

Klinik Çalışma

KONKA CERRAHİSİ İLE KOMBİNE UYGULANAN SEPTOPLASTİ SONUÇLARIMIZ

Önder İHVAN¹, Lütfü ŞENELDİR¹, Sinan ODUNCU¹

ÖZET

Burun tıkanıklığının en sık ve en dikkat çeken nedeni mekanik tıkanıklıktır. En sık rastlanılan mekanik tıkanıklık nedenleri ise deviasyo septi nasi (DSN) ve alt konka hipertrofidir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde aynı seansta farklı tekniklerle yapılan septum ve konka cerrahisinin etkinliğini ve güvenilirliğini araştırmak, bulguları literatürler eşliğine tartışmaktır. Çalışma burun tıkanıklığı ile başvuran ve DSN ve konka hipertrofisi tanısıyla opere edilmiş 42 (%49) bayan, 43 (%51) erkek toplam 85 hastanın (ortalama yaş 32,75 en yüksek 66, en düşük 18) dosya kayıtları retrospektif incelenerek yapıldı. Hastalara endikasyonlarına göre septum cerrahisi olarak standart septoplasti, açık septoplasti veya endoskopik septoplasti uygulandı. Konka cerrahisi olarak yapılan işlemler, konka radyofrekans uygulaması, konka lateralizasyonu, endoskopik konka redüksiyonu veya konka submüköz rezeksiyonu (SMR'i) olarak sınıflandırıldı. Septum cerrahisi yapılan 85 hastadan, 7 hastaya (%8) açık septoplasti, 5 hastaya (%6) endoskopik septoplasti, ve 73 hastaya (%86) standart septoplasti uygulandı. Konkaya yapılan girişimlerde 42 hastaya radyofrekans uygulaması (%49), 31 hastaya konka SMR'i (%36), 12 hastaya da endoskopik konka redüksiyonu (%15) işlemi uygulandı. 21 hastaya da (%25) konkaya ikinci işlem olarak konka laterilizasyonu

yapıldı. Yapmış olduğumuz septum cerrahilerinden sonra takiplerde 1 kişide septal perforasyon, altı hastada küçük miktarda burun kanaması görüldü. Bunların dışında septum cerrahisinde başka ciddi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Konka cerrahisi uygulanan hiçbir hastamızda önemli bir komplikasyonla karşılaşılmamıştır. Sonuç olarak DSN ve konka hipertrofisinin tedavisinde aynı seansta her iki bölgenin cerrahisinin yapılması hem etkinliği arttırmakta hem de komplikasyon yönünden önemli bir soruna yol açmaktadır.

ANAHTAR KELİMELELER: Septum cerrahisi, konka cerrahisi, burun tıkanıklığı

SEPTOPLASTY WITH INFERIOR TURBINATE SURGERY: OUR RESULTS ABSTRACT

The most common reason of nasal obstruction is mechanic obstruction. The most common cause of mechanical obstruction is deviatio septi nasi and inferior turbinate hypertrophy. The aim of our study is to search the effective and the reliability of septal and turbinate surgery which has done in our clinic at the same time with different techniques, and also to discuss the results ac-

¹Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği İstanbul

Yayın Gönderim ve Kabul Tarihi: 22.01.2015 - 25.02.2015

cording to literature findings. This study is performed by retrospective investigation of data files belongs to the patients (42 female (%49) and 43 male (%51) totaly 85 patients (mean age 32,75 range 18 to 66 years) who admitted with the complaint of nasal obstruction and operated with the diagnosis of deviatio septi nasi and inferior turbinate hypertrophy. According to physical investigation of the patients ; septal surgery is performed in three different ways; standart septoplasty, open technique septoplasty or endoscopic septoplasty. Radiofrequency thermal ablation to the inferior concha, lateralization for hypertrophic inferior turbinates, endoscopic reduction of inferior concha and submucosal resection of inferior concha are the surgical procedures performed for inferior turbinate hypertrophy. 7 patients (%8) of 85 patients who underwent septal surgery have open technique septoplasty, 5 patients (%6) have endoscopic septoplasty and 73 (%86) patients have standart septoplasty. 42 patients (%49) who underwent inferior turbinate surgery have radiofrequency, 31 patients (%36) have submucosal resection of concha, 12 patients (%15) have endoscopic reduction of concha and also 21 patients (%25) have concha lateralization as a seconder process. Post operative controls 1 patient has septal perforation (<0.5 cm) and 6 patients have epistaxis but not serious. Further more there is no serious complication in septal surgery. None of serious complication occured in turbinate surgery. As a result in the treatment of septal deviation and inferior turbinate hypertrophy ; the surgical procedures of both sides can be done at the same time with more efficacy and without important complication .

