

Bilateral dev konka bülluza: Bir olgu sunumu

Bilaterally giant concha bullosa: A case report

Ferhat Bozkus, İsmail İlyen

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Yazışma adresi:

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Şanlıurfa/Türkiye, Tel: 05055624263, E-mail: drferhat65@hotmail.com

Özet

Konka bülluza orta konka kemiğinin pnömatizasyonu olup lateral nazal duvarın anatominik varyasyonlarından biridir. Bazı durumlarda orta konka ileri derecede pnömatize olduğunda tüm orta meayı doldurup nazal kitleyle karıştırılabilir. Bu makalede, yaklaşık iki yıldır burun tikanıklığı ve baş ağrısı şikayetleri olan, yapılan anterior rinoskopik ve nazal endoskopik muayenelerinde orta meayı tamamen kaplayan, bilateral üzeri normal mukozayla kaplı büyük kitle görülen ve çekilen paranasal sinüs bilgisayarlı tomografide dev konka bülluza saptanan 73 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Lokal anestezisi altında transnazal endoskopik yolla bilateral parsiyel orta konka rezeksiyonu uygulandı. Postoperatif 6 ay boyunca yapılan takiplerde hastanın yakınmasının olmadığı ve nazal pasajlarının açık olduğu gözlandı.

Anahtar kelimeler: Konka bülluza, baş ağrısı, paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi

Abstract

Concha bullosa is pneumatization of the middle turbinate which is one of the anatomic variations of the lateral nasal wall. In some cases, it can be confused with nasal mass when the middle concha severely pneumatized and fill out all the middle nasal cavity. In this article, we report a case of giant concha bullosa in a 73-year-old woman who was suffered from nasal obstruction and headache for two years. Bilateral giant concha bullosa was diagnosed by paranasal sinuse computerized tomography. Anterior rhinoscopic and nasal endoscopic examinations revealed bilateral massive mass on both of the middle mea. Bilateral partial middle concha resection was performed via transnasal endoscopic technique under local anesthesia. No complaint was notified and nasal passages were completely open during the six-months follow-up while being monitored from the outpatient clinic.

Key words: Concha bullosa, headache, paranasal computerized tomography

Giriş

Konka bülluza orta konka kemiğinin pnömatizasyonu olup lateral nazal duvarın anatominik varyasyonlarından biridir (1). Konka bülluza tek veya çift taraklı olabilmekte ve genellikle beraberinde karşı tarafa doğru septum deviyasyonu gözlenmektedir. Literatürde, alt ve üst konka bülluza da rapor edilmekle birlikte bu durum çok nadirdir (2, 3). Konka bülluza genellikle asemptomatik olmakla birlikte konka bülluzanın pnömatizasyon derecesi, ostiomeatal birim ve nazal septumla olan ilişkisi hastanın semptomatik hale gelmesine neden olabilir (4). Burun tikanıklığı, baş ağrısı ve koku almada azalma en sık görülen semptomlardır. Anterior rinoskopide şüphelenilen kitlenin kesin tanısı kitlenin tomografide aşırı havalanmasının gösterilmesiyle konabilir. Tedavisinde endoskopik sinüs cerrahisi minimal invazif bir işlem olarak en uygun tedavi seçenekleridir (5).

Bu olgu sunumunda burun tikanıklığı, baş ağrısı şikayetlerine neden olan ve yapılan muayene sonucunda nazal kitleyle karışabilen bir dev konka bülluza olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yetmiş üç yaşında bayan hasta 2 yıldır devam eden burun tikanıklığı ve baş ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan anterior rinoskopik muayenede her iki nasal pasajı tikyan, düzgün yüzeyli, palpasyonla hassas bir kitleyi mevcuttu. Yapılan nazal endoskopik muayenede bu kitlelerin aşırı hipertrofik olan orta konkalar olduğu görüldü (Resim 1). Çekilen koronal plandaki paranasal bilgisayarlı tomografide bilateral her iki orta meayı tamamen tikyan dev konka bülluza görünümü mevcuttu (Resim 2). Hastaya lokal anestezisi altında endoskopik yöntemle bilateral orta konka parsiyel rezeksiyonu uygulandı (Resim 3). Hastanın baş ağrısı ve burun tikanıklığı şikayetleri ameliyattan sonra tamamen kayboldu. Hastanın altı aylık takibinde herhangi bir şikayeti bulunmamaktaydı.

Tartışma

Konka bülluza, burun tikanıklığına ve sinüzite yol açabilen en sık karşılaşılan paranasal anatominik varyasyon olup prevalansı %8 ile %60 arasında değişmektedir. Bolger ve ark. konka büllözayı pnömatizasyon derecesi ve lokalizasyonuna göre lamellar, büllöz ve ekstensif olarak sınıflaşlardır; lamellar formda pnömatizasyon orta konkanın vertikal lamelinde,

Bilateral dev konka bülluza

büllöz formda inferior segmentinde lokalize iken ekstensif formda tüm orta konka pnömatizedir (1).

