

Nazal Polip İle Birlikte Antrolitiazis: İki Olgu Sunumu

Antroliths and Accompanying Nasal Polyps: Report of Two Cases

Dr. Ali TİTİZ, Dr. Müge ÖZCAN, Dr. Yavuz Fuat YILMAZ, Dr. Adnan ÜNAL
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. KBB Kliniği

ÖZET

Paranasal sinüslerde antrolit olarak adlandırılan taş oluşumu nadir görülen bir patolojidir. Tanı genellikle radyolojik görüntüleme veya diğer sinonazal hastalıkların cerrahisi sırasında konulur. Antrolit büyük çoğunlukla maksiller sinüslerde görülür. Bugüne kadar 28 vaka olduğu görülmektedir. Literatürde bugüne kadar antrolit ile nazal polip varlığının olduğu herhangi bir vaka sunumuna rastlamadık. Bu yazıda antrolit ile nazal polip oluşumunun birlikte görüldüğü iki vaka ilgili literatürlerin ışığında değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler

Taş, nazal boşluk, nazal polip

ABSTRACT

Formation of stones, namely "antrolith" in the paranasal sinuses is a very rare phenomenon. The diagnosis is usually made coincidentally during the radiological imaging or surgery of other sinonasal disorders. Antroliths are almost always located in the maxillary sinus. There are only 28 cases reported up to date. Up to date, there are no reports in the literature concerning the simultaneous occurrence of antroliths and nasal polyps. In this paper, two cases of antroliths with accompanying nasal polyps have been reported and the literature is reviewed.

Keywords

Calculi, nasal cavity, nasal polyps

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 09.08.2006 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 25.09.2006

Yazışma Adresi

Dr. Ali TİTİZ

35. Sok. No:7/13 06500 Bahçelievler / Ankara
Tel: 0 505 644 35 80 E-posta: alitiz@yahoo.com

GİRİŞ

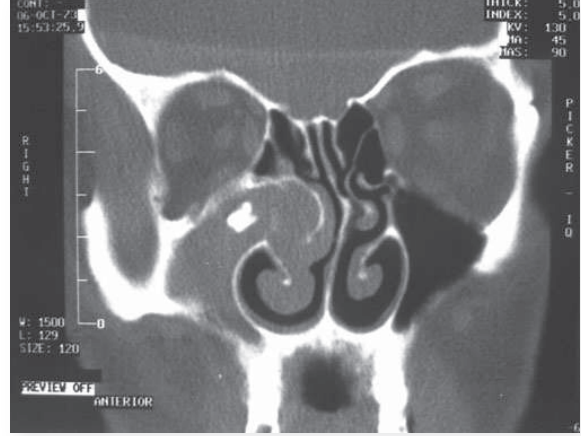
Paranasal sinüslerde taş oluşumu, nadir görülen bir durumdur. İlk kez 1969'da Bowerman, nazal taşlardan farklı olarak maksiller antrolit tanımını kullanmıştır. Maksiller sinüste bu taş formasyonu antral taş, antral rinolitiazis, antrolit veya sinolit olarak da adlandırılmaktadır (1). Taş oluşumu en sık maksiller sinüste görülmektedir (2). Masiller sinüs dışında literatürde frontal sinüste taş oluşumu görülen bir vaka bildirilmiştir (3).

Tanı genellikle asemptomatik olan antrolitin beraberinde bulunan sinonazal patolojilerin veya diğer kulak burun boğaz patolojilerinin araştırılması sırasında tesadüfen konular. Özellikle antrolit ile diş çekimi öyküsü ve oroantral fistül varlığı arasında önemli bir ilişki olduğu görülmektedir (2). Ancak literatürde bugüne kadar antrolit ile nazal polipozis beraberliği bildirilmemiştir. Bu çalışmada, antrolit ile nazal polipozisin birlikte görüldüğü iki vaka sunulmaktadır, literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

