

Kronik Sinüzitli Hastalarda Endoskopik Sinüs Cerrahisi Sonuçlarımız*

Our Endoscopic Sinus Surgery Results in Chronic Sinusitis

Dr. Celil USLU, Dr. Önal GÜRSAN, Dr. Çağatay OYSU, Dr. Çelik KOLDAŞ, Dr. Özlem TÜRK,
Dr. Evren AY ÖĞREDİK
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.KBB Kliniği, İSTANBUL

*3. TKBBV AKADEMİ TOPLANTISI, 2005, Çeşme, İzmir'de poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu çalışmada, Kasım 2002–Haziran 2005 tarihleri arasında kronik sinüzit ve nazal polip tanısı ile endoskopik sinüs cerrahisi (ESC) uyguladığımız 119 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalara, 69'unda iki taraflı, 50'sinde tek taraflı olmak üzere; toplam 188 ESC uygulandı. Hastalardan 65'ine nazal polipektomi, 22'sine septum deviasyonu nedeniyle endoskopik septum cerrahisi uygulanmıştır. Postoperatif majör komplikasyon görülmezken, minör komplikasyonlardan kanama 10, sineşi 13, cilt altı amfizemi 1, periorbital amfizem 3, lamina papyracea zedelenmesi 9 hastada görülmüştür. Hastaların takibinde polipli hastalarda %15.4 oranında nüks sinüs hastalığı görülürken kronik sinüzitli hastalarda bu oran % 9.2 olarak bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler

Sinuzit, nazal polip, cerrahi, paranasal sinüsler, endoskopik cerrahi

ABSTRACT

In this study, 119 chronic sinusitis patients who were treated with endoscopic sinus surgery (ESC) between November 2002 and June 2005 were reviewed retrospectively. In total, 188 ESC were performed, 69 of the patients had surgery bilaterally, 50 of them had surgery unilaterally. In 65 cases nasal polypectomy, in 22 cases endoscopic septal surgery were performed. Although there were not any major complications postoperatively, minor complications were seen as follows: hemorrhage in 10 patients, synecchia in 13 patients, subcutaneous emphysema in 1 patient, periorbital emphysema in 3 and damage to lamina papyracea in 9 patients. The recurrence rate was found as 15.4% for nasal polypsis patients, and 9.2% for chronic sinusitis patients.

Keywords

Sinusitis, nasal polyps, surgery, paranasal sinuses, endoscopic surgical procedure

Çalışmanın Dergiyeye Ulaştığı Tarih: 14.3.2006 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 12.11.2006

Yazışma Adresi

Dr. Celil USLU

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. KBB Kliniği Üsküdar/İstanbul
Tel: 0216 334 91 99 Fax: 0216 366 05 65 E-posta: celiluslu@hotmail.com

GİRİŞ

Kronik rinosinüzit en sık görülen otorinolarengeolojik hastalıklardan birisidir. Yetişkin popülasyonunun %16.3'ünün kronik rinosinüzit tanısı aldığı bildirilmektedir. Genel histolojik tanımlama nazal ve paranazal mukozaların enflamasyonu ve alttaki kemiğin osteitidir (1). Sinüslerin normal fizyolojisi için ostiumların açık olması ve mukosilyer klirensin normal olması gerekmektedir. Ostiomeatal kompleks bölgesinde mukozal yüzeyler birbirine çok yakın olduğu için en ufak ödem bu mukozal yüzeylerin birbiriyle teması ve yerel enflamasyonla sonuçlanır (2).

Rinosinüzit sıklıkla orta meatusu etkileyen bir ostiomeatal kompleks hastalığıdır. Bu bölge en iyi endoskopik muayene ve paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) ile incelenebilir. Hastalığın tanısında hastanın semptom ve bulguları büyük önem taşır.

Rinosinüzit tedavisinde medikal tedavi yetersiz kaldığında cerrahi yöntemlere başvurulur. Geçmişte kronik/rekürren rinosinüzit Caldwell-Luc ve alt mead'dan antrostomi açılması ile tedavi edilirken günümüzde endoskopik sinüs cerrahisi (ESC) kullanılmaktadır. ESC'nin amacı osteiomeatal komplekste ki patolojiyi ortadan kaldırırken sinüs fizyolojisinin düzenlenmesini de temin etmektir.

