

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
K.B.B. Anabilim Dalı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

Hipertrofik Rhinitlerde Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

(İHTİSAS TEZİ)

FIŞLANDI

Dr. Selami ŞAHİN

k.2
7

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	007904.7
Tasnif No.	616.212 ŞAH 1983

DİYARBAKIR, 1983

İ Ç İ N D E K İ L E R

GİRİŞ.....	1
BURUNUN ANATOMİSİ, HİSTOLOJİSİ VE FİZYOLOJİSİ.....	2-10
GENEL BİLGİLER.....	11-17
MATERYAL VE METOD.....	18-20
BULGULAR.....	21-27
TARTIŞMA.....	28-31
SONUÇ.....	32
ÖZET.....	33
LİTERATÜR.....	34-36

G İ R İ Ş

Rinoloji sahasında hipertrofik rinitler gerek etyolojik ve gerekse tedavisi yönü ile önemli yer işgal ederler.

K.B.B kliniklerine müracat eden hastaların büyük bir miktarını burun tıkanıklığı bulunan hastalar teşkil etmektedir. Bu hastaların çoğunluğunu ise hipertrofik rinitli hastalar oluşturmaktadır.

Septum deviasyonu, adenoid vegetasyon gibi anatomik bozukluklara bağlı olarak gelişen hipertrofik rinitlerde bu arızalar giderildiğinde hipertrofinin kaybolduğu çoğu olgularda görülmektedir. Ancak bazı olgularda ise tıbbi tedavi ve anatomik bozuklukların cerrahi olarak düzeltilmesine rağmen hastaların şikayetlerinin geçmediği, hipertrofinin devam ettiği gözlenmektedir. Bu gibi vakalarda hipertrofinin nedeni vegetatif sistem ve lokal regulasyon bozukluğuna bağlanmaktadır.

Bugün rinolojinin en karmaşık ve üzerinde en fazla tartışılan konulardan biri olan hipertrofik rinitlerin tedavisi günümüzde hala kesin olarak çözümlenememiştir. Bugüne kadar sklerozan madde enjeksiyonu, şimik koterizasyon, Diastalazasyon, Ekrazman, Elektrokoterizasyon, Kortikosteroid uygulaması, Cryoterapi ve Lateroposasyon gibi değişik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

Kliniğimize müracat eden hipertrofik rinitli hastaların çokluğu ve burun fonksiyonları üzerine olan etkileri önemli olduğundan bu çalışmamızda.,

1-Hipertrofik rinitlerin etyolojisine etki eden faktörler.

2-Hipertrofik rinitlerde kliniğimizde uygulanan tedavilerle diğer tedavi yöntemlerini karşılaştırarak en etkili yöntemi ortaya koymayı amaç edindik.

BURUNUN ANATOMİ VE HİSTOLOJİSİ

Yüzün orta kısmında öne doğru bir çıkıntı halinde bulunan burun kemik ve kıkırdaktan yapılmış olup kaslar ve deri ile örtülü ve bir septumla ikiye ayrılmış organdır. Şekli ve büyüklüğü ırklara ve şahıslara göre çok değişiktir.

Dış görünüşü bakımından üç yüzlü bir pramide benzer. Piramidin geniş ve simetrik olan iki yüzü burunun yan(lateral)yüzlerine uyar. Önde birleşerek burun sırtını (Dorsum nasi) meydana getirirler. Burun sırtının alınla birleşen kısmı burun kökü (Radix nasi) olarak ifade edilir. Dorsum nasinin aşağıdaki ucu ise burun ucu (Apex nasi) olarak bilinir.

Yan yüzlerin alt kısımda daha çıkıntılı olan kısımlarına burun kanatları (Ala nasi) denir. Piramidin üçüncü yüzünü burunun aşağıya bakan yüzü teşkil eder, bu yüzlerin en küçüğüdür. Burada ortada bir bölme ile ikiye ayrılmış burun delikleri (Nares) bulunur.

Burun iskeletinin bir kısmını kemikler bir kısmında kıkırdaklar oluşturur. Kemik iskelet yukarda os nasale yanlarda maksillanın prosesus frontalisleri, ön altta ise maksillanın damak çıkıntısı ve spina nasales anteriorlardan oluşmuştur. Bu kemikler önde birleşerek apertura priformis adı verilen deliği meydana getirirler.

Kıkırdak iskelet ise üç ayrı kıkırdaktan oluşmuştur. Cartilage septolateralis adını alan kıkırdak tektir cartilage alaris majör adını alan kıkırdaklar ise çifttir. ve bu kıkırdaklar apertura priformise yapışmışlardır. Bunlar arasında sayıları ve şekilleri şahsa göre değişen cartilagenes nasales accesoriae adını alan birkaç tane küçük kıkırdak da bulunur. Cartilage septolateralis T şeklinde olup iki laminadan ibarettir. A:Vertikal B:Lateral

Cartilagenes nasales accessoriae:Burun kenarının ön kenarında *cartilage lateralis* ile *crus laterale* arasında ve bazen bu kıkırdaklar ile *cartilage septi nasi* arasında bulunurlar.

Burun içten kemik ve kıkırdaktan yapılmış bir bölme ile (*septum nasi*) birbirinden ayrılmış iki boşluk halindedir.Bu burun boşlukları (*cavum nasi*) üst, alt, iç ve dış olmak üzere dört duvarla çevrilidir.Önde burun delikleri ile dışarıya, arkada konanalar aracılığı ile nazofarenkse açılırlar.Üst duvarın kemik kısımlarını arkadan öne doğru *corpus ossis sphenoidalis*, *lamina cribriformis ossis ethmoidalis*, *os frontale* ve *os nasale* meydana getirirler.Bundan sonra kıkırdak kısım gelir, bu kısımda *cartilaj septolateralis* oluşturur.

Burun yan duvarları burada birbirlerine çok yaklaştıkları için üst duvar çok dardır.Alt duvar maksillanın *processus palatinus* ile *pars horizontalis ossis palatinum*dan teşekkül etmiştir.İç duvar aynı zamanda iki burun boşluğunu birbirinden ayıran *septum nasiden* ibarettir.*Septum nasi* arkadan öne doğru *lamina perpendicularis ossis ethmoidalis*, *os vomer*, *cartilage septolateralis*in vertikal laminasından oluşmuştur.

Septum nasinin en alt kısmı yalnız deriden yapılmıştır. Buraya *pars cutenei septi nasi* denir.

Dış duvar:Burun boşluğunun en geniş ve yapı bakımından en karışık duvarıdır.Kemik kısmı arkadan öne doğru *lamina medialis processus pterigodei*, *lamina perpendicularis ossis palatini* *concha nasalis superior* ve *media*, maksillanın frontal çıkıntısının iç yüzü ve buraya yapışık *concha nasalis inferior* ve *lacrimal* kemigin iç yüzünden meydana gelmiştir.

Yan duvarın kıkırdak kısmını ise *cartilago septolateralis*in lateral laminası ile *cartilago alaris majörün crus lateralis* oluşturur.

Burun yan duvarında bulunan üç concha, concha nasalis superior, media, inferior yaptıkları kıvrımlarla dış duvar yüzeyini oldukça genişletmiş ve girintili çıkıntılı hal almasına yol açmıştır. Conchaların konveks yüzleri septum nasiye doğru bakar. conchaların altında ve dış tarafında kalan yollara yukardan aşağıya doğru meatus nasi superior, medius ve inferior denir. Conchaların en büyüğü inferior concha olup önde vestibulum nasiden başlar ve arkada koana kenarından bir santim kadar önde sonlanır. Conchalarla burun septumu arasında kalan boşluğa meatus nasi cominis adı verilir. Meatus nasi inferior ductus nasolacrimalis, meatus nasi mediaya frontal, maksiller ve ön ethmoidal sinüsler ve meatus nasi superiora arka ethmoidal sinüsler üst arka kısmına (recessus sphenoethmoidalis) sphenoidal sinüs açılır (3,6,10,11,19).

