

Konka Bülloza Nedenli Orta Konka Baş Ağrısı Sendromu

Middle Turbinate Headache Syndrome Due To Concha Bullosa

Dr. Selim ERBEK*, Dr. Seyra ERBEK**, Dr. Engin DURSUN***

* Karabük Devlet Hastanesi, Karabük

**Safranbolu Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Safranbolu

***S.B. Ankara Onkoloji Hastanesi Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği, Ankara

ÖZET

Kulak Burun Boğaz polikliniklerine müracaat eden olguların büyük bir kısmını baş ağrısı şikayeti olanlar oluşturmaktadır. Bu olgular içinde orta konka patolojilerine bağlı mukozal kontakt baş ağrıları (MKBA) son yıllarda önem kazanmıştır. Orta konka patolojilerine bağlı MKBA, orta konka baş ağrısı sendromu (OKBAS) olarak adlandırılmıştır. Bu çalışmada, OKBAS'nda tanı kriterleri ve konka büllozal olgularda endoskopik cerrahi sonuçları tartışılmıştır. Primer şikayeti baş ağrısı olan 17 konka büllozal olgu değerlendirilmiştir. Tanı, nazal endoskopik muayene ve paranazal sinüs bilgisayarlı tomografide orta konka ile lateral nazal duvar ve/veya septum arasında mukozal kontakt alanlarının saptanması ile konulmuştur. Olguların tamamına unilateral veya bilateral lateral parsiyel konka rezeksiyonu (lateral laminektomi) uygulanmıştır. Baş ağrısı 12 olgu (%70) tarafından "tamamen geçti", 5 olgu (%30) tarafından "daha iyi" şeklinde tarif edilmiştir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen inatçı baş ağrılarında infeksiyon dışı sinonazal patolojilerin özellikle MKBA'nın varlığı da unutulmamalı ve araştırılmalıdır. Bunlar içinde sıkça görülen konka büllozalara bağlı OKBAS'nda endoskopik cerrahi tedavi sonuçlarının oldukça başarılı olduğunu vurgulamak isteriz.

Anahtar Kelimeler

Baş ağrısı, mukozal kontakt baş ağrısı, orta konka baş ağrısı sendromu, konka bülloza, endoskopik cerrahi

ABSTRACT

Most of the patients admitted to ENT clinics suffer from headache. In recent years, intranasal mucosal contact point headaches (MCPH) gained more importance in these patients. MCPH due to middle turbinate abnormalities are named as middle turbinate headache syndrome (MTHS). In this study, the diagnostic criteria in MTHS and endoscopic surgical results in patients with concha bullosa were discussed. Seventeen cases with concha bullosa and headache as the primary complaint were evaluated. The diagnosis was established according to the existence of the mucosal contact points between middle turbinate and lateral nasal wall and/or nasal septum in nasal endoscopic examination and/or computed tomography scan of paranasal sinuses. Endoscopic unilateral or bilateral partial concha resection (lateral laminectomy) was performed on all patients. The headache complaint disappeared in 12 (70%) cases and improved in 5 (30%) cases. In conclusion, if the medical treatments are ineffective for the complaint of chronic headaches, noninfectious sinonasal pathologies, especially MCPH, must be considered. We also point that in these patients with MCPH due to middle concha bullosa, endoscopic surgical procedures are very successful.

Keywords

Headaches, mucosal contact point headaches, middle turbinate headache syndrome, concha bullosa, endoscopic surgery

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): **Karabük ve Safranbolu Devlet Hastanesi**

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **01.04.2002** · Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **17.08.2002**

Yazışma Adresi

Dr. Selim ERBEK

Bayırmahalle E.Çakmak Caddesi No:33/7 KARABÜK E-posta: selim.erbek@superonline.com

GİRİŞ

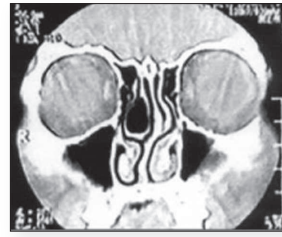
Genel popülasyonun, yaklaşık %10-20'si değişik nedenli baş ağrısı nedeniyle doktora başvurmaktadır (16). Baş ağrısı şikayetli olgular üç gruba ayrılarak değerlendirilebilirler (11,15,16);