Genellikle asemptomatik olan konka bülluza neden olduğu semptomların şiddeti pnömatizasyonun derecesi ile yakından ilişkilidir. Özellikle ostiomeatal birimin ventilasyon ve drenajını bozduğu durumlarda sinüs patolojilerine neden olabilir (6). Konka bülluza büyük boyutlarda olsa bile asemptomatik seyredebileceği gibi, komplike olarak nadir görülen konka bülluza piyoseli oluşumuna da yol açabilir (7).

Nazal pasajı tikayacak bir büyülüğe ulaşmış piyosel, nazal kavitenin benign lezyonları ve neoplazileri ile karışabilir. Ayırıcı tanı için biyopsi yapılması vasküler lezyonlar ve intrakraniyal yapılarla ilişkili lezyonlarda çok riskli olacağı için, klinik ve endoskopik muayeneye ek olarak görüntüleme yöntemleriyle tanı desteklenmelidir. Konka bülluza piyoseli ile etmoid piyosel veya mukosel arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır. Ayırıcı tanı görüntüleme yöntemleri ve cerrahi sırasındaki bulgularla yapılabilir. Etmoid mukoselde tomografide genellikle enkapsüle, büyümeyen yumuşak doku kitlesi görülür. Ancak enfekte olduğunda periferal büyümeye görülebilir. Etmoid mukoselinde genellikle orta konka septuma ve inferiorta doğru itilir. Orta konka intakttır ancak kompresedir. Diğer taraftan konka bülluza piyoselinde tomografide kemikle çevrili yumuşak doku kitlesi görülür. Bu konka bülluza piyoseli ile etmoidal piyosel ayırıcı tanısında önemlidir (8).

Konka bülluza da nadir olarak polip formasyonu görülebilir. Polip konka bülluzyayı kaplayan mukozanın iç yüzeyinde bulunur. İçinde polip bulunan konka bülluza semptomları yalnız başına konka bülluza semptomlarından ayırt edilemez. Tedavisinde konka bülluza lateral lamellasının eksizyonundan sonra polipin eksizyonu yapılır (9). Özcan ve ark. orta konkadan kaynaklanan koanal polip olgusunu bildirmiştir (10). Nadir olarak görülen orta konka kaynaklı osteomlar da burun tikanıklığına neden olarak konka bülluzyaya karışabilirler (11, 12). Ossifying fibroma, mantar topu ve kolesteatom konka bülluza ile ilişkili diğer sıra dışı patolojilerdir (13). Lamellar ve büllöz tipler asemptomatik iken ekstensif form genellikle mekanik obstrüksiyona bağlı burun tikanıklığı ile birliktedir. Bizim olgumuzda da

ekstensif konka bülluza mevcuttu ve buna bağlı olarak ta burun tikanıklığı gelişmiştir.

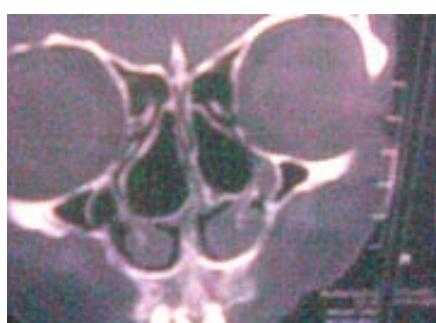
Konka bülluza neden olmaktadır (14). Konka bülluza, boyutıyla orantılı bir şekilde sinüzit ile ilişkilendirilse de bunun aksine sinüzite neden olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (15). Yousem ve ark. tarafından yapılan çalışmada konka bülluza varlığının değil fakat boyutunun sinüzite yol açabileceği bildirilmiştir. Daha sonra yapılan araştırmalarda sinüzit ile konka bülluza ilişkilendirmemiş veya konka bülluza sinüzite neden olmasının osteomeatal kompleks bölgesinde oluşturduğu mukoza kontakt ve obstrüksiyona bağlı olabileceği vurgulanmıştır (15-17). Bizim olgumuzda bilateral çok büyük boyutlarda konka bülluza bulunmasına rağmen radyolojik veya klinik olarak herhangi bir sinüzit bulgusuna rastlanmamıştır.

Konka bülluza kesin tedavisi cerrahidir. Asemptomatik konka bülluza tedavi gerektirmezken, ostiomeatal komplekste tikanıklığa ve paranasal sinüslerde hastalığa yol açan veya sadece hava yolu tikanlığına neden olan konka bülluza olguları endoskopik sinüs cerrahisi ile tedavi edilir. Orta konkanın lateral lamellasının rezeksyonu en sık uygulanan ve etkili bir cerrahi tekniktir (18). Sigston ve ark. yaptıkları çalışmada parsiyel lateral turbinektominin modifiye bir tekniğini tanımlamışlardır. Bu teknikte orta konka lateral lamellasi eksizyonu sonrası orta konka medial lamellasının inferior yüzeyini örten posterior pediküllü mukoza flap oluşturularak orta mea adezyonlarının azaldığı ve iyileşmenin hızlandığı bildirilmiştir (19). Hastamızda endoskopik yolla konka bülluza lateral kısımlarının parsiyel rezeksyonu yapıldı. Hastanın burun tikanıklığı ve baş ağrısı şikayetleri ameliyattan sonra tamamen kaybolmuştur.