39 yaşında erkek hasta, hastanemize uzun zamandır varolan burun tıkanıklığı ve işitme azlığı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 5 yıl önce diş çekimi öyküsü dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde, sağ timpan membran santral subtotal perfore, orta kulak mukozası normal ve kuru olarak izlendi. Sol timpan membran normaldi. Odyogramında sağ kulakta hafif derecede mixt tip sensörinöral işitme kaybı mevcuttu. Anterior rinoskopide septum sola deviye, sağ alt konka hipertrofik görünümdeydi. Çekilen bilgisayarlı paranasal sinüs tomografisinde, sağ maksiler sinüs, nazal boşluğa da protrüzyon gösteren yumuşak doku ile doluydu (Resim 1). Maksiler sinüsü dolduran bu yumuşak doku içerisinde yaklaşık 1x1 cm boyutunda radyopak bir kitle saptandı. Sağ ostiomeatal kompleks oblitereydi. Septumun sola deviye olduğu ve sağ alt konkanın da hipertrofik görünümde olduğu izlendi. Sağ nazal pasajda, fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile ostiomeatal kompleksi kapatan polipoid doku temizlendi. Yine sağ jini-vabukkal insizyon yapılarak maksiler ön duvarında küçük bir pencere açıldı. Sinüs içerisindeki yu-

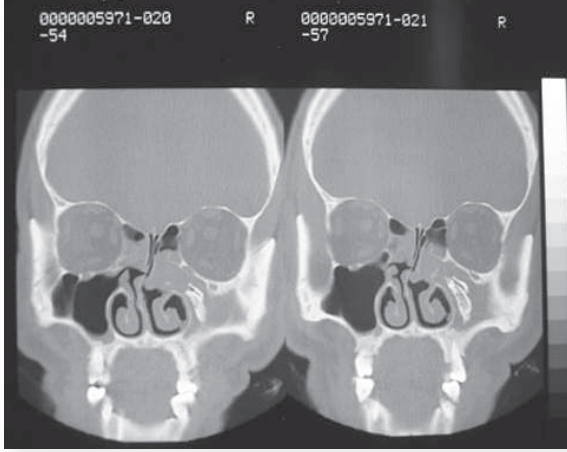


Resim 1. Birinci vakanın preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüsünde, sağ maksiller sinüs içerisinde polipoid kitle ile çevrili antrolit görülmektedir. Bu kitlenin orta meatustan nazal kavite içerisine uzanım gösterdiği dikkati çekmektedir.

muşak doku ve bu doku içerisindeki kalsifiye kitle çıkarıldı. Kitlenin kimyasal inceleme sonucu kalsiyum fosfat taşı olarak geldi. Yumuşak dokunun histopatolojik inceleme sonucu nazal polip olarak raporlandı. Hasta postoperatif ikinci gününde taburcu edildi.