1. Baş ağrısı sinonazal hastalığı ile direkt olarak ilgili olan olgular (Kronik inflamatuvar sinonazal hastalık, neoplazma, barotravma, veya diğer belirlemeyen sinonazal problemler gibi...)
2. Baş ağrısı sinonazal dışındaki nedenlere bağlı olan olgular (Migren, nevraljiler, servikal vertebra hastalıkları, düşük veya yüksek tansiyon, diğer vasküler hastalıklar, allerji, temporomandibular eklem hastalıkları, oftalmolojik ve intrakranial problemler, diş hastalıkları, baş boyun bölgesi tümör ve enfeksiyonları gibi...)
3. Baş ağrısının nedeni bulunamayan olgular. Sinonazal kökenli olguların büyük bir kısmını kronik inflamatuvar sinonazal hastalıklı olgular oluşturmaktadır. Bu olgularda medikal ya da cerrahi tedavi ile başarılı sonuçlar alınmaktadır. Ancak bazı olgularda enfeksiyon bulguları olmaksızın da tekrarlayan, inatçı baş ağrıları olmaktadır (4). Başta osteomeatal kompleks (OMK) anatomik varyasyonları olmak üzere, septal spur lar ve orta konkanın hipertrofileri mukozal kontakt alanları oluşturarak baş ağrısına neden olabilmektedirler (4,6,16,17). Ayrıca maksiller mukozal retansiyon kistleri ve infraorbital sinir dehisansı da baş ağrısı oluşturabilmektedir (4).

Son yıllarda sinonazal hastalıkların tanısında, nazal endoskopik muayenenin ve paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinin (PNSBT) getirdiği yenilikler, intranazal mukozal kontakt alanları kaynaklı baş ağrılarının üzerinde daha sıklıkla durulmasına neden olmuştur (1,11,13,16). Mukozal kontakt alanlarında basınç oluşması, myelinize olmayan C liflerinden oluşan sensöryal afferent nöronlarda bulunan mediatörlerden biri olan "substance P"nin salgılanmasına neden olur. Bu bilgi myelinize olmayan C lifleri ile kortekse ulaştırılmakta ve ağrı olarak hissedilmektedir. Ayrıca etmoid yarıklardaki kontakt alanları da, sinüslerin iyi havalanmaması ve hipoksi nedeniyle ağrı oluşturabilmektedirler (11,15,16).

Olgular doktora patoloji bölgesindeki ağrı şikayeti ile başvurabilecekleri gibi, tamamen başka bölgelerdeki ağrı şikayeti ile de başvurabilmektedirler. Burun ve paranazal sinüslerin belli bölgelerini uyararak

ve oluşan ağrının lokalizasyonuna yönelik yapılan çalışmalar, ağrının genellikle uyarılan bölgede olmayıp, başın başka bölgelerinde ortaya çıktığını göstermiştir. Oluşan ağrı yansıyan ağrı olarak adlandırılmıştır. Yani ağrı burun bölgesinden gelen sinir ile aynı nöronda sinaps yapan deriden gelen sinirin innerve ettiği deri bölgesine yansımaktadır. Orta konkanın ön ucunun uyarılması alın bölgesinde, göz medial ve lateral bölgelerinde, burun lateralinde; orta konkanın arka ucunun uyarılması ise zigoma, şakak veya yanak bölgelerinde ağrı olarak hissedilebilir (11).



Resim 1: Olgunun PNSBT'nde sağda bulloz konka bulloza ve sola septum deviasyonu izlenmektedir. Olgunun endoskopik muayenesinde hem sağ hem de sol nazal kavitesinde, orta konkalarla septum arasında ve sağ nazal kavitede orta konka ile lateral nazal duvar arasında mukozal kontakt alanları tespit edilmiştir. Olguya sağ lateral laminektomi ve Cottle septoplasti operasyonları uygulanmıştır.

Literatürde, orta konka patolojilerine bağlı olarak septum ve/veya lateral nazal duvar arasında mukozal kontakt alanları sonucu oluşan mukozal kontakt baş ağrıları (MKBA) orta konka baş ağrısı sendromu (OKBAS) olarak tanımlanmaktadır (1,7,13).