Burun boşlukları önde cartilago nasi lateralisin alt kenarının meydana getirdiği bir kabartı (limen nasi) ile iki bölüme ayrılmış gibidir. Limen nasinin alt kısmında kalan bölüm vestibulum nasi adını alır ve cilt ile örtülüdür. Burada ter yağ bezleri, kıl folikülleri ve kalın kıllar bulunur. Vestibulum nasiyi örten epitel tabakası caliciform hücreli pseudostrafiye prizmatik epitel ile cavum nasiye doğru devam eder. Limen nasiden itibaren cavum nasi mukoza ile örtülü olup, mukoza özelliğine göre iki bölgeye ayrılmıştır. 1-Regio respiratoria, 2-Regio olfactoria.

1-Regio respiratoria: Solunum havasını ısıtmak temizlemek ve nemlilik derecesini artırmak gibi göreve sahiptir. Bu görevine uygun olarak çok katlı prizmatik epitel tabakası ile örtülüdür. Üst sırayı oluşturan hücrelerin serbest yüzlerinde titrek tüyler bulunur, bu ciliaların hareketi meydana gelen akıntıyı farenkse doğru yöneltecek şekildedir. Bu tüylü prizmatik hücreler arasında (caliciform hücre) çok sayıda çanak hücreler mevcuttur.

Epitel tabakası kalın bir lamina propria üzerine oturmuştur. Burada karışık bezler çanak hücreleri ile birlikte bulunur. Lamina propriada zengin ven ağları mevcuttur. Lamina propria derin kısımlarda burun iskeletini yapan kıkırdak ve kemik kısımları örten perikondrium ve periostium ile devam eder. Bu bakımdan burundaki perikondrium veya periostium, mucoperikondrium veya mucoperiostium olarak ifade edilir. Lamina propria kollagen ve elastik liflerden zengin olup fibroblast, makrofaj ve lenfositler içerir. Mukozada küçük lefatik doku kümeleride mevcuttur. Regio respiratoria mukozası conchalar üzerinde devam eder. Yalnız bu kısımlarda lamina propria daha ince olup daha çok sayıda ince duvarlı venöz kapillerler ihtiva eder. Ven kapillerlerinde yer yer kuvvetli kas hüzmeleri bulunur. Bunların kasılması ile arada kalan zayıf duvarlı venler fazla miktarda kanla dolar ve genişlerler. Bu özellik conchaların cavernöz ve erektıl doku haline gelişmesini sağlar. Regio respiratoriayı örten bu mukozanın ayrıca rezorbsiyon yeteneğide vardır. Cocain ve nikotin gibi maddeler kolaylıkla rezorbe olup kana karışabilir.

11-Regio olfactoria: Meatus nasi superior ve septum nasinin üst concha hizasından itibaren cavum nasi tavanını döşeyen mukozanın yapısı regio respiratoriayı örten mukozadan farklı olup sarımtırak renktedir. Bu bölüm regio olfactoria adını alır ve arkada recessus sphenoethmoidalise kadar devam eder. Regio olfactoria mukozası kalın bir lamina propria üzerine oturmuş olup destek hücreler, bazal hücreler ve koku hücreleri ihtiva eder. Epitel hücresi pseudostrafiyeye prizmatik karakterde olup seyrek caliciform hücreler içerir. Bu bölgede lamina propria içersinde dallanmış tubuloaciner seröz bezleri (Bowman bezleri) de bulunur.

1- Destek hücreler (Sustentaküler): Bunlar uzun ve silendirik hücrelerdir. Apikal uçları geniş basal uçları dardır.

Nucleolusları ovaldır, hücrenin apikal yönünde merkezin yukarısında yerleşmişlerdir.

2-Bazal hücreler: Bunlar küçük ve koni şeklindedir. Koyu ve oval nucleus ile sitoplazmik uzantılar taşırlar.

111-Duyu hücreleri: Bunlar destek hücreleri arasında dağılmış bipolar sinir hücreleridir, iğ şeklindedirler. Merkezde nucleus apikalde dentritler bulunur. Destek hücreleri arasında yüzeye uzanırlar, bu uzantılar bir küçük soğan şeklinde veziküllerle başlar. 6-8 tane kıla benzer uzantılardır. Bunlar cilianın farklılaşmış şeklidir, olfaktorik kıl adıyla anılırlar. Görevleri gerçek alıcılıktır, hücrenin proksimal parçası dardır, silindriktir ve 1 mikron çapındadır. Hücre lamina propriaya doğru aksan gibi uzanır. Sitoplazmada baştan başa neurofibril görülmüştür. Lamina propriada olfaktorik sinirle birleşirler, fila olfactoria adını alırlar. Bunlar ethmoid kemiğin lamina cribriformisinin ince kanatlarından yukarı çıkar. Beyin bulbus olfactoriusuna sokulurlar (16-19).

Burunun damar ve sinirleri:

Arterleri: Burun arterlerini A. facialis, A. maksillanın dallı olan A. infraorbitalis, A. sphenopalatina ve A. palatina descendens vasıtasıyla A. carotis externadan alır. A. ethmoidalis anterior ve posterior vasıtasıyla da A. carotis internadan alır.

Venleri: Ödekiler V. facialis anteriora dökülürler, arkadakiler V. maksillaris internaya, üst yandakiler V. oftalmikaya giderler.

Lenf damarları: Ödekiler çene altı bezlerine arkadakiler farenkse ve arka alt yandakiler boyunun derin bezlerine giderler.

Sinirleri: Regio olfactoriada mukoza içine koku cisimcik-
leri yerleşmiştir. Diğer bir kısım sinir dalları ise duyu dalla-
rıdır ve regio respiratoriada mukoza zarı altına yerleşmiştir.
Septumda ve üst iki konkada N.sphenopalatinus, alt konkada N.Pa-
latinus anterior ve arka burun bölgesine N.pterygopalatinus dal-
ları dağılır(3).

BURUN FİZYOLOJİSİ

Burunun fonksiyonları üç grup altında toplanabilir.

A-Solunum fonksiyonu.

B-Koklama fonksiyonu.

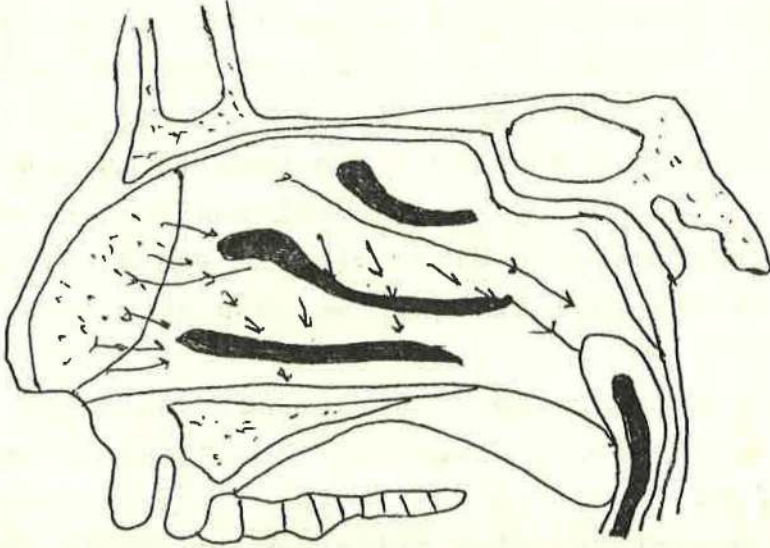
C-Ses çıkarma (fonasyon) fonksiyonu (3).

