

İki Kez Septoplasti Geçiren Hastada Tek Taraflı Koanal Atrezi Saptanması: Olgu Sunumu

Gürkan Kayabaşoğlu

Ünye Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ordu, Türkiye

ÖZET

Koanal atrezi, 5-8 bin canlı doğumdan birinde saptanan en sık konjenital nazal anomalidir. Tek taraflı koanal atrezide semptomlar hafif olabilir ve erişkin yaşlara kadar tanısı gözden kaçabilir. Tek taraflı burun akıntısı ve burun tıkanıklığı genel şikayetleri oluşturur. İki taraflı olduğunda ciddi solunum sıkıntısına yol açabilen ve bu nedenle erken tanı konulması ve acil girişim gerektiren bir durumdur. Çalışmamızda 43 yaşında burun tıkanıklığı nedeniyle iki kez septoplasti ameliyatı olmuş ancak tek taraflı osseomembranöz tipte koanal atrezisi olan hastanın endoskopik transnasal cerrahi ile tedavisi sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Koanal atrezi, nazal anomali, burun tıkanıklığı

DIAGNOSIS OF CHOANAL ATRESIA ON A PATIENT WHO WAS OPERATED TWO TIMES FOR NASAL STUFFINESS: CASE REPORT

ABSTRACT

Choanal atresia is the most frequently detected congenital nasal anomaly seen in one of every 5 to 8 thousand births. The symptoms seen in unilateral choanal atresia are mild and might be overlooked until adulthood. The major complaints in unilateral choanal atresia are nasal stuffiness and rhinorrhea. On the other hand bilateral choanal atresia is a life threatening condition that causes airway problems, and so should be early diagnosed and treated. In our case report we represent a transnasal endoscopic approach on a 43 years old unilateral choanal atresia patient who was operated two times because of nasal stuffiness complaints.

Key words: Coanal atresia, nasal anomaly, nasal stuffiness

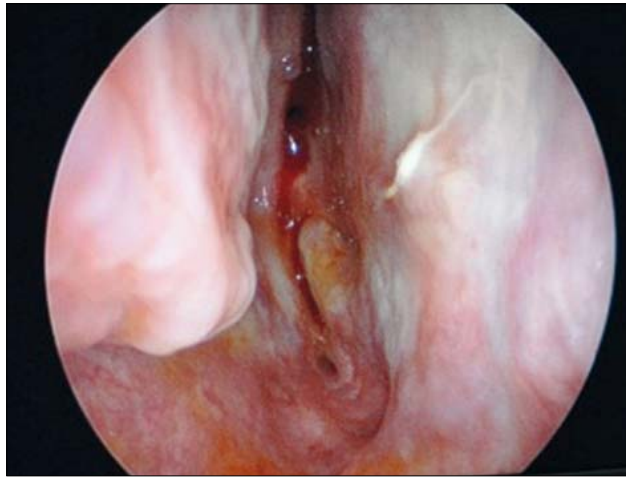
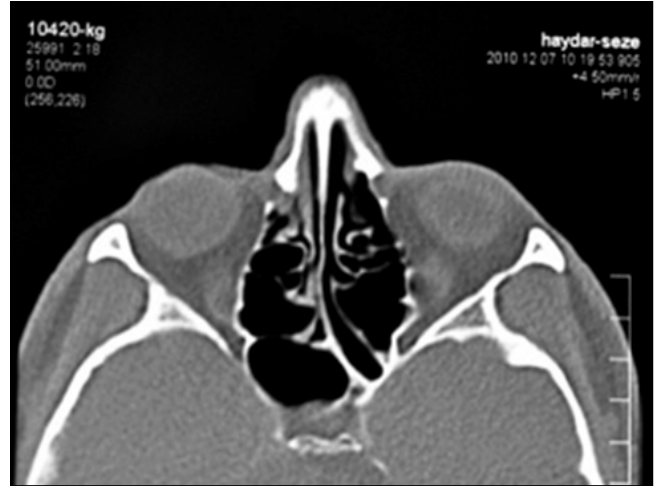
Koanal atrezi (KA), burun ve nazofarenks arasında açıklığı sağlayan posterior koananın unilaterale veya bilateral olarak total obstrüksiyonudur. Koanal atrezi ilk defa 1755'te Roederer tarafından tarif edilmiştir (1). Koanal atrezi 5000 ila 8000 canlı doğumda bir görülen, kız çocukları erkek çocuklara oranla iki kat fazla etkileyen bir anomalidir. Vakaların %60-70'ı tek taraflıdır (2). İki taraflı olması çok erken semptomatik olmasına ve ciddi solunum sıkıntısı doğurabilmesi nedeniyle doğum sonrası hemen saptanması çok önemlidir. Tek taraflı koanal atrezi ise burun tıkanıklığı şikayetiyle erişkin yaşlara kadar saptanamayabilir.