Bu çalışmada OKBAS tanısı ve konka büllozalı olgularda endoskopik cerrahi sonuçlarını değerlendirmek ve literatür bilgileri ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Bu çalışmada Eylül 2000 ile Eylül 2001 tarihleri arasında OKBAS tanısı konan ve endoskopik cerrahi uygulanan konka büllozalı 17 olgu prospektif olarak değerlendirildi.

Baş ağrısı ile poliklinik şartlarında değerlendirilen olguların rutin K.B.B., nörolojik, oftalmolojik, diş ve sistemik muayeneleri yapılmış, OKBAS düşünülen olgular nazal endoskopik muayene ve PNSBT ile ayrıntılı olarak değerlendirilmişlerdir. PNSBT ve özellikle nazal endoskopik muayenenin semptomatik dönemde yapılmasına dikkat edilmiştir.

Endoskopik muayene için Karl-Storz'un 2.7 mm ve 4 mm rijid 0, 30 derecelik endoskopları kullanılmıştır. Yapılan BT incelemeleri yüksek rezolüsyonlu, opak madde kullanılmadan yapılmış, kesitler genel-

likle koronal planda, gerekli durumlarda aksial planda da alınmıştır.

Topikal anestetik madde uygulama testi için topikal yüzeysel anestezide kullandığımız pantokain (%4) + adrenalin (1/25000) karışımı kullanıldı. Karışım orta konka ile septum arasındaki kontakt alanlarına uygulandı. Uygulamadan 10-15 dakika sonrası olguların semptomlarında düzelme saptanması pozitif yanıt olarak değerlendirildi.

Konka büllozalar, lameller (konkanın vertikal kısmında pnömatizasyon), bülloz (konkanın uç kısmındaki pnömatizasyon) ve ekstensiv (konkanın tamamında pnömatizasyon) olarak üçe ayrılarak incelendi (6).

Cerrahi için olgular seçilirken, Tosun ve arkadaşlarının (16) belirttiği kriterlerden de faydalanılarak endikasyonlar belirlendi:

1. Hastanın primer şikayetinin uzun süreli (kronik), medikal tedaviye yanıtız baş ağrısı olması,
2. Baş ağrısının sinonazal dışı nedenlerle olmaması ve bunun ilgili branşların konsültasyonlarıyla belirlenmiş olması,
3. Özellikle iç kantung bölgesi ve supraorbital bölgede baş ağrısı olması, nazal endoskopik muayenede hipertrofik görünümde, lateral nazal duvar ve/veya septumla mukozal kontakt alanları oluşturan ve PNSBT'lerinde bülloz yapıda orta konkaların olması ve topikal anestetik madde uygulama testine pozitif yanıt alınması.

Rutin K.B.B.ve nazal endoskopik muayenelerinde, PNSBT'lerinde akut veya kronik inflamatuvar değişiklikler, nazal polipler, maksiller mukozal retansiyon kistleri, polipoid değişiklik gösteren veya bülloz yapıda olmayan hipertrofik konka saptanan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Olgular lokal anestezi altında opere edildi. Konka büllozanın endoskopik cerrahi tedavisinde lateral parsiyel konka rezeksiyonu (lateral laminektomi) tekniği kullanıldı (8). Belirgin septum deviasyonu olan ve konka büllozanın düzeltilmesiyle kontakt alanların ortadan kaldırılamayacağı düşünülen olgulara Cottle septoplasti de uygulandı. Yalnız konka bülloza cerrahisi uygulanan ve kanama olmayan olgularda operasyon sonrası tampon koyulmadı. Cottle septoplasti uygulanan ve hafif kanaması olan olgularda merosel tampon koyularak postoperatif 1. veya 2. günde çıkarıldı. Postoperatif dönemde mümkün olduğunca az pansuman yapıldı: Birinci veya 2. gün endoskopi altında krut ve pıhtılar te-

mizlendi, kaviterlerin durumuna ve mukozalar tam olarak epitelize olana kadar haftada 1 endoskopik kontrole ve pansumanlara devam edildi.

