

ENDOSKOPIK SINÜS CERRAHİSİNDE PARŞİYEL (ANTEROLATERAL) ORTA KONKA REZEKSİYONU (+)

ENDOSCOPIC SINUS SURGERY WITH PARTIAL (ANTERO-LATERAL) MIDDLE TURBINATE RESECTION

Dr. Fikret İLERİ (*), Dr. S. Sabri USLU (*), Dr. Levent BEDER (*),
Dr. Muharrem DAĞLI (*), Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU (*), Dr. Suat ÖZBİLEN (*)

ÖZET: Endoskopik sinüs cerrahisi kronik sinüzit tedavisinde yeni bir dönemi başlatmıştır. Bu cerrahinin uygulanmasında anahtar yapılardan en önemlisi olan orta konka sık olarak orta me'a'ya girişi zorlaştıran bir engel de olabilmektedir. Bu sorunu aşmak üzere birçok yazar tarafından orta konkaya yönelik çeşitli girişimler tanımlanmıştır. Bu yöntemlerden kabul gören bir tanesi de orta kankanın antero-lateral bölümünde gerçekleştirilen parşiyel rezeksiyondur. Bu çalışmada kliniğimizde 1995-1997 yılları arasında, kronik sinüzit tanısı alan 80 hastada uygulanan 140 operasyonda endoskopik sinüs cerrahisi beraberinde parşiyel orta konka rezeksiyonu da yapılmıştır. Bu girişimin vakaların operasyon sırasındaki ve postoperatif pansumanlar üzerindeki avantajı, dezavantajları değerlendirilmiş ve operasyon kavitesine olan etkileri incelenmiştir. Parşiyel orta konka rezeksiyonu ile ilgili karşılaşılan en ciddi sorun operasyon sonrası dönemde tamponların çekilmesi sırasında gelişen hemoraji olmuştur. Bunun dışında hiç bir vakada takip süresi içinde atrofik rinit ve uzun süreli kabuklanma gibi sorunlara rastlanmamıştır. Ayrıca orta me'a antrostomisinin stenozu ve kavitede sinesi gelişme riskinin anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Prosedürün gerçekleştirildiği hastalarda semptomlara dayanılarak belirlenen operasyon başarıları % 90 düzeyindedir ve literatürdeki diğer serilerle uyumludur. Sonuç olarak endoskopik sinüs cerrahisinde orta me'a girişinin dar olduğu vakalarda orta konka antero-lateral rezeksiyonu tavsiye etmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Endoskopik sinüs cerrahisi, orta konka rezeksiyonu, turbinoplasti.

SUMMARY: Endoscopic sinus surgery (ESS) has started a new era in the management of chronic sinusitis. Middle turbinate, one of the most important key structures in this method may obstruct the access to the middle meatus. Several interventions directed on middle turbinate have been defined to solve this problem. Partial resection of antero-lateral region of middle turbinate is one them. In this study, ESS with partial middle turbinate resection were performed in 140 sides of 80 patients with chronic sinusitis between 1995 and 1997 in our department. Advantages, disadvantages of the method during surgery and postoperative healing of the cavity were investigated. Most serious problem encountered was bleeding when nasal packing was removed. No atrophic rhinitis or long term crusting were encountered during postoperative follow - up period. In addition, closure of the middle meatus antrostomy and synechiae formation rates found to be low. Our general success rate was 90 % depending on the subjective improvements in the patients' symptoms in the postoperative period. As a conclusion, we advocate partial middle turbinate resection in ESS for the cases with narrow middle meatus access.

Key Words: Endoscopic sinus surgery, middle turbinate resection, turbinoplasty.