Sonuç olarak, konka bülluza asemptomatik olarak seyredebileceği gibi tüm nazal kaviteyi doldurarak burun tikanıklığı, kontakt baş ağrısı gibi semptomlara neden olabilir. Ayrıca ileri derecede büyük olan konka bülluza ostiomeatal kompleksin ventilasyon ve drenajını bozarak sinüs patolojilerine de neden olabilir. İntranazal obstrüksiyon yapan lezyonların ve bu arada intranazal tümörlerin ayırıcı tanıda akılda tutulması gereklidir. Endoskopik yolla yapılan konka bülluza lateral kısımlarının rezeksyonu hastaların şikayetlerinin giderilmesini sağlaması bakımından önemlidir.



Resim 1. Sol burun pasajını tamamen tikanayan dev konka bülluza



Resim 2. Koronal paranasal tomografi de bilateral dev konka bülluza



Resim 3. Endoskopik konka bülluza lateral kısmının rezeksyonundan sonra ortaya çıkan orta meanin intraoperatif görüntüsü

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Bolger WE, Butzin CA, Parsons DS. Paranasal sinus body anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic surgery. *Laryngoscope* 1991; 101: 56-64.
- 2) Alper F, Karaflen RM, Kantarcı M. A massive superior concha bullosa: case report and literature review. *Rhinology* 2004; 42: 38-40.
- 3) Ingram WA, Richardson BE. Concha bullosa of an inferior turbinate. *Ear Nose Throat J.* 2003; 82: 605-7.
- 4) Ural A, Uslu SS, İleri F, Atilla MH, Özbenli S, Koybaşoğlu A. Dev konka bülluza. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2002; 10: 89-92.
- 5) Dogru H, Tuz M, Uygur K, Cetin M. A new turbinoplasty technique for the management of concha bullosa: our short-term outcomes. *Laryngoscope* 2001; 111: 172-4.
- 6) Caughey RJ, Jameson MJ, Gross CW, Han JK. Anatomic risk factors for sinus disease: fact or fiction? *Am. J Rhinol* 2005; 19: 334-9.
- 7) Eyibilen A. A case of concha bullosa pycocle leading to complete occlusion of the nasal passage. *Kulak Burun Boğaz İhtis Derg* 2001; 8: 332-4.
- 8) Genç S, Kurtçuoğlu ŞS, Tunçel Ü. Masif konka bülluza piyoseli. *KBB-Forum*. 2008; 7(1): 49-51.
- 9) Erkan AN, Canbolat T, Ozer C, Yilmaz I, Ozluoglu LN. Polyp in concha bullosa: a case report and review of the literature. *Head Face Med.* 2006; 2: 11.
- 10) Özcan C, Duce MN, Görür K. Choanal polyp originating from the middle turbinate. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2004; 261(4): 184-6.
- 11) Whittet HB, Quiney RE. Middle turbinate osteoma; an unusual cause of nasal obstruction. *J. Laryngol Otol.* 1988 Apr; 102(4): 359-61.
- 12) Lin CJ, Lin YS, Kang BH. Middle turbinate osteoma presenting with ipsilateral facial pain, epiphora, and nasal obstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 Feb; 128(2): 282-3.
- 13) Cukurovalı I, Demirhan E, Karaman Y, Yigitbaşı OG. Extraordinary pathologic entities within the concha bullosa. *Saudi Med J.* 2009 Jul; 30(7): 937-41.
- 14) Erbek S, Erbek S, Dursun E. Konka bülluza nedenli orta konka baş ağrısı sendromu. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2002; 10: 150-5.
- 15) Aktaş D, Kalçioğlu MT, Kutlu R, Özturan O, Öncel S. The relationship between the concha bullosa, nasal septal deviation and sinusitis. *Rhinology* 2003; 41: 103-6.
- 16) Yousem DM, Kennedy DM, Rosenberg S. Osteomeatal complex risk factors for sinusitis: CT evaluation. *J Otorhinolaryngol* 1991; 20: 419-24.
- 17) Scribano E, Ascenti G, Loria G, Cascio F, Gaeta M. The role of osteomeatal unit anatomic variations in inflammatory disease of the maxillary sinuses. *Eur J Radiol* 1997; 24: 172-4.
- 18) Erbek S, Erbek S, Dursun E. Konka bülluza nedenli orta konka baş ağrısı sendromu. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2002; 10: 150-5.
- 19) Sigston EA, Iseli CE, Iseli TA. Concha bullosa: reducing middle meatal adhesions by preserving the lateral mucosa as a posterior pedicle flap. *J Laryngol Otol.* 2004 Oct; 118(10): 799-803.