Key words: Septum surgery, inferior turbinate surgery, nasal obstruction

Burun tıkanıklığı semptomu kulak burun boğaz (KBB) kliniğinde sıklıkla karşımıza çıkan bir durumdur. Bu yakınmanın en sık patolojik nedeni deviyeye nazal septumdur (DSN). Toplumun %75-80'inde burunda bazı anatomik deformiteler bulunmaktadır¹. DSN burunda en sık görülen deformitedir². DSN tanısı hastanın yakınmaları ve anterior rinoskopi bulgularına göre konmaktadır¹. Bu çalışmanın

amacı, kliniğimizde DSN ve konka hipertrofisi olan hastalarda uygulanan cerrahi sonuçlarını değerlendirmek ve literatürler ışığında tartışmaktır.

MATERYAL METOD

Çalışma 01.05.2010- 01.05.2011 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi KBB polikliniğine burun tıkanıklığı ile baş vuran ve DSN ve konka hipertrofisi tanısıyla opere edilmiş 42 (%49) bayan, 43 (%51) erkek toplam 85 hastanın (ortalama yaş 32,75 en yüksek 66, en düşük 18) dosya kayıtları retrospektif incelenerek yapıldı. Cerrahi kararı verilirken hastanın yakınmaları ve anterior rinoskopi bulguları esas alındı. Hastalara endikasyonlarına göre septum cerrahisi olarak standart septoplasti, açık septoplasti veya endoskopik septoplasti uygulandı. Konka cerrahisi teknikleri, konka radyofrekans uygulaması, konka lateralizasyonu, endoskopik konka redüksiyonu veya konka SMR'ı olarak sınıflandırıldı. Yalnız başına septum veya konka cerrahisi yapılan olgular çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca septum cerrahisi ile birlikte konkaya birden fazla girişim yapılan olgular da çalışmaya dâhil edildi. Tüm cerrahi işlemler sırasında ve sonrasında oluşan komplikasyon kayıtları incelendi. Takip süreleri en uzun 6 ay en kısa 2 aydır.

BULGULAR

Septum cerrahisi yapılan 85 hastadan, 7 hastaya (%8) açık septoplasti, 5 hastaya (%6) endoskopik septoplasti, ve 73 hastaya (%86) standart septoplasti uygulandı. Konkaya yapılan girişimlerde 42 hastaya radyofrekans uygulaması (%49), 31 hastaya konka submüköz rezeksiyonu (%36), 12 hastaya da endoskopik konka redüksiyonu (%15) işlemi uygulandı. 21 hastaya da (%25) konkaya ikinci işlem olarak konka lateralizasyonu yapıldı. Tablo 1 de hastalara uygulanan işlemler gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Burun tıkanıklığı semptomu klinikte sıklıkla karşımıza çıkan bir durumdur. Burun tıka-

Tablo 1: Septum ve konkalara uygulanan cerrahi tekniklerin gösterilmesi

	STANDART SEPTOPLASTİ	ENDOSKOPIK SEPTOPLASTİ	AÇIK TEKNİK SEPTOPLASTİ
KONKA RADYOFREKANS	36		6
ENDOSKOPIK KONKA REDÜKSİYONU	7	5	
KONKA SUBMÜKÖZ REZEKSİYONU	30		1
KONKA LATERİLİZASYONU	19		2

nıklığının en sık ve en dikkat çeken nedeni mekanik tıkanıklıktır. En sık rastlanılan mekanik tıkanıklık nedenleri ise DSN ve alt konka hipertrofisidir³. Uygur ve ark.² deviasyon görülme sıklığını BT ile %40 bulmuşlardır. Burun tıkanıklığının diğer nedenleri arasında mukozal konjesyon, nazal polip, adenoid hipertrofisi ve nazal kitleler sayılabilir⁴. DSN ve inferior konka hipertrofisi tanısı hastanın yakınmaları ve anterior rinoskopi bulguları ile konmaktadır. Çalışmamızda da tanı bu şekilde konulmuştur.

Mekanik tıkanıklığı gidermede uygulanan en sık yöntem septum ve alt konka cerrahisidir⁵⁻⁸. Septum cerrahisinde kullanılan yöntem deviasyonun yerine göre belirlenmelidir. Septal spur tarzındaki deviasyonlarda endoskopik septoplasti, septumun orta ve kaudal bölümlerindeki deviasyonlarda standart septoplasti ve septumda dorsal ve ileri derece deviasyonlarda açık septoplasti teknikleri tercih edilmelidir⁹. Nazal septum deviasyonu tanısı konan hastalarda uyguladığımız cerrahi yöntemleri 73 hastada standart septoplasti, 7 hastada açık septoplasti ve 5 hastada endoskopik septoplasti tekniğidir. Septum cerrahisi komplikasyonları septal hematoma, apse, perforasyon, valf bölgesi darlıkları, sineşi ve supratipte çökme olarak sayılabilir¹¹. Yapmış olduğumuz septum cerrahilerinden sonra takiplerde 1 kişide septal perforasyon gelişti. Bu olguda perforasyon septumun arka ve alt kısmında yaklaşık 0,5 cm boyutunda önden arkaya uzanan bir şekildeydi. Hastada herhangi bir semptomu yol açmıyordu. Perforasyon boyutunun küçük olması ve hastanın asemptomatik

