutuna bağlı olarak nazal septum ve osteomeatal bölge ile ilişkisine göre semptomatik hale gelebilir. En sık karşılaşılan semptomlar burun tıkanıklığı, baş ve yüz bölgesinde ağrı, koku problemleri, sinüzit, postnazal akıntı ve hipozmidir. Tanı; anterior rinoskopi, endoskopik muayene ve paranasal sinüs tomografisiyle konulur. Tedavide yeterli burun açıklığı sağlamak amacıyla endoskopik yöntemle orta konkanın parsiyel rezeksiyonu yapılır. Bu yazıda kronik baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve koku alma bozukluğuna neden olan tek taraflı dev konka büllozası olan 34 yaşında bir kadın hasta literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar sözcükler: Konka bülloza; nazal konka; burun tıkanıklığı.

ABSTRACT

Concha bullosa, which is the most frequent anatomic variation of the sinonasal region, is defined as the pneumatization of the middle turbinate. Although concha bullosa is usually asymptomatic, it may become symptomatic according to its relationship with the nasal septum and osteomeatal region based on its size. The most frequent symptoms are nasal obstruction, pain in head and face region, olfactory problems, sinusitis, postnasal discharge, and hyposmia. Diagnosis is established by anterior rhinoscopy, endoscopic examination, and paranasal sinus tomography. To ensure sufficient nasal patency for treatment, partial resection of the middle turbinate is performed by endoscopic method. In this article, we report a 34-year-old female patient with unilateral giant concha bullosa causing chronic headache, nasal obstruction, and olfactory disorder in the light of the literature.

Keywords: Concha bullosa; nasal concha; nasal obstruction.

Nazal konkalar embriyolojik olarak fetal hayatın ilk trimesterinde etmotürbinallerden gelişir. Konka bülloza (KB), nazal konkaların değişik derecelerde pnömatizasyonu olarak tanımlanırken, bu tanımlama, pnömatizasyonun daha çok orta konkada görülmesi nedeniyle genellikle orta konkanın pnömatizasyonu için kullanılır. Konka bülloza tanımı ilk defa Zuckerkandl^[1] tarafından detaylı olarak tarif edilerek kullanılmıştır. Genellikle iki taraflıdır ve pnömatizasyon miktarı iki taraf arasında dahi çok değişkendir. Orta konkanın pnömatizasyonu frontal reses, suprabullar veya retrobullar reses bölgesinden ve daha nadir olarak da etmoid infundibulum, ager nasi bölgesinden olur.^[2]

Genelde asemptomatik olan KB, orta meatus, hiatus semilunaris ve etmoid infundibulumu da tıkayarak

enflamatuvar sinüs hastalıklarına neden olabilir.^[2] Gerek neden olduğu sinüs hastalıklarına bağlı gerekse de kitle etkisine bağlı burun tıkanıklığı, koku alma bozukluğu, baş-yüz ağrısı, burun akıntısı, postnazal akıntı gibi semptomlara neden olabilir. Enfekte olması durumunda ciddi sorunlara neden olabilecek pyelosele dönüşebilir.^[2]

Nazal kavitede lateral nazal duvarın en sık gözlenen anatomik varyasyonudur.^[2] Orta konkanın pnömatizasyonu çok sık görülür ve literatürdeki insidansının %14 ile %53.6 arasında değiştiği bildirilmiştir.^[3] Tanıda en çok yardımcı olan inceleme paranasal bilgisayarlı tomografi (BT)'dir. Genelde asemptomatik olmalarına karşın paranasal BT'lerin kullanımının artmasıyla daha sık saptanmaya başlanmıştır. Bu çalışmada çok ileri boyutlara ulaşan ciddi tıkanıklığa neden olan ve septumda ve

Geliş tarihi: 05 Haziran 2015 *Kabul tarihi:* 17 Haziran 2015

İletişim adresi: Dr. Ömer Erdur, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Alaeddin Keykubad Kampüsü, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, 24075 Konya, Türkiye. Tel: 0332 - 241 50 00 e-posta: dromerdur@yahoo.com

