

OLGU SUNUMU

ERİŞKİNLERDE UNİLATERAL KOANAL ATREZİ

UNILATERAL CHOANAL ATRESIA IN ADULTS

**Dr. Üzeyir GÖK (*), Dr. İrfan KAYGUSUZ(*),
Dr. Necdet ÖZER (*), Dr. Erol KELEŞ (*)**

ÖZET: En sık görülen konjenital nazal anomali olan koanal atrezi 5-7 bin canlı doğumda bir görülmektedir. Bu hiçte küçümsenecek bir oran değildir. Bilateral olunca acil tedavi gerektiren koanal atrezi, unilateral olduğunda ciddi semptomlar vermediğinden tanısı geç konabilir. Unilateral koanal atrezide genellikle tek semptom tek taraflı burun tıkanıklığı ve burun akıntısıdır. Tek taraflı pürülan rinorenin ayırıcı tanısında yabancı cisim, sinüzit, benign ve malign tümörlerin yanında unilateral koanal atrezi de düşünülmelidir. Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne tek taraflı burun akıntısı ve burundan nefes alamama şikayeti ile başvuran 15 aşında bir kız ve 33 yaşında bir erkek hastada osseomembranöz tipte unilateral koanal atrezi saptadık. Hastaların ikisini de transpalatal cerrahi yaklaşımla opere ettik. Cerrahi sonrası komplikasyon oluşmadı. Bu makalede, ileri yaşlarda tanınan bu iki vaka nedeniyle koanal atrezinin tanı ve tedavi prensipleri literatür bilgisiyle tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Koanal atrezi, Nazal anomali

SUMMARY: Choanal atresia which is the most common congenital nasal anomaly is determined in one of the 5000 to 7000 live births. This ratio is infact cannot be denied. Choanal atresia when it's bilateral, necessiates immediate treatment. However in cases of unilateral choanal atresia serious symptoms do not appear thus the diagnosis may be delayed. The only symptom in unilateral chonal atresia is unilateral nasal obstruction and nasal discharge, in the differential diagnosis of unilateral purulent rhinorrhea, foreign body, sinusitis, benign and malignant tumors and unilateral choanal atresia should be concerned. We determined osseomembranous type unilateral choanal atresia should be concerned. We determined osseomembranous type unilateral choanal atresia in a 15 - year old girl and in 33- year old man, both presented to Fırat University, Fırat Medical Center with complaints of unilateral nasal discharge and nasal obstruction. The patients undervent surgery with transpalatal intervention. Postoperatively, there was no complication. in this article, with the detection of these two cases in older ages, the diagnosis and treatment of choanal atresia was reviewed in respect to literature.

Key Words: Choanal atresia, nasal anomaly

GİRİŞ

Burun boşluğunun arka kısmı ile nazofarenksin birleşim yerinin kapalı olması olarak tanımlanabilen koanal atrezi (KA), ilk defa 1755'te Roederer tarafından tarif edilmiştir (2). 5-7 bin canlı doğumda bir görüldüğü, kadınlarda ve sağ tarafta daha sık olduğu, hastaların 1/5'inin ailevi eğilim gösterdiği bildirilmiştir.

tir (3,11). Vakaların %50-60'ı tek taraflıdır. %90'ı osseöz veya osseomembranöz, %10'u ise membranöz tiptedir (1). Görüş birliği olmamasına rağmen gelişiminde mezodermal akım teorisi ya da persistan bukkofarengal membran teorisi sorumlu tutulmaktadır (5).

Bilateral KA'lı çocuklar doğdukları andan itibaren solunum sıkıntısı göstermekte ve zamanında tanınıp müdahale edilmedikleri takdirde kaybedilebilmektedir. Oysa Unilateral KA'nin genellikle tek semptomu burun tıkanıklığı veya burun akıntısı olduğu için uzun yıllar tanısı gecikmektedir (3).