A-Solunum fonksiyonu: Solunum havası normalde inspiras-
yonla nazal kaviteden, 1/4 saniyede geçerek farenkse ulaşır. Bu
geçiş sırasında hava ne kadar kuru ve soğuk olursa olsun akci-
ğerler zarar vermeyecek şekilde nemlendirilir, ısıtılır. Choana
çıkışında havanın nem derecesi %75, ısısı 36-37 C°'ye ulaşmış o-
lur (2). İnspirasyon havası ön burun deliklerinden geçerek orta
konka hizasına kadar yükselir. Bir kısmı burun tavanına kadar ula-
şır, sonra arkaya ve aşağıya doğru yönelerek parabolik bir hare-
ketle choanalar arkasına gelir (9). Bu geçiş sırasında vestibulum
nasideki kıllar ve burun mukozası üzerinde bulunan müköz sekres-
yonla hava içersindeki toz gibi yabancı maddeler filtre olur.



Burun mukozasındaki çok sayıdaki kılcal damarlar ve konkalardaki venöz gölcükler havanın sıcaklığına ve soğukluğuna göre autonom sinir sisteminin etkisi altında genişler veya daralır. Böylece inspirasyon havasının harareti regüle edilmiş olur.

Inspirasyon havasının nemlendirilmesi ise mukozada bulunan müköz glandların sekresyonu ile mümkündür. Bu sekresyon lenfatik sızıntılarla birlikte 24 saatte 1-1,5 lt. civarındadır(12). Bu ifrazat burun mukozasının devamlı ıslaklığını sağlar ve mukozanın üzerini tül perde gibi örter. Bu sekresyon mukozada bulunan epitelin 3-7 mikron boyundaki titrek tüylerin dakikadaki ortalama 250 vuruş hareketi ile nasopharynx'e doğru akar. Bu müköz örtü ince yapışkan, şeffaf kaygan vasıftadır. Normalde PH 7 civarında olup %95 su, %2 tuz ve %3 kadar müköz ihtiva eder. Bu sekresyon içerisinde lizozimler ve immün globulinler bulunduğu kabul edilmektedir. Müköz örtünün nazopharynx'e doğru olan akışı burunun 2/3 arka bölümünde dakikada 10 mm yi bulur.



Burun yan duvarlarından mukusun akışı

Mukus sekresyonu burunun statik durumu, solunum havasının rutubeti, sıcaklığı ve autonom sinir sisteminin etkisi altın-

dadır. Autonom sinirleri parasempatik lifler facial sinirden sempatik lifleri boyun sempatik ganglionlarından gelir. Bunlar sphenopalatin gangliondan sonra burun mukozasına dağılırlar.

Ekspirasyonda ise hava choanalardan cavum nasiye girer ve inspirasyondaki yolunu takip ederek burun vestibulumundan çıkar. Yalnız bir kısım hava ekspirasyonda vestibulumun üst sınırında bulunan darlığa çarparak, aşağıya ve geriye doğru dönerek nasopharynksten gelen ekspirasyon havası ile birleşir. Böylece burun boşluğunda bir anafor oluşturur ve bir kısmı orta meadan sinüslere girer. Orta mea bölgesindeki nasal kavite darlığı veya genişliği hava geçişinde önemli rol oynar. Septal deviasyonlar gibi diğer tıkalı afetler (olaylar) solunum havasının geçişini bozar. Ayrıca alt konka bir valvül gibi iş görür. Hava burun boşluklarını geçerken burun boşluklarının hem orta hemde alt katını kullandıkları ve her iki kattan geçen hava miktarının aşağı yukarı eşit olduğu gösterilmiştir. (4,17) Konkanın şişmesi veya küçülmesi burun boşluğu pasajını kontrol eder.

Burun içi hava tazyiki inspirasyonda -6 mm su ekspirasyonda +6 mm su tazyiki arasında olmak üzere değişir.

B-Burunun koklama fonksiyonu,

Burun tavanında bulunan regio olfactoriadaki koku hücreleri içersinde bulunan schülze corpuskülleri vasıtasıyla koklamada görev alır.

Koku duymada solunumun inspirasyon ve ekspirasyon devrelerinin tesiri vardır. Normal solunumda inspirasyonla alınan hava vestibulumdan yukarıya doğru ilerlerken alt konkanın başı hizasında üst ve alt olmak üzere iki kola ayrılmış gibidir (4,17). Üste doğru hareket eden inspirasyon havası fissura olfactoriadan geçerek choanalar hizasında alt taraftan gelen inspirasyon havası ile birleşir. Inspirasyon havasının fissura olfactoriaya

yönelmesi için inferior konkanın yaptığı etki önemlidir. Sık ve hızlı olarak yapılan inspirasyonlar burun içi hava tazyikinin düşmesine neden olarak fissura olfaktoriaya daha fazla inspirasyon havasının geçmesine neden olur. Zorlu ekspirasyonlarda ise burun içi hava tazyikinin yükselmesi yani havanın fissura olfaktoriaya daha fazla ulaşmasına yolaçar. Koku alma havasının fissura olfaktoriaya gelmesinden sonra koklamadan önce havanın burada regulasyona (ayarlanmaya) tabi tutulduğu kabul edilir.

Bu gözdeki irisin ışık miktarı ile daralıp genişlemesi gibi bir olaydır. Autonom sinir sisteminin etkisi altındadır. Hava içinde gelen koku corpüskülleri koku hücrelerine böylece ulaştıktan sonra burada bulunan bowman guddelerinin sekresyonunda eriyerek koku hücrelerinin serbest bulunan dentritlerini uyarır. Bu uyarım koku sinirinin seyrini takibederek bulbus olfaktoriadan geçer. Uncus gyrus hippocampus yoluyla serebral kortekse ulaşır. Böylece burundan başlayan koku persepsiyonu tamamlanmış olur.

Koku hassasiyeti diğer 5 duyu organlarının fonksiyonlarında olduğu gibi eşik kıymetle değerlendirilir. Bu burun boşlukları normal ve burun mukozası sağlam bir şahsın koku hissi duya bilmesi için lazım gelen asgari koku miktarını ifade eder. Minimal bir etki kokuyu duyurduğu gibi maksimal bir koku eşiğinden sonra ise ağrı ve rahatsızlık hissi duyulur veya koku duyulmaz olur.

Burunun ses çıkarmadaki (fonasyondaki) rolü:

Burun ses çıkarmada rol alır. Buradaki görevi larenkste meydana gelen ses için paranasal sinüs boşlukları havası ile birlikte rezonans kaviteleri olmasıdır. Burun deliklerinde bir tıkanıklık bilhassa burun gerisinde olduğunda rinolali ortaya çıkar (kapalı rinolali). Bunun aksine burun boşlukları ve nasopharynxin aşırı genişliği velopalatin yetersizlik olması yine rinolaliye sebep olur (açık rinolali)(3,9,11).

GENEL BİLGİLER

RHİNİTİSLER

Rhinitler çeşitli yazarlara göre değişik biçimde sınıflandırılmıştır.

Birinci sınıflandırma (6,9):

A-Rhinitis vestibulare.

B-Akut rhinitler.

1-Had coryza.

2-Grip rhinit.

3-Kızamık rhinit.

4-Kızıl rhinit.

5-Akut burun difterisi.

6-Ruam rhinit.

7-Şarbon rhinit.

C-Kronik rhinitler.

1-Nonspesifik rhinitler.

a-Basit kronik rhinit.

b-Hypertrofik rhinit.

c-Atrofik rhinit.

1-Primer atrofik rhinit.

2-Sekonder atrofik rhinit.

d-Rhinitis sicca.

e-Rhinitis caseosa.

D-Spesifik kronik rhinitler.

1-Burun sifilizi.

2-Burun tüberkülozu.

3-Lupus vulgaris.

4-Sarkoidosis.

5-Kronik difteri rhinit.

6-Skleroma.

7-Lepra.

8-Rhinosporidiosis.

9-Aspergillosis.

10-Moniliazis.

11-Burun myazisi.

E-Nazosinüziyen allerji.

1-Allerjik rhinit.

2-Vazomotor rhinit.

3-Saman nezlesi.

İkinci sınıflandırma(3,5,20):

A-Had nezle(Had coryza).

B-Enfeksiyon hastalıkları rhiniti.

1-Kızıl rhinit.

