

Burunda Dev Yabancı Cisim: Rinolit

A Giant Foreign Body in Nose: Rhinolith: Case Report

Kenan Selçuk TUNCAY^a

^aKulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,
Uşak Özel Öztan Hastanesi,
Uşak

Geliş Tarihi/Received: 12.10.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 02.12.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:

Selçuk TUNCAY
Uşak Özel Öztan Hastanesi,
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,
Uşak,
TÜRKİYE/TURKEY
kenanselcuktuncay@yahoo.com

ÖZET Rinolitler, nazal kavitede yerleşen bir nidus etrafına minerallerin birikmesiyle meydana gelen kitlelerdir. Nidus endojen ya da ekzojen kaynaklı olabilir. Çok nadir görülen bu kitleler genellikle kadınlarda ve her yaşta ortaya çıkabilirler. Sıklıkla tek taraflı burun tıkanıklığı ve kötü kokulu pürülan akıntı şikâyeti görülür. Nadiren asemptomatik olabilir. Tanı anterior rinoskopi, rijid nazal endoskopi ve bilgisayarlı tomografi ile konulmaktadır. Bu çalışmada, sağ nazal kavitede uzun yıllardır burun tıkanıklığı ve kötü kokulu akıntı şikâyeti olan 36 yaşındaki kadın rinolit olgusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nazal kavite; yabancı cisimler; nazal tıkanıklık

ABSTRACT Rhinoliths are masses caused by the deposition of minerals around a nidus in the nasal cavity. This nidus originates from exogenous or endogenous. Rhinoliths are seen rarely, mostly in female and at every age. Mostly symptoms are unilateral nasal obstruction and malodorous purulent discharge. Rarely there is no symptom. Diagnosis is made by anterior rhinoscopy, nasal endoscopy and computerized tomography. In this case we report a 36 years-old female patient who had malodorous purulent discharge and nasal obstruction for a long time because of having large rhinolith in the right nasal cavity.

Keywords: Nasal cavity; foreign bodies; nasal obstruction

Rinolitler nazal kavitede endojen veya ekzojen kaynaklı bir nidus etrafında minerallerin çökmesiyle oluşan düzensiz yüzeyli kalsifiye kitlelerdir.^{1,2} Çok nadir görülen bu hastalığın sıklığı literatürde 1/10.000 olarak bildirilmiştir. Daha çok otuzlu yaşlardaki kadınlarda görülen bu hastalık her yaşta ortaya çıkabilmektedir.³ Çocuklarda nidus daha çok ekzojen kaynaklıdır. Ekzojen nidus kaynakları genellikle meyve çekirdeği, boncuk, düğme, çakıl taşı ve gaz tampon artıklarıdır.^{1,2} Endojen nidus kaynakları ise genellikle diş, sekestrum, kurumuş kan ve kemik fragmanlarıdır.^{1,4-7} Klinik olarak başlıca yakınmalar, burun tıkanıklığı ve burundan kötü kokulu akıntıdır.^{1,2,4} Bazen uzun yıllar belirti vermeyebilmekte ve rastlantısal olarak kulak burun boğaz (KBB) muayenesinde ortaya çıkabilmektedir.^{4,5}

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşındaki kadın olgu, uzun yıllardır devam eden ve son birkaç yıldır artan burundan nefes almada güçlük ve sağ burun deliğinden kötü koku gelmesi şikâyetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde nazal septumda sol tarafa deviasyon ve sağ nazal pasajda gri-beyaz renkte düzensiz sınırlı yabancı cisim görüldü. Nazal endoskopik muayenede sağ inferior konka ile nazal septum arasından inferior konkanın altına uzanan yabancı cisim ile uyumlu, dokunmakla sert kitle izlendi (Resim 1). Koronal planda çekilen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT)'de nazal septum sola deviye olarak izlendi, sağ nazal pasajda inferior meaya uzanan kemik dansitede kitle mevcuttu (Resim 2).