Olgu sunumu

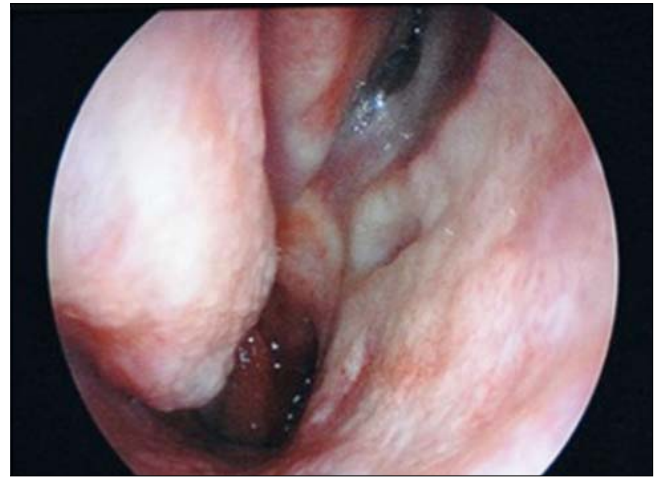
Daha önce benzer şikayetlerle başvurduğu kliniklerde iki kez burun ameliyatı geçirmiş olan 43 yaşındaki erkek hasta, burnundan rahat nefes alamamak, nefesinin yetmediğini hissetmek ve horlama şikayetleriyle kliniğimize tekrar burun ameliyatı olmak isteğiyle başvurdu. Hasta anamnezinde çocukluğunda geçirdiği bir genizeti ameliyatı, bundan 10 yıl önce bir burun ameliyatı ve 2 yıl önce tekrar bir revizyon burun ameliyatı olduğunu belirtti. Hastanın yapılan anterior rinoskopik muayenesinde nazal septumun orta hatta olduğu, alt konkaların hafif hipertrofik olduğu, sağ nazal kavitede mukoid sekresyonların bulunduğu, orofarinks muayenesinde geçirmiş olduğu tonsillektomiye bağlı tonsilla pallatinaların olmadığı, dil kökünün hipertrofik olmadığı saptandı. Yapılan endoskopik nazal muayene sonrasında



Şekil 1. Koanal atrezinin aksiyel kesit görünümü.



Şekil 2. Koanal atrezinin preoperatif ve postoperatif endoskopik görüntüleri.



hastanın sağ nazal pasajının posteriorıda tamamen kapalı olduğu, tüm şikayetlerinin unilateral koanal atrezisine bağlı olduğu tespit edildi. Hastanın iki planda aksiyel ve koronal paranazal bilgisayarlı tomografileri çekildi ve atrezisinin kemik ve membranöz içerikleri bulunan miks tipte olduğu saptandı. Hastanın transnazal koanal atrezi ameliyatına karar verildi (Şekil 1).

Hasta genel anestezi altında hazırlandı, sağ taraftaki koanal atrezinin membranöz kısmı ince bir tel açıldı ardından 90 derecelik "punch" yardımıyla genişletildi, kemik kısmı ise kemik "shaver" ile genişletildi ve yeterli genişliğe ulaşıldıktan sonra mevcut açıklığı korumak için balonlu "epistate" tamponun ön kısmındaki uzun balon arkaya gelecek şekilde posterior koanaya yerleştirildi, içi serum fizyolojik ile dolduruldu ve ön kısmından nazal septuma tespit edildi. 7 gün sonra "epistat" nazal tampon çıkarıldı. Postop ilk ay haftalık kontrollerle oluşan krutlar temizlendi. 3. ay

tekrar fotodökümantasyon ve kontrol için hasta çağrıldı. Hasta kontrollerinde şikayetlerinin tamamen geçtiğini bildirdi, kontrol intranasal endoskopik fotoğrafları çekildi (Şekil 2).

Tartışma

Etyolojisinde bir çok embriyolojik teori öne sürülse de en çok kabul gören teori nazobukkal membranın persistan-sının bu anomaliye neden olduğudur. Koanal atrezili hastaların yaklaşık %40-50'sinde eşlik eden çeşitli konjenital anomaliler bulunabilir. Bunlar içinde en sık görüleni Charge sendromudur. (C: Coloboma, H: Kalp hastalığı, A: Koanal atrezi, R: Büyüme ve gelişme geriliği, G: Genital hipoplazi, E: kulak anomalileri ve/veya sağırılık).(3) Bilgisayarlı tomografi ile yapılan çalışmalar ve histolojik örneklemelerde; koanal atrezilerin %71 oranında kemik, %29 oranında ise kemik ve membranöz yani miks içerikli olduğu saptanmıştır (4). Eski bilgilerin aksine saf membranöz içerikli koanal atrezi