2-Grip rhinit.

3-Kızamık rhinit.

4-Akut burun difterisi.

5-Serebrospinal menengit rhinit.

6-Çiçek rhinit.

7-Membranöz rhinit.

8-Tifo rhinit.

9-Ruam rhinit.

C-Kronik rhinitler.

1-Rhinitis chronica.

2-Hipertrofik rhinit.

3-Atrofik rhinit.

4-Rhinitis sicca.

5-Kronik polipöz rhinitler.

6-Habis granüloma.

7-Kronik burun difterisi.

8-Rhinitis caseoza.

D-Spesifik kronik rhinitler.

1-Burun sifilizi.

2-Burun tüberkülozu.

3-Burun lupusu.

4-Sklerom.

- 5-Lepra rhinitı.
- 6-Gundu (Goundou).
- 7-Moniliazis.

E-Nazosinüziyen allerji.

- 1-Allerjik rhinit.
- 2-Vazomotor rhinit.
- 3-Saman nezlesi.

HİPERTROFİK RHİNİTLER

Etyoloji:Hipertrofik rhinitlerin etyolojisinde çok değişik faktörler rol oynamaktadır.Allerjik ajanların rolü büyüktür.Enfeksiyon genelde ikinci derecede bir etgen olduğu düşünülür.Bununla beraber bazı yazarlar hipertrofik değişikliklerin primer nedeninin bakteri enfeksiyonuna bağlı olduğu görüşündedirler.Solunum ve gıda allerjileride esas etyolojik etgen olduğu görülür (5,7).

Septum deviasyonları gibi belirgin anatomik nazal bozukluklar ve anomaliler etyolojide sorumlu tutulurlar.Bunun yanı sıra kronik sinüzitler (özellikle ethmoiditisler) hipertrofik rhinitler oluşturmaktadır.Son zamanlarda kirli havanın ve toz gibi iritan maddelerin hipertrofik rhinitlere yol açtığı kabul edilmektedir.Hipertrofik rhinitlere beslenme bozuklukları kötü hayat şartları sık sık üşütmeler ve adenoid vegetasyonlar zemin hazırlarlar (20).

Histopatolojisi:Hipertrofik rhinitler nazal muköz membran ve periostumda meydana gelen kalınlaşma ve ödematöz değişikliklerle karakterizedir.Genellikle yumuşak dokularda polipoid kistleri ve kemiklerin gevşemesi (osteoporoz) mevcuttur.Alt konkanın kemik bölümüne ait hipertrofi vardır (15).

Burun mucozasındaki allerjik reaksiyon burun kıvrımlarının kan damarlarının dilatasyonu ve kapiller geçirgenliğini

arttırır.Mukozada ödem oluşurken özellikle eozinofil leucocyt-ler başta olmak üzere hücre infiltrasyonu meydana gelir(18).Eozinofil infiltrasyonun artması hipertrofik rinitlerde aller-jinin sorumluluğu lehinedir.Birçok fonksiyon testi lenfosit ve makrofajların immün cevap sırasında birleştiklerini göstermiş-dir(1).

Hastalık ilerledikçe tüm mukoza etkilenmeye başlar.Kir-piksi epitelin yerine çok katlı kübik epitel veya yassı epitel geçer.Fibröz dokularda artış olur.Mukozada plazma hücreleri ve eozinofiller başta olmak üzere hücre infiltrasyonu ortaya çı-kar.Bundan sonra tüm mukoza katlarının iştiraki ile mukozada kalınlaşma ve hipertrofi ortaya çıkar.Kronik hipertrofik rhinit lerde meydana gelen enzim değişiklikleri(Kolinesteraz, asit fosfataz artması) nazal mukozanın doğal savunma mekanizmasının arttığını göstermektedir(25).

Klinik:Hipertrofik rhinitler genellikle allerji veya sinüslerin iltihabı ile ilgili olduğundan çoğu zaman kompleks belirtilerle ortaya çıkarlar.Genel olarak burun pasajını tıka-yıcı tabiattadırlar.Bunun yanı sıra baş ağrısı, postnazal akıntı, koku azlığı olabilir.

Rinoskopi anteriorda erken devrelerde mukozanın kızar-dığı ve şiştiği görülür.Daha ziyade bu değişiklikler alt konka-ya ve septumu örten mukozada dikkati çeker.Mukoza yüzeyi düz-gün olup meydana gelen salgılar yapışkan ve mukopürülandır.Sep-tum ile alt konka arasında mukus bantları bulunabilir.Burun pa-sajı ileri derecede tıkanmıştır.Bilhassa hipertrofi sebebi sep-tum deviasyonu ise burun pasajını gözle muayene etmek imkanı bulunmayabilir.Gudde sayılarının artması ile mukozanın görünü-mü âhûdudu şeklinde yuvarlak düzensiz bir şekil alır.Gudde ka-nallarının çevresinde meydana gelen fibröz değişiklikler ve hücre infiltrasyonları mukozanın polipoid bir görünüm almasına yol açar.

Bilhassa orta konka ethmoid sinüs veya maksiller sinüs mukoza-sından polipler gelişebilir. Ameliyat esnasında ethmoid hücrele-rin çoğu polipoid dejenerasyon gösterdiği izlenmiştir. Olaya eth-moiditis ve maksiller sinüzitlerin karışmasıyla cavum nasi de ve meatuslarda pü görülmesine yol açar. Burun pasajının tıkanması nedeniyle hastalar genellikle ağzından soluk alıp verirler ve u-yurken horlarlar. Uzun süreli vakalarda hastalar burnundan (rino-lali) konuşmaya başlarlar. Tıkanma geceleri hastanın bilhassa yattığı tarafta olur.

Rinoskopi posterior: Konkaların arka ucu mukozasının kı-rımı veya gri menekşe renginde olduğu ve çilek manzarasında kit-leler ihtiva ettiği görülür.

KRONİK HİPERTROFİK RHİNİTLERDE TEDAVİ

Hipertrofik rhinitlerde hastalığın erken devrelerinde konservatif olarak temiz hava egzersizleri ,tütün ve alkolün kı-sıtlanması, enfiye tarzı kullanımların yasaklanması oldukça ya-rarlıdır. Allerjik orjinli oldukları testlerle saptanan vakalar-da hastanın allerjenden uzaklaştırılması veya desensibilize edil-mesi tedavi için yeterli olur. Kısa süre efedrinli damlalar kulla-nılması veya antihistaminik verilmesi bazı olgularda iyi sonu-çlar doğurur. Fazla miktarda mukozal salgısı bulunan hastalarda alkali vasıfta mailerle yapılan burnun lavajları faydalıdır. Sinü-zit orjinli hipertrofik rhinitlerde sinüzitlerin tedavisi ilk hedef olmalıdır. Ayrıca septum deviasyonları ve diğer nazal pasa-ji tıkalı patolojiler tedavi edilmeye çalışılmalıdır.

-Kortikosteroid uygulanması: %1 lik pantokain emdirilmiş pamukla anestezi sağlanarak alt konkaya 40 mg her hafta konkanın ön, orta ve arka bölümüne üç hafta yapılmaktadır.

-Sklerozan madde enjeksiyonları: %2 pantokain + %1 adre-nalin ile yüzeysel anestezi sağlandıktan sonra enjektöre hazır-lanan sklerozan madde konkanın iç yüzünün kuyruk, orta ve baş

kısmına ve iki adetide alt kenarına olmak üzere beş bölgeden yapılır(9).Enjektör iğnesi alt konkanın kemik bölümü hissedilince ye kadar girilir.Sklerozan madde çeşitli seviyede enjekte edilir

-Diastalazasyon:Kauçuk tüp konması veya diastalazasyon bilhassa çocuklarda endikedir.Kauçuk bir sonda burun deliklerine sokulur kapalı olan arka ucu kavumda durur.Ön uc ise bir puara birleştirilir.Puara yapılan ritmik tazyikler sonucunda birbirini takibeden genişleme ve çekilmeler husule getirir.Bu burun mukozası üzerine masaj etkisi yapar.

