

Burunda Sessiz Yabancı: Rinolit

Silent Foreign Body in Nose: Rhinolith

Mehmet Fatih Garça, Selin Fulya Güven, Nazım Bozan, Hakan Çankaya

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz ve Baş, Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Van, Türkiye

ÖZET

Rinolit (burun taşı), nazal kavitede yerleşmiş bir nidus etrafında tuzların birikmesi sonucu meydana gelen mineralize kitledir. Nidus endojen veya ekzojen kaynaklı olabilir. Her yaş grubunda görülebilir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlanır. Hastaların başlıca şikayetleri burun tıkanıklığı ve kötü kokulu akıntıdır. Nadiren şikayet oluşturmaz ve nazal pasajı dolduran kitle olarak rutin muayenede rastlantısal olarak tanı konur. Bilgisayarlı tomografide rinolitler tipik olarak homojen yüksek dansitede lezyonlar olarak izlenir. Lezyonun santral kesiminde organik materyal bulunan olgularda hipodansite gözlemlenebilir. Tedavi rinolitin burundan temizlenmesidir. Bu amaçla rijit nazal endoskopi nazal kavitedeki rinolitin çıkarılmasında başarılı şekilde kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda 53 yaşında bayan hastada, sol nazal kavitede, alt meayı koanaya kadar doldurmasına rağmen şikayet oluşturmamayan rinolit vakası tartışıldı. (JAREM 2012; 2: 85-6)

Anahtar Sözcükler: Epistaksis, nazal kavite, rinolit, tanı, tedavi

ABSTRACT

Rhinoliths (nasal stones) are mineralized masses around a calcified nidus in the nasal cavity. The nidus may be endogenous or exogenous. It is seen in all ages and shows female predominance. Major symptoms are malodour in the nose and nasal obstruction. Rarely there is no symptom and may be diagnosed on routine examination. It seems a typically homogenous high density lesion in CT scans. Sometimes hypodensity is seen in centrally located organic material in lesions. Treatment is removal of the foreign body. For this purpose, removing the foreign body with rigid nasal endoscopy has produced successful results. In this case we discussed a 53 year old women who had no symptoms despite having a rinolith in the left nasal cavity which fills the inferior meatus to choana. (JAREM 2012; 2: 85-6)

Key Words: Diagnosis, epistaxis, nasal cavity, rinolith, treatment

GİRİŞ

Rinolit (burun taşı), nazal kavitede bir nidus etrafında tuzların birikmesi sonucu meydana gelen mineralize kitledir (1-7). Nidus endojen veya ekzojen kaynaklı olabilir (1-3, 5, 7). Nadir görülürler ve nazal obstrüksiyona yol açabilirler (1-3, 6, 7). Hastaların başlıca şikayetleri burun tıkanıklığı ve kötü kokulu akıntıdır (1, 2, 7). Ancak bazen yıllarca hiç belirti vermeyebilirler ve rutin muayenede rastlantısal olarak tespit edilirler (2, 3).

Bu olgu sunumunda rutin anterior rinoskopik muayenede rastlanan, tek taraflı nazal pasajı dolduran, şikayetsiz rinolit vakası tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Baş ağrısı nedeniyle başka bir klinikten kliniğimize yönlendirilen 58 yaşında bayan hastanın rutin burun muayenesinde sol nazal kaviteyi dolduran kitle görüldü. Hastada kitlenin tıkaçıcı etkisine rağmen burun tıkanıklığı, kötü kokulu burun akıntısı, ağız açık uyuma gibi şikayetleri yoktu. Hastanın endoskopik muayenesinde; kitlenin alt meada önde alt konkanın önünden, arkada koanaya kadar uzandığı görüldü (Video 1). Nazal mukoza ödemli, frajil ve hipertrofik idi. Kitleye dokunulduğunda sertti ve hastada ağrı duyusu artıyordu. Hastada kitleyi açıklayacak travma, yabancı cisim ve operasyon hikayesi yoktu. Hastanın paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (PNS BT); sol nazal pasajda nazofarenks komşuluğuna kadar uzanan hiperdens kalsifiye lezyonlar izlendi. Kitle, rinolit tanısı ile rijit nazal endoskopi yardımı ile parçalanarak nazal kaviteden temizlendi.

TARTIŞMA

Rinolit, nazal kavitede lokalize mineralize kitledir (1-7). İlk olarak 1654' te tanımlanmıştır. Rinolitler, nazal kavitede endojen veya ekzojen kaynaklı nidusların mineralizasyonu sonucu gelişir (1-3, 5, 7). Mineralizasyon nazal kavitedeki nidusun yabancı cisim etkisi ile inflamatuvar reaksiyon oluşturarak, kalsiyum ve magnezyum tuzlarının birikmesi ile meydana gelir (5). Bu başlangıç nidusu genellikle çocuklarda meyve çekirdekleri, boncuk, düşme, çakıl taşı ve gaz tampon artıkları gibi ekzojen kaynaklıdır (1-3, 5, 7). Nadiren nidus; diş, sekestrum, kurumuş kan ve kemik fragmanları gibi endojen kaynaklı olabilir (1-3, 5).

Meydana gelen kitle lokalizasyonuna göre; maksiller antrumdakiler maksiller antrolit, nazal kavitedekiler ise rinolit olarak adlandırılır. Hem maksiller antrumu hem de nazal kaviteyi tutan kitlelere antrorinolit denir. Rinolit 1/10.000 oranında ve daha çok düşük gelirli toplumlarda görülür (1). Her yaş grubunda görülebilir. Kadınlarda daha sık rastlanır.

