

# Alt Konka Bülloza: Olgu Sunumu

## Lower Concha Bullosa: Case Report

Mehmet Hafit Gür<sup>1\*</sup>, Hakan Çankaya<sup>2</sup>, Nazım Bozan<sup>2</sup>, Ahmet Faruk Kiroğlu<sup>2</sup>, Mehmet Fatih Garça<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Lokman Hekim Van Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Van

<sup>2</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Van

### ÖZET

Alt konkanın değişik derecelerdeki pnömatizasyonu olarak tanımlanan alt konka bülloza, nazal pasaj içerisinde lateral nazal duvarın nadir bir anatomik varyasyonudur. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte konka büllozanın pnömatizasyonun büyüklüğüne, ve nazal septumla olan ilişkisine göre semptomatik olabilir. Burun tıkanıklığı, sinüzit, postnazal akıntı, baş ağrısı, koku almada bozukluk semptomlar arasında sayılabilir. Tanısında anterior rinoskopik muayene, endoskopik muayene ve paranasal sinüs tomografisi yer alır. Alt konka pnömatizasyonunun cerrahi tedavisinde tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Cerrahi tedavi konka ve paranasal sinüs fonksiyonlarını en az oranda etkileyen teknikler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu yazımızda burun tıkanıklığı ile başvuran tek taraflı alt konka bülloza olgusu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Konka bülloza, sinüzit, postnazal akıntı

### ABSTRACT

Lower concha bullosa defined as the pneumatisation of the lower concha at various degrees is a rare anatomical variation of the lateral nasal wall within the nasal passage. Despite generally being asymptomatic, concha bullosa can be symptomatic depending on the size of pneumatisation and its relation with the nasal septum. Nasal obstruction, sinusitis, postnasal drip, malfunction in sense of smell can be listed among its symptoms. Anterior rhinoscopic examination, endoscopic examination and paranasal sinusitis tomography are used in the diagnosis of the disease. There is no consensus related to the surgical treatment of lower concha pneumatisation. Surgical treatment focusses on the techniques which affect the concha and paranasal sinusitis functions at the minimum level. In this paper, a case of unilateral lower concha bullosa accompanied by nasal obstruction is presented.

**Key Words:** Concha bullosa, sinusitis, postnasal drip

### Giriş

Paranasal bölgeyi oluşturan anatomik yapıların çok sayıda konjenital anomalileri ve anatomik varyasyonları tespit edilmiştir. Bu varyasyonlar nadir görülüyor olsalar da tanımlanmaları halinde klinik olarak önemli değerleri vardır (1,2). Alt orta ve üst konkanın aşırı pnömatizasyonu, etmoid bulla pnömatizasyonu, uncinat bullanın hipertrofisi, sekonder orta konka gibi bir kısım patolojiler nazal pasaj içerisinde belirgin büyüme gösterip yer kaplayarak nazal pasajı tıkayabilirler (3). Klinikte orta konka pnömatizasyonu sık görülmesine rağmen; alt konka pnömatizasyonu oldukça nadirdir. Inferior konka bülloza alt konka gövdesinde hava keseciği içeren bir yapıdır ve bazen bu yapı maksiler sinüs ile bağlantılı olabilir (4).

### Olgu Sunumu

17 yaşında erkek hasta uzun zamandır süren burun tıkanıklığı şikayeti ile hastanemiz Kulak-Burun-

Boğaz polikliniğine başvurdu. Hastada nasal travma öyküsü yoktu. Anterior rinoskopi ve nazal endoskopide septumun sola deviyeye olduğu, bilateral alt ve orta konkaların ise hipertrofik olduğu gözlemlendi. Burun tıkanıklığı şikayeti nedeniyle daha önce tedavi verilmiş ancak şikayetlerinde gerileme olmamış. Bunun üzerine çekilen paranasal bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ alt konkanın ve sol orta konkanın pnömatize olduğu, septumda da sola deviasyon olduğu görüldü (Resim 1). Hastaya genel anestezi altında septoplasti, ve bilateral alt konkalara “outfracture” tekniği ve radyofrekans ile ablasyon uygulandı.