-Ekrazmanla tedavi:Bu özel yapılmış korne ekrazman pensiyile yapılmaktadır.%2 pantokain + %0,1 adrenalin ile yüzeysel anestezi sağlandıktan sonra konka horizontal olarak yukarı doğru lükse edilir.Korne pensiyile corpus cavernozum boylu boyunca tutulur ve herbiri birkaç saniye olmak üzere iki üç defa konka ezilir.Kanama olursa spongel konur (9).

-Şimik koterizasyon:%10 cocain + %0,1 adrenalin ile yüzeysel anestezi altında, portkoton ile gümüş nitrat, kromik asit ve triklorasetik asit gibi maddeler ile konkanın arkadan öne doğru paralel linear koterizasyon yapılır.

-Elektrokoter uygulaması:%2 pantokain + %0,1 adrenalin ile yüzeysel anestezi altında alt konkaya koterizasyon yapılır. Linear koterizasyon septum ve konkanın başı korunarak arkadan öne doğru paralel olarak koterizasyon yapılır.Vaselinli pomadlar buruna çekilir.Submüköz koterizasyon araştırmamıza dâhil olduğu için ilerde geniş yer verilecektir.

Cryosurgery:Dokulara soğuk tatbik edilerek yapılan tedavi şeklidir.Bugün kullanılan aletler -70°C ile -196°C arasında soğutma yapmaktadır (26).Her iki burun boşluğuna %2 pantokain+ %0,1 adrenalinle anestezi sağlandıktan sonra, konkanın arka ucu, orta bölümü ve ön ucuna birer dakika ara ile (müelliflere göre değişmekte) 3 dakika soğutma yapılır.Hastanın burnuna vazelinli

gaz konur. Gaz 24 saat sonra alınır (21). Ayrıca cryosurgery submukozal olarak yapılmaktadır (23).

-Makas ve snar ile submüköz turbinektomi: Çok kullanılan yöntemlerden biridir. Konkanın bir kısmının veya tamamının çıkarılmasında emin ve çabuk bir yöntemdir. Lokal anestezi altında alt konkanın 1/3 nazal duvara yakın bölümü makas ve snar yardımıyla kesilip dışarı çıkarılır. Anterior tampon yapılır tampon 48 saat sonra çıkarılır (5).

-Submüköz turbinektomi: %2 pantokain +%0,1 adrenaline yüzeysel anestezi altında alt konkanın müköz membranı, gerekirse kemik bölümü çıkarılır. Ameliyat esnasında burun mukozası korunmalı fizyolojisi ve anatomisini bozmamaya özen gösterilmelidir (24). Araştırmamıza dahil edildiği için ilerde bilgi verilecektir.

-Lateropozisyon: (Konkaları yana alma) Lokal anestezi altında yapılır. Eske usul konkanın lateral fraksiyonudur. Daha sonra Herrmann daha geniş bir lümen temini maksadıyla bir gujla alt konkanın sinüs içine fraktürünü sağlamıştır. Legler "Z" in-sizyonu önermiştir. Konka lateropozisyone edildiğinde yeterli açıklık sağlanamazsa sinüs içine itilir. Septum ameliyatları ile beraber kombine olarak lateropozisyon ameliyatı yapılabilir. Çalışmalarımıza dahil ettiğimiz için ilerde bahsedilecektir (8, 14, 15).

-Cryoultrasonic yöntem: Son senelerde inferior nazal konka mukozası üzerine soğuk ultrason tatbikatı uygulanarak nekroz ve nekrobioz oluşturulmaktadır. Böylece mukoza hipertrofisi önlenerek hipertrofik rhinit tedavisi yapılmaktadır (2).

MATERYAL ve METOD

Materyalimiz;1981-1983 yıllarında polikliniğimize müracaat eden kronik hipertrofik rinit tanısı konan hastalar arasından seçilen 62 olgu teşkil etmektedir.Olguların yaş ve sekse dağılımı Tablo 1 de gösterilmiştir.

Yaş grupları	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayısı	%	Sayısı	%	Sayısı	%
0-9yaş grubu	-	-	-	-	-	-
10-19 " "	15	24,19	6	9,67	21	33,86
20-29" "	22	35,48	3	4,83	25	40,31
30-39 " "	8	12,91	3	4,83	11	17,74
40,49 " "	3	4,83	-	-	3	4,83
50 ve yukarısı	-	-	2	3,22	2	3,22
Toplam	48	77,41	14	22,58	62	99,99

Tablo-1 de görüldüğü gibi olgularımızın 48 (%77,41)erkek 14(%22,58)kadındır.

Yaş gruplarına göre dağılımı ise 25(%40,31)20-29 yaş grubunda,21(%33,86) 10,19 yaş grubu,11(%17,74) 30-39 yaş grubu, 3(%4,83) 40-49 yaş grubu,2(%3,22) 50 ve daha yukarı yaş grubundadır.

Araştırmamızda hastaların seçiminde aşağıdaki teşhis yöntemleri kullanıldı.

1-Anamnez:Hastanın anamnezi alınırken şikayetleri, bu şikayetlerin ne zaman başladığı ve hastalığın seyri tesbit edilmeye çalışıldı.Bu arada hastaların öz ve soy geçmişleri araştırılarak etyolojik faktörler ortaya konmaya çalışıldı.

2-Rutin KBB muayenesinde ise rinoskopi anterior yapılarak burun boşluğu mukozası, konkaların durumu incelendi.Ayrıca %2 pantokain + %0,1 adrenalinli pamuk konarak lermoyez eprövünün pozitifliği veya negatifliği araştırıldı.Rinoskopi posterior orafarenks ve ağız muayenesi ile otoskopik incelenim yapıldı. Böylece nazal pasajın açık olup olmadığı kapalı olanlarda etkili faktörler tesbit edilmeye çalışıldı.

3-Radyolojik inceleme:Her hastaya Water's grafileri çektilerilerek septumun, konkaların ve paranasal sinüslerin pozisyonları incelendi.

4-Tam kan ve tam idrar bulguları değerlendirildi.Eosinofil sayımı yaptırılarak sonuca gitmeye çalışıldı.

Bu şekilde seçtiğimiz kronik hipertrofik rhinitli hastalardan 39 adedine submüköz konka koterizasyonu, 16 adedine lateropozisyon ve 7 olguyada submüköz turbinektomi uygulandı.

Submüköz konka koterizasyonu:39 olgumuza %2 pantokain %0,1 adrenalin ile ıslatılmış pamuk konarak 10 dakika beklendi ve anestezi sağlandıktan sonra, Martin elektrokoter tip 30 hazırlandı.Koterin 4,5 cm uzunluğundaki iğnesi konkanın ön üst, ön orta, ve ön alt kısmından konkanın kemik bölümüne paralel sokuldu. 5-10 saniye içersinde geriye doğru çekilerek sırayla üç yerinden koterize edildi(13).Rutin olarak 39 olguyada Triaminic Bitabs(phenylpropanolamin Hcl 50 mg, pheniramin maleate 25 mg, mepyramin maleate 25 mg cafeine 80 mg).Bir hafta süreyle günde 3 defa 1 adet verildi.

10 gün sonra aynı işlem karşı alt konkaya uygulandı. İlk uygulamadan yirmi gün sonra olmak üzere ve yirmi gün ara ile iki seans daha koterizasyon yapıldı. Olgularımızı üç ay takip ettik, hiçbir komplikasyon husule gelmedi.

Submüköz turbinektomi: %2 pantokain + %0,1 adrenaline yüzeysel anestezi sağlandıktan sonra, %2 lik jetokainle infiltrasyon anestezisi altında. Alt konkanın en belirgin bölümü üzerine oval bir kesi yapılarak, müköz membranın bir bölümü rezeksiyon edildi ve kemik bölümü luc yardımıyla kırılarak çıkarıldı. Kesi yeri sütür edilerek antibiyotikli gevşek tampon kondu. Tamponlar 48 saat sonra çıkarıldı.