olmadığı kabul edilmektedir. Bilateral olduğunda yenidoğanda tam nazal obstrüksiyona neden olur, eğer oral havayolu, endotrakeal tüp yada trakeotomi yapılmazsa hızla solunum sıkıntısı ve asfiksiye bağlı ölümlere neden olabilir (5). Unilateral atrezi ise solunum sıkıntısına nadiren neden olur ve bu nedenle de tanısını yenidoğan veya çocukluk döneminde koymak her zaman mümkün olmamaktadır. İnfantlarda ve çocuklarda sıklıkla uyuma, emme sırasında daha da artan ve ağlamakla azalan solunum sıkıntısı ve siyanoz atakları ile kendini belli eder. Ağız solunumunun öğrenilmesi ile birlikte şikayetlerde azalma olur. Çocuklarda olayı ağız eden faktör beslenmedir. Sıklıkla daha ileri yaşlarda eforla beraber oluşan nefes alma güçlüğü, sık sık farejit öyküsü, tat ve koku duyusunun yokluğu, konuşma kusurları, iyi beslenememe, tek taraflı persistan mukoid nazal akıntı veya sinüzit şeklinde kendini gösterir (4,5). Klinik bulgularından şüphe duyulan hastaların tanısı 6 yada 8 Fr plastik kateterin anterior naresden farenkse ilerletilememesi ile ve aksiyel planda çekilen bilgisayarlı tomografik tanısı konur. Bunun dışında verilen metilen mavisinin orofarenksten görülmemesi, kontrastlı koanografi çekilmesi, endoskopik muayene gibi tanı yöntemleri de kullanılmaktadır (7). Koanal atrezinin tedavisinde transnazal, transpalatal, transseptal, eksternal rinoplasti, karbondioksit lazer, endoskopik endonazal yaklaşım ve Nd:YAG lazer gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (6,7). Günümüzde transnazal ve transpalatal yaklaşımlar ön plana çıkmıştır (8).

Transpalatal yaklaşım, unilateral veya bilateral atrezilerde kullanılabilir. Daha iyi görüş alanı sağlaması, nazal mukozayı

koruması, stenoz riskinin düşük olması bu tekniğin üstünlükleridir. Ancak palatal gelişimde ve oklüzyonda sorun yaratması, kanamanın fazla, operasyon ve hastanede kalış süresinin uzun olması gibi dezavantajları vardır (6,7). Freng (8), transpalatal yolla opere ettiği vakaların %52'sinde damakta büyüme bozukluğu olduğunu bildirmiştir.

Transnazal yaklaşımın basit ve kısa sürede uygulanabilir olması, kanamanın az olması, palatal bü- yümeye ve oklüzyonda ileri yaşlarda sorun yaratmaması, operasyondan hemen sonra çocuğun anne sütü emebilmesi ve hastahane toplam kalış süresinin kısa olması gibi üstünlükleri vardır (6,7). Ancak bu teknik restenoz gelişme ihtimalinin yüksek olması, görüş alanının yetersiz olması nedeniyle manüplasyonun zor olması, koanal çatı ve kafa tabanının yaralanma riski, olması gibi dezavantajları vardır. Biz, hastamız erişkin olduğu için nazal kavitesinin endoskopik olarak iyi görüme ve manipülasyona izin vereceğinden ve daha basit bir girişim olduğundan dolayı transnazal yaklaşımı tercih ettik.

Günümüz tıp teknolojisi, endoskopik hasta muayenesini kulak burun boğaz doktorlarının muayenesinde bir rutin haline getirmiştir. Endoskopik muayene ile tanısı kolayca konulabilen koanal atrezili hastaya iki kez burun ameliyatı yapılması ve tanısının yine de konulamamış olması çok düşündürücüdür. Her türlü kulak burun boğaz hastalığında endoskopik muayene ile elde edilebilecek ek bulguların önemine vurgu yapmak amacıyla yazılmış olan çalışmamızda güncel bilgiler ışığında koanal atrezinin tedavisi de tartışılmıştır.

Kaynaklar

1. Coniglio JU, Manzione JV, Hengerer AS. Anatomic findings and management of choanal atresia and the CHARGE association. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; 97: 448-453.
2. Brown OE, Smith T. The evaluation of choanal atresia by CT. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1986; 12 : 85 – 98.
3. Kaplan LC. The CHARGE association: Choanal atresia and multiple congenital anomalies. *Otolaryngol Clin North Am* 1989; 22: 661-672.
4. Ünal M. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007, 3(12) :45-48
5. Rowe L. Congenital anomalies of the head and neck. In: Ballenger JJ, Snow JB, eds. *Head and Neck Surgery*. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1996: 209-219
6. Grungfast KM, Thomsen JR, Barbercs. An Improved stent method for choanal atresia repair. *Laryngoscope* 1990; 100:1132-3
7. Değer K, Uluğ T, Keleş N, Çilingiroğlu T, Üzeyir M. Koanal atrezide acil tanı ve tedavi. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 1991; 29: 104-5.
8. Freng A. Surgical treatment of congenital choanal atresia. *Ann Otol Rhinol Laryngol*.1978; 87:346-50