Operasyon öncesi olguya hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi verilerek, bilgilendirilmiş onam formu onayı alındı. Kitle, rinolit teşhisi ile sedasyon ve lokal anestezi altında endoskopi eşliğinde total çıkarıldı (Resim 3). Kitlenin tamamen çıkarıldığından emin olunduktan sonra eş zamanlı septoplasti yapıldı. Nazal mukozada lokal erozyon bulgularına rastlanmadı. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra anterior silikon tamponlar yerleştirildi. Anterior tamponlar sineşi oluşmasını önlemek amacıyla 7 gün tutuldu. Postoperatif nazal yıkama ve antibiyotik tedavisi verildi. Olgunun po-



RESİM 1: Sağ inferior konka ile nazal septum arasından inferior konkanın altına uzanan yabancı cisim ile uyumlu kitlenin endoskopik görüntüsü.



RESİM 2: Sağ nazal kavitede kemik dansitesinde yabancı cisimi gösteren paranazal bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



RESİM 3: Parçalar hâlinde çıkarılmış rinolit.

stoperatif bir aylık izleminde şikâyetlerinin tamamen düzeldiği ve nazal pasajda sineşi olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

İlk rinolitiyazis olgusu 1654 yılında rapor edilmiştir.⁸ Rinolitın ilk radyolojik tanımı MacIntyre tarafından 1900 yılında yapılmıştır.⁹ 1/10000 oranında daha çok düşük gelir grubunda ve her yaşta olmakla birlikte daha çok kadınlarda görülmektedir.³ Rinolitlerin patogenezi tam olarak aydınlatılamamışsa da genellikle burun içerisindeki yabancı bir cismin etrafında mukus ve minerallerin birikmesiyle oluştuğu düşünülmektedir. Yabancı cisimlerin çoğu ekzojen kaynaklı olsa da nadiren endojen

kaynaklı da olabilmektedir. Yabancı cismin kronik inflamatuvar bir olayı başlattığı ve bunun üzerine kalsiyum fosfat, kalsiyum karbonat ve magnezyum fosfat gibi minerallerin çöktüğü düşünülmektedir.⁶ Meydana gelen kitle lokalizasyonuna göre; maksiller antrumdakiler maksiller antralit, nazal kavitedekiler ise rinolit olarak adlandırılmaktadır.

Rinolit bir süre sessiz seyrettikten sonra semptomlar ortaya çıkabildiği gibi, nadiren asemptomatik de seyredebilmektedir. En sık görülen semptomları genellikle tek taraflı, uzun süreli burun tıkanıklığı ile burundan tek taraflı kötü kokulu akıntıdır. Baş ağrısı, burun kanaması, anozmi, halitoz, epifora, burun ve yüzde şişlik de görülebilmektedir.^{1,2,4-6,10,11} Olgumuzun da kliniğimize başvuru şikâyeti sağ burun deliğinden kötü kokulu akıntı gelmesi ve burun tıkanıklığı idi. Rinolitler nadiren bilateral çoğunlukla unilateral yerleşimlidir. Tipik olarak burun boşluğu tabanında, maksiller sinüs ile alt konka arasında veya olgumuzda olduğu gibi alt konka ile septum arasında bulunmaktadır.^{1,4,5} Rinolitler sıklıkla gri, kahverengi veya yeşil-siyah renkte olup, çevresinde çoğu zaman ödemli granülasyon dokusu ve pürülan sekresyon bulunmaktadır. Komşu kemik yapılarında zaman içinde destrüksiyon gelişebilmektedir. Destrüksiyon genellikle septum ve maksiller sinüs mediyal duvarında olabildiği gibi, sert damakta perforasyon, septum perforasyonu ve nadir de olsa nazo-oral fistüller gelişebilmektedir.¹¹ Olgumuzda herhangi bir destrüksiyon bulgusuna rastlanmamıştır.

