

Olgu sunumu-Case report

<http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.1073>

İnferior konka bülloza

Inferior concha bullosa

Murat Baykara*, Cahit Polat, İsmail Önder Uysal, Erkan Soylu, Salim Yüce, Sertaç Düzer

Radyoloji Kliniği (Dr. M. Baykara), Kulak Burun Boğaz Kliniği (Dr. C. Polat, Dr. E. Soylu, Dr. S. Düzer), Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-23100 Elazığ, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. İ. Ö. Uysal, Yrd. Doç. Dr. S. Yüce), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

Özet

İnferior konka bülloza, alt konkanın pnömatizasyonu olup seyrek görülen bir klinik durumdur. Bu yazıda burun tıkanıklığı ve aralıklı baş ağrısı yakınmasıyla başvuran 37 yaşındaki kadın inferior konka bülloza olgusu sunulmuştur. İnförör konka büllozanın semptomatolojisi, tanı ve tedavi stratejileri tartışılmıştır. Alt konka hipertrofisi ayırıcı tanısında inferior konka bülloza akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Pnömatizasyon, inferior turbinate, konka bülloza

Abstract

Inferior concha bullosa is defined as the pneumatization of inferior intranasal turbinate and is a rare clinical condition. In this article, a 37-year-old female patient complaining from unilateral nasal stuffiness and intermittent headache is presented. Symptomatology, diagnostic and therapeutic measures for inferior concha bullosa is discussed. In the differential diagnosis of inferior turbinate hypertrophy, inferior concha bullosa should be kept in mind.

Keywords: Pneumatization, inferior turbinate, concha bullosa

Geliş tarihi/Received: 7 Ekim 2011; **Kabul tarihi/Accepted:** 23 Ocak 2012

*İletişim adresi:

Dr. Murat Baykara, Radyoloji Kliniği, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-23100 Elazığ. E-posta: muratbaykara@hotmail.com

Giriş

Konka bülloza genelde, orta konkanın klinikte sıklıkla rastlanılan ve seyrek olarak da üst konkanın pnömatizasyonunu tanımlamak için kullanılmaktadır. İnförör konka bülloza (İKB), alt konka gövdesinin pnömatize olduğu çok nadir bir varyasyon olup maksiller sinüs ile bağlantılı olabilir. Yine İKB tek taraflı olabileceği gibi, bilateral olarak da görülebilir [1-9].

Bilgisayarlı tomografi (BT) olmadan, konka hipertrofisi ile konka pnömatizasyonunu birbirinden klinik olarak ayırt etmek mümkün değildir [3].

Bu yazıda tek taraflı alt konka pnömatizasyonu olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu sunumu

Bir yıldır süregelen sol burun tıkanıklığı ve aralıklı baş ağrısı yakınması ile KBB polikliniğine başvuran 37 yaşında kadın olgunun anterior rinoskopi ve nazal endoskopisinde sol alt konkanın hipertrofik olduğu ve nazal pasajı daralttığı saptandı.

Yapılan koronal kesitli BT incelemesinde sol alt konkanın pnömatize olduğu, pnömatize alt konka içinde kalan hava keseciğinin maksiller sinüsle bağlantılı olmadığı ve sol maksiller sinüste retansiyon kisti olduğu gözlemlendi (Resim 1). Olgu, önerilen endoskopik sinüs cerrahisi ile sol alt parsiyel türbinektomiye reddetti ve takiplerine gelmedi.



Resim 1. Koronal 3 mm kalınlıktaki anteroposteriyör ardışık bilgisayarlı tomografi kesitinde sol alt türbinatta konka bülloza görünümü izlenmektedir.

Tartışma

Alt konka, önde naresten arkada koanalara kadar uzanan bir kemik yapıdır ve burunda en dar bölgeyi oluşturan nazal valvin bir parçasıdır. Maksiller gövdeden etmoid kreste alt meatus boyunca uzanır [1, 4]. Bülloz orta konkanın özelliklerine ilişkin literatürde yeterince veri olmasına karşın, aynı şeyi İKB için söylemek mümkün değildir ve ilk kez 1988'de Zinreich [10] tarafından tanımlanmıştır [1, 2].

İKB etiopatogenezinde iki mekanizmanın rol oynadığı düşünülmektedir: I) Fetal hayatta alt konka kırıldak iskeletinin çift lamel şeklinde ossifikasyonu ve bu lameller arasında epitelin invazyonu yapması, II) Alt konka yapışma noktasındaki maksiller sinüs patolojilerine sekonder olarak hava keseciği oluşması [1, 4, 9].

Olgumuzda maksiller sinüs hastalığına dair yeterli öykü ve bulgu olmadığından İKB varlığı ilk mekanizmayı telkin etmektedir. Direkt grafiler gibi rutin radyolojik yöntemler, sinonazal boşluğu değerlendirmek için en sık kullanılan incelemeler olmasına rağmen nazal kavite ve paranazal sinüslerin detaylı incelenmesinde özellikle koronal kesitli BT inceleme yumuşak doku ve kemik için mükemmel anatomik detay sağlamaktadır. Direkt grafilerde etmoid infundibulumun derin olduğu olgular ile anterior etmoid sinüs, orta meatus, sfenoid sinüs gibi yapıların üst üste gelmesi dezavantajı nedeniyle fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi gibi daha fazla anatomik detay bilgisi isteyen uygulamalar bilgisayarlı tomografik incelemeyi gerektirmektedir [1, 3, 9, 11, 12]. Olgumuza koronal BT incelemesi yapılarak İKB tanısı konmuştur.

