



Masif Konka Bülloza Piyoseli

Massive Concha Bullosa Pyocele

Ash BOSTANCI¹, Özge TURHAN², Murat TURHAN¹

¹Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi

Correspondence Address

Ash BOSTANCI

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim
Dalı, Antalya, Türkiye

E-posta: draslibostanci@gmail.com

ÖZ

Konka bülloza osteomeatal kompleksin en sık görülen anatomik varyasyonudur. Genellikle asemptomatiktir. Konka bülloza enfekte olduğunda piyosel olarak adlandırılır. Orta konkada piyosel formasyonunun nadir rastlanmaktadır. Bu durum tedavi edilmediği takdirde komşu anatomik yapıları destrükte edebilir. Konka bülloza piyoselinin tüm nazal kaviteyi dolduracak kadar büyümesi ise oldukça nadir bir durumdur. Yazıda, kronik baş ağrısı ve burun tıkanıklığı şikâyeti olan, paranazal sinüs tomografisinde masif konka bülloza saptanan ve endoskopik cerrahi ile etkin olarak tedavi edilen bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Konka bülloza, Orta konkada, Piyosel

ABSTRACT

Concha bullosa is the most common anatomic variation of the osteomeatal complex. It is usually asymptomatic. If the concha bullosa becomes infected, it is then called a pyocele. Pyocele formation within the middle concha is a rare occurrence. If not treated, it may destruct the surrounding anatomical structures. Growth of the concha bullosa pyocele until it fills the whole nasal cavity is quite rare. In this article, a case that had complaints of chronic headache and nasal obstruction and was found to have a massive concha bullosa on paranasal sinus tomography that was then treated with endoscopic surgery is presented with the relevant literature.

Key Words: Concha bullosa, Middle concha, Pyocele

Geliş tarihi \ Received : 24.08.2015

Kabul tarihi \ Accepted : 29.09.2015

GİRİŞ

Konka bülloza, diğer adıyla konka pnömotizasyonu, lateral nazal duvarın sık görülen anatomik bir varyasyonudur (1). Sıklıkla orta konkada görülmekle birlikte daha az oranda süperior ve inferior konkada da görülebilir (2). Genellikle asemptomatiktir ancak osteomeatal komplekste havalanmayı ve drenajı bozarak sinüs patolojilerine yol açabilir.

Konka bülloza mukosilyer transport sistemine sahiptir ve frontal boşluğa açılan bir ostiumu vardır (3). Bu ostiumun herhangi bir nedenle obstrüksiyonu mukosel olarak adlandırılan kistlere neden olur. Piyosel ise enfekte olmuş mukoseli tarif eder (4). Mukosel ve piyoseller sıklıkla fronto-etmoid komplekste görülmekle birlikte konka bülloza piyosellerinin nazal kaviteyi dolduracak kadar büyümesi nadir karşılaşılan bir durumdur (5).

Bu yazıda tek taraflı burun tıkanıklığına yol açan bir masif konka bülloza piyoseli olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış bir yaşında kadın hasta yaklaşık altı aydır olan ve giderek artan burun tıkanıklığı,

DOI: 10.17954/amj.2016.60

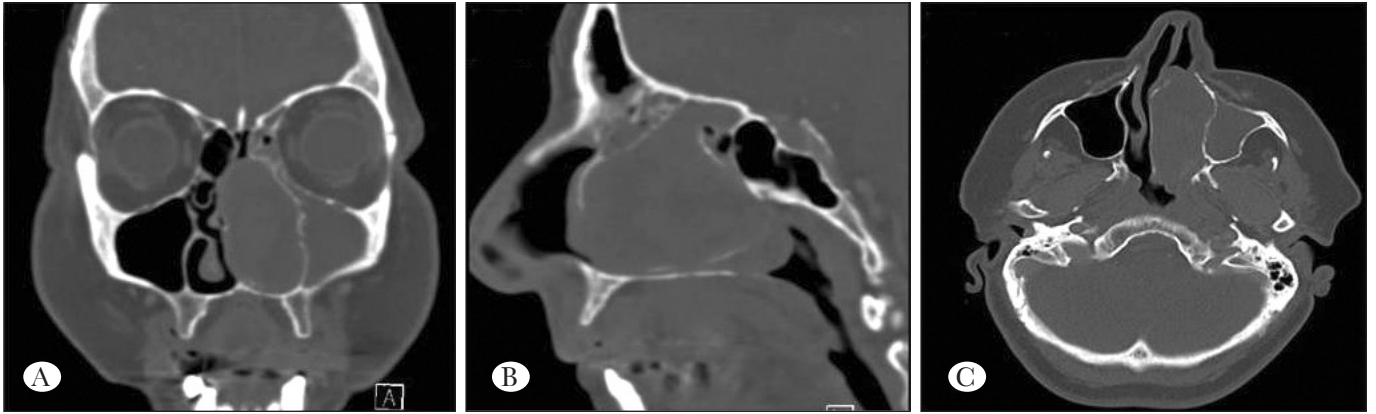
baş ağrısı ve geniz akıntısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinden, sinüzit tanısıyla birçok kez farklı medikal tedaviler aldığı ancak şikâyetlerinde gerileme olmadığı öğrenildi. Endoskopik muayenede sol nazal pasajı tamamen obstrükte eden, yüzeyi mukoza ile örtülü, pulsatil olmayan ve septumda sağa deviasyona neden olan kitlesel lezyon gözlemlendi. Bilgisayarlı paranazal sinüs tomografisinde sol nazal kaviteyi dolduran, etrafı ince kemik lamel ile çevrili, orta konka kaynaklı yaklaşık 5x4.5x2 cm boyutunda, yumuşak doku dansitesinde bir kütle izlendi. Kitlenin nazal septumu komprese ederek sağa doğru deviasyona neden olduğu saptandı. Çevre kemik yapılarında belirgin destrüksiyon olmamakla birlikte komşu sol maksiller sinüs ve etmoid hücrelerde yoğun dansiteler izlendi (Şekil 1A-C).

