

**Panel 9****Rinosinüzit****Moderatörler:** Prof. Dr. Nazım Korkut | Doç. Dr. Benan Çağlayan**Konuşmacılar:** Doç. Dr. Orhan Yılmaz | Prof. Dr. Ahmet Özdoğan | Prof. Dr. Sabri Uslu**RİNOSİNÜZİT : Tanım, Epidemiyoloji, Sınıflandırma**

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. KBB Kliniği, Ankara

**Rinosinüzit**, burun ve paranasal sinüs mukozalarının enflamasyonu ile seyreden bir gurup bozukluktur. Çoğu kez sadece sinüzit olarak tanımlanmasına karşın, son 10-15 yıldır bu bozukluğun nazal kavite mukozasının etkilenimi sonrası sinüslerin etkilenmesi nedeniyle daha doğru bir tanımla rinosinüzit olarak adlandırılmaktadır. Rinosinüzitler hemen her toplumda görülen ve yüksek toplumsal maliyetli bir gurup hastalık olarak görülürler. Oluşturduğu tedavi harcamaları ve işgücü kaybı nedeniyle toplumsal özellik taşımakla kalmayıp tedavi planlamasının daha özenli yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Etiyolojisinin çok faktörlü oluşu da bu maliyeti arttıran bir başka nedendir.

Sinüslerin nazal kavite ile ilişkileri ostiumlar ile olmaktadır. Ostium mukozasındaki bir değişim veya enflamasyon sinüs epitelinde de devam edecektir. Sinüs epitelinin enflamasyonuna ise öncelikle hava yoluyla alınan bir irrite edici madde veya mikroorganizmanın burun mukozası veya sinüs epitelinde oluşturduğu reaksiyon neden olur. Bu reaksiyon enfeksiyon olabildiği gibi, sigara, toz, kirli hava, virüsler veya alerjenler nedeniyle oluşacak enflamasyon da olabilir. İşte tüm bunlar gibi çeşitli nedenlerle burun mukozasında ve ostiumlardaki enflamasyon ve ödem, sinüsleri de etkileyerek rinosinüzit tablosu oluşturacaktır. Rinit sözcüğünün sadece burun mukozası enflamasyonunu, sinüzit sözcüğünün ise sinüs örtüsünün enflamasyonunu belirtmesi nedeniyle, rinosinüzit daha doğru bir tanımlama olmaktadır.

**Rinosinüzit** tanımı çoğunlukla semptomlara ve hastalığın süresine göre yapılmaktaydı. Dünya Sağlık Örgütü ve gurubu ARIA ise 2001 yılında süreye ve şiddete göre sınıflama yapmıştır: İntermittan, persistan, hafif ve orta/şiddetli. Süreye göre yapılan sınıflama ise akut, subakut, kronik ve kroniğin akut atağı şeklindeydi. Rinosinüzitteki ta-

nı yöntemi çeşitliliği ve tedavi farklılıkları nedeniyle alt gurup farklılıklarına gerek görüldü. Bu gereklilik epidemiyoloji çalışmaları ve tedavi çalışmaları ve bunların kanıt dayalı olması konusunda öne çıkmıştır.

**Klinik tanımlama**

Burun ve paranasal sinüs enflamasyonunun iki veya daha fazla semptomunun bulunması

- *konjesyon burun tıkanıklığı,*
- *anterior veya posterior akıntı,*
- *yüzde ağrı basınç,*
- *koku kaybı azalması*

veya endoskopik bulgular

- *orta meatusta ödem mukozal obstrüksiyon,*
- *orta meadan mukopürülan akıntı,*
- *polipler*

ve/veya BT değişiklikleri ostiomeatal kompleks ve/veya sinüsteki mukozal değişiklikler)

**Hastalığın şiddeti:** Semptomların rahatsız ediciliği Görsel analog skalaya göre hafif (0-4), orta-şiddetli (5-10) olarak tanımlanır.