Lateropozisyon: Premedikasyon sağlandıktan sonra %2 lik jetokainle infiltrasyon anestezisi yapılarak sphenopalatin ganglion ve anterior ethmoidal sinirler bloke edildi. Klasik Caldwell-Luc ameliyatında olduğu gibi, ancak limbusun bir cm kadar yakınından başlayarak dışa ve yukarı doğru apertura priformise paralel insizyon yapıldı. Mukoza altı elevasyonu yapılarak apertura priformis ortaya kondu. Alt konkanın kemik kısmının önce üst kenarı, sonra alt kenarı eleve edildi ve arka ucuna kadar ulaşıldı guj yardımıyla konka kırılarak dışarı çıkarıldı. Konka yana yatırılarak insizyon yeri sütür edildi. Anterior tampon konarak ameliyata son verildi. 24 saat sonra tampon alındı. Ayrıca septum deviasyonları olan olgularımıza submüköz septum rezeksiyonu yapıldı.

BULGULAR

Olgularımın 48i erkek 14 ü kadın olup en genci 14, yaşında en yaşlısı 80 yaşındadır. Klinik muayeneleri sırasında tesbit bulgulara göre dağılımlar Tablo 2 de gösterilmiştir.

Bulgular	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayısı	%	Sayısı	%	Sayısı	%
Septum deviasyonu	13	20,96	3	4,83	16	25,79
Farengeal şikayet	5	8,09	2	3,22	7	11,31
Kronik tonsillit	4	6,61	1	1,77	5	8,38
Septum Deviasyonu+Farenjit	4	6,61	-	-	4	6,61
Allerjik rinit	2	3,22	2	3,22	4	6,44
S.Deviasyonu Max.Sinüzit	4	6,61	1	1,77	5	8,38
Saf hipertrofik rinitliler	16	25,64	5	8,09	21	33,73
Toplam	48	77,41	14	22,58	62	99,99

TABLO: 2

Olgularımıza ait K.B.B fizik muayenesi, radyolojik tetkik, kan ve idrar tahlillerine göre bulguların cinslere dağılımı görülmektedir.

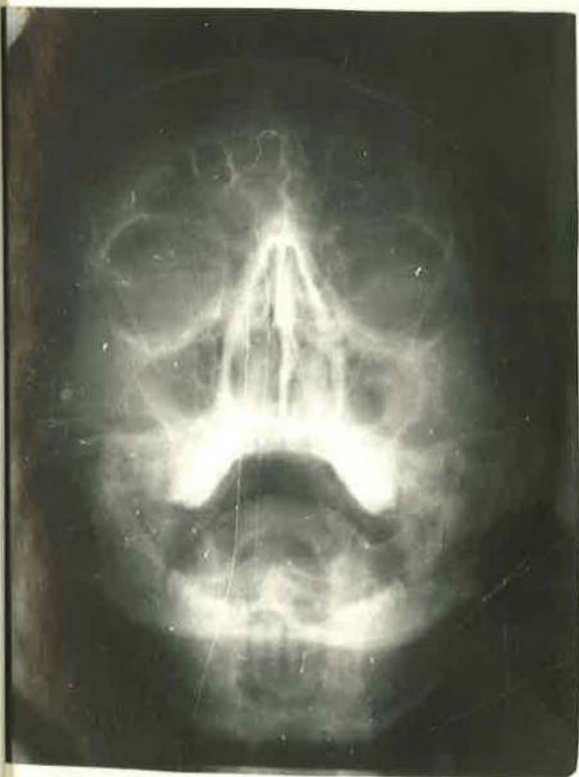
21(%33,73) olgumuzda diğer fizik bulgulara rastlanmadı. 16(%25,79) olgumuzda septum deviasyonu, 7(%11,31)olgumuzda farenjit, 5(%8,38) septum deviasyonunun yanında maksiller sinüzit 4(%6,61)septum deviasyonuna ilaveten farenjit, 4(%6,44)olgumuzda allerjik rinit saptanmıştır. Ayrıca karışık olarak 14(%22,58) olgumuzda post nazal akıntı tesbit edilmiştir.



Resim -1



Resim -2



Resim -3



Resim -4

Olgularımızın rinoskopik muayene bulguları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Rinoskopi Anterior	Soluk Kalınlaşmış	Grimtrak	Hipertrofik	S.Deviasyonu
Unilateral konka	-	-	19	-
Bilateral konka	-	-	43	-
Mucoza	48	14	-	-
Septum	-	-	-	25

TABLO :3

Rontgen muayenesinde elde edilen bulgular Tablo 4de gösterilmiştir.

	Mucoza Hipertrofisi		Aerasyon Azalması	
	Bilaterel	Unilateral	Bilateral	Unilateral
Maxiller	3	6	5	12
Frontal	-	-	1	1

TABLO:4

Elektrokoter yapılan 39 olguda tedavi öncesi ve tedaviden 3 ay sonraki bulgular.

Semptomlar	Tedaviden önce	Tedaviden sonra subjektif cevaplar.			
		Düzelme		Düzelme yok	
		Sayısı	%	Sayısı	%
Nazal obstrüksiyon	39	33	84,61	6	15,39
Fazla sekresyon	14	11	78,57	3	21,43
Baş ağrısı	14	12	85,71	2	14,29
Farengeal şikayetler	11	7	63,63	5	36,37

TABLO:5

Tablo:5 de görüldüğü gibi nazal obstrüksiyon 33(%84,61) olguda düzeldi, 6 (%15,39) olguda düzelme olmadı.Fazla sekresyon 11 (%78,57) olguda düzeldi, 2 (%14,29) olguda düzelme olmadı.Baş ağrısı 12(%85,71) olguda düzeldi, 2 (%14,29) olguda düzelme olmadı.Farengeal şikayetler 7(%63,63) olguda düzeldi, 5 (%36,37) olguda düzelme olmadı.

Submüköz konka rezeksiyonu yapılan 7 olguda tedaviden önce ve tedaviden 6 ay sonraki bulgular.

Semptomlar	Tedaviden önce	Tedaviden sonra subjektif cevaplar			
		Düzelme		Düzelme yok	
		Sayısı	%	Sayısı	%
Nazal obstrüksiyon	7	4	57,14	3	42,85
Fazla sekresyon	3	2	66,66	1	33,33
Baş ağrısı	3	2	66,66	1	33,33
Farengeal şikayetler	1	-	-	1	100.00

TABLO:6

Tablo.6 da görüldüğü gibi 4 (%57,14) olguda nazal obstrüksiyonda düzelme, 3 (%42,85) olguda düzelme yok.Fazla sekresyon 2(%66,66) olguda düzeldi, 1 (%33,33) olguda düzelme olmadı Baş ağrısı 2 (%66,66) olguda düzeldi,1 (%33,33) olguda düzelme olmadı.Farengeal şikayetlerde düzelme olmadı.

Lateropozisyon uygulanan 16 olguda tedavi öncesi ve tedaviden 6 ay sonraki bulgular.

Semptomlar	Tedaviden önce	Tedaviden sonra subj. cevaplar.			
		Düzelme		Düzelme yok	
		Sayısı	%	Sayısı	%
Nazal obstrüksiyon	16	15	93,12	1	6,25
Fazla sekresyon	3	2	66,66	1	33,33
Baş ağrısı	10	8	80.00	2	20.00
Farengeal şikayetler	3	2	66,66	1	33,33

TABLO:7

Tablo 7 de görüldüğü gibi nazal obstrüksiyon 15(%93,12) olguda düzeldi, 1(%6,25) olguda düzelme olmadı. Fazla sekresyon 2 (%66,66) olguda düzeldi, 1(%33,33) olguda düzelme olmadı. Baş ağrısı 8(%80.00) olguda düzeldi, 2(%20.00) olguda düzelme olmadı. Farengeal şikayetler 2(%66,66) olguda düzeldi, 1 (%33,33) olguda düzelme olmadı.