Nazal polipler ise popülasyonun %1-4'ünde görülmektedir ve bu oran astımlı ve kistik fibrozisli hastalarda artış göstermektedir. Nazal poliplerin medikal tedavisi enflamasyonu azaltmaya yönelikse de; cerrahi tedavide poliplerin sinüsler ve nazal kavitede oluşturduğu mekanik tıkanıklığı ortadan kaldırma amaçlanır. Hastalığın medikal tedaviye dirençli olduğu, yani 1 aylık topikal ve sistemik steroid tedavisi sonrasında düzelmediği durumlarda cerrahi tedavi düşünülür (1). Kronik sinüzitlerde olduğu gibi nazal polip hastalığında da ESC yapılmaktadır.

ESC diğer konvansiyonel yöntemlere göre morbiditesi daha az, görüş alanı daha iyi bir yöntemdir. Sınırlı insizyon ve eksizyonlarla, çevre sağlam dokuları koruyarak patolojiyi ortadan kaldırma imkânı sağlar. ESC ile ilgili ilk verileri Wigand (3) ve Messerklinger (4) kendi adlarıyla tanımlanan teknikleri de içeren raporlarında bildirmişlerdir.

Bu çalışmada amacımız kronik sinüzit ve kronik sinüzit-nazal polipli hastalarda uyguladığımız ESC sonuçlarımızı değerlendirerek cerrahi başarılarımızı ve komplikasyon oranlarımızı değerlendirmektir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışmada Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. KBB kliniğinde Kasım 2002-Haziran 2005 tarihleri arasında kronik sinüzit ve/veya nazal polipozis tanısı ile ESC uyguladığımız 55 erkek, 64 kadın olmak üzere toplam 119 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

Hastalar 13 ve 82 yaşları arasındaydı ve ortalama yaşları 54 idi. Kadın hastalarda yaş aralığı 15-82 iken, erkek hastalarda 13-70 idi. Hastalardan, polipli olanlara 20 gün azaltılarak sistemik (metilprednisolon 64 mg) ve 2 ay topikal (budesonid 100mcg/gün) ve sinüzitli olanlara günde 2 kez 500 mg claritromicine 15 gün süreyle verildi. Düzelmeyen olgulara paranazal sinüs BT çekildi. Hastalığın evrelemesinde BT bulguları kullanıldı (5). Buna göre hastalık sadece ostiomeatal komplekste sınırlı ise evre 1; ek olarak bir sinüs enflamasyonu iştirak ediyorsa evre 2; birden çok sinüs enflamasyonu eşlik ediyorsa evre 3; pansinüzit varsa evre 4 olarak kabul edildi. Hem kronik sinüzitli hem de kronik sinüzit ve nazal polipli hastaların ameliyat öncesi dönemdeki yakınmaları sorgulanarak ayrı gruplandı.

ESC sedoanaljezi ile lokal anestezi altında yapıldı. Messerklinger yöntemi kullanıldı. Parsiyel konka rezeksiyonu ve septal cerrahi için submüköz rezeksiyon tekniği kullanıldı.

Başarı oranları, kontrollerde hastaların yakınmalarının devamı ve/veya nazal endoskopik muayenelerine göre: tam düzelme, kısmi düzelme ve düzelmemeyen/yineleme olarak değerlendirildi. Yakınmaları devam eden ve nazal endoskopi de sinüzit bulgusuna ve/veya polip görünen (yenileme) olanların BT ile kontrolleri yapıldı.

Komplikasyon olanlarda (peroperatif lamina papiresea açılan hastalar ve periorbital ödem, ekimoz olan hastalar) postoperatif takip ve göz konsültasyonları yapıldı. Takipler iyileşme ile sonuçlandı. Sineşisi olanlar, sineşi açılması, splint uygulaması ve takiple düzeldi.