Hipertrofik alt konkanın inspirasyonda hava akımını yukarı ve geriye yönlendirme işlevini tam anlamıyla yapamaması nedeniyle burun tıkanıklığı sıklıkla ortaya çıkan bir bulgudur. Yine büyümüş konkaların basısı nazal tip baş ağrısına yol açabilir. Koku alamama, burun akıntısı, geniz akıntısı ve alt meatal obstrüksiyona ikincil epifora diğer belirtilerdir [1-4].

Önerilen yöntemler arasında submukozal sklerozan veya kortikosteroid enjeksiyonu, kriyoturbinektomi, koterizasyon, radyofrekans ablasyon, 'outfracture' ve konka rezeksiyonu sayılabilir [1, 4, 5, 13, 14].

Maksiller sinüs içine uzanımı olmayan İKB olgularında parsiyel turbinektomi, olanlarda ise alt konka parsiyel rezeksiyonunun iyatrojenik alt meatal antrostomiye neden olacağı ve bunun mukusun doğal ostiuma doğru taşınması sürecini bozarak persistan sinüzite yol açacağı öne sürülmüştür. Bunu önlemek için orta konka için tanımlanmış turbinoplasti tekniğinin alt konkaya da uygulanması önerilmiştir [1, 2, 15, 16].

BT'de İKB ile maksiller sinüs ilişkisiz görüldüğünden olgumuza endoskopik sinüs cerrahisi ile parsiyel turbinektomi önerildi ancak olgu turbinektomiye reddetti ve takiplerine gelmedi.

Asemptomatik İKB olgularında tedavi gerekmediği de bildirilmiştir [1, 2].

Sonuç olarak, alt konka hipertrofisi ayırıcı tanısında İKB mutlaka düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda ve cerrahi tedavi planlanırken dikkat edilmesi gerekli olan bülloz konka maksiller sinüs ilişkisinde BT yeterli bilgiyi sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Ural A, Uslu S. Olgusu sunumu: İnförior konka bulloza. KBB ve BBC Dergisi 2004; 12: 129-31.
2. Ünlü HH, Altuntaş A, Aslan A, Eskiizmir G, Yücel A. Inferior concha bullosa. J Otolaryngol 2002; 31: 62-4.
3. Uzun L, Uğur MB, Savranlar A. Pneumatization of the inferior turbinate. Eur J Radiol Extra 2004; 51: 99-101.
4. Ozcan C, Görür K, Duce MN. Massive bilateral inferior concha bullosa. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 111: 100-1.
5. Dawlaty EE. Inferior concha bullosa--a radiological and clinical rarity. Rhinology 1999; 37: 133-5.
6. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. Philadelphia: BC Decker; 1991; pp: 160-9.
7. Aydın O, Üstündağ E, Çiftçi E, Keskin IG. Pneumatization of the inferior turbinate. Auris Nasus Larynx 2001; 28: 361-3.
8. Uzun L, Uğur MB, Savranlar A, Mahmutyazıcıoğlu K, Özdemir H, Beder LB. Classification of the inferior turbinate bones: a computed tomography study. Eur J Radiol 2004; 51: 241-5.
9. Doğru H, Döner F, Uygur K, Gedikli O, Cetin M. Pneumatized inferior turbinate. Am J Otolaryngol 1999; 20: 139-41.
10. Zinreich SJ, Mattox DE, Kennedy DW, Chisholm HL, Diffley DM, Rosenbaum AE. Concha bullosa: CT evaluation. J Comput Assist Tomogr 1988; 12: 778-84.
11. Aksungur EH, Bıçakçı K, İnal M, Akgül E, Binokay F, Aydoğan B, Oğuz M. CT demonstration of accessory nasal turbinates: secondary middle turbinate and bifid inferior turbinate. Eur J Radiol 1999; 3: 174-6.
12. Savranlar A, Uzun L, Uğur MB, Mahmutyazıcıoğlu K, Ozer T, Gundogdu S. How does nose blowing effect the computed tomography of paranasal sinuses in chronic sinusitis? Eur J Radiol 2005; 53: 182-8.
13. Blaugrund SM. Nasal obstruction. The nasal septum and concha bullosa. Otolaryngol Clin North Am 1989; 22: 291-306.
14. Fradis M, Golz A, Danino J, Gershinski M, Goldsher M, Gaitini L, Malatskey S, Armush W. Inferior turbinatectomy versus submucosal diathermy for inferior turbinate hypertrophy. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 109: 1040-5.
15. Har-el G, Slaviv DH. Turbinoplasty for concha bullosa: a non-synechia-forming alternative to middle turbinatectomy. Rhinology 1996; 34: 54-6.
16. Kane KJ. Recirculation of mucus as a cause of persistent sinusitis. Am J Rhinol 1997; 11: 361-9.