GİRİŞ

Orta kankanın şekli ve büyüklüğü endoskopik sinüs cerrahisinde önemli rol oynayabilir. Hacimli ve oynak bir konka cerrahin görüşünü önemli ölçüde en-

Gelleyebilir (1,2). Orta me'a girişinin darlığı sadece görüşü kısıtlayarak operasyonu zorlaştırmaz, aynı zamanda postoperatif dönemdeki sinesi ve orta me'a antromisinin daralması, kapanması gibi sorunların artmasına da neden olabilir. Literatürde bu sorunun çözümüne yönelik başlıca üç tane orta konka girişimi tanımlanmıştır. Bunlar, orta konka medializasyonu, total orta konka rezeksiyonu ve parşiyel orta konka rezeksiyonudur.

(*) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı,
ANKARA

(+) 24. Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi
Kongresinde tebliğ olarak sunulmuştur.

Günümüzde orta konka medializasyonu birçok cerrah tarafından uygulanan bir yöntemdir. Ancak bu yöntem vakaların büyük kısmında yeterli görüş sağlamakta ve ground lamellanın geçildiği durumlarda orta konkanın mobilize olmasına yol açabilmektedir (1). Bunun sonucu olarak da konka ile etmoid kavite arasında sinüsler ve orta mea antrostromisinin daralması, kapanması olasılıkları ortaya çıkabilmektedir.

Total orta konka rezeksiyonu ise böyle bir sorunun çözümüne yönelik fazlaca radikal ve gereksiz bir girişim olarak görünmektedir. Buna karşılık iyi planlanmış parsiyel rezeksiyonlar veya türbinoplastiler bazı cerrahlar tarafından başarı ile kullanılmakta ve birçok avantajlarından bahsedilmektedir (1,2). Parsiyel rezeksiyonlar genellikle orta konkanın ön kısmından yapılmaktadır. Bazı rinologlar konkalara radikal müdahaleden kaçınılması gerektiği konusunda çeşitli uyarılarda bulunmuşlardır. Bu tip girişimlerin burun boşluğunda kabuklanmalara ve atrofik rinite yol açabileceğini ileri sürmüşlerdir (6). Buna karşın, bazı yazarlar, orta konkanın total olarak çıkarılmasının bile burun fonksiyonları açısından önemli bir soruna yol açmayacağını bildirmişlerdir (7). Bir diğer çalışmada da, parsiyel orta konka rezeksiyonu yapılan vakalarda mukosilyer klirens incelenmiş ve mukus transportunda anlamlı patolojik değişme saptanmamıştır (10).

Bu çalışmanın amaçları endoskopik sinüs cerrahisi beraberinde gerçekleştirilen parsiyel orta konka rezeksiyonunun hem operasyon sırasında hem de postoperatif pansumanlardaki avantaj, dezavantajlarının değerlendirilmesi ve operasyon kavitesine olan etkilerinin incelenmesidir. Ayrıca prosedürün gerçekleştirildiği hastalarda semptomlara dayanılarak belirlenen operasyon başarısı literatürdeki sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Ocak 1995 ile Ocak 1997 tarihleri arasında 203 hastaya, kronik sinüzit, rekürren sinüzit veya postnazal akıntı tanılarıyla endoskopik sinüs cerrahisi uygulanmıştır. İntranazal polipozis tanısı olan vakalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu hastalardan 80 tanesinde orta mea girişini genişletmek amacıyla parsiyel orta konka rezeksiyonu yapılmıştır. Bu hastalar 140 tarafta uygulanan cerrahi sonrasında en az 6 en fazla 30 ay süreyle takip edilmişlerdir.

Konka rezeksiyonu yapılan hastaların 36'sı (%45.0) kadın, 44'ü (% 55.0) erkekti ve yaş ortalamaları 44,4 olarak hesaplandı. Hastaların şikayetleri Tablo 1'de ve preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastalarda 31 tarafta konka bülloza belirlendi.