**Hastalığın süresi:** Akut/intermittan, semptomların 12 haftadan az sürüp tamamen gerilemesi. Kronik/persistan, semptomların 12 haftadan fazla sürüp tamamen düzelmesi.

**Genel pratik ve epidemiyoloji için tanımlama**

Bunlar radyoloji ve KBB muayenesi olmadan semptomlara göre yapılır.

Akut İntermittan rinosinüzit: Ani olarak gelişen iki veya daha fazla semptom olmalı (burun tıkanıklığı/konjesyon, akıntı, yüzde ağrı basınç, koku azalması kaybı) 12 haftadan az sürmeli, yakınmasız iyileşme dönemleri olmalı, aksırık, sulu akıntı, burun ve göz kaşıntısı gibi alerjik

## PANEL 9

semptomların varlığı. Soğuk algınlığı, viral rinosinüzit: semptomların on günden az sürmesi. Viral olmayan akut rinosinüzit : Semptomların beş günden sonra artması ve on günden uzun ama 12 haftadan kısa sürmesi. Persistan kronik rinosinüzit: 12 haftadan uzun süren burun tıkanıklığı konjesyon, anterior veya posterior akıntı, yüzde basınç ağrısı, koku azalması kaybı, alerjik yakınmaların varlığı.

Yukarıda yer alan sınıflama çalışmaları Avrupa kökenli çalışmalardır ve belli aralıklarla güncellenir ve uzlaşi raporları, durum raporları yayınlanır. Amerika Birleşik Devletleri kökenli çalışmalarda ise (AAO-HNS, ARS, AAOA) rinosinüzitler **yakınmalara** göre beş alt grupta sınıflanmışlardır: Akut Rinosinüzit: Dört haftadan kısa süreli yakınmalar, sinonazal etkilenimler. Subakut Rinosinüzit: 4-12 hafta ara-

sı yakınmalar. Kronik Rinosinüzit: 12 haftadan uzun süren yakınmalar. Tekrarlayan Akut Rinozinüzit: yılda 7-10 günden fazla süren an az 4 atak. Kronik Rinosinüzitin akut alevlenmesi: kronik rinosinüzitin ani kötüleşmesi. Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (ICD-10) ise sadece akut ve kronik olarak sınıflanırlar. Klinik gelişime neden olan **etkenlere göre** sınıflama ise bakteriyel, viral veya alerjik olarak sınıflanırlar. Amerikan kökenli kuruluşların son sınıflaması ise rinosinüzitleri akut, kronik (polipli/polipsiz) ve klasik alerjik fungal sinüzitler olarak sınıflanmışlardır. Ortak kullanımı sağlamak ve yapılmış ya da yapılacak klinik çalışma ve araştırmaların standardizasyonunu sağlamak için çeşitli ilgili kuruluşlar bir araya gelerek birkaç yılda bir güncellenmiş uzlaşi raporları ve sınıflamaları yayınlamalıdır.

### Kaynaklar

1. International Rhinosinusitis Advisory Board. Infectious rhinosinusitis in adults: classification, etiology and management. Ear Nose Throat J 1997; 76:5-22.
2. Rhinology EP30S. Rinosinüzitler ve Nazal polipler için Avrupa durum raporu. Ek18
3. Sütay S, Ecevit MC. Rinosinüzitler: Tanım, etken faktörler ve sınıflandırma. TK J Surg Med Sci 2005; 1(3):01-04.
4. Önerci M. Rinitlerin tanımı ve sınıflandırması. içinde Alerjik Rinosinüzitler. Önerci M, Ed. Rekmay yay. Ankara 2002. S 13-18.
5. Kalyoncu AF. Alerjik Rinitin Türkiye'deki epidemiyolojisi. içinde Rinitler. ed. Önerci M. Kutsan ofset. Ankara 1999, s83-94.

