

ORTA KONKA PİYOSELİ

Dr. Fatih Bulut

Özel Müjde Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Malatya

ÖZET

34 yaşında kadın hasta bir yıldır devam eden tek taraflı burun tıkanıklığı, baş ağrısı, burun akıntısı ve burun kanaması şikayetleriyle başvurdu. Fizik ve nazal endoskopik muayenede sol nazal kaviteyi tıkayan lezyon görüldü. Hastanın öz geçmişinde mevsimsel allerjik rinit öyküsü vardı. Bilgisayarlı tomografide etrafında ince kemik lamelleri olan yumuşak doku dansitesinde büyük bir kitle belirlendi. Biyopside bol miktarda

nekrotik doku ve yoğun kıvamlı pürülan materyal aspire edilmesi üzerine lezyonun orta konka piyoseli olduğu anlaşıldı. Endoskopik olarak konka bülloza piyoselinin lateral ve inferior duvarları rezeke edilerek hastanın tedavisi tamamlandı. Ameliyat sonrası yapılan kontrol muayenelerinde herhangi bir problemle karşılaşılmadı.

Anahtar Kelimeler: Konka bülloza, piyosel, burun tıkanıklığı/etyoloji *Nobel Med 2011; 7(3): 117-118*

PYOCELE OF THE MIDDLE TURBINATE

ABSTRACT

A 34-year-old woman was admitted with complaints of unilateral nasal stuffiness, headache, nasal flow and epistaxis lasting for one year. On physical and nasal endoscopic examination, a lesion obstructing the left nasal cavity was seen. There was a history of seasonal allergic rhinitis. On computerized tomography, a large mass of soft tissue density

with thin bone lamellae around was detected. Since a large amount of necrotic tissue and dense purulent material was aspirated on the biopsy, it emerged that the lesion should be a medial concha pyocele. The treatment of the patient was finalized by the endoscopic resection of lateral and inferior walls of the concha bullosa pyocele. No further problem was detected at the control visit after the operation.

Key Words: Concha bullosa, pyocele, nasal obstruction/etiology *Nobel Med 2011; 7(3): 117-118*

GİRİŞ

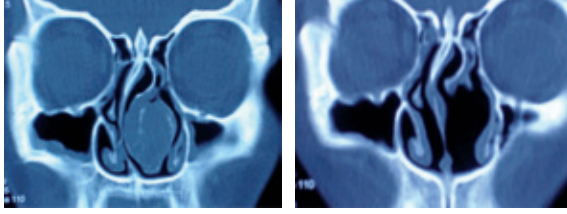
Mukoseller, paranasal sinüs ostiumlarının uzun süreli tıkalı kalması sonucu oluşan sinüs içi kistlerdir. Mukosel mukus üreten psödostrafiye kolumnar epitel ile döşelidir. En sık gelişim gösterdiği paranasal sinüs frontal sinüstür.¹ Bunu sırasıyla ethmoid, maksiller ve sfenoid sinüsler izler. Paranasal sinüs ostiumu tıkanmasına en sık neden olan faktörler kronik sinüzit, neoplazmalar, operasyon travması sonucu oluşan skar ve allerjik rinitir.² Piyosel ise enfekte olmuş mukoseli tarif eder.³ Konka bülloza piyoseli oldukça seyrek görülür ve konka bülloza enfeksiyonundan büyüme ve çevre dokuları tahrip etme özellikleri ile ayrılır.⁴

OLGU

34 yaşında kadın hasta bir yıldır devam eden tek taraflı burun tıkanıklığı, baş ağrısı, göz ağrısı, burun akıntısı ve üç aydır aralıklı burun kanaması şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Bu şikâyetlerinden dolayı iki sefer tıbbi tedavi görmüş fakat düzelme olmamıştı. Olgunun öz

geçmiş sorgulamasında mevsimsel allerjik rinit hastası olduğu ve 10 yıldır nazal steroid sprey kullandığı öğrenildi. Hasta sadece ilkbahar mevsiminde ilaç kullanmaya ihtiyaç duyuyormuş. Fizik muayenede, burun spekulumuna gerek kalmadan burun girişinde görülebilen düzgün yüzeyli kitle saptandı. Kitlenin ön yüzündeki mukozada peteşial alanlar mevcuttu. Endoskopik bakıda sol orta konkanın sol nazal pasajı tamamen tıka-yacak kadar büyük olduğu, sağa doğru septum deviasyonu ve minimal mukopürülan akıntı tespit edildi. Hastanın görmesi tam ve herhangi bir nörolojik bozukluğu yoktu.