olmasından dolayı septum perforasyonuna yönelik müdahalede bulunulmadı. Altı hastada ameliyat sonrası ilk 24 saatte küçük miktarda burun kanaması görüldü. Kanamalar anterior tamponlama ile durduruldu. Bunların dışında başka ciddi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Alt konka hipertrofisi tedavisinde uygulanacak en ideal cerrahi metod, poliklinik şartlarında, lokal anestezi altında uygulanan ve minimal postoperatif bakım gerektiren bir metod olmalıdır. Yüksek klinik başarı elde edebilmeli, gerektiğinde tekrar edilebilirli ve aynı zamanda konkanın mukoza ve glandüler yapısını korumalıdır. Alt konkaları küçültmek amacıyla günümüze kadar çok çeşitli uygulamalar yapılmıştır. Bunların arasında konka lateralizasyonu (outfraktür), yüzeyel veya submukozal koterizasyon, lazer ve rezeksiyonlar en sık kullanılan yöntemler arasında bulunmaktadır. Koterizasyon bipolar veya monopolar koterlerle yapılabilmekte ancak dikkat edilmediğinde alt konka kemiğinde osteite neden olabilmektedir. Ayrıca bir çeşit yakma işlemi olduğundan nazal mukozaya hasar verme riski yüksek olan ve işlemden sonra kabuklanmanın fazla olabildiği ağırlı bir yöntemdir. Ameliyathane ortamı gerektiren alt konka lateralizasyonları, işlem sonrasında ağrı, kanama ve olabilecek yaş ağaç kırığı nedeniyle de nüks ihtimali olan bir yöntemdir. Parsiyel rezeksiyonların en önemli komplikasyonu postoperatif dönemde gelişebilecek atrofik rinit, kabuklanma ve işlem sırasındaki kanamalardır. İntraoperatif aşaması daha uzun sürmesine rağmen, Passali ve ark.¹¹ en iyi uzun dönem sonuçlarının

submukozal alt konka rezeksiyonu ve lateralizasyonun birlikte yapıldığı olgular olduğunu ileri sürmüşlerdir. Teknolojinin ilerlemesi ve lazerin tıpta kullanılmaya başlamasıyla CO₂, YAG veya KTP lazer ve argon plazma koagülasyonu alt konka hipertrofilerinde uygulama alanı bulmuştur¹²⁻¹⁴. Imamura ve ark.¹⁵ zaman sıkıntısı olan ve ileri derecede obstrüksiyonu bulunan alerjik rinitli hastalarda alt konkaya tek seansta üç dozda CO₂ lazer uygulamasının çok etkili olduğunu savunmuşlardır. Ancak postoperatif ağrı riskinin yüksek olması ve intranasal kurut oluşumunun fazla olması, lazer kullanımını tartışmalı hale getirmiştir. Kliniğimizde lazer cerrahisi yapılamadığı için hastalara bu yöntemle konka cerrahisi uygulanamamıştır. Konka cerrahisinde son yıllarda sıkça kullanılan bir yöntem de konkaya radyofrekansla ablasyon yöntemidir. Bu yöntemin konka cerrahisinde ciddi komplikasyona yol açmayan etkin ve kolay uygulanan bir tekniktir¹⁶. Yapılan çalışmalar medikal tedavi ile küçültülemeyen alt konka hipertrofilerinde radyofrekans uygulamasının oldukça etkili ve güvenli olduğunu ileri sürmektedir¹⁷⁻²⁰. Ameliyattan sekiz hafta sonraki takiplerinde Utley ve ark.⁴ %100, Li ve ark.²¹ ise %86,4 oranında başarı oranı bildirmişlerdir. Yapılan plasebo kontrollü randomize çalışma da RF'in obstrüktif alt konka hipertrofilerinde etkili bir seçenek olduğunu göstermiştir¹⁸. Ancak septoplasti ile konka cerrahisinin yararının olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur^{5,6,22}. Konka hipertrofisi tanısı konan hastalarda uyguladığımız konka cerrahisi teknikleri septoplasti tekniklerine ilaveten kombine olarak uygulanmıştır. Hastaların hiç birine yüksek komplikasyon oranlarından dolayı konka elektrokoterizasyonu uygulanmamıştır. Hastalara lazer cerrahisi yapılamamıştır. Konka cerrahisi uygulanan hiçbir hastamızda önemli bir komplikasyonla karşılaşmamıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak burun tıkanıklık hissinin en sık rastlanılan iki mekanik nedeni olan DSN ve konka hipertrofisinin tedavisinde aynı seansta her iki bölgenin cerrahisinin yapılması hem etkinliği arttırmakta hem de komplikasyon yönünden önemli bir soruna yol açmamaktadır. Büyük gruplarda prospektif çalışmalarda aynı seansta yapılan konka ve