BULGULAR

Hastalığın süresi her iki grupta da en sık 1-5 yıl arasında görülmektedir (Tablo 1). Hastaların yakınmaları arasında en sık burun tıkanıklığı ve geniz akıntısı olduğu görülmüştür (Tablo 2). Polipli grupta vakaların %57.1'inin, kronik sinüzitli grup-

Tablo 1. Hastalığın süresine göre hasta sayıları (KS: kronik sinüzit)

KS-polip	Sayı	%	KS	Sayı	%	Toplam	Sayı	%
<1 yıl	8	12.3	<1 yıl	7	13.0	<1 yıl	15	12.6
1-5 yıl	24	36.9	1-5 yıl	22	40.7	1-5 yıl	46	38.7
5-10 yıl	12	18.5	5-10 yıl	9	16.7	5-10 yıl	21	17.6
>10 yıl	21	32.3	>10 yıl	16	29.6	>10 yıl	37	31.1
Toplam	65	100	Toplam	54	100	Toplam	119	100

Tablo 2. Hasta yakınmaları (KS: kronik sinüzit)

KS-polip	Sayı	KS	Sayı
Baş ağrısı	41	Baş ağrısı	32
Burun tıkanıklığı	61	Burun tıkanıklığı	50
Geniz akıntısı	45	Geniz akıntısı	36
Horlama	34	Horlama	29
Ağız kokusu	25	Ağız kokusu	19
Koku bozukluğu	40	Koku bozukluğu	33
Öksürük	32	Öksürük	24
Burun kanaması	6	Burun kanaması	3

ta ise vakaların %57.2'sinin bilateral olduğu görülmektedir (Tablo 3). Hastaların evreleme bulgularına göre en sık Evre 3'te oldukları gözlenmiştir (Tablo 4).

Hastalara, 69'unda iki taraflı, 50'sinde tek taraflı olmak üzere; toplam 188 ESC uygulandı. 65 hastaya nazal polipektomi, 22 hastaya septal deviasyon

nedeniyle endoskopik septum cerrahisi uygulandı (Tablo 5).

Yapılan ameliyatlarda majör komplikasyon olmadı. Minör komplikasyonlardan kanama 10 hastada görülürken, sineşi13, cilt altı amfizemi 1, periorbital ödem-ekimoz 3, lamina papiracea zedelenmesi 9 hastada görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 3. Hastalığın lateralizasyonu (KS: kronik sinüzit)

KS-polip	Sayı	%	KS	Sayı	%
Bilateral	41	63	Bilateral	30	55.5
Sol	12	18.5	Sol	11	20.3
Sağ	12	18.5	Sağ	13	24.1
Toplam	65	100	Toplam	54	100

Tablo 4. Hastalığın evresi (KS: kronik sinüzit)

KS–nazal polip	Sayı	%	KS	Sayı	%
Evre I	9	13.8	Evre I	8	14.8
Evre II	14	21.5	Evre II	15	27.8
Evre III	30	46.2	Evre III	19	35.2
Evre IV	12	18.5	Evre IV	12	22.2

Tablo 5. Yapılan ameliyatlar (KS: kronik sinüzit, Unil: unilateral, Bil: bilateral)

	KS–polip		KS	
	Unil.	Bil.	Unil.	Bil.
Nazal polipektomi	35	30	–	–
Orta Konka parsiyel rezeksiyonu	9	6	13	5
Anterior etmoidektomi	15	28	13	20
Anterior– posterior etmoidektomi ve maksiler sinüs ostiumu genişletilmesi	7	10	6	8
Sfenoidotomi	2		1	
ESC–Septal cerrahi	6	8	6	7
Toplam	68	67	30	35

Tablo 6. Komplikasyonlar

Komplikasyon	Sayı
Major	–
Minör	36
• Sineşi	13
• Cilt altı amfizemi	1
• Periorbital ödem–ekimoz	3
• Tampon gereken kanama	10
• Lamina papiracea zedelenmesi	9

Hastaların kontrol muayenelerinde polipli hastalarda %15.4 oranında nüks görülürken; kronik sinüzitli grupta bu oran %9.2 olarak bulunmuştur. Hastaların şikayetlerinde düzelme oranlarına bakıldığında tam düzelme kronik sinüzit–po-

lipli hastalarda %49.2, kronik sinüzitli hastalarda %42.6 oranında; kısmen düzelme gruplarında sırasıyla %30.8 ve %37 oranında; düzelmeme yada yineleme ise %20 ve 20.4 oranında bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. İyileşme oranları