Şikayet	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Baş ağrısı	52	65
Yüzde basınç ve ağrı	65	81.2
Burun tıkanıklığı	70	87.5
Geniz akıntısı	75	93.7
Koku alma bozukluğu	2	2.5
Diğer (ateş, ağız kokusu, öksürük)	10	12.5

N: 80 (Hasta sayısı)

Tablo 1: Hastaların şikayetleri

Patoloji	Sayı	Yüzde (%)
Mukozal hastalık	65	81.2
Anatomik deformite (Konka bülloza ve diğerleri)	40	50
Negatif BT	3	3.7

N: 80 (Hasta sayısı)

Tablo 2: Hastaların preoperatif BT bulguları.

Operasyon 25 hastada genel anestezi altında, diğerlerinde ise lokal anestezi ile gerçekleştirildi. Hastaların tamamında ameliyatın başlangıcında orta konkanın ön kısmına 1 cc 1/100000'lik adrenalın içeren % 2'lik lidokain enjeksiyonu yapıldı. Daha sonra 11 numaralı bisturi ile orta konka ön bölümüne vertikal düzlemde bir insizyon yapıldı ve bu insizyonun laterilerinde kalan konka bölümü çıkarıldı. Bu işlemden sonra operasyonun geri kalan kısmına geçildi. Ameliyat sonunda orta meaya merocel tampon kondu ve 24-48 saat sonra bu tampon çıkarıldı. Postoperatif ilk 14 günlük dönemde yapılan kontrollerde kavitelere biriken krut ve pıhtılar temizlendi. Daha sonra hastalara steroidli nazal sprey kullanmaları önerildi.

Operasyonun başarısını belirlemek üzere hastalar semptomlarındaki değişmeye göre dört gruba ayrılmıştır: semptomları tamamen kaybolmuş, büyük ölçüde düzelmiş, düzelmiş ve değişiklik göstermeyen-kötüleşen. Bu sınıflandırmaya göre semptomları tamamen kaybolmuş grup, sinüzitle uyumlu hiç bir yakınması kalmamış olan hastalardan oluşmuştur. Büyük ölçüde düzelme gösterenler ise şikayetleri belirgin olarak azalmış ve yılda iki ya da daha az sinüzit atağı geçiren hastalardır. Bu iki gruptaki operasyonlar "başarılı" olarak kabul edilmiştir. İyileşme gösteren grup, semptomların şiddetinde azalma görülen ve sinüzit atakları yılda 3 ile 5 arasındaki hastalardır. Bu hastaların ameliyatları "faydalı" olarak değerlendirilmiştir. Değişmeyen-kötüleşen grup ise semptomlarında hiçbir değişiklik olmayan veya artan ve sinüzit atakları 5'den fazla olan hastalardır. Bu grubun operasyonları "başarısız" olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Toplam 80 hastada 140 tarafta yapılan endoskopik sinüs cerrahisi beraberinde anterolateral parsiyel orta konka rezeksiyonu da gerçekleştirilmiştir. Bu hastaların hiçbirinde orta konkanın parsiyel rezeksiyonuna bağlı, operasyonu etkileyecek düzeyde hemoraji ile karşılaşmamıştır. Ancak, 24-48 saat sonra, etmoidektomi kavitesindeki tamponun alınması ile birlikte 41 (% 29.3) tarafta hemoraji gelişmiştir. Bu hastalardan sadece 6 (% 4.3) tarafa yeniden tampon konulması gerekmiş, diğer hastalardaki kanamalar ise adrenalın emdirilmiş pamuklarla kontrol altına alınmıştır. Kanamaların büyük oranda orta konkadan kaynaklandığı gözlenmiştir.

Postoperatif dönemde yapılan kavite kontrollerinde 2 (% 1.4) tarafta orta konka ile lateral duvar arasında sinesi geliştiği, 4 (% 2.9) tarafta antrostomunun daraldığı ve 3 (% 2.1) tarafta da orta mea antrostomisinin kapandığı gözlenmiştir.

