

Olgu Sunumu: Inferior Konka Bulloza

Case Report: Inferior Concha Bullosa

Dr. Ahmet URAL*, Dr. Sabri USLU**

* Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Uzmanı, Özel Numune Tıp Merkezi, Ankara

** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Inferior konka bulloza, alt konkanın pnömatizasyonu olup seyrek görülen bir klinik durumdur. Klinikte burun tıkanıklığı, baş ağrısı, geniz akıntısı, anosmi ve bazen epifora gibi belirtilere yol açabilir. Tanıda anamnez ve fizik muayene sonrası bilgisayarlı tomografi (BT) ile görüntüleme değerlidir. Inferior konka bulloza (İKB) varlığında cerrahi tedavi seçilmiş olgularda uygulanabilir. Maksiller sinüs içine uzanımı olmayan pnömatize alt konka varlığında outfracture ve/veya lateral turbinektomi yapılabilir. Maksiller sinüs bağlantılı İKB olgularında ise iyatrojenik inferior meatal antrostomiye önlemek için, pnömatize orta konkalarda uygulanan turbinoplasti benzeri bir tekniğin alt konkaya uygulanması önerilmektedir. Makalede burun tıkanıklığı yakınmasıyla başvuran 23 yaşındaki İKB olgusu sunulmuştur. Hastada İKB'nın maksiller sinüs ile bağlantısız oluşu ve preoperatif topikal dekonjesyon ile semptomatolojinin anlamlı şekilde azalması nedeni ile outfracture ve radyofrekans uygulaması yapılmıştır. Inferior konka bullozanın semptomatolojisi, tanı ve tedavi stratejileri tartışılmıştır. Alt konka hipertrofisi ayırıcı tanısında İKB akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Alt konka pnömatizasyonu, inferior konka bulloza.

ABSTRACT

Inferior concha bullosa is defined as the pneumatization of inferior intranasal turbinate and is a rare clinical condition. Its chief clinical symptoms are nasal stuffiness, headache, postnasal drip, anosmia and sometimes epiphora. After taking careful history and prompt physical examination, computed tomography (CT) evaluation is the most valuable diagnostic measure. Selected symptomatic cases may call for surgical treatment. Inferior concha bullosa (ICB) cases with no extension to maxillary sinus may be treated via outfracture and/or lateral turbinectomy; whereas for ICB cases with extension to maxillary sinus, inferior turbinoplasty similar to the technique applied to middle turbinate is suggested in order to avoid iatrogenic inferior meatal antrostomy. In this article, a 23-year-old patient complaining from unilateral nasal stuffiness is presented. Since the patient reported significant relief with topical decongestant application and ICB was unrelated to maxillary sinus in our case, outfracture and radiofrequency ablation were performed. Symptomatology, diagnostic and therapeutic measures for ICB are discussed. In the differential diagnosis of inferior turbinate hypertrophy, ICB should be kept in mind.

Keywords

Inferior turbinate pneumatization, inferior concha bullosa.

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): **Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara**
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **21.09.2004** · Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **15.10.2004**

Yazışma Adresi

Op. Dr. Ahmet URAL

Doğanbahçe Sokak 22/3 06340 Demirlibağçe/ANKARA

Tel: 319 42 72 GSM: 0 505 273 06 26-0 533 479 51 15 E-mail: ahmetural2001@yahoo.com

GİRİŞ

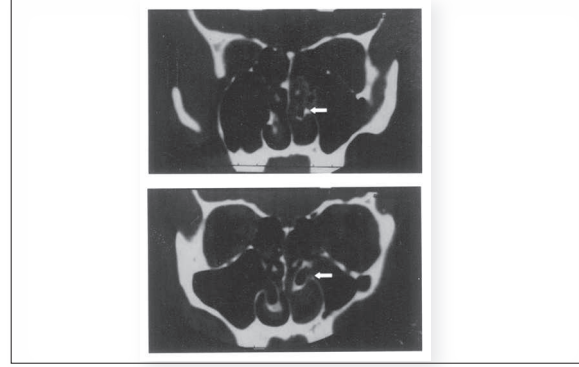
Konka bulloza, orta konkanın ve daha seyrek olarak üst konkanın pnömatizasyonudur (11). İnferior konka bulloza (İKB), alt konka gövdesinde hava keseciği içeren yapı olup maksiller sinüs ile bağlantılı olabilir (10). Orta konka pnömatizasyonu, klinikte sık görülen bir durum olmasına karşın İKB oldukça seyrek görülür (2). İKB unilateral olabileceği gibi, bilateral olarak da görülebilir (2, 3, 13). Bu makalede tek taraflı alt konka pnömatizasyonu olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