Hastaya genel anestezi altında endoskopik sinüs cerrahisi planlandı. Hastadan cerrahi öncesi aydınlatılmış onam alındı. Öncelikle orta konka mukozasına vertikal bir insizyon yapıldı. İncelmiş kemik lamel geçildiğinde konka bülloza içerisinin tamamen sarı-yeşil renkte pürülan bir materyalle dolu olduğu görüldü. Pürülan materyal aspire edildi. Ardından mukoza eleve edilip orta konkanın lateral ve inferior kemik lamelleri rezeke edilerek işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı (Şekil 2A-C).

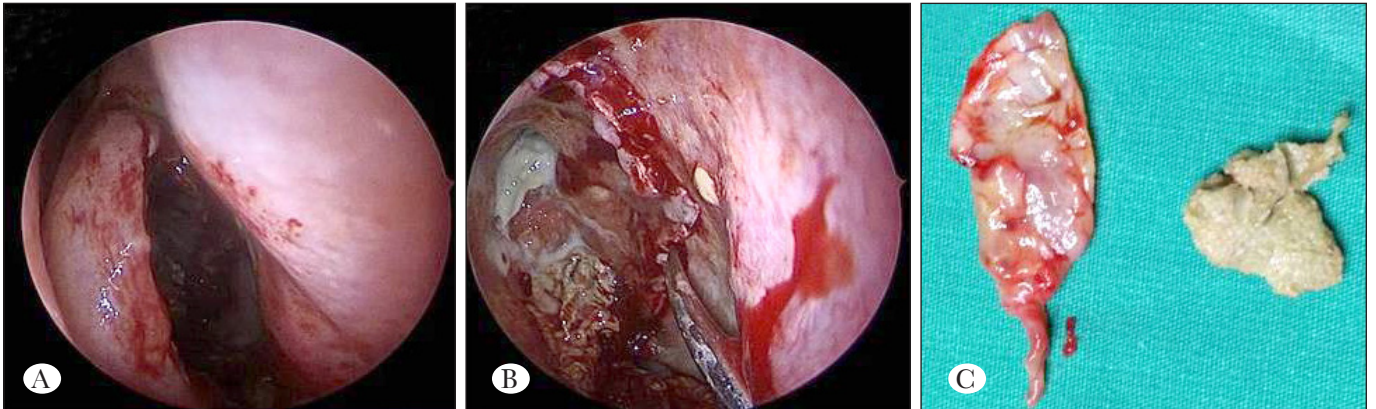
Spesmenin histopatolojik incelemesi mukosel ve taşlaşmış mukus şeklinde rapor edildi. Yoğun bakteri kümelenmeleri mevcuttu. Mikrobiyolojik incelemede ise yoğun Haemophilus influenzae ve Pseudomonas aeruginosa üremesi oldu. Mantar kültüründe üreme olmadı. Hastaya kültür antibiyogram sonucuna göre iki hafta süreyle Levofloksasin 1x750 mg tablet başlandı. Kontrol muayenelerinde hastanın şikâyetlerinin tamamen gerilediği ve nazal pasajın açık olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Konka bülloza osteomeatal kompleksin en sık görülen anatomik varyasyonudur. İnsidansı %13-53 arasında değişmekle birlikte nedeni hâlâ tam olarak bilinmemektedir (6). Travma, polip, geçirilmiş cerrahi ya da tümör gibi herhangi bir nedenden dolayı konka mukosilyer akımında oluşan bir obstrüksiyon, mukus içeren, cidarı epitelle döşeli, mukosel olarak adlandırılan kistik yapıların oluşmasına neden olmaktadır. Epitelin inflamasyonu, lenfosit ve monositlerden sitokinlerin salınımı, sitokinler de fibroblastları stimüle ederler. İnflamasyonun tetiklediği lokal kemik destrüksiyonu ve yeniden biçimlenme, mukosel ya da piyoselin büyümesini daha da hızlandırır. Bu durum nazal obstrüksiyonunu



Şekil 1: Bilgisayarlı paranazal sinüs tomografisi. **A)** Koronal kesit. **B)** Sagittal kesit. **C)** Aksiyel kesit.