Daha önce belirtilmiş olan sınıflandırmaya göre, ilk üç grup göz önüne alındığında, hastaların 72'sinde (% 90.0) operasyon iyi sonuç vermiş olarak değerlendirilmiştir. Bu sınıflandırmaya göre hesaplanan operasyon sonuçları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Operasyon tipi	Sayı	Yüzde (%)
Anterior etmoidektomi	80	57.1
Posterior etmoidektomi	50	35.7
Orta mea antrostomisi	103	73.5
Frontal reses cerrahisi	16	11.4
Sfenoidektomi	10	7.1
Septoplasti	10	7.1

N : 140 (taraf sayısı)

Tablo 3: Hastalara uygulanan endoskopik sinüs cerrahisi prosedürlerinin dağılımı.

Postoperatif Semptomların Durumu	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Semptomları tamamen kaybolmuş	50	62.5
Semptomları belirgin düzelmiş	12	15
Semptomları kısmen düzelmiş	10	12.5
Semptomları aynı veya daha kötü	8	10
Toplam	80	100

Tablo 4: Operasyon sonuçlarının semptomlara göre sınıflandırılması

TARTIŞMA:

Endoskopik sinüs cerrahisinde orta konka anahar bir yapıdır. Ancak bazı vakalarda orta konka şekli ve büyüklüğü nedeniyle orta meaya ulaşmayı zorlaştıran bir engel haline gelebilir. Bu engeli aşmak için birçok yazar orta konkaya yönelik çeşitli girişimler tanımlamışlardır. Bunlarda sık olarak kullanılanlardan birisi orta konkanın kırılarak mediale itilmesidir. Ancak bu yöntem çok fazla efektif olmadığı gibi orta konkanın oynak olması riskini de taşımaktadır (1). Bir başka yöntem olan parsiyel orta konka rezeksiyonunda orta mea'ya giriş belirgin şekilde genişlemekte ve cerrahi prosedür önemli ölçüde rahatlamaktadır (1,2). Bizim çalışmamızda da cerrahi girişim sırasında, orta mea girişinin dar olduğu durumlarda bu yöntem kullanılmış ve sağladığı avantajlar değerlendirilmiştir.

Burada tanımlanan orta konka müdahalelerine karşılık bu yapıya dokunulmaması gerektiği savunan araştırmacılar da bulunmaktadır. Bu düşüncenin temelinde, müdahaleyi takiben atrofik rinit, kabuklanma ve koku alma bozukluklarının gelişeceği endişesi yatmaktadır. Ancak Murgenstein gibi yazarlar gerekli

gördükleri vakalarda, total orta konka rezeksiyonu dahil olmak üzere çeşitli orta konka girişimlerini uygulamışlar ve olgularının uzun süreli takiplerinde burun boşluğunda kabuklanma ve atrofik rinit gibi sorunlarla karşılaşmadıklarını bildirmişlerdir (7). Ayrıca yine başka bir çalışmada, parsiyel orta konka rezeksiyonlarından sonra mukosilyer klerens incelenmiş ve mukus transportu ile ilgili belirgin bir patolojiye rastlanmamıştır (10). Biz de vakalarımızın hiçbirinde takip süresi içinde atrofik rinit ve uzun süreli kabuklanma gibi sorunlarla karşılaşmadık.

Parsiyel orta konka rezeksiyonu ile ilgili karşılaştığımız en ciddi sorun operasyon sonrası dönemde tamponların çekilmesi sırasında gelişen hemoraji olmuştur. Bu nedenle 140 operasyon kavitesinden 6 tanesine (% 4.3) yeniden tampon koymak zorunda kalmıştır. Hastaların hiçbirinde operasyon sırasında ciddi düzeyde kanamaya rastlanmayışını da girişim öncesi yapılan adrenalini lidokain infiltrasyonuna bağlı olduğunu düşünülmüştür. Literatürde de, parsiyel orta konka rezeksiyonu yapılan olgularda, benzer şekilde postoperatif kanama sorunu ile karşılaşılabilirdiği rapor edilmiştir (1,2,9).