Bilgisayarlı tomografi (BT) ile yapılan incelemede sol nazal kaviteyi tıkayan etrafı ince kemik lamel ile çevrili homojen yumuşak doku dansitesinde kitle ile birlikte tüm sinüslerde mukozal kalınlaşma ve septum deviasyonu görüldü (Şekil 1). Neoplazi ön tanısı ile biopsi alınmasına karar verildi. Lokal anestezi altında ve endoskop yardımı ile biyopsi yapıldı. Kitlenin dışındaki kemik lamel geçildikten sonra macun kıvamında, kirli gri renkli, kötü kokulu pürülan materyal görüldü.→



Şekil 1. Sol nazal pasajı tıkayan orta konka piyoselli bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

Şekil 2. Olgunun ameliyat sonrası ikinci ayda bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Orta konka piyoseli olduğu anlaşılan kitlenin içindeki pürülan materyal aspire edildi ve orta konkanın lateral ve inferior kemik lamelleri rezeke edilerek işlem sonlandırıldı. Pürülan materyalden yapılan kültürde *Staphylococcus aureus* üredi. Mantar kültüründe ise üreme saptanmadı. Histopatolojik inceleme kronik enfeksiyon, kemik dokusu ve silyalı solunum epiteli ile örtülü mukosel olarak bildirildi. Ameliyat sonrası antibiyotik ve antihistaminik tedavisi verildi. Hastanın ameliyat sonrası yapılan kontrol muayenelerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı (Şekil 2).

TARTIŞMA

Konka bülloza osteomeatal kompleksin en sık görülen anatomik varyasyonudur ve ethmoid havalı hücrelerinin orta konkaya migrasyonu sonucu oluşur. Konka bülloza mukosilier transport sistemine sahiptir ve frontal resese açılan bir ostiumu vardır.⁴ Konka büllozanın sinüzite yatkınlık sağladığı tartışmalı bir konudur.^{5,6} Literatürde nazal polip, allerjik rinit, kistik fibrozis, cerrahi sonrası oluşan skar, travma, diabet ve kronik sinüzit konka bülloza piyoseline neden olan etyolojik faktörler olarak bildirilmiştir.^{1,3,7} Biz bu olguda mevsimsel allerjik rinitin oluşturduğu doku ödemi ve artmış mukoid sekresyonun mukosel oluşumuna zemin hazırladığını düşünmekteyiz. Histopatolojik inceleme sonucu mukoselin epitel yapısının ve silier aktivitesinin korunmuş olması mukoseldeki genişlemenin basınç etkisi ile olmadığını düşündürmektedir. Epitelin enfeksiyonu sonrası lenfosit ve monositlerden salınan sitokinler fibroblastları stimüle ederler. Bunun sonucunda kemik emilimi ve yeniden şekillenmeye neden olurlar. Böylece

mukoselde büyüme oluşur.^{4,6} Konka bülloza piyoseli büyüme ve bası ile burun tıkanıklığı, baş ağrısı, koku almada azalma, geniz akıntısı, göz ağrısı yakınmalarına neden olabilir. Sadece bir olguda orbita invazyonu sonucu eksoftalmi görülmüştür.¹ Olgumuzdaki baş ve göz ağrısı şikâyetinin kronik enfeksiyonun yanı sıra mukozal temas sonucu açığa çıkan substant P ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.⁶ Burun kanaması şikâyeti ise nazal steroid kullanımı veya inspriumda havanın kitle üzerine direkt fiziksel etkisi sonucu oluşan mukozal erozyonu nedeni ile oluştuğu düşünüldü.

