

## Rinolit (Vaka Takdimi)

Dr.Ahmet KUTLUHAN\*

Dr.Yaşar ÜNLÜ\*

Dr. Ertuğrul ERHAN\*

Rinolitler, bir odak etrafında iyonların çöküşü sonucu meydana gelen burun taşlarıdır (1). Bunlar; ekzojen ve endojen kaynaklı olmak üzere iki gruba ayrılabilirler. Ekzojen rinolitler, yabancı bir cismin etrafında gelişirler. Bunlar arasında; meyva çekirdeği, düğme, kağıt parçası, pamuk, boncuk ve odun parçası sayılabilir.

Endojen kaynaklı olanlar ise; nekrotik epitel, mukus, kan pıhtısı, diş ve kemik sekestrelere bağlı olarak gelişebilirler. Ancak, bu gelişim teorik olarak kabul edilmekle birlikte, klinik bakımından oldukça nadir görülürler (1,2).

### Vaka Raporları

Vaka I: MÇ, 43 yaşında erkek hasta (449402). Onbeş günden beri pis kokulu burun akıntısı şikayeti olan hastanın hikayesinde, uzun süreli burun tıkanıklığı olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde; sağ burun boşluğunu dolduran ve septumu sola iten, hareketsiz, sert kitle tespit edildi. Sağ orta konkada polipoid dejenerasyon gözlemlendi. Waters grafisinde; sağ maksiller sinüsde havalanma kaybı ve sağ burun pasajında kemik dansitesine yakın kitle mevcuttu. Diğer rutin tetkikler normal bulundu.

Lokal anestezi altında; sağ burun boşluğundaki kitle ve Caldwell-Luc operasyonu ile maksiller sinüsdeki polipoid yapılar çıkarıldı. Sağ orta konkadan biyopsi yapıldı. Patoloji raporunda; konkada mukozasında kronik iltihabi olay, maksiller sinüs için ise polip geldi. Rinolit biyokimyasal incelenmesinde; kalsiyum, fosfor ve karbonat minerallerinin karışımından oluştuğu görüldü. Onbeş gün içinde hastanın şikayetleri tamamen kayboldu ve burun mukozası iyileşti.

Vaka II: MB, 17 yaşında erkek hasta (488336). Zeka genliği olduğu için ailesinden alınan hikayesinde; 2 yıldan beri sağ burun boşluğunda tıkanıklık ve akıntı olduğu, son üç gün içerisinde de aralıklı olarak burun kanaması olduğu öğrenildi. Travma ve yabancı cisim hi-

kayesi alınmadı. Fizik muayenesinde; sağ burun boşluğunda gri renkli hareketli kitle mevcuttu. Vaters grafisinde; sağ burun boşluğunda ortası hipodens, çevresi hiperdens olan kitle görüldü. Bilgisayarlı tomografi bulguları; Vaters grafisini destekledi (Şekil 1). Rinolit tanısı ile lokal anestezi altında anterior rinoskopi yoluyla kitle çıkarıldı ve takiben gelişen burun kanaması için anterior tampon yapıldı. Biyokimyasal incelemede; rinolit, ortasında antepfıstığı bulunan, kalsiyum tuzlarından oluştuğu görüldü. Hastanın ilk 24 saat sonrası tamponları alındı. 10 gün içinde yapılan kontrollerde tamamen düzeldiği görüldü.

### TARTIŞMA

Rinolit oluşumunda, burun içindeki kolloid/kristaloid dengenin biyokimyasal olarak bozulması sorumlu tutulmaktadır. Dengeyi bozan faktörler arasında; pH, bakteriyel enfeksiyon, mukosiliyer hareket bozukluk, sekresyonun aşırı saturasyonu ve stazı ile birlikte hava akımındaki lokal değişiklikler sayılabilir (3).

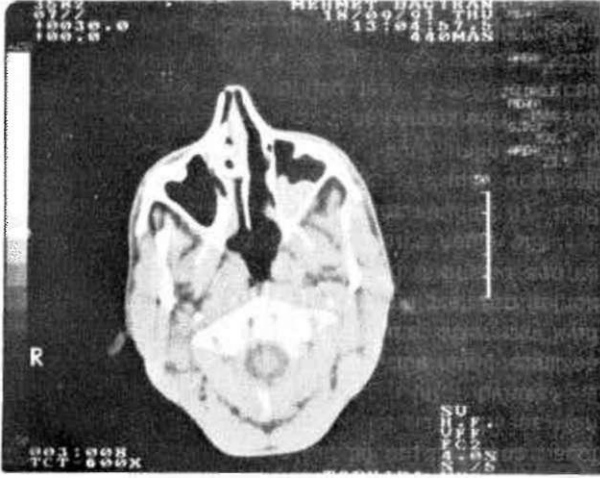
Rinolitlerde değişik oranlarda kalsiyum fosfat, kalsiyum karbonat ve magnezyum fosfat bulunur. Eser miktarda ise magnezyum karbonat, demir, çinko, sodyum, potasyum, okzalit ve klor bulunabilir (4). Florür hariç bu karışım dış gelişimindeki yapı elementlerine benzer (5).