Rinolit, bir süre latent periyottan sonra semptomatik olarak ortaya çıkar. Semptomatik hastalarda uzun süreli tek taraflı burun tıkanıklığı ve kötü kokulu pürülan burun akıntısı esas şikayetlerdir (1-4, 7). Baş ağrısı, epistaksis, anozmi, halitozis, epifora, nazal regürjitasyon, burun veya yüzde şişlik gibi şikayetler de görülebilir (1-7). Nadiren hastalarda şikayet yaratmaz ve tanı rutin muayenede rastlantısal olarak konur (3). Olgumuzda rinolit sol nazal pasajda alt meayı tıkamış olmasına rağmen, belirtilen öne çıkmış şikayeti yoktu. Kitlenin, alt nazal pasajı tamamen doldurmuş olmasına rağmen hastada na-

Bu olgu, 26-30 Ekim 2011 tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirilen "33. Türk Ulusal KBB&BBC Kongresi"nde poster olarak sunulmuştur.

 **Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Mehmet Fatih Garça, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz ve Baş, Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Van, Türkiye
Tel: +90 530 327 74 96 E-posta: fatihgarca@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received Date: 02.04.2012 **Kabul Tarihi / Accepted Date:** 27.06.2012
© Telif Hakkı 2012 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. Makale metnine www.jarem.org web sayfasından ulaşılabilir.
© Copyright 2012 by AVES Yayıncılık Ltd. Available on-line at www.jarem.org
doi: 10.5152/jarem.2012.21

zal tıkanıklık şikayeti oluşturmamasının nedeni; tıkanıklık sürecinin uzun olması ve hastanın fiziksel aktiviteden uzak yaşam sürmesine bağlanabilir.

Rinolithiazis genellikle tek taraflıdır. Tipik olarak nazal kavite tabanında, maksiller sinüs ile inferior konka veya inferior konka ile septum arasında bulunur (1-3). Genellikle gri, kahverengi veya yeşil siyah renktedir. Boyutları birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişebilir (2). Genellikle serttirler fakat bazen gevrek ve tebeşir kıvamında olabilirler (5). Çevresinde genellikle ödematöz granülasyon dokusu ve pürülan sekresyon bulunur.

Rinolit, zaman içinde mineralizasyon ile boyutu giderek artarak nazal kaviteyi doldurur ve komşu yapıları erode edebilir (6). Bunun sonucu olarak nazal mukozayı destrükte ederek, kemik ve kartilaj kaybına neden olabilir. Destruksiyon sıklıkla nazal septum ve maksiller sinüs medial duvardadır ancak nadiren sert damakta perforasyon ile nazo-oral fistül gelişebilir (6). Rinolitle neoplazik gelişim arasında bir ilişki bulunmamıştır (7).

Rinolit tanısında anterior rinoskopinin dışında, rijit nazal endoskopi ve radyolojik görüntüleme de kullanılır(1-4, 7). Küçük boyutlu asemptomatik rinolitler direkt grafide nazal kaviteyi dolduran, heterojen dansitede ve dalgalı radyopak konturlar şeklinde izlenirler (1-3). Fakat rinolitin boyutu ve yaygınlığı hakkında bilgi vermez. Kemik perforasyon şüphesi olan ve yeterince mineralize olmayan olgularda BT inceleme en etkin görüntüleme yöntemidir (1, 6). BT'de rinolitler tipik olarak homojen yüksek dansitede lezyonlar olarak izlenir hatta nidusu görülebilir (1). BT incelemede ayrıca rinolite eşlik eden olası kemik erozyonları da kolaylıkla tespit edilebilir (6). Ayrıca günümüzde rinolithiazis tanı ve tedavisinde rijit nazal endoskopi önemli yer tutar (4).

Rinolitlerin ayırıcı tanısında kalsifiye polipler, granülomlar, opak yabancı cisimler, osteom, nazal gliom, lokal osteomyelit sekestreleri, encondrom, hemanjiyom, dermoid tümör düşünülmelidir (1-4, 6, 7). Septal perforasyona yol açan rinolitlerde tüberküloz ve sifiliz gibi enfeksiyöz patolojiler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir (1, 7). Tedavi, rinolitin burundan temizlenmesidir. Bu amaçla rijit nazal endoskopi başarılı şekilde kullanılmaktadır (4).

Video 1. Sol nazal kavitede alt meayı dolduran kitlenin endoskopik görünümü

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Sakin YF, Gedik M. Rinolithiazis: Klinik bulgular, tanı, tedavi ve radyolojik bulgular. Göztepe Tıp Dergisi 2009; 24: 95-100.
2. Tezer MS, Sari K, Unal A. Dev Rinolit. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26: 349-50.
3. Ugur KS, Vuran O, Ark N, Kurtaran H. Rhinolith: incidental finding during routine physical examination Cumhuriyet Med J 2011; 33: 88-92.
4. 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]**
5. Rasinger GA, Brandstater F, Auinger A. Rhinolithiasis with special reference to minerology. HNO 1985; 33: 65-9.
6. Gill RS, Lal M. Perforation of the hard palate by a rhinolith and its repair. J LaryngolOtol 1977; 91: 85-9. **[CrossRef]**
7. Aksungur EH, Binokay FB, Bicakci K, Apaydin D, Oguz M, Aydogan B. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. Eur J Radiol 1999; 31: 53-5. **[CrossRef]**