© 2016 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

maksiller sinüs duvarında itilmeye neden olan KB olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz-dört yaşında kadın hasta uzun süredir devam eden burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve koku duyusunda azalma yakınmaları ile başvurdu. Burnun her iki tarafında da tıkanıklık ileri düzeydeydi. Ara ara tekrarlayan baş ağrısı, burun akıntısı, geniz akıntısı yakınmaları da eşlik ediyordu. Hastanın burun kanaması ve kanlı kokulu akıntı bulguları vardı ancak kilo kaybı, kötü kokulu akıntı, halsizlik gibi genel durum bozukluğu belirtileri yoktu. Diğer nedenlerin ekarte edilmesi için hasta nöroloji ve psikiyatri kliniği ile konsülte edildi ancak baş ağrısına neden olabilecek başka patolojiye rastlanmadı. İnceleme maksillofasial anomali veya ekzoftalmus yoktu. Rinoskopik muayenede septum sola doğru deviye ve sağ nazal kaviteyi tama yakın kapayan düzgün mukozal yüzeyli, soluk, sert kıvamlı, non pulsatil kitle gözlemlendi. Pürülan sekresyon veya kabuklanma gözlenmedi. Yapılan kulak ve ağız muayenesinde başka patolojiye rastlanmadı. Endoskopik fiberoptik nazofarengoskopik muayenede sağ nazal kavitede orta konka olduğu düşünülen yapının düzgün mukozal yüzeyi olduğu, ileri derecede büyüdüğü, medialde orbital duvara değdiği, septumun karşı tarafa deviye kısmına doğru büyüdüğü görüldü. Alt konka doğaldı ve orta konkanın arkasına geçildiğinde nazofarenksin de doğal olduğu gözlemlendi. Hastanın alerjik rinit ve burunda travma öyküsü yoktu.

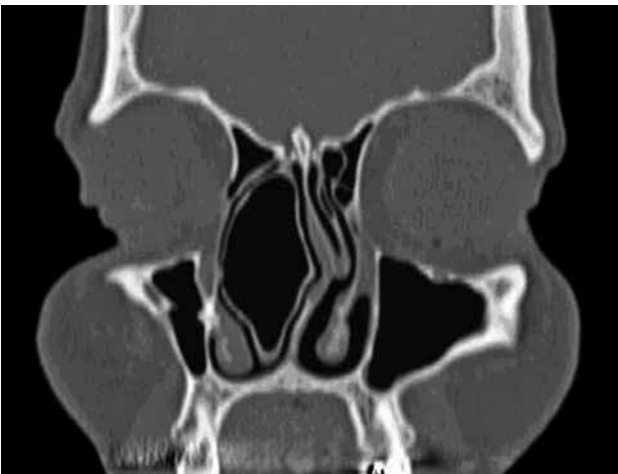
Öz geçmişinde ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın paranazal sinüs BT'sinde ince kemik yapısıyla çevre saran içerisi hava ile dolu sağ nazal kaviteyi tama yakın kapayan sağ orta konka kaynaklı KB gözlemlendi (Şekil 1 ve 2). Konka bülloza üstte kafa tabanına

yapışmaktaydı. Septumu karşı tarafa doğru deviye ettiği, maksiller sinüs medial duvarında maksiller sinüs içerisine doğru itilmiş olduğu izlendi. Sinüslerde ve KB'de enfeksiyon bulgusu ve paranazal kemiklerde erozyon bulgusu yoktu. Hasta yapılacak işlemler hakkında bilgilendirildi ve yazılı bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Bilgisayarlı tomografi bulguları ile maligniteden uzaklaşıldığı için biyopsi planlanmadı. Genel anestezi altında endoskopik endonazal yöntemle sağ orta konka parsiyel olarak rezekt edildi. Konka büllozanın ön duvarına vertikal bir kesi yapıldı ve KB'nin lateral lamellası tamamen medial lamellası da kısmi olarak rezekt edildi. Lamina papiriseanın intak olduğu izlendi. Orta meatus bölgesinde polip gözlenmedi. Kanama kontrolünün ardından septumdaki deviasyon düzeltilti. Hastanın 20 aylık takiplerinde tüm burun fonksiyonları rahatlıkla nüks bulgusuna rastlanmadı.