### Tartışma

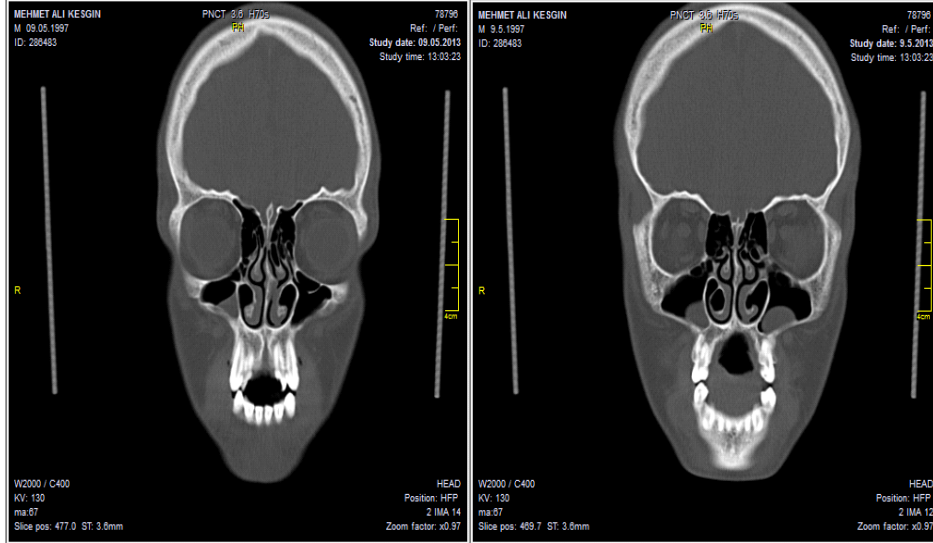
Inferior konka, anteriorda naresten başlayıp, koanalara kadar uzanan kemik bir yapıdır ve nasal valvi oluşturan bileşenlerdendir. Nazal konkalar normal nazal fonksiyonlar için çok önemlidir. Isıtma, nemlendirme, filtrasyon ve hava akımının regülasyonu konkanın başlıca fonksiyonlarıdır (5). Konkanın iskeletindeki değişiklikler veya erektil

Bu olgu, Uludağ 2014 Kbb Günleri 06-09 Mart 2014' de elektronik poster olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Dr. Mehmet Hafit Gür, Özel Lokman Hekim Van Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, 65400, Van, Türkiye

Cep: 0 (506) 596 11 63, Fax: 0 (432) 215 84 88, E-mail: hafitgur@hotmail.com

Geliş Tarihi: 20.03.2014, Kabul Tarihi: 23.06.2016



**Resim 1.** Sağ alt konka ve sol orta konka pnömatizasyonu olan olgumuz.

mukozadaki volüm artışı nazal açıklığı etkileyebilir (6). Pnömatize konka olarak da bilinen konka bülloza konka içerisinde hava içeren yapı olarak tanımlanabilir. Orta konkaların pnömatizasyonu yaygın olarak görülürken, inferior konka pnömatizasyonu nadir karşılaşılan bir varyasyondur (7-8). Alt konka pnömatizasyonu ilk kez Zinreich tarafından tanımlanmıştır (9). Literatürde Christmas ve ark.'nın (10) 3 vakalık, Öztürk ve ark. (11) 12 vakalık inferior konka bülloza serileri mevcuttur. Alt konka pnömatizasyonu'nun oluşum mekanizmalarının biri fetal hayatta alt konka kartilaj iskeletin çift lamel şeklinde ossifiye olması ve bu lameller arasına epitelin invaginasyon yapamamasıdır (12). Bir diğer mekanizma da alt konka yapışma noktasında maksiller sinüs hastalığına sekonder hava keseciği oluşmasıdır (7).

İnferior konkaların pnömatizasyonu genellikle asemptomatiktir ve paranazal BT'lerde rastlantısal olarak saptanır (13). Inferior konka pnömatizasyonu genellikle semptom vermezken; büyük pnömatizasyon ve konka hipertrofisi nazal obstrüksiyona neden olabilir (7). Buna ek olarak mukozal kontakt nedeniyle baş ağrısı ve nazolakrimal kanal blokajı ile epifora görülebilir (14). Bizim hastamızda hem BT'de hem nazal endoskopide mukozal kontakt izlenmiyordu ve baş ağrısı şikayeti yoktu. Asemptomatik inferior konka büllozalarında tedaviye gerek yoktur. Bizim hastamızın başvuru şikayeti burun tıkanıklığı idi. Nazal endoskopide sağ alt ve sol orta konkalarda hipertrofik ve septumda deviasyon mevcuttu. Hastaya çekilen paranazal BT sonucunda sağ alt konka ve sol orta konkalarda pnömatizasyon tespit edildi. Paranazal BT klasik radyolojik yöntemlere