Olgularımızdaki şikayetlerin tedavi sonrası düzelme oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir,

	Submücöz konka koterizasyonu		Submücöz konka rezeksiyonu		Latero pozisyon	
	Sayısı	%	Sayısı	%	Sayısı	%
Uygulanan olgu sayısı	39		7		16	
Nazal obstrüksiyon	33	84,61	4	57,14	15	93,12
Fazla sekresyon	11	78,57	2	66,66	2	66,66
Baş ağrısı	12	85,71	2	66,66	8	80,00
Farengeal şikayetler	7	63,63	-	-	2	66,66

TABLO:8

Elektrokoterizasyon uygulanan olgularımızın %84,61inde, submücöz konka rezeksiyonu yapılan olgularımızın %57,14 ünde,ve lateropozisyon ameliyatı uygulanan olgularımızın %93,12 sinde nazal obstrüksiyon düzeldi.Elektrokoterizasyon uygulanan olgularımızın %78,57 sinde fazla sekresyon, %85,71 inde baş ağrısı, %63,63 ünde farengeal şikayetler düzeldi.Submücöz konka rezeksiyonu yapılan olgularımızın %66,66 sında fazla sekresyon, %66,66 sında baş ağrısı, şikayetleri düzeldi.Farengeal şikayetlerde düzelme olmadı.Lateropozisyon ameliyatı yapılan olgularımızın %66,66 sında fazla sekresyon, %80inde baş ağrısı,%66,66sında farengeal şikayetler düzeldi.

TARTIŞMA

Hypertrofik rhinit etyolojisinin kesin bir sebebe bağlanamaması ve meydana getirdikleri nazal obstrüksiyonun burun fonksiyonlarını bozmadan düzeltilmesi günümüzde halen rinolojinin uğraş konularından birisidir. Bu bakımdan daha öncede belirttiğimiz gibi değişik tedavi metodları uygulanmaktadır.

Tablo-1 de görüldüğü gibi olgularımızın 25(%40,31)20-29 yaş grubunda olduğu tesbit edildi. Altuğ ve arkadaşlarının bulgularına uyum göstermektedir(3). Tablo-2 de görüldüğü gibi olgularımızın 21(%33,73)saf hipertrofik rhinit, 16(%25,79) olgumuzda septum deviasyonu, 7(%11,31) olgumuzda farenjit, 5(%8,38) olgumuzda septum deviasyonu yanında maksiller sinüzit, 4(%6,44) olgumuzda allerjik rhinit saptanmıştır. Ayrıca karışık olarak 14(%22,58) olgumuzda postnazal akıntı tesbit edilmiştir. Dr. Savaş tablo-3de görüldüğü gibi olgularımızın rhinoskopik bulguları 49 olguda unilateral konka hipertrofisi, 43olguda bilateral konka hipertrofisi, 48 olguda muközada solukluk ve kalınlaşma, 14 olguda muközada grimsiyeleşme, 25 olguda septum deviasyonu olarak tesbit edildi. Dr. Savaş ve Dr. Serçeli'nin rhinoskopik bulgularına uyum göstermektedir (21,22). Tablo-4 de görüldüğü gibi 9 olgumuzda maksiller sinüse ait mukoza hipertrofisi, 17 olgumuzda maksiller sinüse, 2 olgumuzda frontal sinüse ait aerasyon azalması saptandı. Bu Dr. Serçeli ve arkadaşlarının bulgularına uyum göstermektedir (22).

Biz çalışmamızda uyguladığımız submüköz konka koterizasyonunda olgularımızda mukoza değişiklikleriyle birlikte birkaç gün içersinde nekroz ve bilhassa muközada ıgnenin çıkış yerinde olmak üzere kurutlar teşekkül ettiğini müşahade ettik. Kurutlar kaldırıldığında veya kendiliğinden düştüğünde hafif kanama şikayetleri oldu. 15,20 gün içersinde nedbeleşme teşekkül etti ve konkalarda fibrozis gelişti.

Konka mucozası ise soluk bir görünüm aldı.Hastalarımızın 3 ay sonra yapılan kontrollerinde tablo 5 de görüldüğü gibi 33 olguda %84,61 oranında nazal obstrüksiyonun kaybolduğunu ve mukoza-
nın hemen hemen normal görünümü kazandığını müşahade ettik.Dr. Serçeli (22) yaptığı bir araştırmada elektrokoter uygulaması sonucu 6 ay sonraki kontrollerinde %87 oranında nazal obstrüksiyonun kaybolduğunu saptamıştır.

Allerjik etyolojiye sahip 4 olguya ve nekrotik konkaya sahip 3 olguya olmak üzere toplam 7 olguya uyguladığımız submüköz konk rezeksiyonu sonucu hastalarda ilk 48 saat içinde kanama görüldü.48 saat sonra rezeksiyon yerlerinde granülasyon ve skatris dokusu gelişmeye başladı.Yedinci günde sütürler alındı. Konjesyon ve ödem 15 inci günden sonra kayboldu.Altı ay sonra yaptığımız kontrollerde 4 olguda %57,4 oranında nazal obstrüksiyonun kaybolduğu müşahade edildi.Diğer 3 olguda konkaların ödemli konjesyonlu olup obstrüksiyona yolaştıkları görüldü.

Müsait 16 olgumuzda lateropozisyon ameliyatı uygulandı. Ameliyat sonrası konkalarda hiperemi konjesyon ve ödem 72 saat devam etti.Daha sonra yavaş yavaş kaybolarak 7-10 uncu günde normal hale geldi.Bu hastaların 6 ay sonraki kontrollerinde 15 olguda %93,12 oranında burun pasajının açıldığı ve nazal obstrüksiyonun kaybolduğu saptandı.Hastalarda lacrimal kanala ait stenoz olmadığı görüldü.Bir olguda da nazal sineşi meydana geldi.Gerek post operatif ilk günlerde ve gerekse altı ay sonraki kontrollerde burun fizyolojisinin bozulmadığı saptandı.

Tablo 5 de görüldüğü gibi submüköz koterizasyon yapılan 39 hastadan 33(%84,61) olguda düzelme belirlendi.Dr.Serçeli(22) elektrokoterizasyon uyguladığı 29(%87)olguda düzelme olduğunu bildirdi.Tablo 6 da görüldüğü üzere submüköz konk rezeksiyonu yapılan 7 olgudan 4(57,14) nazal obstrüksiyonu düzeldi.Submüköz konk rezeksiyonu ile ilgili istatistikî literatüre çalışmaları-
mızda rastlayamadık.Ancak Tolsdorff(24) burun mucozasını bozmadan submüköz konk rezeksiyonunda preoperatif ve postoperatif

rhinomanometrik çalışmasında burun anatomisi ve fizyolojisinin bozulmadığını göstermiştir. Tablo 7 de görüldüğü gibi lateropozisyon ameliyatı yapılan 16 olgudan, 15 (%93,12) olguda nazal obstrüksiyon düzeldi. Dr. Esen ve arkadaşları 50 yi aşkın olgularında hiç bir komplikasyon meydana gelmediğini bildirdiler (8).

Ayrıca tablo 8 de görüldüğü gibi submüköz konka rezeksiyonu uygulanan olguların %78,57 sinde fazla sekresyon, %85,71 inde baş ağrısı, %63,63 ünde farengeal şikayetlerde düzelme belirlendi. Lateropozisyon ameliyatı yapılan olgularımızın %66,66 sinda fazla sekresyon, %80 inde baş ağrısı, %66,66sında farengeal şikayetlerin ortadan kalktığı belirlendi. Dr. Esen ve Dr. Serçeli'nin çalışmalarından elde ettiği sonuçlarla paralellik göstermektedir (8,22).