	Kr. Sin-polip	%	Kr.sin	%
Düzelme	32	49.2	23	42.6
Kısmen düzelme	20	30.8	20	37
Düzelmedi/Tekrarladı	13	20	11	20.4
Toplam	65	100	54	100

TARTIŞMA

Kronik sinüzitte patoloji ostiomeatal komplekstedir. Cerrahi tedavisinde konvansiyonel sinüs cerrahisinde olduğu gibi sinüs mukozasından çok, ostiomeatal komplekse yönelik müdahaleler daha başarılı olur. Wigand (3) ve Meserklinger'in (4) geliştirip Stammberger (6), Kennedy (7), Eryılmaz (5) gibi otörlerin yaygınlaştırdığı ESC'si primer anatomi bozmadan normal fizyolojinin sağlanmasını amaçlar. Sinüs drenajı ve aerasyonu sağlandığında mukozadaki değişiklikler zamanla düzelmektedir (7). Wigand ve arkadaşlarının tekniği sinüs hastalığının arkadan öne doğru; sfenoetmoidektomi, anterior etmoidektomi ve orta meatal antrostomi yoluyla ortadan kaldırılmasına odaklanmıştır. Bu yaklaşım özellikle tek taraflı sinüzit vakalarında daha sınırlı bir yaklaşım hastalığın eradikasyonunda yetersiz kaldığında faydalı olmaktadır (3). Messerklinger tarafından popülerize edilen diğer yaygın metod ise en yoğun hastalıklı dokuya ve ostiomeatal kompleks ve anterior etmoid kompleks gibi anahtar bölgelere yönelik müdahaleleri içerir (4).

Caldwell-Luc operasyonu sonrası birinci ayda semptomların tamamen düzelmesi %37 olarak bildirilirken, ESC sonrası aynı oranın %64 olduğu bildirilmektedir (8). Başarı oranını Stammberger %95, Kennedy %97, Vleming %77 ve Levine %82 olarak bildirmişlerdir (2,3,6,7). Ülkemizdeki verilerde başarıyı Doğru ve ark. (9) polipli hastalarda %84.9, kronik sinüzitli vakalarda %98.8; Özçelik ve ark. (10) %81, Uygur ve ark. (8) %91.2 olarak bildirmişlerdir. Bizim serimizde başarı polipli vakalarda %80 (tam ve kısmi düzelmelerin toplamı), kronik sinüzitli vakalarda ise %79.6 (tam ve kısmi düzelmelerin toplamı) olarak bulundu.

Klasik intranasal etmoidektomide %2-3 major komplikasyon oranı bildirilirken, ESC'de bu oran %0,2-0,3 oranındadır. ESC'de major komplikasyonlar: ciddi kanama, BOS sızıntısı, körlük; minör komplikasyonlarda: peri-orbital hematoma, subkutan orbital amfizem, epifora, sineşi, ostium stenozudur (2,3). Bu oran eğitim veren merkezlerde ve polipli vakalarda artmaktadır (11). Literatürde major komplikasyon oranı %1,1-5, minör komplikasyon oranı %1,1-24 arası değişmektedir. Bizim hastalarımızda major komplikasyon olmayıp, minör komplikasyon oranı %19.1 olarak (36/188) bulunmuştur.

Postoperatif minör komplikasyonlardan olan sineşi ESC'nin başarısızlığında önemli nedenlerdendir. Stammberger'in serisinde sineşi oranı %8'dir (6). Bizim çalışmamızda sineşi 13 hastada bulunmuştur.

ESC lokal ve topikal anestezi altında yapılması hasta uyumu ve komplikasyonun erken tanısı açısından tercih edilmelidir (4,6,12). Preoperatif BT ve endoskopik muayene ostiomeatal kompleksin iyi değerlendirilmesini, hastalığın evrelendirilmesi ve cerrahi oryantasyonda yardımcı olması için yapılmalıdır (5).