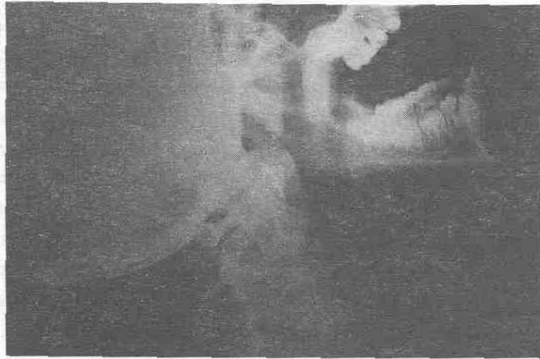
(*) Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ABD ELAZIĞ

(+) Bu çalışma kısmen 2-5 Mart 2000 tarihlerinde Uludağ 2000 KBB Günleri Simpozyumunda poster olarak sunulmuştur.

Bu makalemizde, ileri yaşlarda tanı konulan unilateral koanal atrezili iki hasta nedeniyle KA'yı yeniden gözden geçirmeyi, tanı ve tedavi prensiplerini tartışmayı amaçladık.

OLGULAR

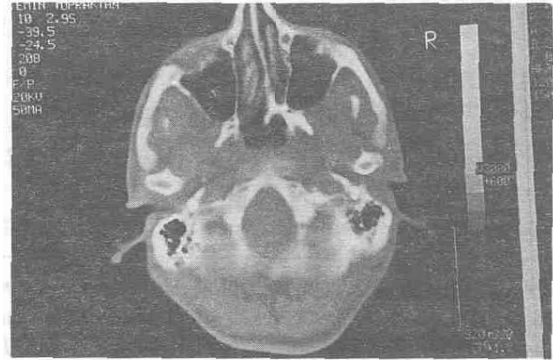
OLGU 1: 15 yaşında kız çocuğu, Eylül 1995'te tek taraflı burun akıntısı ve burun tıkanıklığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bu şikayetleri küçük yaşlardan beri varmış. Bu nedenle doktora götürülmüş ve ameliyat olması gerektiği söylenmiş. Ancak ailesi bunu ciddiye almamış. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine yıllar sonra kliniğimize getirildi. Yapılan KBB muayenesinde koanal atreziden şüphelenildi ve bunu ekarte etmek için sağ taraf nazal kaviteden nazofarenke doğru nazogastik sonda gönderilmeye çalışıldı, ancak sondanın nazofarenkse geçmediği görüldü. Unilateral koanal atrezi ön tanısı ile yan kafa grafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Sağ tarafta osseomembranöz tipte Unilateral koanal atrezi saptandı (Resim 1). KA olan tarafta burunda hipoplazi vardı. Hastaya transpalatal yaklaşımla cerrahi operasyon yapıldı. Halen takibimiz altında olan hastanın herhangi bir sorunu olmadı.



Resim 1

OLGU 2: 33 yaşında erkek hasta, Temmuz 1999 da burnunun sağ tarafından nefes alamama ve tek taraflı burun akıntısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri çocukluğundan beri varmış ve yedi yaşında gittiği doktor ameliyat olması gerektiğini söylemiş. Ancak ailesi doktorun söylediğini ciddiye almamış ve hasta bu yaşına kadar bir daha doktora gitmemiş. Yapılan KBB muayenesinde sağ koananın kapalı olduğu ve nazogastrik sondanın nazofarenkse geçmediği tespit edildi. Unilateral koanal atrezi ön tanısı ile aksiyel planda BT çekildi. BT'de osseomemb-

ranöz tipte unilateral koanal atrezi saptandı (Resim 2). KA ile birlikte damak kubbesinin yükselmiş olduğu görüldü. Hastaya transpalatal yaklaşımla cerrahi operasyon yapıldı. Halen takibimiz altında olan hastanın herhangi bir sorunu olmadı.



Resim 2

TARTIŞMA:

Bilateral koanal atrezi, yeni doğan zorunlu nazal solunum yaptığından doğum sonrası erken ve kolay tanı konabilen, acil müdahale gerektiren bir durumdur. Hemen müdahale edilemezse ölümcül hale gelebilir (3). Unilateral koanal atrezi ise iki kat daha sık görülmesine rağmen genellikle tek taraflı burun tıkanıklığı ve akıntısı dışında bulgu vermediği için tanınması uzun yıllar gecikebilen bir patolojidir (4). Hastalarımızın ikisinde de tek taraflı burun tıkanıklığı ve akıntısı dışında semptom olmadığı için teşhisleri oldukça gecikmiş ve kültür düzeyi düşük olan ailesi tarafından tedavileri erişkin yaşlara kadar ertelenmiştir.