23 yaşında Afrika kökenli erkek hasta, 3 yıldır sürekli olan burnun sol tarafında tıkanıklık şikayeti ile başvurdu. Nazal travma veya allerji öyküsü olmayan hastanın anterior rinoskopi ve nazal endoskopisinde septumun hafif sağa deviye olduğu, nazal mukozanın hafif konjesyone, sol alt ve orta konkaların hipertrofik olduğu; özellikle alt konkanın nazal pasajı daralttığı gözlemlendi. Allerjiye yönelik yapılan 'prick test' sonucunda hastanın herhangi bir etkene karşı aşırı duyarlılığı saptanmadı. Hastaya vazomotor rinit ön tanısıyla sistemik ve topikal dekonjestanlar ve 3 ay süreyle topikal steroidlerden oluşan tedavi verildi. Bu süre sonunda şikayetlerde azalma olmaması üzerine çekilen Koronal BT kesitlerinde sol alt konkanın pnömatize olduğu, pnömatize alt konka içinde kalan hava keseciğinin maksiller sinüsle bağlantılı olmadığı ve sağa hafif septal deviasyon olduğu gözlemlendi (Resim 1). Preoperatif topikal dekonjesyon testinde konka boyutunda belirgin küçülme ve semptomlarda kayda değer azalma olması üzerine hastaya 16.11.2003 tarihinde lokal anestezi altında sol alt konkaya outfracture ve radyofrekans ile ablasyon uygulandı. Peroperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon olmayan hastada postoperatif 8. ay itibarıyla semptomda tama yakın düzelme sağlanmış durumdadır.

TARTIŞMA

Alt konka, önde naresten arkada koanalara kadar uzanan bir kemik yapıdır ve burunda en dar bölgeyi oluşturan nazal valvin bir parçasıdır. Maksiller gövdeden etmoid kreste alt meatus boyun-



Resim 1. İnferior konka bullozanın BT görüntüsü (ok ile işaretlenmiştir).

ca uzanır (9). Nazal kavite varyasyonları, özellikle fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisinde önem kazanmaktadır. Bulloz orta konkanın özelliklerine ilişkin literatürde yeterince veri olmasına karşın, aynı şeyi İKB için söylemek mümkün değildir (11,12). Literatürde İKB, ilk kez Zinreich tarafından tanımlanmıştır (12).

İKB etiopatogenezinde rol oynadığı düşünülen iki mekanizma vardır: I) Fetal hayatta alt konka kıkırdak iskeletinin çift lamel şeklinde ossifiye olması ve bu lamellerin arasına epitelin uygun şekilde invajinasyon yapamaması (3), II) Alt konka yapışma noktasında maksiller sinüs hastalığına ikincil hava keseciği oluşması (9). Olgumuzda geçmişe yönelik çok güvenilir bilgi vermese de maksiller sinüs hastalığına dair öykü ve bulgu olmayışı I. oluşum mekanizmasını destekler niteliktedir. Ünlü, bildirdiği İKB olgularında patogenezi benzer şekilde açıklamıştır (11).

Hipertrofik alt konkanın inspirasyonda hava akımını yukarı ve geriye yönlendirme işlevini tam anlamıyla yapamaması nedeniyle burun tıkanıklığı sıklıkla görülür. Büyümüş konkaların basısı nazal kontakt tip baş ağrısına yol açabilir. Baş ağrısı ve burun tıkanıklığının konka rezeksiyonu ile tedavi edilebilir (1). Koku alamama, burun akıntısı, geniz akıntısı ve alt meatal obstrüksiyona ikincil epifora diğer belirtilerdir. Asemptomatik İKB olguları tedavi gerektirmez (11).

Klasik radyolojik yöntemler, nazal kavite ve paranasal sinüslerin detaylı incelenmesine olanak tanımadığı için BT kullanımı daha ağırlık kazanmaktadır. Alt konkanın olası anatomik varyasyonlarının saptanması için özellikle koronal kesitli BT inceleme çok değerlidir. Örneğin etmoid infundi-

bulumun derin olduğu olgular, alt konka pnömatisasyonu ile karışabilir (3). Hastamızda verilen tedaviye yanıtızsızlık durumunda gecikmeden koronal BT incelemesi yapılarak İKB tanısı konmuştur. Alt konka hipertrofisi, daha çok burun tıkanıklığı, burun ve geniz akıntısı ile kendini gösterir.

