



Rekürren Sinüzitin Nadir Bir Nedeni, Etmoid Sinüs Taşı: Olgu Sunumu

A Rare Cause of Recurrent Sinusitis and Ethmoid Sinüs Stone: A Case Report

Doğan Atan, Mehmet Ali Çetin, Aykut İkinciçoğulları, Sabri Köseoğlu, Serdar Ensari, Hacı Hüseyin Dere

Özet / Abstract

Burun içindeki ve paranasal sinüslerdeki taşlar genel olarak rinolitiazis olarak isimlendirilir. Rinolitiazisler, yabancı cisimlerin etrafında mineral tuzlarının birikimi sonucu oluşur. Düğme, meyve çekirdeği, boncuk, gazlı bez ve tampon burun içinde görülebilen yabancı cisimlerdir. Bu yazıda anterior etmoid sinüs bölgesinde taş ile uyumlu yabancı cisim tespit edilen hasta, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Paranasal sinüs, yabancı cisim, rinolitiazis

Stones in the nose and the paranasal sinuses are generally called rhinolithiasis. They are caused by the accumulation of mineral salts around foreign bodies. Buttons, fruits, beans, beads, cloth, and gauze pad are the foreign bodies that can be seen in the nose. In this article, a patient who had a foreign body, like a stone, in the ethmoid sinus area is discussed.

Key Words: Paranasal sinus, foreign bodies, rhinolithiasis

Bu olgu, 35. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur, 2-6 Kasım, Antalya, Türkiye.

This case was presented as a poster at the 35th National Otolaryngology-Head and Neck Surgery Congress in 2-6 November 2013 Antalya, Türkiye.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Doğan Atan, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye

Phone: +90 555 515 12 08

E-posta: doganatan@gmail.com

Geliş Tarihi/Received:
06.01.2014

Kabul Tarihi/Accepted:
25.02.2014

© Copyright 2014 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2014 Makale metnine
www.istanbulmedjergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

Giriş

Paranasal sinüs taşları nadir olarak görülmektedir (1). 1969 yılında ilk kez Bowerman, nazal taşlardan farklı olarak maksiller antrolit tanımını kullanmıştır (2). Paranasal sinüs taşları sinolitiazis olarak isimlendirilmekle birlikte en sık maksiller sinüste görülmektedir. Literatürde frontal sinüs ve sfenoid sinüs lokalizasyonlu taşlar bildirilmiştir (3, 4). Tanı çoğu zaman, asemptomatik olan sinolitiazis ile birlikte başka bir nazal patolojiyi değerlendirirken tesadüfen konmaktadır. Bunun yanında hastalar tekrarlayan sinüzit şikayetleriyle kulak burun boğaz hekimine başvurabilirler. Paranasal sinüs taşlarını değerlendirmede endoskopik muayene çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Radyolojik görüntülemeler özellikle bilgisayarlı tomografi (BT) taşın lokalizasyonu hakkında bilgi vermektedir. Bu olgu sunumunda tekrarlayan akut sinüzit semptomları tarifleyen ve beraberinde anterior etmoid sinüs lokalizasyonlu sinolitiazisi olan hasta güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