KA, tek başına görülebileceği gibi %10-50 oranında diğer anomalilerle birlikte görülebilir (2). İlk defa 1974 yılında Hall (8), koanal atrezinin çeşitli konjenital anomalilerle birlikte görülebileceğine dikkati çekmiş ve anomalilerin ingilizce baş harflerinden oluşan CHARGE sendromunu tanımlamıştır (C: Coloboma, H: Kalp hastalığı, A: Koanal atrezi, R: Büyüme ve gelişme geriliği, G: Genital hipoplazi, E: Kulak anomalileri ve/veya sağırılık). Coniglio ve arkadaşları (2), konjenital koanal atrezili 24 vakalık serilerinde 9 vakada CHARGE sendromu bulgularına rastlamışlardır. Biz hastalarımızın ikisinde de KA'la birlikte görülen ikinci bir anomaliye rastlamadık. Literatürde, tedavi edilmemiş KA'la birlikte görülen ikinci bir anomaliye rastlamadık. Literatürde, tedavi edilmemiş KA vakalarında nazal kavite, damak yük-

sek maksilla boyutlarında değişiklikler, dişlerde çarpıklıklar olabileceği, fasial aplazi ve hipoplazi görülebileceği bildirilmiştir (6). Bizim olgularımızın birinde tedavideki gecikmeye bağlı olarak damak kubbesinin yükselme, diğerinde de atrezili tarafta burunda hipoplazi vardı.

Tek taraflı burun tıkanıklığı ve akıntısının ayırıcı tanısında koanal atreziyle birlikte yabancı cisim, akut sinüzit, antrokoanal polip ve tümörler akla gelmelidir (10,11).

Günümüzde koanal atrezinin kesin tanısında kullanılan yöntemler tartışmalıdır. Ancak BT hem tanı hem de atrezinin cinsi ve yaygınlığını göstermesi açısından en çok kullanılan yöntemdir (9). Bunun dışında nazogastrik sondanın burundan nazofarenkse geçmemesi, burundan verilen metilen mavisinin orofarenksten görülmemesi, kontrastlı koanografi çekilmesi, madeni sondaların burundan sokulması ve endoskopik muayene gibi tanı yöntemleri de kullanılmaktadır (3,10). Ancak nazogastrik sondanın kıvrılma riskinin olması; metilen mavisi ve kontrast maddenin çok küçük delikten bile geçebilmesi; madeni sondaların travma riskinin büyük olması nedeniyle bu yöntemler tercih edilen tanı yöntemleri değildir (3). Bir olgumuzda burundan sokulan nazogastrik sondanın nazofarenkse geçmemesi ile tanı konmuş ve BT ile tanı kesinleştirilmiştir.

Brown ve arkadaşları (1), yaptıkları bir çalışmada BT çektikleri 63 koanal atrezi olgusunun, 18'inde (%29) osseöz, 45'inde (%71) osseomembranöz tipte koanal atrezi olduğunu, hiçbirinde membranöz tipte atreziye rastlamadıklarını bildirmişlerdir. Bizim iki vakamızda da literatürle uyumlu olarak osseomembranöz tipte koanal atrezi saptanmıştır.

Koanal atrezinin tedavisinde transnazal, transpalatal, transseptal, eksternal rinoplasti, karbondioksit lazer, endoskopik endonazal yaklaşım ve Nd: YAG lazer gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (10,11). Günümüzde transnazal ve transpalatal yaklaşımlar ön plana çıkmıştır (3).