Operasyon sonrası en az 3 ay takip edilen olgular çalışmaya dahil edildi. Olgular aylık kontrollere çağrılarak, nazal endoskopik muayene ve preoperatif dönemdeki baş ağrılarının, postoperatif dönemdeki subjektif düzelmesi ile değerlendirildi. Preoperatif semptomun "geçti", "daha iyi", "aynı", "daha kötü" olarak subjektif değerlendirmesi yapıldı. Geçti ve daha iyi olarak değerlendirilen olgular başarılı, aynı ve daha kötü olarak değerlendirilen olgular başarısız olarak kabul edildi.

BULGULAR

OKBAS tanısı ile opere edilen olguların %58.8'i (10/17) erkek, %41.2'si (7/17) kadındı. Olguların en küçüğü 16, en büyüğü 68 yaşında olup, ortalama yaş 30.2 idi (Tablo-1).

Semptom süresi olguların tamamında 2 yıldan fazla idi ve daha önceden yapılmış nörolojik muayene ve yanıtız tekrarlanan medikal tedavi kullanımları mevcuttu. Olguların %11.8'i (2/17) migren, %17.6'sı (3/17) allerjik rinit tedavisi de kullanıyordu (Tablo-1).

Baş ağrısı sıklığı %47 (8/17) olguda haftada 2-3 kez, %53 (9/17) olguda günlük idi. Konka büllozalar, olguların %58.8'inde (10/17) bilateral; %41.2'sinde (7/17) unilateraldi (Tablo-1). Cerrahi uygulanan 27 konka büllozanın %40.7'si (11/27) ekstensiv, %59.3'ü (16/27) bülloz yapıda idi.

Bilateral konka büllozalı olgulardan üçüne ve unilaterale olgulardan birine (Olgu) olmak üzere 4 olguya Cottle septoplasti uygulandı. Bilateral konka büllozalı olgulardan birine ve unilaterale olgulardan ikisine daha önce septoplasti operasyonu uygulanmıştı (Tablo 1).

Olgularda gerek peroperatif gerekse postoperatif komplikasyon izlenmedi.

Postoperatif dönemde olguların %70'i (12/17) semptomunu "tamamen geçti", %30'u (5/17) "daha iyi" olarak belirtti (Tablo 1). Olguların tamamı başarılı olarak kabul edildi. Semptomunu "Daha iyi" olarak tarif eden olgular; baş ağrısı şiddetinin azalmasının yanı sıra sıklığının da ayda 1-2 keze düştüğünü belirttiler. Bu 5 olgudan üçü allerjik rinit ve ikisi migren tanısı nedeniyle aynı zamanda medikal tedavi de kullanılmaktaydı.

TARTIŞMA

Baş ağrısı değişik etyolojilerin oluşturduğu bir semptomdur (3,10,11,14,16,17). Kronik inflamatuvar sinonazal hastalıklara bağlı baş ağrıları medikal ve cerrahi tedavi uygulamaları ile başarılı olarak tedavi edilmektedirler (3,10,11,14). Ancak tüm olgularda primer nedeni ortaya koymak her zaman mümkün olmamaktadır. İşte bu olgularda son günlerde önemi giderek artan enfeksiyon dışı sinonazal patoloji ve özellikle MKBA araştırılmalıdır (16).

MKBA ilk olarak, McAuliffe ve arkadaşlarının, 1943 yılında, burun ve paranasal sinüslerin değişik bölgelerinin uyarılmasıyla ağrı oluşumunu gösteren ilginç çalışmalarıyla gündeme gelmiştir. Çalışmalarında, maksiller sinüs ostiumu çevresindeki mukozanın uyarılara en duyarlı, konkaların mukozasının daha az duyarlı ve sinüslerin içini döşeyen mukozanın ise en az duyarlı olduğunu belirlemiştir. Daha da önemlisi, oluşan ağrının, genellikle uyarılan bölgede olmayıp, başın başka bölgelerinde ortaya çıktığını göstermişlerdir. O günden günümüze, baş ağrısı ile değişik sinonazal patolojiler arasında ilişkileri inceleyen değişik çalışmalar yapılmıştır.