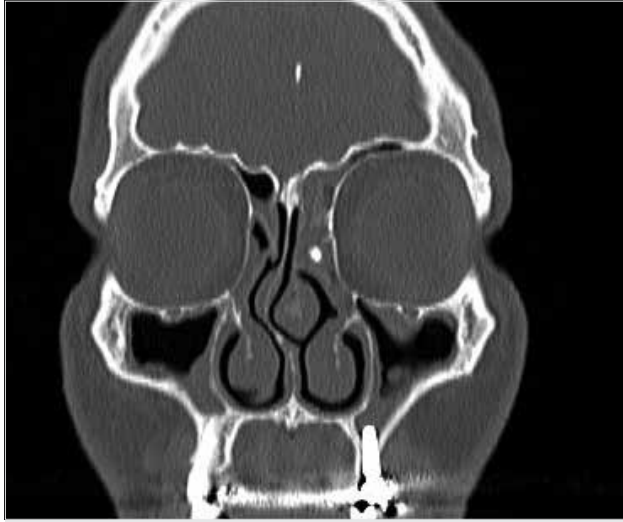
Olgu Sunumu

Tek taraflı burun tıkanıklığı, geniz akıntısı, koku almada azalma şikayetleri ile kliniğimize başvuran otuz sekiz yaşındaki erkek hastanın daha önce geçirilmiş herhangi bir nazal cerrahi öyküsü yoktu. Daha önce sinüzit nedeniyle birkaç defa antibiyotik kullanımı öyküsü olan hasta tedavi sonrası semptomlarında geçici süreler ile (yaklaşık on beş-yirmi gün) düzelmeler olduğunu belirtti. Şikayetlerinin yaklaşık üç yıldır olduğunu ve son bir yıldır beş-altı kez tekrarladığını söyleyen hastaya rekürren akut sinüzit ön tanısı ile endoskopik muayene ve radyolojik değerlendirme yapıldı. Nazal septumun sağ tarafa deviyeye olduğu görüldü. Ayrıca deviasyona eşlik eden bilateral orta meada polipoid ödemli mukoza görünümü mevcuttu. Paranasal BT'de; bilateral maksiller, frontal ve etmoid sinüslerde sinüzit ile uyumlu yumuşak doku değerleri izlendi. Sol anterior etmoid sinüs yerleşimli yaklaşık 5x3 mm boyutlarında radyopak lezyon görüldü (Resim 1, 2). Hastaya genel anestezi altında endoskopik septoplasti ve bilateral fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Solda anterior etmoid sinüste bulunan sert, çevre dokulara kısmen yapışık ossifiye lezyonun taş olduğu görüldü ve eksize edilerek cerrahi sonlandırıldı (Resim 3). Bir yıllık izlemde hastada nüksü düşündürecek semptom ve bulgulara rastlanmadı. Hastadan yazılı onam alınmıştır.

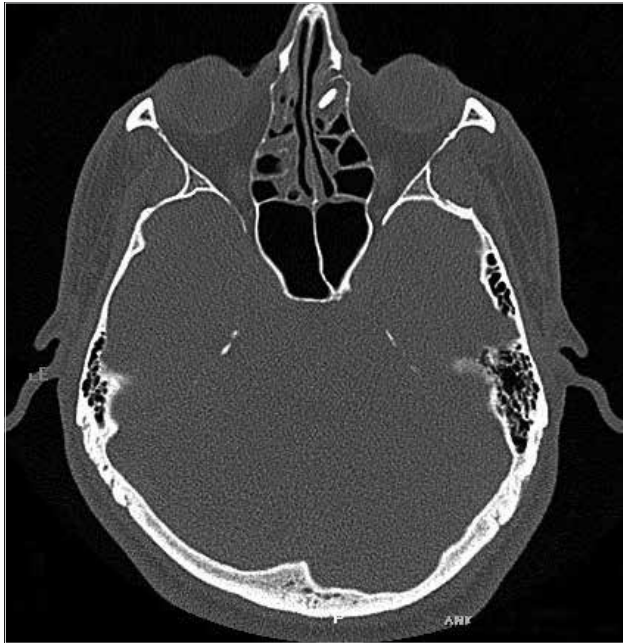
Tartışma

Paranasal sinüs taşları sinolitiazis olarak isimlendirilir ve rinolithiazislere oranla daha nadir görülmektedir (1). Literatürde şimdiye kadar 700'den fazla rinolitiazis olgusu tanımlanmıştır (5). Güncel literatürde frontal sinüs ve sfenoid sinüs yerleşimli taşlar bildirilmiştir (3, 4). Bizim olgumuzda tek taraflı anterior etmoid sinüs lokalizasyonlu sinolitiazis mevcuttur.

