



Baş ağrısında nadir bir neden: Rinolit

A rare cause of headache: Rhinolit

Süha ERTUĞRUL, Serdar ENSARİ

Özet

Rinolit, nazal kavitede bir nidus etrafında tuzların birikmesi sonucu meydana gelen mineralize kitledir. Nidus endojen veya eksojen kaynaklı olabilir. Uzun süreli ve tek taraflı burun tıkanıklığı, burun akıntısı, ağrı ve kötü koku başlıca şikayetlerdir. Ancak bazen yıllarca hiç belirti vermeyebilirler ve rutin muayene sırasında rastlantısal olarak tespit edilebilirler. Bu yazıda, baş ağrısı ve burun tıkanıklığı şikayeti ile başvuran dev rinolit olgusu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Baş ağrısı; burun tıkanıklığı; nazal kavite; rinolit.

Summary

The rhinolith is massed in a mineral nugget in the nasal cavity, which is the result of the accumulation of salts around the nidus. The nidus may be endogenous or exogenous. Long-term and unilateral nasal obstruction, nasal discharge, pain and malodor are major complaints. However, sometimes they may not show any signs for years and may be detected incidentally during routine examination. In this article, we present a case of giant rhinolith with headache and nasal obstruction complaint.

Keywords: Headache; nasal obstruction; nasal cavity; rhinolit.

Giriş

Rinolit, nazal kavitede bir nidus etrafında tuzların birikmesi sonucu meydana gelen mineralize kitledir.^[1] Nidus, kan pıhtısı, epitelyal debris, kemik ve diş parçacıkları gibi endojen veya nazal tampon materyali, kağıt, bitki çekirdekleri, taş gibi eksojen yabancı cisimlerin yıllarca sürebilen mineralizasyonu sonucu oluşur.^[2] Uzun süreli ve tek taraflı burun tıkanıklığı, burun akıntısı, ağrı ve kötü koku başlıca şikayetlerdir. Ancak bazen yıllarca hiç belirti vermeyebilirler ve rutin muayene sırasında rastlantısal olarak tespit edilebilirler.^[3] Bu yazıda, baş ağrısı ve burun tıkanıklığı şikayeti ile başvuran dev rinolit olgusu sunuldu.

Olgu Sunumu

42 yaşında bayan hasta solda burun tıkanıklığı, iltihabi akıntı ve baş ağrısı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Daha öncede defalarca bu şikayetler nedeniyle başvurduğunu ve sinüzit tanısıyla tedavi aldığını ancak şikayetlerinin tam olarak düzelmedi-

ğini ifade etti. Anterior rinoskopik muayenesinde, sol nazal kavitede mukopürülan akıntısı görüldü. Sekresyonun aspirasyonu sonrası sol nazal kavitede rinolit oluşumu gözlemlendi. Çekilen paranazal tomografisinde, sol nazal kavitede alt ve orta meatusu dolduran, tüm nazal pasaj boyunca uzanıp nazofarenkse uzanım gösteren hiperdens kalsifikasyon alanları gözlemlendi (Şekil 1). Genel anestezi altında endoskopik yöntemle rinolit çevre dokulardan serbestleştirildi. Anterior yerleşimli kısmı parçalar halinde nasal vestibülden, posterior yerleşimli büyük parça ise orofarenkse düşürülerek ağızdan çıkarıldı. Patoloji sonucu kahverengi kristaloid, trabeküloid ve amorf kristaller içeren yabancı cisim olarak rapor edildi. Hastadan aydınlatılmış onam formu alındı.

Tartışma

Rinolit, nazal kavitede bir nidus etrafında tuzların birikmesi sonucu meydana gelen mineralize kitledir.^[1] İlk olarak 1654'te tanımlanmıştır. Rinolitin patogene-

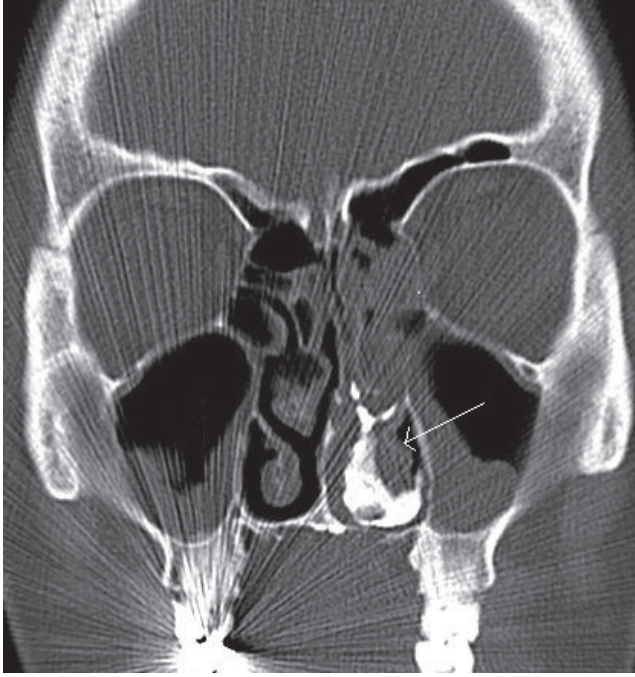
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük
Department of Otorhinolaryngology, Karabük University Faculty of Medicine, Karabük, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 14.08.2017 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 20.10.2017 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 11.10.2018

İletişim (Correspondence): Dr. Süha Ertuğrul. Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük, Turkey.