Şekil 2: **A)** Konka büllozanın vertikal insizyonla açılması. **B)** Piyosel içeriğinin aspirasyon öncesi görünümü. **C)** Cerrahi spesmenin makroskopik görünümü (piyosel duvarı ve taşlaşmış mukus).

yon, subdural ampiyem ve çeşitli orbital komplikasyonlara neden olabilmektedir (4).

Orta konka nazal fizyolojide oldukça önemlidir. Solunum havasının nemlendirilmesini, laminar hava akımı oluşmasını ve solunan havanın yukarıda olfaktör epitele doğru yönlendirilmesini sağlar (7). Konka bülloza tek başına genellikle asemptomatiktir. Osteomeatal kompleksi obstrükte edecek kadar büyüdüğünde ya da enfeksiyona sekonder komplike hale geldiğinde baş ağrısı, göz ağrısı, ekzoftalmus, burun tıkanıklığı, koku almada azalma gibi birçok semptom verebilir. Bizim olgumuzda konka bülloza piyoselinin aşırı büyümesine sekonder burun tıkanıklığı, baş ağrısı, koku almada azalma ve septal deviasyon mevcuttu. Piyosel oldukça büyük olmasına karşın orbital yapılar salimdi.

Konka bülloza piyosellerinin tanı ve tedavisinde öncelikle nazal obstrüksiyona neden olabilecek benign ve malign lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) oldukça önemlidir (8). BT, mukosel etrafındaki ince kemik lameli göstererek diğer yumuşak doku kitlelerinden ayırt etmeyi sağlar. MRG ise lezyonun göz ve intrakranial

komplikasyonlarının tanısında üstünlük sağlar. Olgumuzun BT görüntüsünde, orta konka içinde ince bir kemik lamelle çevrili bir kitle görülmesi ve bu kitlenin intrakranial uzanımının olmaması nedeniyle öncelikle benign bir lezyon düşünülmüş dolayısıyla MRG tetkikine gerek duyulmamıştır.

Asemptomatik konka bülloza tedavi gerektirmezken, osteomeatal komplekste obstrüksiyona neden olan, paranasal sinüslerde hastalığa yol açan veya piyosel oluşturan olgular cerrahi olarak tedavi edilmelidir (9). Cerrahi tedavide endoskopik olarak konka büllozanın lateral lamellasının rezeksiyonu en etkili yöntemdir (10). Hastamızda masif piyosel komşu sinüsleri de etkilediği için konka rezeksiyonuna ek olarak aynı seansta fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi de uygulandı.

SONUÇ

Uzun süreli nazal semptomları olan ve medikal tedaviden fayda görmeyen intranasal kitlesi olan olgularda konka bülloza piyoseli ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir. Bu olguların tedavisinde endoskopik yaklaşım etkin bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Christmas DA, Ho SY, Yanagisawa E. Concha bullosa of a superior turbinate. *Ear Nose Throat J* 2001; 80:692-4.
3. Zinreich SJ, Mattox DE, Kennedy DW, Chisholm HL, Duffley DM, Rosenbaum AE. Concha bullosa: CT evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1988;12:778-84.
4. Bahadır O, Imamoglu M, Bektas D. Massive concha bullosa pyocele with orbital extention. *Auris Nasus Larynx* 2006; 33:195-8.
5. Natvig K, Larsen TE. Mucocoele of the paranasal sinuses. A retrospective clinical and histological study. *J Laryngol Otol* 1978; 92:1075-82.
6. Stallman JS, Lobo JN, Som PM. The incidence of concha bullosa and its relationship to nasal septal deviation and paranasal sinus disease. *AJNR Am J Neuroradiol* 2004; 25:1613-8.
7. Marianowski R, Farragi M, Zerah M, Brunelle F, Manach Y. Subdural empyema complicating a concha bullosa pyocele. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 65:249-52.
8. Lidov M, Som PM. Inflammatory disease involving a concha bullosa (enlarged pneumatized middle nasal turbinate): MR and CT appearance. *AJNR Am J Neuroradiol* 1990;11:999-1001.
9. Armengot M, Ruiz N, Carda C, Hostalet P, Basterra J. Concha bullosa mucocoele with invasion of the orbit. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:650-2.
10. Zinreich SJ, Benson ML, Oliverio PJ. Sinonasal cavities: CT normal anatomy, imaging of the osteomeatal complex, and functional endoscopic surgery. In: Som PM, Curtin HD, eds. *Head and neck imaging*. 3rd ed., St. Louis: Mosby Year Book; 1996:97-126.