TARTIŞMA

Bolger ve ark.^[4] KB'yi morfolojisine göre lamellar, bülböz ve ekstensif olarak sınıflandırmıştır. Lamellar formda pnömatizasyon orta konkanın vertikal lamelinde, bülböz formda alt segmentinde yerleşik iken ekstensif formda hem vertikal lamel hem de alt segmentin pnömatize olduğu belirtilmiştir. En sık gözlenen tip ekstensif tiptir. Lamellar ve bülböz tipler genelde asemptomatik iken ekstensif tip genellikle mekanik tıkanıklığa bağlı burun tıkanıklığı başta olmak üzere çeşitli nazal semptomlara neden olacağı kabul edilir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda KB tipiyle paranazal sinüs



Şekil 1. Dev konka büllozanın paranazal sinüs tomografisindeki koronal görüntüsü.



Şekil 2. Dev konka büllozanın paranazal sinüs tomografisindeki aksiyel görüntüsü.

patolojileri arasında bağlantı olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi,^[5,6] herhangi bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda vardır.^[7] Bizim sunduğumuz olgunun KB'si ileri derecede pnömotize ve ekstensif tipteydi. Hastanın önde gelen semptomları burundan nefes alamama ve koku alma bozukluğuydu.

Orta konka, orta meatusun ve osteomeatal kompleksin bir parçası olması nedeniyle orta konkanın pnömotize olup bu bölgeyi daraltması, sinüs enfeksiyonları için predispozisyon oluşturacağını düşündürür. Yine KB'nin hastaların mukosilier aktivitelerini bozduğu ve bozulan bu koruyucu mekanizmanın enfeksiyonlar için yatkınlık oluşturduğu da gösterilmiştir.^[8] Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda görüş birliği olmayıp KB ile sinüzit arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi,^[8,9] ilişki olmadığını bildiren çalışmalarda vardır.^[5,6,10] Hastamızın KB boyutunun ileri derecede büyük olmasına karşın paranazal sinüs enfeksiyonu bulgusu yoktu.

Asemptomatik olan KB tedavi gerektirmezken, osteomeatal kompleks patolojisine neden olduğunda, hava yolunu tıkadığında ve baş ağrılarını neden olduğu durumlarda cerrahi tedavi uygulanır.^[11] Baş ağrılarının mukozal kontakt alanlarına bağlı olduğu kabul edilir. Mukozal kontakt alanlarında basınç oluşması, miyelinize olmayan C liflerinden 'substance P' salgılanmasına neden olur ve kortekste ağrı hissedilir. Bizim olgumuzda dev boyutlardaki KB hava yolu tıkanıklığı ve baş ağrılarını neden olması nedeniyle cerrahi uygulanarak çıkarıldı. Sonrasında septoplasti işlemi ile deviasyon düzeltildi.

Her ne kadar orta konkanın pnömotizasyonu etmoid kompleksteki varyasyonlara bağlı pnömotize olduğu bilinse de havalanma mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Pnömotize orta konka ostiumu genelde frontal resese drene olurken daha nadir olarak bazal lamella ve hiatus semilunaris bitişiğindeki havalı hücrelere drene olur. Konka büllozanın ostiumundaki tıkanıklıkların da masif KB oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir.^[12] Orta konkaya hava girmeye devam ederken bu hava drene olamamaktadır, böylece konkanın içerisindeki basınç artar ve bu durumun konkanın büyümesinin devam etmesine neden olduğu kabul edilir. Hastamızın KB'si ileri derecede büyüktü ancak muayenede veya cerrahisi sırasında orta konkanın ostiumunu daraltan herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Ayrıca herhangi bir sinüs enfeksiyon bulgusu da yoktu.

Konka büllozanın aşırı büyük olduğu durumlarda malign kitle görüntüsü oluşturabilir. Özellikle intranasal yapılarda itilme ve yerini değiştirmesi bu yönde düşünmeye sevk eder. Yellin ve ark.^[13] dev konka büllozanın intranasal tümör gibi davrandığını belirtmişlerdir. Ancak son yıllarda paranazal BT ve manyetik rezonans görüntüleme tekniklerindeki gelişme ve endos-

kopik muayenenin yaygınlaşması ile malign kitlelerle benign kitlelerin ayrımı kolay bir şekilde yapılmaktadır. Ancak tüm bunlara rağmen cerrahi olarak eksize edilen kısımların histopatolojik incelemeye gönderilmesini öneren yazarlar bulunmaktadır.^[14] Bizim olgumuzun KB'si de dev boyutlarda ve intranasal yapılarda itilmeye neden olmaktadır. Rinoskopik muayenede malign bir kitle olabileceği düşünüldü ise de yapılan BT incelemesi ve cerrahi sonrası histopatolojik değerlendirmeyle tanının KB olduğu doğrulandı.