MKBA'nın tanısı multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Rutin K.B.B. muayenesinde (direkt gra-

fi, anterior ve posterior rinoskopi) bulgu saptanmayan olgular nöroloji, oftalmoloji, diş hastalıkları, genel dahiliye ve diğer ilgili branş doktorları ile baş ağrısının olası farklı nedenleri için ayrıntılı olarak değerlendirilmelidirler. Patolojik bulgu saptanmayan olgular intranasal mukozal kontakt alanları için ayrıntılı olarak incelenmelidirler (11,16). Bu olgularda, birbirlerini tamamlayıcı tanı yöntemleri olan nazal endoskopik muayene ve PNSBT'nin beraber kullanılması en uygun ve faydalı yaklaşımdır (11,13,16,17). Koronal plandaki PNSBT, lateral nazal duvardaki dar yapıların değerlendirilmesinde en iyi plandır (14,15). Diagnostik nazal endoskopi de, kontakt alanlarındaki mukozal değişiklikleri en iyi değerlendiren yöntemdir (13,16). PNSBT'de yalnız paranasal sinüslerdeki opasitelere dikkat edilmemeli, mukozal kontakt alanları yaratabilecek başta OMK anatomik varyasyonları olmak üzere, konka hipertrofileri; nazal endoskopik muayenede de mukozal kontakt alanları için potansiyel bölgeler de dikkatlice araştırılmalıdır (11,16). Bununla birlikte, bir çok asemptomatik olguda da PNSBT ve nazal endoskopik muayenede intranasal mukozal kontakt alanlarının belirlenebileceği unutulmamalıdır (12).

Çalışmamızda da baş ağrısı ile poliklinik şartlarında değerlendirilen olguların rutin K.B.B. muayenesi ve diğer gerekli branş konsültasyonları yapılmış, baş

Tablo 1. Orta konka baş ağrısı sendromu nedeniyle opere edilen olguların genel özellikleri.).

| Ad-Soyad | Cinsiyet | Yaş | GO | KB | D | Operasyon | EH | PSD | GSD |
|----------|----------|-----|-------------|----|---|---------------------|----|-----|----------|
| RM | E | 18 | - | B | | KR-b | | G | Başarılı |
| AK | E | 33 | - | R | + | KR-r ve Septoplasti | | G | Başarılı |
| KT | K | 68 | - | R | | KR-r | | G | Başarılı |
| BY | E | 21 | - | B | + | KR-b ve Septoplasti | AR | Dİ | Başarılı |
| PD | K | 16 | - | L | | KR-1 | | G | Başarılı |
| MÇ | E | 39 | Septoplasti | L | | KR-1 | | G | Başarılı |
| DD | E | 27 | - | B | | KR-b | | G | Başarılı |
| SH | K | 18 | - | B | | KR-b ve Septoplasti | AR | Dİ | Başarılı |
| AB | E | 22 | - | B | | KR-b | AR | Dİ | Başarılı |
| AT | E | 46 | - | B | | KR-b | | G | Başarılı |
| NY | K | 38 | Septoplasti | R | | KR-r | M | Dİ | Başarılı |
| TA | E | 25 | - | R | | KR-r | | G | Başarılı |
| MH | K | 45 | - | B | | KR-b | M | Dİ | Başarılı |
| SA | E | 32 | Septoplasti | B | | KR-b | | G | Başarılı |
| BÇ | E | 17 | - | R | | KR-r | | G | Başarılı |
| SB | K | 30 | - | B | | KR-b ve Septoplasti | | G | Başarılı |
| SÖ | K | 19 | - | B | | | | G | Başarılı |

E: erkek; K: kadın; GO: geçirilmiş operasyon; B,b: bileteral; L,I: sol; R, r: sağ; KB: konka bulloza, D: deviasyon; KR: konka rezeksiyonu; EH: eşlik eden hastalık; M: migren; AR: allerjik rinit; PSD: postoperatif semptomların durumu; G: geçti; Dİ: daha iyi; GSD: genel olarak