Postoperatif uzun dönemdeki kavite kontrolle- rinde sadece iki tarafta (% 1.4) orta konka lateral duvar arasında sinesi ortaya çıkmıştır. Bu rakam Stammberger'in serisinde % 8 olarak bildirilmiştir (9). Bunun yanı sıra, orta mea antrostomisinde daralma ise dört vakada (% 2.9) kapanma üç tarafta (% 2.1) görülmüştür. Orta mea antrostomisindeki stenoza Schaefer ve arkadaşlarının serisinde % 6, Davis ve arkadaşlarının serisinde % 6.5 oranında rastlanmıştır (2,8). Davis ve arkadaşlarının parsiyel orta konka rezeksiyonu yaptığı bir başka seride ise, stenoz oranı %4'e düşmüştür (5). Gerçekten de parsiyel orta konka rezeksiyonu yapılan vakalarda stenoz ve sinesi riski anlamlı şekilde düşmektedir.

Kronik sinüzit tedavisinde endoskopik sinüs cerrahisi, geleneksel yöntemlere göre, tedavi başarı oranını yükseltmiştir. Başarı oranı literatürde yayınlanan serilerde % 86 ile % 96 arasında değişmektedir (1,2,3,4,8). Bizim serimizde bulunan başarı oranı da literatürle uyumlu olarak % 90 düzeyindedir.

Bütün bu avantajlarına ek olarak parsiyel orta konka rezeksiyonu yapılan vakalarda orta mea girişinin genişliğine bağlı olarak etmoidektomi kavitesinin bakımı ve pansumanları oldukça kolay olmakta, kavite bakım ihtiyacı önemli ölçüde azalmaktadır.

Sonuç olarak endoskopik sinüs cerrahisinde orta mea girişinin dar olduğu vakalarda postoperatif kanama riskini artırmamasına rağmen orta mea görüş sahasını artırmaması, sinesi ve stenoz riskini azaltması, operasyon sonrası pansumanları kolaylaştırması avantajları nedeniyle orta konka antero-lateral rezeksiyonunu tavsiye etmekteyiz.

Yazışma Adresi: Dr. Fikret İLERİ
Merhale Sokak 81/7
06510 Beştepe
ANKARA

KAYNAKLAR

1. BIEDLINGMAIER JF.: Endoscopic sinus surgery with middle turbinate resection: results and complication. ENT Journal 1993; 72 (5): 351-355.
2. DAVIS WE, TEMPLER JW, LAMERAR WR, DAVIS WE JR, CRAIG SB.: Middle meatus anastomy: patency rates and risk factors. Otolaryngol Head Neck Surg 1991; 104 (4): 467-472.
3. DURSUN E, BAYIZ U, KORKMAZ H, AKMAN-SU H, UYGUR K.: Follow-up results of 415 patients after endoscopic sinüs surgery. Eur Arch Otolaryngol 1998; 255 (10): 504-510.
4. FERNANDES SV.: Postoperative çare in functional endoscopic sinüs surgery? Laryngoscope 1999; 109 (6): 945 - 8.
5. LAMEAR WR, DAVIS WE, TEMPLER JW, MICKINSEY JP, DEL PORTO H.: Partial endoscopic middle turbinectomy augmenting functional endoscopic sinüs surgery. Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 107 (3): 382-9.
6. MOORE GF, FREEMAN TJ, OGREN FP, YONKER AJ.: Extended follow-up of total inferior turbinate resection for relief of chronic nasal obstruction. Laryngoscope 1985; 95: 1095-1099.
7. MORGENSTEIN KM, KRIEGER MK.: Experiences in middle turbinectomy. Laryngoscope 1980; 90: 1596-1600.
8. SCHAEFER SD, MANNING S, CLOSE LG.: Endoscopic paranasal sinus surgery. Laryngoscope 1989; 99(1): 1-5.
9. STAMMBERGER H: Functional Endoscopic Sinus Surgery. BC Decker, Philadelphia 1991.
10. WAGUESPACK R.: Mucociliary clearance patterns following endoscopic sinüs surgery. Laryngoscope 1995; 105(suppl 63): 1-44.