

## **RİNOSİNÜZİT MEDİKAL TEDAVİ**

Oturum Başkanları

Rinosinüzitlerde medikal tedavi

Levent ERKAN-Fikret İLERİ

Asım KAYTAZ

# RİNOSİNÜZİTLERDE MEDİKAL TEDAVİ

## Asım KAYTAZ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Enfeksiyöz rinosinüzitler akut, kronik, rekürren akut ve kronik rinosinüzitin akut atakları olmak üzere dörde ayrılırlar. Akut bakteriyel rinosinüzit infeksiyonunun 12 haftaya kadar sürdüğü olguları tanımlar. Bu süreç subakut sinüzit dönemini de içermektedir. 12 haftadan uzun süren infeksiyon kronik rinosinüzit olarak adlandırılır. Rekürren (tekrarlıyıcı) rinosinüzit yıl içinde bir çok defa akut rinosinüzit atağının geçirilmesidir. Her ataktan sonra hasta iyileşmekte ve ataklar arasında hasta semptomsuz olup muayenede hazırlayıcı faktörlere ait bulunabilecek bulgular dışında sağlıklı görünümündedir. Kronik rinosinüzitin akut ataklarında ataklar arasında tam iyileşme olmamakta, semptomlar ve patolojik bulgular devam etmektedir. Her rinosinüzit tipi süre, semptomlar, bakteriyoloji ve eşlik eden predispozan faktörler açısından birbirlerinden ayrılırlar ve dolayısıyla tedavileri de farklıdır.

İnfeksiyöz rinosinüzit tedavisinin amacı: infeksiyonun kontrol altına alınması, doku ödeminin azaltılması, sinüs ostiumunun açıklığının sağlanması ve drenajın sağlanmasıdır. Böylece hastalık süresi azalır ve komplikasyonlar önlenir.

Tedavinin birincil hedefi sinüs kavitesinin sterilitesini ve normal mukosilier fonksiyonu tekrar sağlamak ve ostiomeatal kompleks obstrüksiyonunu ortadan kaldırmaktır. Eğer medikal tedavi ile bu hedefe ulaşılamazsa, cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Rinosinüzitli hastalarda çeşitli genel tedavi prensiplerinin uygulanması çok önemlidir. Tedavide:

1. Destek tedavi
2. Antibiyoterapi
3. Dekonjestanlar
4. Antihistaminikler
5. Nazal steroidler
6. Sistemik steroidler duruma göre kullanılabilir.

## DESTEK TEDAVİ

Destek tedavi nemlendirme ve ödemin azaltılması ile daha normal bir nazal çevre yaratmaya yöneliktir. Mukosilier transport mukus viskozitesine bağlı olduğu için, bu viskositeyi azaltıcı girişimler uygulanmalıdır. Salin solüsyonlu nazal lavaj ve spreylerin allerjik ve non allerjik rinit ve rinosinüzit semptomlarını azalttığı gösterilmiştir. Akut rinosinüzitli hastalarda hastanın istirahat ettirilmesi, çevresel iritanlardan arındırılması, antipiretik kullanımı destek tedavisinin önemli bir kısmını teşkil etmektedir.

## ANTİBİYOTERAPİ

Akut rinosinüzit patogeneğinde obstrüksiyon, drenaj yetersizliği ve infeksiyon en önemli rolü oynamaktadırlar. İnfeksiyon viral veya bakteriyel olabilir. Soğuk algınlığına yakalanan hastalarda etiolojide viral enfeksiyonlar rol oynamaktadır. Viral enfeksiyonlar yaklaşık 7 gün kadar sürmekte ve bu sürecin sonunda spontan iyileşme olmaktadır. Bu dönem içinde hastalarda antibiyotik tedavisine gerek yoktur. Ancak hastaların yoğun şikayetleri varsa, predispozan faktörler varsa, kreşten gelen hastalarda ve yakın geçmişinde antibiyotik kullanan hastalarda tedaviye antibiyoterapi ile başlamakta fayda olabilir. Rekürren rinosinüzit tanısı konulan hastalarda tedaviye antibiyotik tedavi ile başlanılmalıdır. Kronik rinosinüzit tablosu olan hastalarda soğuk algınlığı daha yüksek bir oranda akut bakteriyel rinosinüzit atağını oluşturduğu için bu tip hastalarla karşılaşıldığında hemen antibiyotik tedavisine başlamakta fayda vardır.

Akut infeksiyonlarda sinüs içinden alınan kültürlerde en sık Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae ve Moraxella catarrhalis üremektedirler. Olguların % 80 - 85 inde bu üç organizma sorumludur. Bu bakterilere uygun olabilecek antibiyotikler 14 gün kadar kullanılmalı, gereğinde süre 4 haftaya kadar uzatılmalıdır.

Kronik rinosinüzit olgularında yukarıdaki bakteriler daha az oranda görülürken Staphylococcus suşları ve anaeroblar tabloya katılırlar. Anaerobik bakteriler genellikle uzun süren kronik rinosinüzitlerde izole edilirler. Uzun süreli rinosinüzitlerde en sık izole edilen anaerob bakteriler peptokoklar, peptostreptokoklar, bakteroides türleri ve fusobakterilerdir. Antibiyotik kombinasyonları ve tekrarlayan antibiyotik kullanımlarının florayı bozması, mikst infeksiyonların olabilmesi ve olası bakterilerin geniş bir spektruma yayılmaları nedeni ile kültür önderliğinde antibiyoterapi daha uygundur.

## DEKONJESTANLAR

Sistemik ve topikal dekonjestanlar üst solunum yolları mukozasındaki alfa adrenerjik reseptörleri stimüle ederek mukozal kapillerlerde vazokonstrüksiyon ve ödemli mukozada büzüşmeye yol açarlar. Rinosinüzitlerde hastayı rahatlatmaktan başka olumlu bir tedavi edici etkileri yoktur.

## ANTİHİSTAMİNİKLER

Birinci jenerasyon antihistaminikler uzun yıllar boyunca antikolinergik etkileri nedeniyle akut ve kronik rinosinüzitli hastalarda sekresyonları azaltmak ve vazokonstrüksiyon sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Ancak bugünkü tedavi anlayışımız içinde sekresyonların miktarını azaltmak yerine viskozitesini azaltmayı tercih etmekteyiz. Bu nedenle sadece allerjik rinit hikayesi olan hastalarda tedaviye bir ikinci jenerasyon antihistaminik de eklenmelidir.

### **TOPİKAL NAZAL STEROİDLER**

Topikal nazal steroidler allerjik ve non allerjik rinit ve kronik rinosinüzit gibi akut ve kronik nazal durumlarda yararlıdır. Kronik rinosinüzitlerde etyolojide infeksiyondan ziyade değişik nedenlerden kaynaklanan nazal aşırı duyarlılık ön planda olduğu için topikal steroid kullanımı uzun süreli olarak uygulanmalıdır.

### **SİSTEMİK STEROİDLER**

Sistemik steroidlerin nazal polipozis ve allerjik fungal rinosinüzitlerde yararları oldukça fazladır. Başka steroid kullanımı ve kontrendikasyon yoksa yılda 3-4 kez 10-15 günlük kısa süreli kullanımlar hastalarda büyük rahattamalar sağlar. Medikal tedavinin başarısız olduğu kronik rinosinüzit olgularında, komplikasyonlu olgularda, nazal polipozis ve allerjik fungal rinosinüzit olgularında cerrahi tedavi düşünölmelidir.