ağrısı sinonazal hastalığı ile direkt ilgili olduğu düşünülen olgular nazal endoskopik muayene ve PNSBT ile ayrıntılı olarak değerlendirilmişlerdir. Nazal endoskopik muayene ve PNSBT'lerinde akut veya kronik inflamatuvar değişiklikler, nazal polipler, maksiller mukozal retansiyon kistleri olan, polipoid değişiklik gösteren büllöz yapıda olmayan hipertrofik konka saptanan olgular ile doktora başvurma nedeni esas olarak baş ağrısı olmayan olguların da gerekli tedavileri planlanmış ancak homojenliği sağlamak amacıyla çalışmaya dahil edilmemiştir. Olgularda yapılacak endoskopik muayenenin ve PNSBT'nin zamanlamasının da önemli olduğunu düşünüyoruz. Olgunun asemptomatik döneminde yapılacak endoskopik muayene ve PNSBT incelemesinin negatif bulgular verebileceği unutulmamalıdır. Semptomatik dönemde yapılacak endoskopik muayenenin, mukozal kontakt alanlarının daha iyi belirlenebilmesine yardımcı olacağı inancındayız. Ayrıca endoskopik muayene mümkünse topikal anestezi öncesinde ve sonrasında yapılmalıdır. Sadece topikal anestezi sonrası yapılacak endoskopik muayenenin mukozal kontakt alanlarının belirlenmesini güçleştireceğini düşünüyoruz.

Akut veya kronik inflamatuvar sinonazal hastalıkların, allerjik ve vazomotor rinitlerin neden olduğu mukozal konjesyonun oluşturduğu baş ağrılarının ayırıcı tanısı oldukça dikkatli yapılmalıdır. Bu olgularda yeterli medikal tedavinin kullanıldığından emin olunmalıdır (16). Eğer cerrahi tedavi düşünülüyorsa, mukozal kontakt alanlarına topikal anestezi uygulanarak olgulardaki baş ağrısı semptomunun düzeliş düzelmediği gözlenebilir, düzelleme cerrahi yaklaşımın faydalı olabileceğini gösterir (4,13,16). Olgularda test için infiltrasyon anestezisi de kullanılabilir (5,12). Parsons ve Batra (12) ise özellikle infiltrasyon anestezisi kullanılarak yapılan testte, olguların bir kısmının rahatsızlık duyduğunu belirtmişler ve bu tekniğin ancak uyumlu olgularda uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Ancak yapılan çalışmalarda, test sonuçlarının negatif olmasına rağmen cerrahi sonrası semptomlarda düzelleme görülmesi veya test sonucunun pozitif olmasına rağmen cerrahi sonrası semptomların devam etmesi de gözlenmiştir (13). OKBAS düşündüğümüz olgularımızda infiltrasyon anestezisi kullanmadık. Ancak çalışmaya dahil ettiğimiz olgularımızın tümü topikal anestetik madde uygulama testine pozitif yanıt verdi.

OMK anatomik varyasyonları, sıklıkla intranasal mukozal kontakt alanları oluşturan yapılar (11,16,17). OMK anatomik varyasyonlarının, tek baş-

larına veya diğer faktörlerle birlikte kronik inflamatuvar sinonazal infeksiyonların etyolojisinde önemli rol oynadıkları ve bazı olgularda fokal semptomlara neden oldukları da bilinmektedir (3,6,10,14,17). Yapılan çalışmalarda semptomatik olgularda OMK 'deki anatomik varyasyon oranı %64 ile %93 arasında belirtilmiştir (6,8). Septum deviasyonu ve orta konka patolojisi oluşturan konka büllöze en sık mukozal kontakt alanları oluşturan yapılar (3,10,14-16). Konka büllöze OMK anatomik varyasyonları içinde septum deviasyonundan sonra en sık rastlanılan ikinci anatomik varyasyondur (6,8,10,14,17). İnsidansı, semptomatik olgularda %5.7 ile %55, asemptomatik olgularda %10 ile %25 arasında rapor edilmiştir (6,8). Genellikle büyüklüğü farklılıklar gösteren (lameller, büllöz, ekstensiv) tek hücre şeklinde, sıklıkla da bilateraldir. Kendisinin hastalanması veya boyutları nedeniyle bazen de diğer osteometal kompleks anatomik varyasyonları ile birlikte, basınç hissinden nazal obstrüksiyona kadar değişen çeşitli semptomlara neden olabilmektedir (3,6,8,10,11,14).