Tel (Phone): +90 - 505 - 826 00 21 e-posta (e-mail): drsuhaertugrul@hotmail.com

© 2018 Türk Algoloji Derneği



Şekil 1. Koronal plan paranazal sinüs tomografisi görüntüsü (ok nidus oluşumunu göstermektedir).

zi günümüzde net olarak ortaya konamamıştır. Ortak görüş, herhangi bir nedenle buruna giren maddenin akut veya kronik bir inflamasyona neden olması ve devamında da sıklıkla kalsiyum ve magnezyum birikimine bağlı mineralize olmasıdır.^[2] Kimyasal analizlerinde dış yüzeyleri kalsiyum fosfat, organik materyaller ve sudan oluşur. Kalsiyum fosfat ve magnezyum fosfat da değişik miktarlarda bulunur. Magnezyum karbonat, demir, çinko, sodyum, potasyum, oksalat ve klorür de eser miktarda tespit edilmiştir.^[3] Nidus, kan pıhtısı, epitelyal debris, kemik ve diş parçacıkları gibi endojen veya nazal tampon materyali, kağıt, bitki çekirdekleri, taş gibi eksojen yabancı cisimlerin yıllarca sürebilen mineralizasyonu sonucu oluşur.^[2]

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.^[4,5] Baş ağrısı, epistaksis, anozmi, halitozis, epifora, nazal regürjitasyon, burun veya yüzde şişlik gibi şikayetler de görülebilir.^[4,5] Rinolit, sinüs ostiumlarını tıkayarak sinüzite neden olarak baş ağrısı yapabileceği gibi, septum, konka gibi çevre yapılara temas ederek de kontak baş ağrısına da neden olabilir. Nadiren hastalarda şikayet yaratmaz ve tanı rutin muayenede rastlantısal olarak konur.^[4] Bizim vakamızda hastada tek taraflı burun tıkanıklığı, kötü kokulu akıntı ve baş ağrısı yakınmaları vardı.

Rinolitler sıklıkla tek taraflıdır. Genellikle gri, kahverengi veya yeşil siyah renktedir. Fizik muayenede, rinolitlerin genellikle burun tabanında ve septumla alt konka arasında yer aldıkları görülür.^[6] Ancak bizim olgumuzda rinolit tüm nazal kavite boyunca alt ve orta meatusu doldurmaktaydı.

Rinolit, zaman içinde mineralizasyon ile boyutu giderek artarak nazal kaviteyi doldurur ve komşu yapıları erode edebilir.^[7] 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.^[7]

Rinolit tanısında anterior rinoskopinin dışında, rijit nazal endoskopi ve radyolojik görüntüleme de kullanılır.^[4,5] Küçük boyutlu asemptomatik rinolitler direkt grafide nazal kaviteyi dolduran, heterojen dansitede ve dalgalı radyopak konturlar şeklinde izlenirler.^[4] Fakat rinolitin boyutu ve yaygınlığı hakkında bilgi vermez. Kemik perforasyon şüphesi olan ve yeterince mineralize olmayan olgularda tomografik inceleme en etkin görüntüleme yöntemidir.^[7] Tomografide rinolitler tipik olarak homojen yüksek dansitede lezyonlar olarak izlenir, hatta nidusu görülebilir. Tomografik incelemede ayrıca rinolite eşlik eden olası kemik erozyonları da kolaylıkla tespit edilebilir.^[7]

Rinolitlerin ayırıcı tanısında kalsifiye polipler, granülomlar, opak yabancı cisimler, osteom, nazal gliom, lokal osteomyelit sekestreleri, encondrom, hemanjiyom, dermoid tümör düşünülmelidir.^[4,5,7]

Küçük, komplike olmayan rinolitlerde lokal anestezi altında forseps yardımıyla rinolit çıkarılabilirken; büyük, çevre dokulara invaze olmuş, kemik veya kırık dokularda erozyona yol açmış komplike vakalarda, genel anestezi altında endoskopik yaklaşım daha uygun olmaktadır.

Sonuç olarak rinolit tek taraflı burun tıkanıklığı, pürülan akıntı ve baş ağrısı yakınmaları olan hastalarda akılda tutulmalıdır. Endoskopik muayene ve paranazal tomografi sonrası tanısı koyularak cerrahi tedavisi yapılmalıdır.

Hasta Onamı: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Appleton SS, Kimbrough RE, Engstrom HI. Rhinolithiasis: A review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988;65:693-8.
2. Ezsias A, Sugar AW. Rhinolith: An unusual case and an update. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997;106:135-8.
3. Nover HU, Florke OW. Rhinolith-clinical and mineralogic aspects. Laryngol Rhinol Otol 1983;62:419-21.
4. Ugur KS, Vuran O, Ark N, Kurtaran H. Rhinolith: incidental finding during routine physical examination Cumhuriyet Med J 2011;33:88-92.
5. Aksungur EH, Binokay FB, Bcakci K, Apaydin D, Oguz M, Aydogan B. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. Eur J Radiol 1999;31:53-5.
6. Davis O, Wolff A. Rhinolithiasis and maxillary antrolithiasis. Ear Nose Throat J 1985;64:421-6.
7. Gill RS, Lal M. Perforation of the hard palate by a rhinolith and its repair. J LaryngolOtol 1977;91:85-9.