## RİNOSİNÜZİT TANISI

Prof. Dr. Ahmet Özdoğan

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, İstanbul*

Tıptaki bütün ilerlemelere rağmen sinüzitin tanısında ve tedavisinde bazı güçlükler bulunmaktadır. Rinosinüzit tanısı konan hastalardan büyük çoğunluğunda direkt sinüs grafilerine güvenilmekte ayrıca üst solunum yolu ve sinüs enfeksiyonlarında alerjinin rolünün çok az olmasına karşı -ki bununla ilgili birçok bilimsel veri mevcuttur- reçetelerde antihistaminiklere çok yer verilmektedir.

Antibiyotik tedavisi süresinin yetersiz olması, uygun-suz antibiyotik dozu ve etkili olmayan antibiyotiklerin seçimi gibi hekim faktörlerinin devam etmesi, nazal endoskopi ve bilgisayarlı tomografi gibi uzmanlık incelemelerinin yaygın olmaması ve bunların yüksek maliyeti de sinüzitin tanı ve tedavisini zorlaştırmaktadır.

Sinüzit tanısı için aşağıdaki majör kriterlerden en az ikisinin veya bir majör ve iki minör kriterin birlikte bulunması gerekir

### Majör Kriterler

- Yüzde basınç hissi, ağrı
- Yüz cildinde konjesyon dolgunluk
- Burun tıkanıklığı

- Burun akıntısı veya postnazal akut
- Hipozmi veya Anozmi
- Burunda pürülan akıntı
- Ateş (Akut sinüzit)

### Minör Kriterler

- Baş ağrısı
- Ağız kokusu (Halitosis)
- Diş Ağrısı
- Öksürük
- Kulakta basınç veya dolgunluk hissi

### Sinüzitlerde Diğer Tanı Yöntemleri

- Direkt sinüs grafileri
- Nazal endoskopi
- Bilgisayarlı tomografi
- Maksiller ve frontal sinüs transillüminasyon
- Maksiller ve frontal sinüs ultrasonografi
- Etiyolojiye yönelik tanı testleri (ki bunda en etkili yöntemler nazal endoskopi ve bilgisayarlı tomografidir)

## RİNOSİNÜZİT: Tedavi

Prof. Dr. Sabri Uslu

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB AD, Ankara*

Tedavi talebiyle sağlık kurumlarına en sık başvuru nedenlerinden biri olan rinosinüzitin tedavisi, sadece bireysel sağlık için değil, toplum açısından da iş gücü kaybı ve ekonomik yük oluşturması bakımından da önem arz etmektedir. Bu nedenlerle, rinosinüzit tedavisinin mantıksal ve kanıta dayalı bir biçimde yürütülmesi öncelikli bir hedef oluşturmaktadır.

Rinosinüzitte tedavinin amaçları, belirti ve bulguları azaltmak ve iyileştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, hastalığın komplikasyonlara doğru ilerlemesini ve nüksü engellemektir.

Rinosinüzit tedavisi sırasında en sık kullanılan, birey ve toplum açısından en yüksek öneme sahip ilaçlar antibiyotiklerdir. Antibiyotiklerin yerinde kullanımı ile hem teda-

vinin başarı şansı en üst düzeye çıkarılacak hem de mikro-organizma direnci ve ekonomik yük sorunları en aza indirgenecektir. Medikal tedavi için kullanılan diğer unsurlar, dekonjestanlar, topikal veya sistemik steroidler, anti-histaminler, mukolitikler, bazı özel koşullarda antifungal- lar ve nazal lavaj solüsyonları olagelmıştır.

Medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda ise, cerrahi tedavi gündeme gelmektedir. Cerrahi tedavide temel hedef, komplikasyonların engellenmesi, havalandırma ve drene olan fonksiyonel mukozal örtü ile kaplı sinüslerin oluşturulmasıdır.

“Rinosinüzit: Tedavi” konulu sunumda, yukarıda belirtilen hususlar, literatür verilerin ışığında ayrıntılı olarak tartışılacaktır.