Nazal kitle nedeni ile tek taraflı burun tıkanıklığı olan olgularda benign ve malign tümörler akılda tutulmalıdır. Bu bulgu ve şikâyetleri olan pediatrik yaş grubundaki hastalarda ise öncelikle gliom, epidermoid kist, dermoid kist, meningomyelose ve tümörler düşünülür.² BT ve MR tetkikleri ayırıcı tanıya yardımcı olurlar. Bazı olgularda ise kesin tanı ancak biopsi ile konulabilir. MR ve BT konka büllozadaki mukozal enflamasyonu veya mukoseli tespit edebilirler fakat BT mukosel etrafındaki ince kemik lameli göstererek diğer nazal yumuşak doku kitlelerinden ayırt etmeye imkân tanır.^{1,8} MR sinüs enfeksiyonunun göz içi ve kafa içi komplikasyonlarının tanısında BT'ye üstünlük gösterir.⁸ Olgumuzdaki BT görüntüsü orta konka kaynaklı vasküler olmayan benign kitle olarak yorumlanmıştır. Bu yüzden MR tetkikine gerek duyulmamıştır.

Konka bülloza piyoselinin tedavisi cerrahidir. Tanı ve tedavide gecikme, orbita invazyonu veya subdural ampiyem gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.^{1,9} Endoskopik endonazal marsupializasyon, önerilen cerrahi tekniktir.¹⁻⁴ Ameliyatlarda endoskopun kullanılması ile birlikte eksternal insizyona gerek duyulmadan güvenli tedavi imkânına kavuşulmuştur. Lateral rinotomi insizyonu bir olguda kullanılmıştır.¹⁰

SONUÇ

Orta konka piyoseli nazal pasajı tamamen tııkayabilecek boyutlara ulaşabilen, çok nadir görülen ve nazal kitlelerin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gereken bir patolojidir.

İ	İLETİŞİM İÇİN: Dr. Fatih Bulut Karakavak mah. Mehmet Ejder cad. 1. sok. Güldeste konutları No:1/1 Malatya fatihbulut-1@hotmail.com
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 17/ 09 / 2009 • KABUL TARİHİ: 20 / 11 / 2009

KAYNAKLAR

1. Çınar U, Yiğit Ö, Uslu B, Alkan S. Pycocle of the middle turbinate: a case report. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2004; 12: 35-38
2. Yılmaz C, Yavuz H, Çakmak Ö, Yoloğlu Z, Özlüoğlu L. A case of pycocle arising from the concha bullosa of the middle turbinate. Kulak Burun Boğaz Klinikleri 2002; 4: 96-99
3. Bahadır O, Imamoglu M, Bektas D. Massive concha bullosa pycocle with orbital extension. Auris Nasus Larynx 2006; 33: 195-198
4. Okuyucu Ş, Akoğlu E, Dağlı AS. Concha bullosa pycocle. Eur Arch Otorhinolaryngol 2008; 265: 373-375
5. Ünlü HH, Akyar S, Çaylan R, Nalça Y. Concha bullosa. J Otolaryngol. 1994; 23: 23-27
6. Armengot M, Ruiz N, Carda C, Hostalet P, Basterra J. Concha bullosa mucocele with invasion of the orbit. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 121: 650-652
7. Badia L, Parikh A, Brookes GB. Pycocle of the middle turbinate. J Laryngol Otol 1994; 108: 783-784
8. Lidov M, Som PM. Inflammatory disease involving a concha bullosa (enlarged pneumatized middle nasal turbinate): MR and CT appearance. AJNR 1990; 11: 990-1001
9. Marionowski R, Farragi M, Zerah M, Brunelle F, Manach Y. Subdural empyema complicating a concha bullosa pycocle. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2002; 24: 65: 249-252
10. Irwin BC. Pycocle of the middle turbinate. J Laryngol Otol 1983; 97: 271-274