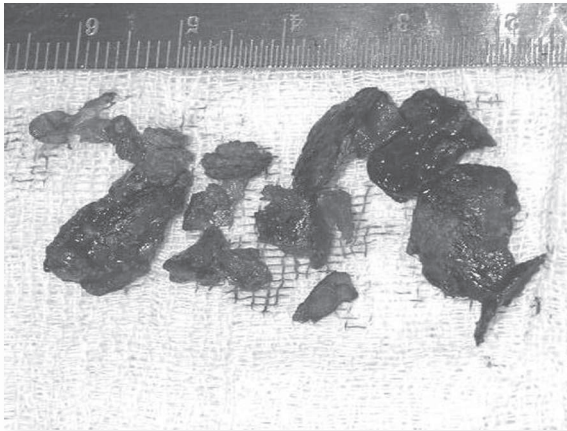
OLGU 2

58 yaşında erkek hasta, hastanemize işitme azlığı ve burun tıkanıklığı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 8 yıl önce diş çekimi ve her iki kulağında zaman zaman olan akıntı şikayeti dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde, sağ kulakta timpan membran santral subtotal perfore ve attik lokalizasyonunda kolesteatoma vardı. Sol timpan membran inferior kadranda yaklaşık 3 mm'lik santral perforasyon vardı. Odyogramda bilateral orta derece mixt tip işitme kaybı vardı. Anterior rinoskopide septum sola deviye olarak izlendi. Oral kavite muayenesinde, sağ üst birinci molar diş lokalizasyonunda mukozal defekt saptandı. Çekilen bilgisayarlı paranasal sinüs tomografisinde, septum sola deviye ve sağ ostiomeatal kompleksi, anterior etmoid hücreleri ve maksiler sinüsü dolduran yumuşak doku izlendi (Resim 2). Maksiler sinüsü dolduran yumuşak doku içinde yaklaşık 2x0,5 cm boyutunda radyopak kitle saptandı. Öncelikle nazal patolojinin giderilmesi planlandı. Hastaya septoplasti ve sağ fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi uygulanarak, osti-



Resim 2. İkinci vakanın preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüsünde, birinci vakada olduğu gibi antrolit ve nazal polip görülmektedir.

omeatal kompleksi ve anterior etmoid hücreleri dolduran yumuşak doku temizlendi. Sağ jinjivabukkal insizyon yapılarak maksiler ön duvarında küçük bir pencere açıldı. Sinüs içerisindeki yumuşak doku ve bu doku içerisindeki kalsifiye kitle çıkarıldı (Resim 3). Yine sağ üst birinci molar diş lokalizasyonundaki mukozal defektin maksiler sinüs tabanı ile ilişkili olduğu saptandı. Bu oroantral fistül, kemik greft ve palatal mukozal rotasyon flebi ile kapatıldı. Kitlenin kimyasal inceleme sonucu kalsiyum fosfat taşı olarak geldi. Yumuşak dokunun histopatolojik inceleme sonucu nazal polip olarak raporlandı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hastaya, 6 ay sonra sağ modifiye radikal mastoidektomi yapıldı.



Resim 3. İkinci vakada çıkarılan antrolitin postoperatif görünümü

TARTIŞMA

Bugüne kadar literatürde toplam 28 antrolitiazis vakası bildirilmiştir (2). Literatürde 2 vakada cinsiyet belirtilmemekle birlikte, vakaların 19'u erkek, 9'u kadın hastadan oluşmaktadır. Antrolit vakalarında cinsiyet farkının olmadığını bildiren yayınlara karşı, çalışmamızdaki vakaların eklenmesi ile 2:1 oranında erkeklerde daha sık görüldüğü dikkati çekmektedir (4). Vakalarımızın görülme yaşı (23–69 yaş) literatürde belirtilen yaş grubu ile uyumluydu (2).

Paranasal sinüslerde taş oluşumu patogenezinde, endojen (diş, kan, pürülan sıvı, kemik fragmanları, mukus, mantar vb.) veya eksojen (pamuk, kağıt parçası gibi değişik materyaller) kaynaklı bir nidüs çevresinde özellikle kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonat gibi minerallerin birikimi rol oynamaktadır. Oluşum mekanizması tam olarak bilinmese de bu yabancı cisimlerin kronik inflamatuvar süreçte ve mineral tuzlarının birikimine yol açtığı düşünülmektedir (5). Hastalığın oluşumunda birçok predispozan faktörden söz edilse de hastaların anamnezinde diş çekimi önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde bizim vakalarımız da dahil olmak üzere, toplam 30 hastanın 18'inde diş çekimi öyküsü bulunmaktadır. Yine bu hastaların (bizim 1 hastamız da olmakla birlikte) toplam 8'inde oroantral fistül varlığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra, literatürdeki vakalarda rastlamadığımız bir durum olarak, bizim 2 vakamızda, özellikle taş oluşumunun bulunduğu taraftaki nazal pasajda ostiomeatal kompleksi oblitere eden nazal polip ile karşılaşıldı.