Kronik sinüzit etiolojisinde önemli faktörlerden biride anatomik varyasyonlardır. Endoskopik muayenenin yanı sıra BT görüntülemesi de nazal ve paranasal kaviteğin ayrıntılı olarak incelenmesine olanak sağlar. Nazal yapılarıdaki varyasyonlar %64,9-86 oranında görülmektedir (13). Görülen bu yüksek oran anatomik varyasyonların her zaman patolojiye yol açmadığı gösterir. En sık görülen varyasyon septum deviasyonu (%57,6) ikinci en sık ise konka bullozadır (%33,8). Bizim çalışmamızda da 22 hastaya (%20,9) septum deviasyonu nedeniyle endoskopik sinüs cerrahisi uygulanmıştır. Literatürde konka bullozanın normal hava akımını ve mukus drenajını değiştirerek mukozal ödeme, ostiomeatal

kompleks tıkanıklığına ve böylece sinüzite yol açtığını belirten yayınlar mevcuttur (3). Ancak kronik sinüzit etiolojisinde olduğu bilinen bu varyasyonların preoperatif olarak değerlendirilmesi ve tedavi planına dahil edilmesi önemli ve gereklidir (13).

Sonuç olarak kronik sinüzit ve nazal polipozis vakalarında konservatif yaklaşım sağlayan, yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranı ile ESC konvan-

siyonel sinüs cerrahisine tercih edilmelidir. Komplikasyonların belirlenmesi ve minimuma indirilmesi amacıyla postoperatif erken dönemde sık aralıklarla olmak üzere uzun süreli takipler önerilir. Ayrıca kronik sinüzite sebep olduğu gösterilen anatomik varyasyonların da ESC uygulanacak vakalarda belirlenmesi ve ileriye yönelik çalışmalarda dikkate alınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Anand K, Devaiah A. Adult chronic rhinositius, diagnosis and dilemmas. *Otolaryngol Clin N Am.* 2004; 37: 243-252.
2. Kennedy DW. First line management of sinusitis a national problem. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990; 103: 847-854.
3. Wigand ME, Steiner W, Joumann MP. Endonasal sinüs surgery with endoscopic control: From radical operation to rehabilitation of mucosa. *Endoscopy.* 1978;10: 255-260.
4. Messerklinger W. *Endoscopy of the Nose.* Baltimore: Urban & Schwarzenburg; 1978.
5. Eryılmaz A, Dursun E, Akmansu H, Uygur K, Korkmaz H, Özeri C. Kronik inflamatuvar paranazal sinüs hastalıklarında evreleme. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi.* 1997;5:188-193.
6. Stammberger H, Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery. Concept, indications and results of the Meserklinger technique. *Eur Arch Otolaryngol.* 1990; 247: 63-76.
7. Kennedy DW. Prognostic factors, outcomes and staging in ethmoid sinus surgery. *Laryngoscope.* 1992; 102: 1-18.
8. Uygur K, Bayız Ü, Şafak MA, Kocaoğlu A, Akmansu GH, Özeri C. Polipsiz kronik inflamatuvar paranazal sinüs hastalıklarında endoskopik cerrahi sonuçlarımız. 24. Ulusal KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, 1997; 973-976.
9. Doğru H, Döner F, Gedikli O, Yarıktaş M, Arslan A, Çetin M. Endoskopik sinüs cerrahisi sonuçlarımız 24. Ulusal KBB ve baş boyun cerrahisi kongresi 1997; 263-266.
10. Özçelik HS, Çalış AB, Çelikoyar M, Çınar U, Vural Ç, Seven H, Şenvar A. Endoskopik sinüs cerrahisi. 24. Ulusal KBB ve baş boyun cerrahisi kongresi 1997; 745-748.
11. Ünlü Y, Cantürk M, Berç NS. Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi. *KBB Postası.* 1993;2 (3):51-54.
12. Büyükoçak Ü, Koç C, Özcan Ş, Kaya T. Sinonazal cerrahide farklı intravenöz sedasyon teknikleri. *Türk Otolaryngoloji Arşivi.* 2003; 41 (1): 25-30.
13. Bolger WE, Butzin CA, Parsons DS. Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities:CT analysis for endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope.* 1991; 101:56-64.