Transnazal yaklaşımın basit ve kısa sürede uygulanabilir olması, kanamanın az olması, palatal büyümede ve oklüzyonda ileri yaşlarda sorun yaratmaması, operasyondan hemen sonra çocuğun anne sütü emebilmesi ve hastahane toplam kalış süresinin kısa olması gibi üstünlükleri vardır. Ancak bu teknikte stenoz gelişme ihtimalinin yüksek olması, görüş alanının yetersiz olması nedeniyle manüplasyonun

zor olması, koanal çatı ve kafa tabanının yaralanma riski, olması gibi dezavantajları vardır. Bu teknik membranöz veya ince osseöz koanal atrezili yeni doğanlarda tercih edilir (3).

Transpalatal yaklaşım, unilateral veya bilateral atrezilerde kullanılabilir. Daha iyi görüş alanı sağlanması, nazal mukozayı koruması, stenoz riskinin düşük olması bu tekniğin üstünlükleridir. Ancak palatal gelişimde ve oklüzyonda sorun yaratması, kanamanın fazla, operasyon ve hastanede kalış süresinin uzun olması gibi dezavantajları vardır. Daha çok yaşça büyük olanlarda, kalın osseöz atrezilerde, septum deviasyonu ve konka hipertrofisi olanlarda ve revizyon vakalarında tercihi edilir (3,10). Freng (7), transpalatal yolla opere ettiği vakaların %52'sinde damakta büyüme bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Biz, daha iyi görüş sağlanması ve hastalarımızın ileri yaşta olmalarından dolayı transpalatal yaklaşımı tercih ettik.

Unilateral koanal atrezi insidensi küçümsenmeyecek bir orandadır. Tek taraflı konjenital koanal atrezili bebeklerde öznel semptomların yokluğu bu patolojinin çoğu zaman ileri yaşlarda tanı konmasına ve tedavi edilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle tek taraflı burun tıkanıklığı ve akıntısı şikayeti ile gelen vakalarda ayırıcı tanıda koanal atrezi de düşünülmelidir. Günümüzde koanal atrezinin tedavisinde pek çok cerrahi teknik uygulanmakla birlikte biz erişkinlerdeki unilateral KA tedavisinde; daha iyi bir görüş sağlanması, stenoz riskinin düşük olması, erişkinlerde ve revizyon cerrahisinde uygulanması nedeniyle transpalatal yaklaşımı önermekteyiz.

Yazışma Adresi: Dr. Üzeyir GÖK

Fırat Üniversitesi Fırat
Tıp Merkezi KBB Kliniği
23200 ELAZIĞ

KAYNAKLAR

1. BROWN OE, POWNELL P, MANNING SC. Choanal atresia: a new anatomic classification and clinical management applications. *Laryngoscope* 1996; 106: 97-101.
2. CONIGLIO JU, MANZIONE JV, Hengerer AS. Anatomic findings and management of choanal atresia and the CHARGE association. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; 97: 448-453.
3. DEĞER K, ULUĞ T, KELEŞ N, ÇİLİNGİROĞLU T, ÜZEYİR M. Koanal atrezide acil tanı ve tedavi *Türk Otolaringoloji Arşivi* 1991; 29: 104-5.
4. DEMİRBİLEK N. Koanal atrezi. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 1994; 32: 93-95.
5. DUNHAN ME, MILLER RP. Bilateral choanal atresia associated with malformation of the anterior skull base: embryogenesis and clinical implications. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 916-919.
6. ERGİN NT, ÖNERCİ M, ENACAR A. Burun solunumu ile orofasiyal gelişme arasındaki ilişki. *KBB Bülteni* 1995; 2: 48-51.
7. FRENG A. Surgical treatment of congenital choanal atresia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1978; 87: 346-350.
8. HALL BD. Choanal atresia and associated multiple anomalies. *J Pediatr* 1979; 95: 395-398.
9. KAPLAN LC. The CHARGE association: choanal atresia and multiple congenital anomalies. *Otolaryngol Clin North Am* 1989; 22: 661-672.
10. ROWE L. Congenital anomalies of the head and neck. In: Ballenger JJ, Snow JB, eds. *Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*. Philadelphia. Williams & Wilkins, 1996: 209-219.
11. PASHLEY NRT. Congenital anomalies of nose. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, eds. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. St Louis, Missouri. Mosby Year Book, 1993. Vol 1, pp 702-712.