Elektrokoterizasyon, lateropozisyon ve submüköz konka rezeksiyonu ile cryoterapi, kortizon enjeksiyonu, sklerozan madde enjeksiyonu, ekrazman şimik koterizasyon mukayese edilirse, Bogonaskaya (26) vazomotor rhinitli 135 hastada ve kronik hipertrofik rhinitli 45 hastada cryoterapi sonuçlarını yayınladı. Kronik hipertrofik ve vazomotor rhinitli olgularında %85,1 inde iyileşme elde etti, ancak aylar sonraki kontrollerinde %76,4 ünde iyileşmenin devam ettiğini gördü. Yine Dr. Serçeli (22) 33 olgudan 31 (%95), Dr. Savaş ve arkadaşları (21) 33 olgudan 29 (%88) nazal obstrüksiyonun düzeldiğini bildirdiler.

Kortikosteroid uygulamasının sonuçlarınının geç alınması ve en az iki üç seans yapılması gibi zorluklarının yanında başarı şansıda düşüktür. Dr. Serçeli 33 olgudan 13 (%34) nazal obstrüksiyonun düzeldiğini bildirdi. Sklerozan madde enjeksiyonunun zorluğu, şimik koterizasyonunun kanama ve nekrozlara neden olması dolayısıyla kullanma alanı iyice daralmıştır. Ekrazmanla tedavide ise ameliyatın çok kanlı olması, ağrılı olması, aynı işlemin birkaç kez uygulanma zorluğu bulunmaktadır.

Submüköz konka koterizasyonunun %84,61 başarılı olması elektrokoterin her klinikte rahatça bulunabilmesi işlemin ağrısız, kanamasız oluşu ve burun fizyolojisini bozmaması kronik hipertrofik rhinitlerin tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Lateropozisyon ameliyatı ile %93,12 başarı sağlanması septum deviasyon ameliyatları ile aynı zamanda yapılabilmesi ameliyatın kansız ve bir kez uygulanması gelecekte kronik hipertrofik rhinitlerin en etkili tedavi yöntemi olacağını göstermektedir.

SONUÇ

Kronik hipertrofik rhinitlerin etyolojisinin çok karışık ve kesin olarak aydınlatılamaması, değişik tedavi yöntemlerinin değişik yazarlar tarafından ortaya konmasına neden olmuştur. Hala rinolojinin önemli sorunlarından birisi olup kesin tedavi yöntemleri belirlenememiştir.

Elektrokoterizasyon yapılan olgularda %84,61 başarı elde edilerek elektrokoterizasyonun hala geçerliliğini koruduğu gösterilmiştir. Submüköz konka rezeksiyonu yapılan olgularımızda %54,14 nazal obstrüksiyon ortadan kalkmıştır. Lateropozisyon uygulamasında %93,12 nazal obstrüksiyon düzelmiştir. Mikroskobun rinolojiye girmesiyle geleceğin en etkili tedavi yöntemi olacağı görülmektedir.

~ Bugün iyi bir vaka seçimiyle en etkili tedavi yöntemleri lateropozisyon ameliyatı, cryoterapi ve elektrokoterizasyon olduğu görülmektedir.

ÖZET

Çalışmamızda 62 kronik hipertrofik rhinitli hastaların 39 adedine submüköz alt konka koterizasyonu, 16 sına lateropozisyonu, 7 sinde submüköz konka rezeksiyonu yapılmıştır. Bulgular ve sonuçlar Tablo 1,2,3,4,5,6,7 ve 8 de gösterilmiş bu konuda yapılan diğer çalışmalar ile karşılaştırılmış literatür taraması yapılarak etkili tedavi yöntemi ortaya konmaya çalışılmıştır.

LİTERATÜR

1-Albeggr,K.W.,und Tilz,G.P.:İnterzellulare kontakte bei chronischer rhinosinüsitis und ihre mögliche Bedeutung.Arch otorrhino-laryng, 215:265-282,1977.

2-A.M.and Kalinivaskaya,L.P.:Morphological changes of mucouse membrane of inferior nasal choncha during cryoultraso-nic effect otolaryngol,Kiev UKRZH USHNNOS Gorlbolezni,41:6,12-17,1981.

3-Altuğ,H.Şenocak,F.,Sunar,O.:Otolaryngoloji, İstan-bul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları, Hilal mat-baası, İstanbul, 1973.

4-Bachman,W.:Untersuchungen über morphologic und desvor deren Nasenbchungentes, Univ.,Heildelber,1973.

5-Ballenger,J.J.:Diseases of the nose, throat, and ear Eleventh edition, Philadelphia,1969.

6-Cingi,E.:Kulak Burun Boğaz hastalıkları,Diyarbakır tıp fakültesi yayınları.Ayyıldız matbaası,Ankara,1977.

7-Davison,F.M.:Hyperplastik Rhinosinüsitis A twenty year review, An Otol.82:703-708,1973.

8-Esen,Ş. ve Arkadaşları:Alt konkanın lateropozisyonuy-la burun ventilasyonunun düzeltilmesi.XI. Otorinolarenoloji kongresi:384-386,1976.

9-Evren,F.:Hypertrophic rhinitlerde ekrazmanla tedavi ihtisas tezi:1-20,1957.

10-Hall,S.İ.,Colman,H.B.:Diseases of the Nose,Throat and Ear.Eleventh edition Edinburg,London and New York.1975.

11-Jackson,C.and Jackson,C.L.:Diseases of the Nose,Thro at and Ear second edition,1959.

12-Karatay,S.:Kulak burun boğaz hastalıkları İstanbul Üniversitesi klinik ders kitapları Çeltüt matbaası,İstanbul,1978.

13-Kohäye,A.:Doubleaction submucouse diathermy of the turbinates,Technique de electrocoagulasyon sous Maguase bi ac-tive des cornets Ammor Emso Toluse revlaryng,92:1,38-39,1971.

14- Legler, U.: Die lateroposition der unteren muschel. Larengology, Rhinology, 49: 386, 1970.

15- Legler, U.: Surgery of the turbinate bones et priform crest, Rhinology, 14:2 , 65-72 , 1976.

16- Lesson, T. and Lesson, R.: Hystology. second edition W.B, Saunders Campany London, 1970.

17- Masung, H.: Experimentelle untersuchungen über den strömungsverlauf im nasenmodelle/Arch ohr-Nas-Kehlk Heilk, 189: 371-381 , 1967.

18- Mündnich, K.: Immünpatogische aspekte heider chronisch hyperplastischen Rhinosinüsitis. HNO, 21: 145-152, 1973.

19- Odar, İ.V.: Anatomi ders kitabı 8. ci baskı 11 cilt, Yeni Desen Matbaası, Ankara , 1974.

20- Özcan, V.: Oto Rhino Larengologie, Hüsnütabiat Basımevi, 1949.

21- Savaş, İ. ve Arkadaşları: Kronik Hypertrofik Rhinitlerde krioterapi sonuçları. Türk otolarenoloji arşivi .Vol 27: 26-31 , 1979.

22- Sevgeli, İ. ve Arkadaşları: Kronik hipertrofik vazomotor rhinitli olgularda alt konkaya krio, elektrokoter kortikosteroid uygulamasından elde edilen sonuçlar. Otolarenoloji derneği XIV. milli kongresi, İstanbul, 1979.

23- Schevrygen, B.V. and Nikulina, L.M.: Cryoaction in cyronic hypertrofic rhinitis klin desk ORL isent inst, usover vrachej Moskow vesnota. Rhino laryngo. 33:6 , 87-90, 1971.

24- Tolsdorff, P.: Operations of nasal choncha in special consideration of the submucose turbinectomy, Laryngol Rhinol Otol. 60:12 , 615-619, 1981.

25-Tappazoda, H., Elmanson, A.: Kronik non allergic hypertrophic rhinitis. Acta Otolarengol, 87:324-329, 1979.

26-Zagonoskaya, M. Yc.: Data on the use of low temperatures in the treatment of chronic rhinitis. Moscow USSZH USHN Gorlbo-
lezn, 37:4, 11-16, ENGL. 1977.