Sinolitiazis oluşum patogenezinde, endojen (diş, kan, pürülan sıvı, kemik fragmanları, mukus, mantar vb.) veya eksojen (pamuk, düğme, boncuk vb.) kaynaklı bir nidus çevresinde kalsiyum fos-



Resim 1. Paranasal BT koronal kesitte anterior etmoid sinüs lokalizasyonunda taşın görünümü
BT: bilgisayarlı tomografi



Resim 2. Paranasal BT aksiyel kesitte taşın görünümü
BT: bilgisayarlı tomografi

fat ve kalsiyum karbonat gibi minerallerin birikimi rol oynamaktadır. Oluşum teorisi tam olarak bilinmese de bu yabancı cisimlerin kronik enflamatuvar sürece ve mineral tuzlarının birikimine yol açtığı düşünülmektedir (6).

Sinolitiazis sinüzit nedeniyle oluşabilir veya sinüzitin bir nedeni olabilir. Kronik sinüzit veya rekürren akut sinüzitte görülebilen pürülan sıvı veya mukus kaynaklı endojen bir nidus etrafında mineral tuzlarının birikimi ile sinolitiazis gelişebilmektedir. Olgumuzun alınan öyküsünde ve çıkarılan taşın incelenmesi sonucunda sinolitiazisin eksojen kaynaklı bir nidus etrafında gelişen mineralizasyon sonucunda oluşmamıştır. BT incelemesinde bilateral maksiller sinüs, etmoid sinüs ve frontal sinüslerde mukozal kalınlaşmalar ve sinüzit ile uyumlu bulgular olması nedeniyle sinolithiazisin rekürren akut sinüzit nedeniyle oluştuğu düşünülmüştür.



Resim 3. Operasyon sonrası anterior etmoid sinüsten çıkarılan taşın görünümü

Klinik olarak hastalar asemptomatik olabilir. Semptomatik hastalarda fasiyal ağrı, burun tıkanıklığı, kanlı veya pürülan burun akıntısı, burun kanaması, post-nazal akıntı ve tutulan sinüs üzerinde hassasiyet bulunabilir (7). Bizim hastamızda burun tıkanıklığı ve geniz akıntısı mevcuttu. Sfenoid sinüs yerleşimli taşlarda baş ağrısı tek semptom olabilir (4).

Paranasal sinüs taşlarını belirleme fizik muayene yetersiz kalabilir, bundan dolayı radyolojik görüntülemelere başvurulmalıdır. Radyolojik inceleme olarak direkt grafiler ve BT kullanılabilir. Sinolitiaziste, BT yüksek sensitifitesi ve spesifitesi nedeniyle tanıda önemlidir. Tipik olarak sinolitiazis benign ya da malign tümörlerden BT'de yüksek dansiteli homojen lezyon olarak görülmesiyle ayırt edilebilir (8-11). Ayırıcı tanıda, radyopak görüntü veren fungal enfeksiyon, displazik veya ektopik diş fragmanları, kalsifiye mukus retansiyon kistleri, kemik kistleri, fibröz displazi gibi birçok hastalık göz önünde bulundurulmalıdır (7). Bizim hastamızın tomografisinde anterior etmoid sinüs bölgesinde düzgün sınırları olan yaklaşık 5x3 mm boyutlarında yüksek dansiteli ossifiye lezyon mevcuttu. Ayırıcı tanıda benign tümörlerden; hemanjiom, osteom, ossifiye fibrom ve ekondrom ya da malign tümörlerden; kondrosarkom ve osteosarkom düşünülmelidir (8, 12, 13).

Sinolitiazis başka patolojilerle birlikte olabilir. Literatürde nazal polip ile birlikte antral sinolitiazis yayınlanmıştır (7). Bizim olgumuzda hastada eş zamanlı kronik sinüzit ve septum deviasyonu mevcuttu. Sinolitiazisin tedavisi endoskop yardımıyla cerrahi ekizasyondur. Tedavi lokal ya da genel anestezi altında yapılabilir. Nazal kavite içindeki taşlar lokal anestezi ile çıkarılabilir. Kana-

ma, ağrı, aspirasyon problemleri olabileceğinden dolayı dikkatli olunmalı ve müdahale ameliyathane şartlarında yapılmalıdır. Paranasal sinüs taşları ise tercihen genel anestezi altında endoskopik olarak çıkarılmalıdır. Ek patolojileri olan hastaların tedavilerinin eş zamanlı yapılması uygundur. Bizim olgumuza genel anestezi altında etmoid sinüsteki taşın eksizyonu yapıldı. Ayrıca taşın çıkarılmasının ardından endoskopik septoplasti ve fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi gerçekleştirildi.