Uzun süreli ya da gözenekli organik ve inorganik yabancı cisimler rinolit gelişimini kolaylaştırır (1).

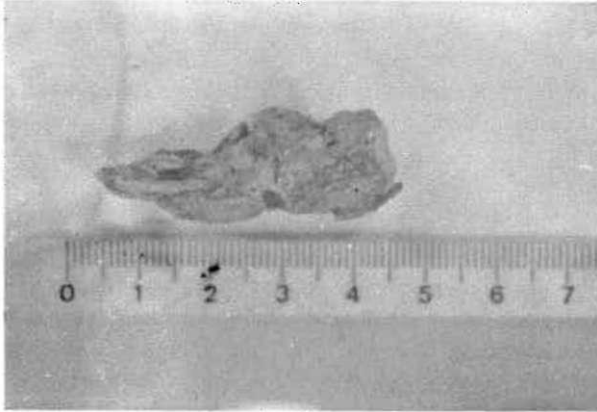
Rinolitli vakaların klinik seyirleri; semptomlu ya da semptomsuz olabilir. Semptomsuz hastalar, KBB muayeneleri esnasında tesadüfen farkedilirler. Böyle vakaların, enfeksiyon devresi unutulmuş ya da organizma için inert olan maddeler olabileceği bildirilmiştir (0)-

Rinolit yavaş büyüdüğünden ilk zamanlarda az belirti verir. Büyüklüğü artınca bir taraflı burun tıkanıklığı ve akıntının artması dikkati çeker. Rinolit tazyiki ile ülse-rasyon olunca nevralkjik ağrılar, burun kanaması, kanlı

\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ABD, KAYSERİ



Şekil 1. İkinci vakanın komputerize tomografisinde aksiyal kesitte burun boşluğu içinde ortası hipodens olan kitle görülmektedir.



Şekil 2. Birinci vakadan çıkarılan rinolit

ve kötü kokulu mukopürülan akıntı başlar (6). Ancak, bu şikayetler olmaksızın sadece sert damak perforasyonuna bağlı regurjitasyon olabilir (7).

Rinolitli vakalarda yabancı cisim hikayesi pek güvenilir değildir. Ayrıca, yabancı cisimler öksürük ve kusma esnasında nazofarenks yoluyla da girebilirler.

Tanıda en kolay ve basit yöntem anterior rinoskopidir. Burun genellikle akıntılı olduğu için yapılacak aspirasyon vakanın atlanmasını önler.

Ayırıcı tanı ve cerrahi müdahale için VVaters gratisi ile bilgisayarlı tomografi son derece faydalı olur. Kitlenin yerinin tespitinin yapılmasında, ön-arka ve yan kafa grafileri de çektirilmelidir (8). Bilgisayarlı tomografi; kitlenin yeri ve büyüklüğünü göstermesi yanında, osteom, kalsifiye polip, kondrom, kondrosarkom ve osteosarkom gibi hastalıkların ayırıcı tanısında da yardımcı olur (9).

Burun içinde uzunca süre kalan rinolit mukoza dejenerasyonuna, kıkırdak nekrozuna, sinüs ostiumlarını kapatarak kronik sinüzitlere ve koku bozukluklarına sebep olabilir. Hatta, sert damak perforasyonu yapabilir (7). Kıkırdak ve kemik doku tahribi olan vakalarda sitiliz, tüberküloz ve osteojenik sarkomdan şüphelenilmelidir. Bizim vakalarımızda böyle bir nekroz tesbit edilmedi ve birinci vakamızın orta konkasından alınan biyopsi sonucu kronik iltihabi olay olarak rapor edildi. Literatürde kanser ile birlikte olan rinolit bulunmamaktadır (8).

Tedavide, anterior rinoskopi ile taş bir bütün halinde veya parçalanarak çıkarılır. Ancak çok büyük rinolitlerde lateral rinotomi yapmak gerekebilir (1-8). Bizim birinci vakamızdaki rinolit (Şekil 2) 4-5 cm büyüklüğünde olmasına rağmen, lateral rinotomiye gerek kalmadan çıkarılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Jones HS. Rhinolithiasis. J Ear Nose Throat 1988; 67(4):248-51.
2. Poison CS. On rhinoliths. J Laryngol Otol 1943; 58:76-116.
3. Douek ET. Physiology of the nose and paranasal sinuses. In: Ballantyne J, Groves J, eds., Scott-Brown's Diseases of the Ear, Nose and Throat. London: Butterworths, 1979:241.
4. Carder HM, Hiel JJ. A symptomatic rhinolith: a brief review of the literature and case report. Laryngoscope 1966; 76:524-30.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral lesions. Philadelphia: WB Saunders 1983:768-70.
6. Atav N. Yabancı cisimler ve Rhinolithe'ler. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 1960:139.
7. Wickham MH, Barton RPE. Nasal regurgitation as the presenting symptom of rhinolithiasis. J Laryngol Otol 1988; 102:59-61.
8. Rosellen E, Kimbrough DDS. Rhinolithiasis: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 65-66: 693-8.
9. Harbin W, Alfred LW. Rhinoliths. Ann Otol Rhinol Laryngol 1979; 88:578-9.