MKBA'nda cerrahi uygulamalarla iyi sonuçlar alınmaktadır. Mukozal kontakt alanlarının tespitinden sonra, sınırlı bir endoskopik yaklaşım genellikle başarılı ve yeterli tedaviyi sağlamaktadır (3,10,11,14-16). OKBAS'nda da konka büllözeye yönelik cerrahi yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Konka büllözünün cerrahi tedavisinde farklı otörler tarafından önerilen cerrahi teknikler mevcuttur; total konka rezeksiyonu, lateral/medial parsiyel rezeksiyon ve submukoperiostal rezeksiyon. Önceleri konkanın medial yüzünün parsiyel rezeksiyonunu önerenler olmuşsa da septumla sineşilerin görülebilmesi nedeniyle bu yöntem fazla taraftar bulmamıştır. Belki orta meanın sağlam olduğu durumlarda sadece konka büllözünün hacim olarak küçültülmesi amacıyla kullanılabilir. Konkanın lateral yarısının rezeksiyonu en yaygın kullanılan ve fonksiyonel olarak en iyi sonuçların alındığı bildirilen yöntemdir (8). Bhatt, konka cerrahisinde daha konservatif olunmasını savunarak, mukozayı korumak suretiyle sadece kemik lamelin lateralinin çıkartıldığı submukoperiostal rezeksiyon yöntemini önermektedir. Bu yöntemle anatomik sınırların daha iyi korunduğunu, normal fizyolojinin daha az zarar gördüğünü ve postoperatif krutlanmanın daha az, iyileşmenin daha hızlı olduğunu belirtmiştir (3). Olgularımızın tümünde cerrahi teknik olarak lateral laminektomi seçilmiştir. Olgularda gerek peroperatif gerekse postoperatif cerrahi komplikasyon izlenmemiştir.

Yapılan çalışmalarda, mukozal kontakt baş ağrısı-

sı nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan olgularda başarı oranı %60-100 arasında değişmektedir (Tablo 2) (1,2,4,5,7,9,12,13,16,17). El-Silimy (7) yalnız OKBAS tanısı ile opere ettiği 21 olgunun tamamında başarı sağladığını belirtmiştir. Anselmo-Lima ve arkadaşları (1) da, OKBAS tanısı konan 5 olgudan dördünün operasyonu kabul ettiğini, opere edilenlerde başarılı sonuç aldıklarını ancak medikal tedavi kullanan olguda yanıt alamadıklarını belirtmişlerdir. Parsons ve Batra (12), çocuklarda da erişkindekine benzer sonuçlar aldıklarını, MKBA ile birlikte migrenli veya allerjik olgularda da, ilk seçenek medikal tedavi olmakla birlikte, medikal tedaviye tam yanıt alınmadığında, cerrahi tedavinin başarılı bir şekilde uygulanabileceğini belirtmişlerdir.

Olgularımızın tümü postoperatif takiplerinde başarılı olarak değerlendirildi. Diğer çalışmalarda da orta konka nedenli MKBA'nda (OKBAS) cerrahi tedavi sonuçları daha başarılı olarak görülmektedir (1,7). Semptomunu postoperatif dönemde daha iyi

olarak tarif eden 3 allerjik rinitli ve 2 migrenli olguda da baş ağrısının şiddetinin ve sıklığının azalması dikkat çekiciydi. Olgularımızın tamamında başarılı olmamızda, iyi bir anamnezin yanında endoskopik ve PNSBT ile incelemenin ve çok seçici davranmamızın önemli rol oynadığı inancındayız. Ayrıca orta konkanın temas ettiği maksiller sinüs ostiumu ve çevresinin duyu sinirlerinden zengin bir bölge olduğu ve mukozal kontakt alanının konka büllozalarında nispeten daha da geniş olduğu düşünülürse, özellikle bu olgularda uygulanacak cerrahinin başarı oranını daha da yükselttiği düşüncesindeyiz. Allerjik rinitli ve migrenli olgularda da mukozal kontakt alanlarının tespiti ve uygulanacak cerrahi tedavinin olgularda semptomların tamamını geçirmese de önemli ölçüde rahatlama sağladığı göz ardı edilmemelidir. Ancak bu olgularda primer tedavinin medikal olduğu da unutulmamalı ve bu olgularda daha da seçici davranılmalıdır.

SONUÇ

Medikal tedaviye yanıt vermeyen inatçı baş ağrılarında, infeksiyon bulguları olmaksızın da sinusal patolojilerin rol oynayabileceği ve öncelikle de MKBA düşünülmelidir. MKBA'nın içerisinde de orta konka patolojilerine ve özellikle konka bülloza ya bağlı OKBAS önemli rol oynar. Bu durumda, eğer olgu seçimleri iyi yapılırsa, invaziv olmayan sınırlı bir endoskopik cerrahi ile başarılı sonuçlar alınmanın ve gereksiz ya da fazla miktarda analjezik ilaç kullanımını önlemenin mümkün olacağı inancındayız.