Konka büllozanın cerrahi tedavisi endoskopik olarak total konka rezeksiyonu, parsiyel turbinektomi, lateral laminektomi, konka peksi ve konkanın ezilmesi gibi farklı şekillerde uygulanabilmektedir.^[15] Konkanın ezilmesi tekniğinde non-invaziv olması bir avantaj olsa da sadece küçük KB'lerde uygulanabilmektedir. Literatürde osteomeatal ünitenin ulaşılması ve tıkanıklığın açılması için en sık uygulanan cerrahi yöntem lateral laminektomidir. Ancak yakın zamanda Kumral ve ark.^[16] yaptıkları çalışmada KB için medial laminektominin de lateral laminektomi kadar etkili sonuçlarının olduğunu göstermişlerdir. Hastamıza lateral lamina tam medial lamina da kısmi rezeksiyon uygulandı. Ameliyat sonrasında tıkanıklık semptomları ve baş ağrılarında tam rahatlama oldu.

Sonuç olarak, mekanizması tam olarak bilinmese de KB'ler bazen aşırı pnömotize olarak ileri derece büyük boyutlara ulaşabilir. Bu boyuttaki KB'lerin öncelikle malign hadiselerden ayrımı yapıp cerrahi olarak lateral laminanın rezeksiyonunun yanında medial laminasında kısmi rezeksiyonu tedavi için yeterli olacaktır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Zuckerkandl E. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhlen und ihrer pneumatisierten Anhänge. Vienna, Austria: Braumüller; 1882.
2. Braun H, Stammberger H. Pneumatization of turbinates. Laryngoscope 2003;113:668-72.
3. Zinreich S, Albayram S, Benson M, Oliviera P. The ostiomeatal complex and functional endoscopic surgery. In: Som P, editor. Head and Neck Imaging. 4th ed. St Louis: Mosby; 2003. p. 149-73.
4. Bolger WE, Butzin CA, Parsons DS. Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis

- for endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope* 1991;101:56-64.
5. Maru YK, Gupta Y. Concha bullosa: Frequency and appearances on sinonasal CT. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;52:40-4.
 6. Stallman JS, Lobo JN, Som PM. The incidence of concha bullosa and its relationship to nasal septal deviation and paranasal sinus disease. *AJNR Am J Neuroradiol* 2004;25:1613-8.
 7. Hatipoğlu HG, Cetin MA, Yüksel E. Concha bullosa types: their relationship with sinusitis, ostiomeatal and frontal recess disease. *Diagn Interv Radiol* 2005;11:145-9.
 8. Ozkırış M, Karaçavuş S, Kapusuz Z, Saydam L. The impact of unilateral concha bullosa on mucociliary activity: an assessment by rhinoscintigraphy. *Am J Rhinol Allergy* 2013;27:54-7.
 9. Lam WW, Liang EY, Woo JK, Van Hasselt A, Metreweli C. The etiological role of concha bullosa in chronic sinusitis. *Eur Radiol* 1996;6:550-2.
 10. Aktas D, Kalcioglu MT, Kutlu R, Ozturan O, Oncel S. The relationship between the concha bullosa, nasal septal deviation and sinusitis. *Rhinology* 2003;41:103-6.
 11. Har-el G, Slavik DH. Turbinoplasty for concha bullosa: a non-synechia-forming alternative to middle turbinectomy. *Rhinology* 1996;34:54-6.
 12. Ozturan O, Degirmenci N. Pneumo-concha dilatans: middle concha growing in anterior and lateral directions. *J Craniofac Surg* 2013;24:444-6.
 13. Yellin SA, Weiss MH, O'Malley B, Weingarten K. Massive concha bullosa masquerading as an intranasal tumor. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103:658-9.
 14. Yiğit O, Cinar U, Uslu B, Dadaş B. Giant concha bullosa: a case report. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2004;13:77-9.
 15. Cannon CR. Endoscopic management of concha bullosa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;110:449-54.
 16. Kumral TL, Yıldırım G, Çakır O, Ataç E, Berkiten G, Saltürk Z, et al. Comparison of two partial middle turbinectomy techniques for the treatment of a concha bullosa. *Laryngoscope* 2015;125:1062-6.