septum cerrahisi ile farklı seanlarda yapılan konka ve septum cerrahisinin etkinlik ve güvenilirlik açısından araştırılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Dinis PB, Haider H. Septoplasty: long-term evaluation of results. *Am J Otolaryngol* 2002;23:85-90.
2. Uygur K, Tuz M, Dogru H. The correlation between septal deviation and concha bullosa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:33-6.
3. Devseren N. Alt konka hipertrofisi olan hastalarda uygulanan konka submuköz rezeksiyonunun nazal hava yolu üzerine etkisi, Uzmanlık tezi 2007.
4. Stewart MG, Smith TL, Weaver EM, Witsell DL, Yueh B, Hannley MT, et al. Outcomes after nasal septoplasty: results from the Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness (NOSE) study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:283-90.
5. Grymer LF, Ilum P, Hilberg O. Septoplasty and compensatory inferior turbinate hypertrophy: a randomized study evaluated by acoustic rhinometry. *J Laryngol Otol* 1993;107: 413-7
6. Nunez DA, Bradley PJ, A randomized clinical trial of turbinectomy for compensatory turbinate hypertrophy in patients with anterior septal deviations. *Clin Otolaryngol* 2000;25: 495-8
7. Wai Kuen H, Anthony PWY, Tang KC, Wei W, Lam P. Time course in the relief of nasal blockage after septal and turbinate surgery: a prospective study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130: 324-8
8. Dinis PB, Haider H. Septoplasty: Long-term evaluation of results. *Am J Otolaryngol* 2002;23:85-90
9. Ünlü H. Eksternal rinoplasti cerrahi atlas ve olgu çalışmaları, 2004
10. İhvan Ö. Septorinoplasti ameliyatı yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yaşam kalitesi değişiminin araştırılması, Uzmanlık tezi 2008.
11. Passali D, Passali FM, Damiani V, Passali GC, Bellussi L. Treatment of inferior turbinate hypertrophy: a randomized clinical trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003;112:683-688
12. Ottaviani F, Capaccio P, Cesana BM, Manzo R, Peri A. Argon Plasma Coagulation in the Treatment of Nonallergic Hypertrophic Inferior Nasal Turbinates *Am J Otolaryngol* 2003;24:306-310.
13. Ferri E, Armato E, Cavaleri S, Capuzzo P, Ianniello F. Argon plasma surgery for treatment of inferior turbinate hypertrophy: a long-term follow-up in 157 patients. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2003;65:206-210.
14. Sapci T, Sahin B, Karavus A, Akbulut UG. Comparison of the effects of radiofrequency tissue ablation, CO₂ laser ablation, and partial turbinectomy applications on nasal mucociliary functions. *Laryngoscope*. 2003;113:514-519.
15. Imamura S, Honda H. Carbon dioxide laser vaporization of the inferior turbinate for allergic rhinitis: short-term results. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003;112:1043-1049.
16. Tarık Şapçı T., Güvenç M.G. Evcimik M.F. Alt konka hipertrofisinde radyofrekans tedavisi. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2011;21(1):56-60
17. Utley DS, Goode RL, Hakim I. Radiofrequency tissue ablation for the treatment of nasal obstruction secondary to turbinate hypertrophy. *Laryngoscope* 1999;109:683-686.

18. Nease, C.J. Krempf GA Radiofrequency treatment of turbinate hypertrophy: A randomized, blinded, placebo-controlled clinical trial *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130:291-299.
19. Coste A, Yona L, Blumen M, Louis B, Zerah F, Rugina M, Peynegre R, Harf A, Escudier E. Radiofrequency is a safe and effective treatment of turbinate hypertrophy. *Laryngoscope* 2001;111: 894-899.
20. Bruno E, D'Erme G, Roselli F, Alessandrini M. Hypertrophy of inferior turbinates: radiofrequency surgery. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2003;30:439-46.
21. Li KK, Powell NB, Riley RW, Troel NJ, Guilleminault C. Radiofrequency volumetric tissue reduction for treatment of turbinate hypertrophy: a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:569-573.
22. Hilberg O, Grymer LF, Pedersen OF, Elbrond O. Turbinate hypertrophy evaluation of the nasal cavity by acoustic rhinomanometry. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;117: 284-9.