Tablo 2. Mukozal kontakt baş ağrılarında cerrahi tedavi sonuçları.

| Otörler | n | BO |
|---------------------------------|-----|------|
| Anselmo-Lima ve arkadaşları (1) | 4 | %100 |
| Aydın ve arkadaşları (2)25 | %80 | |
| Chow (4) | 18 | %83 |
| Clerico ve arkadaşları (5) | | |
| El-Silimy (7) | | |
| Koten ve arkadaşları (9) | | |
| Parsons ve Batra (12) | | |
| Parsons ve Batra (12) | | |
| Ramadan (13) | | |
| Tosun ve arkadaşları (16) | | |
| Tüz ve arkadaşları (17) | | |

n: olgu sayısı, BO: başarı oranı

KAYNAKLAR

1. ANSELMO-LIMA WT, DE OLIVEIRA JA, SPECIALI JG, DOS SANTOS AC, ROCHA KV, PEREIRA ES. Middle turbinate headache syndrome. *Headache* 37:102-106, 1997.
2. AYDIN Ö, ÖZKARAKAŞ H, KESKİN G, AKDENİZ Ö. Burun ve sinüs kaynaklı mukozal kontakt baş ağrıları. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 1:126-131, 1999.
3. BHATT NJ. Endoscopic sinus surgery: New horizons. London: Singular Publishing Group, 1997.
4. CHOW JM. Rhinologic headaches. *Otolaryngol Head Neck Surg* 111:211-218, 1994.
5. CLERICO DM, EVAN K, MONTGOMERY L, LANZA DC, GRABO D. Endoscopic sinonasal surgery in the management of primary headaches. *Rhinology* 35:98-102, 1997.
6. DURSUN E, KORKMAZ H, ŞAFK MA, SAMİM E, BAYIZ Ü, AKMANSU H, ÖZERI C. Paranasal sinüs infeksiyonlarında ostiomeatal kompleksdeki anatomik varyasyonlar. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 6:147- 156,1998.
7. EL-SILIMY O. The place of endonasal endoscopy in the relief of middle turbinate sinonasal headache syndrome. *Rhinology* 33:244-245, 1995.
8. GÖÇER C, AKMANSU H, KORKMAZ H, DURSUN E, SAMİM E, ÖZERI C. Endoskopik cerrahi yöntemle konka büllozanın tedavisi. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 8:177-181,2000.
9. KOTEN M, ADALI MK, KARASALIHOĞLU A, ŞAHİN O, YAĞIZ R: Baş ağrısı ve konka bulloza: Endoskopik cerrahi yaklaşım. Kaytaz A (Ed): 23. Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi Kitabı. Erol Ofset . İstanbul 1995. pp 1985-1988.
10. ÖNERCI M. Endoskopik sinüs cerrahisi. Ankara: Kutsan Ofset, 1999.
11. ÖNERCI M, ÜNAL ÖF. Konka hastalıkları ve cerrahisi. Ankara: Matsa, 2001.
12. PARSONS DS, BATRA PS. Functional endoscopic sinus surgical outcomes for contact point headaches. *Laryngoscope* 108:696-702, 1998.
13. RAMADAN HH. Nonsurgical versus endoscopic sinonasal surgery for rhinogenic headache. *Am J Rhinol* 13:455-457, 1999.
14. STAMMBERGER H. The Messerklingsger Technique-Functional Endoscopic Sinus Surgery. Philadelphia: Mosby-Year Book, 1991.
15. STAMMBERGER H,WOLF G. Headaches and sinus disease: the endoscopic approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 134:3-23, 1988.
16. TOSUN F, GEREK M, ÖZKAPTAN Y. Nasal surgery for contact point headaches. *Headache* 40:237-240, 2000.
17. TÜZ M, UYGUR K, DOĞRU H. Kronik tekrarlayan baş ağrılarının etyolojisinde rinosinogenik nedenler. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 7:25-29, 1999.