Sonuç

Rekürren sinüziti olan özellikle tek taraflı şikayetler tarifleyen hastalarda ayırıcı tanıda özellikle yabancı cisimler, benign ve malign tümöral kitleler mutlaka akılda tutulmalıdır. Endoskopik muayenenin yetersiz olduğu durumlarda mutlaka radyolojik değerlendirmelerden faydalanılmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - D.A., M.A.Ç., S.K.; Tasarım - D.A., M.A.Ç., A.İ.; Denetleme - D.A., S.E., H.H.D.; Kaynaklar - D.A., M.A.Ç., S.K., A.İ., H.H.D.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - D.A., A.İ., S.E.; Analiz ve/veya yorum - D.A., S.K., S.E., H.H.D.; Literatür taraması - D.A., M.A.Ç., S.K.; Yazıyı yazan - D.A., M.A.Ç.; Eleştirel inceleme - S.E., A.İ., H.H.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu olgu için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - D.A., M.A.Ç., S.K.; Design - D.A., M.A.Ç., A.İ.; Supervision - D.A., S.E., H.H.D.; Funding - D.A., M.A.Ç.,

S.K., A.İ., H.H.D.; Data Collection and/or Processing - D.A., A.İ., S.E.; Analysis and/or Interpretation - D.A., S.K., S.E., H.H.D.; Literature Review - D.A., M.A.Ç., S.K.; Writing - D.A., M.A.Ç.; Critical Review - S.E., A.İ., H.H.D.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this case has received no financial support.

Kaynaklar

1. Raman V, Padgham N. A case of tooth-filling antral rhinolithiasis presenting with blockage of the osteomeatal complex. *Br J Radiol* 2007; 80: 299-300. [\[CrossRef\]](#)
2. Nass Duce M, Talas DU, Özer C, Yıldız A, Apaydın FD, Özgür A. Antrolithiasis: A retrospective study. *J.Laryngol Otol* 2003; 117: 637-40. [\[CrossRef\]](#)
3. Grant DG, Hussain A, Burgel R. Frontal sinolith. *J.Laryngol Otol* 1988; 112: 570-2.
4. Özcan C, Vaysoğlu Y, Görür K. Sinolith: A rare isolated sphenoid sinus lesion. *J Craniofac Surg* 2013; 24: 104-6. [\[CrossRef\]](#)
5. Yıldırım N, Arslanoglu A, Sahan M, Yıldırım A. Rhinolithiasis: Clinical, radiological, and mineralogical features. *Am J Rhinol* 2008; 22: 78-81. [\[CrossRef\]](#)
6. Andras E, Adrian WS. Rhinolith: An unusual case and an uptade. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106: 135-7.
7. Tütiz A, Özcan M, Yılmaz YF, Ünal A. Nazal Polip İle Birlikte Antrolitiazis: İki Olgu Sunumu. *KBB ve BBC Dergisi*. 2006; 14: 63-6.
8. Royal SA, Gartner RE. Rhinolithiasis: An usual pediatric nasal mass. *Pediatr Radiol* 1998; 28: 54-5. [\[CrossRef\]](#)
9. Dib GC, Tangerina RP, Abreu CE, Santos Rde P, Gregorio LC. Rhinolithiasis as cause of oronasal fistula. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)* 2005; 71: 101-3. [\[CrossRef\]](#)
10. Aksungur EH, Binokay FB, Bicakci K, Apaydin D, Oğuz M, Aydoğan B. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. *Eur J Radiol* 1999; 31: 53-5. [\[CrossRef\]](#)
11. Yuca K, Caksen H, Etlik 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: 19-22. [\[CrossRef\]](#)
12. Ozcan I, Ozcan KM, Ensari S, Dere H. Rhinolithiasis with a nasal polyp: A case report. *Ear Nose Throat J* 2008; 87: 150-1.
13. Meyer JR, Quint DJ. Posttraumatic rhinolith. *Am J Neuroradiol* 1993; 14: 1181-2.