Alt konka hipertrofisi için uygulanabilecek tek bir cerrahi yöntem tanımlanmamıştır (9). Önerilen yöntemler arasında submukozal sklerozan veya kortikosteroid enjeksiyonu, kriyoturbinektomi, ko-terizasyon, radyofrekans ablasyon ve konka rezeksiyonu sayılabilir (2,5). Cerrahi tedavide Doğru, alt konka lateral yüzünün antero-posterior yönde eksizyonunu önermiştir (3). Özcan ve arkadaşları, İKB olgusunda güvenli, pratik ve etkin bir yöntem olan 'outfracture' uygulamışlardır (9). Ünlü ise, İKB olgularından maksiller sinüs içine uzanımı olmayanlarda parsiyel turbinektomi yapabileceğini, olanlarda ise alt konka parsiyel rezeksiyonunun iyatrojenik alt meatal antrostomiye neden olacağını öne sürmüştür. Bunun maksiller sinüs fizyolojisini bozacağını ve doğal ostium ile antrostomi

mi noktası arasında mukus resirkülasyon fenomenini başlatacağını ifade etmiştir (11). Aksesuar ostium veya cerrahi olarak oluşturulmuş ostiumlar, mukusun doğal ostiuma doğru taşınması sürecini bozarak persistan sinüzite yol açarlar (7). Bunu önlemek için Har-El ve Slavit'in orta konka için tanımladığı turbinoplasti tekniği alt konkaya uygulanabilir. Bu teknikte hava kesesi içeren yapı içine orak bıçak ile girilip, düz Blakesley-Wilde forseps yardımı ile iç mukoza maksiller sinüs mukozası zedelenmeden çıkarılır. Daha sonra konka, ön yapışma noktasından başlayarak arkaya doğru sıkıştırılır (6). Olgumuzda her ne kadar BT'de İKB ile maksiller sinüs ilişkisiz görünse de, mukozal dekonjesyon ile semptomlarda anlamlı düzelme olması nedeni ile radyofrekans uygulaması ve noninvazif ve güvenli bir yöntem olmasından ötürü outfracture tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, alt konka hipertrofisi ayırıcı tanısında İKB akılda tutulmalıdır. Cerrahi tedavi planlanırken, bülloz konkanın maksiller sinüs ile ilişkisine dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Blaugrund SM. The nasal septum and concha bullosa. *Otolaryngol Clin North Am* 22: 291-306, 1989.
2. Dawlaty EE. Inferior concha bullosa-a radiological and clinical rarity. *Rhinology* 37: 133-135, 1999.
3. Doğru H, Döner F, Uygur K, Gedikli O, Çetin M. Pneumatized inferior turbinate. *Am J Otolaryngol* 20: 139-141, 1999.
4. Evans PHR. Anatomy of the nose and paranasal sinuses, in Wright D (ed): *Scott Brown's Otolaryngology*, Vol 1, Stoneham, MA, Butterworth-Heinemann, 1987, pp:150-151.
5. Fradis M, Golz A, Danino J, Gershinski M, Goldsher M, Gaitini L, Malatskey S, Armush W. Inferior turbinectomy versus submucosal diathermy for inferior turbinate hypertrophy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 109: 1040-1045, 2000.
6. Har-El G, Slavit DH. Turbinoplasty for concha bullosa: a non-synechia-forming alternative to middle turbinectomy. *Rhinology* 34: 54-56, 1986.
7. Kane KJ. Recirculation of mucus as a cause of persistent sinusitis. *Am J Rhinol* 11: 361-369, 1997.
8. Namon AJ. Mucocele of the inferior turbinate. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 104: 910-912, 1995.
9. Özcan C, Görür K, Nass Duce M. Massive bilateral inferior concha bullosa. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 111: 100-101 2002.
10. Stammberger H. *Functional Endoscopic Sinus Surgery*. Philadelphia, PA, Marcel Decker, 1991, pp: 160-169.
11. Ünlü HH, Altuntaş A, Aslan A, Eskiizmir G, Yücel A. Inferior concha bullosa. *J Otolaryngol* 31: 62-64, 2002.
12. Zinreich SJ, Mattox DE, Kennedy DW, Chisholm HL, Diffley DM, Rosenbaum AE. Concha bullosa: CT evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 12: 778-784, 1988.