Rinolit tanısında anterior rinoskopi ve rijid nazal endoskopi çoğu zaman yeterlidir. Şüpheli hastalarda, rinolit tanısına ilave bir nazal patoloji olup olmadığını öğrenmek ve rinolit varsa çevre dokuda destrüksiyon varlığını araştırmak için panoramik sinüs tomografisi kullanılabilir.

dir.^{1,2,4,5,10} Rinolitler BT'de tipik olarak homojen yüksek dansitede lezyonlar olarak izlenmektedir.¹ Olgumuzda da anterior rinoskopi ve rijid endoskopik muayeneyi takiben, rinolit ve septum deviasyonu tanısı koyduktan sonra, ilave bir patolojinin olup olmadığını ve rinolitin destrüksiyon yapılıp yapılmadığını tespit edebilmek için BT inceleme yapılmıştır.

Rinolitın ayırıcı tanısında; kalsifiye polipler, granülomlar, opak yabancı cisimler, osteom, nazal gliom, lokal osteomyelit sekestreleri, enkondrom, hemanjyom, dermoid tümör düşünülebilir.^{1,2,4,5,10,11} Septal perforasyona yol açan rinolitlerde tüberküloz ve sifiliz gibi enfeksiyöz patolojiler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.^{1,2}

Rinolitlerin tedavisi, boyut ve yerleşimlerine göre lokal veya genel anestezi ile total olarak çıkarılmasını içermektedir.¹² Sıklıkla rijid nazal endoskopi tedavide kullanılmaktadır. Olgumuzun tedavisinde de sedasyon ve lokal anestezi altında rijid nazal endoskopi kullanılarak rinolit total olarak çıkarılmış, ayrıca septoplasti ile her iki nazal pasaj açılmıştır.

Sonuç olarak; uzun süreli nazal akıntı ve tıkanıklık şikâyeti bulunan hastalarda ön tanıda rinolit de düşünülmeli ve radyolojik tanıda BT yapılmalıdır. Radyolojik tanıda BT inceleme; lezyonun büyüklük ve lokalizasyonunun tam olarak belirlenmesi, nidusun ortaya konulması, çevre dokuda destrüksiyon varlığı ve eşlik eden diğer patolojilerin saptanmasında detaylı bilgi vermektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Kenan Selçuk Tuncay.

KAYNAKLAR

1. Sakin YF, Gedik M. [Rhinolithiasis: clinic symptoms, diagnosis, treatment options, radiologic findings (case report)]. Göztepe Tıp Dergisi 2009;24(2):95-100.
2. Aksungur EH, Binokay FB, Bicakci K, Apaydin O, Oguz M, Aydogan B. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. Eur J Radiol 1999;31(1):53-5.
3. Wickham MH, Barton RP. Nasal regurgitation as the presenting symptom of rhinolithiasis. J Laryngol Otol 1988;102(1):59-61.
4. Tezer MS, Sarı K, Ünal A. [Giant rhinolith: original image]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006;26(3):349-50.
5. Ugur KS, Vuran Ö, Ark N, Kurtaran H. Rhinolith: incidental finding during routine physical examination. Cumhuriyet Med J 2011;33(1): 88-92.
6. Rasinger GA, Brandstätter F, Auinger A. [Rhinolithiasis--with special reference to minerology]. HNO 1985;33(2):65-9.
7. Yorgancılar E. [Ectopic intranasal tooth]. Dicle Med J 2008;35(4):271-3.
8. Garca MF, Guven SF, Bozan N, Cankaya H. [Silent foreign body in nose:Rhinolith]. Journal of Academic Research in Medicine 2012;2(2): 85-6.
9. Atalar MH, Tas F, Petik B, Dumlu N, Isık AO. [Rhinolithiasis]. Cumhuriyet Universitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(2):91-3.
10. Yuca K, Caksen H, Etlık O, Bayram I, Sakin YF, Dülger H, et al. The importance of rigid nasal endoscopy in the diagnosis and treatment of rhinolithiasis. Auris Nasus Larynx 2006;33(1):19-22.
11. Gill RS, Lal M. Perforation of the hard palate by a rhinolith and its repair. J Laryngol Otol 1977;91(1):85-9.
12. Orhan K, Kocycigit D, Kisnisci R, Paksoy CS. Rhinolithiasis: an uncommon entity of the nasal cavity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;101(2):e28-32.