Klinik olarak hastalar asemptomatik olabilirler. Bununla birlikte semptomatik hastalarda fasiyal ağrı, nazal dolgunluk, burun tıkanıklığı, kanlı veya pürülan akıntı, post-nazal akıntı, burun kanaması, baş ağrısı ve tutulan sinüs üzerinde hassasiyet bulunabilir. Bu semptomlar genellikle sinüste oluşan enfeksiyona sekonder olarak gelişirler ve uzun sürelidirler. 2 vakamızda da hastaneye başvuru şikayeti, işitme azlığı ve uzun süreli nefes almada zorluktu.

Tanı çoğunlukla, başka bir patoloji için çekilen düz grafi veya bilgisayarlı paranasal sinüs tomografisinde, radyopak maddenin görülmesi ile konulmaktadır. Radyolojik incelemede taşın lokalizasyonunun, karakterinin belirlenmesinde ve ayırıcı tanıda bilgisayarlı tomografi büyük önem taşımaktadır (6). Hastalığın ayırıcı tanısında, radyopak görüntü veren fungal infeksiyon, displazik veya ektopik diş

fragmanları, kalsifiye mukus retansiyon kistleri, kemik kistleri, ossifiye fibrom, osteoma, osteoblastoma, benign odontoma, sementoma, fibröz displazi, osteosarkom, primer veya metastatik karsinomlar gibi birçok hastalık göz önünde bulundurulmalıdır.

Histopatolojik incelemede, antrolit genellikle bir gövde etrafında benzer konsantrik halkalar içeren kalsifiye bir kitle görünümünde olmaktadır. Taşların kimyasal analizinde, çoğunlukla iki vakamızda tespit ettiğimiz gibi, kalsiyum fosfat içerikli olduğu görülür. Ayrıca kalsiyum karbonat, magnezyum fosfat ve organik materyallerden oluşan taş yapısına da rastlanabilir (2,3,7).

Literatürde antrolitlerin nazal polipozis ile birlikte görüldüğüne ilişkin bir olgu sunumu bulunmamaktadır. Nazal polipozisin toplumun %4'ünü etkileyen rölatif olarak daha sık görülen bir patoloji olduğu düşünülürse, nazal polipozisin antrolite neden olmasından çok, antrolitlerin kronik inflamasyona neden olarak nazal polipozise yol açtığı düşünülebilir (2,8).

Antrolitin tedavisinde, taşın cerrahi olarak çıkarılması gerekmektedir. Preoperatif veya postoperatif medikal tedavi verilebilir. Ayrıca taş ile birlikte bulunan oroantral fistülün tedavisi veya ostiomeatal kompleksi kapatan polip vb. patolojilere de cerrahi yaklaşım uygulanır.

KAYNAKLAR

1. Bowerman JE. The maxillary antrolith. J Laryngol Otol. 1966; 83: 873-882.
2. Duce MN, Talas DU, Özer C, Yıldız A, Apaydın FD, Özgür A. Antrolithiasis: a retrospective study. J Laryngol Otol. 2003; 117: 637-640.
3. Grant DG, Hussain A, Burgel R. Frontal sinolith. J Laryngol Otol. 1988; 112: 570-572.
4. Kares MA, Eversol LR, Poindexter BJ. Antrolith: report of case and review of literature. J Oral Surg. 1971; 29: 812-814.
5. Andras E, Adrian WS. Rhinolith: an unusual case and an update. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1997; 106:135-137.
6. Davis O., Wolff A. Rhinolithiasis and maxillary antrolithiasis. Ear Nose Throat J. 1985; 64: 421-426.
7. Bernard WV, Piet VH, Richard W. A case of rhinolithiasis in Botswana: a mineralogical, microscopic and chemical study. J Laryngol Otol. 2002; 116: 1036-1040.
8. Ishiyama T. Maxillary antrolith: report of a case. Auris Nasus Larynx. 1988; 15: 185-189.