göre nazal kavite ve paranazal sinüslerle ilgili daha detaylı bilgi verdiği için günümüzde kullanımı artmıştır. Alt konkanın anatomik varyasyonları için özellikle koronal kesitli BT oldukça değerlidir; ethmoid infundibulumun derin olduğu vakalar, alt konka pnömatizasyonu ile karışabilir (12). Alt konka pnömatizasyonunda tedavide tam bir fikir birliği mevcut değildir. Önerilen yöntemler arasında submukozal sklerozan madde veya steroid enjeksiyonu, kriyoturbinektomi, koterizasyon, radyofrekans ablasyon ve konka rezeksiyonu sayılabilir (15,16). Cerrahi tedavide Doğru ve ark. (12) inferior konkanın lateral yüzünün anterior-posterior yönde rezeksiyonunu önermiştir. Ünlü ve ark. (4) ise alt konka pnömatizasyonu olan olgularında maksiler sinüs içine uzanımı olmayanlarda parsiyel turbinektomi uygulanabileceğini; ancak sinüs içine uzanımı olanlarda ise parsiyel rezeksiyonun iatrojenik alt meatal antrostomiye neden olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bunun da maksiler sinüs fizyolojisini bozarak doğal ostium ve antrostomi noktası arasında mukus resirkülasyonu fenomenini başlatacağını öne sürmüşlerdir. Sonradan oluşturulmuş ostiumlar mukusun gerçek ostiuma taşınmasını bozarak persistan sinüzite neden olabilir (17). Özcan ve ark. (7) ise alt konka pnömatizasyonu olan olgularında "outfracture" yöntemini uygulamışlardır. Olgumuzda sol orta konkanın lateral lamellası endoskopik olarak eksize edildi ve septoplasti yapıldı. Pnömatize sağ alt konkaya ise güvenli ve noninvaziv bir yöntemler olan "outfracture" ve radyofrekans uygulandı.

Sonuç olarak sık rastlanan alt konka hipertrofisinin ayırıcı tanısında alt konka

pnömatizasyonu akılda tutulmalıdır. Semptomatik vakalara uygun cerrahi yöntem planlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Uygur K, Tüz M, Doğru H. The correlation between septal deviation and concha bullosa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129(1): 33-36.
2. Ural A, Uslu S, Ileri F ve ark.: Dev konka bulloza. *KBB ve BBC Dergisi* 2002; 10:89-92.
3. Kantarci M, Karasen RM, Alper F, Onbas O, Okur A, Karaman A. Remarkable anatomic variations in paranasal sinus region and their clinical importance. *Eur J Radiol* 2004; 50(3): 296-302.
4. Unlu HH, Altuntas A, Aslan A, Eskiizmir G, Yucel A. Inferior concha bullosa. *J Otolaryngol* 2002; 31(1): 62-64.
5. Cankaya, Egeli E, Kutluhan A, Kiriş M. Pneumatization of the concha inferior as a cause of nasal obstruction. *Rhinology* 2001; 39(2): 109-111.
6. Hilberg O, Grymer LF, Pedersen OF, Elbrønd O. Turbinate hypertrophy. Evaluation of the nasal cavity by acoustic rhinometry. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116(3): 283-289.
7. Ozcan C, Görür K, Duce MN. Massive bilateral inferior concha bullosa. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002; 111(1): 100-101.
8. Grossman RI, Yousem DM (Eds). *Sinonasal disease*. 1st ed. Mosby- Year Book Inc.; St. Lois 1994.
9. Zinreich SJ, Mattox DE, Kennedy DW, Chisholm HL, Diffley DM, Rosenbaum AE. Concha bullosa: CT evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1988; 12(5): 778-784.
10. Christmas DA Jr, Merrell RA Jr, Mirante JP, Yanagisawa E. Pneumatized inferior turbinate: report of three cases. *Ear Nose Throat J* 2004; 83(3): 152-153.
11. Oztürk A, Alataş N, Oztürk E, San I, Sirmatel O, Kat N. Pneumatization of the inferior turbinates: incidence and radiologic appearance. *J Comput Assist Tomogr* 2005; 29(3): 311-314.
12. Doğru H, Döner F, Uygur K, Gedikli O, Cetin M. Pneumatized inferior turbinate. *Am J Otolaryngol* 1999; 20(2): 139-141.
13. Braun H, Stammberger H. Pneumatization of turbinates. *Laryngoscope* 2003; 113(4): 668-672.
14. Ingram WA, Richardson BE. Concha bullosa of an inferior turbinate. *Ear Nose Throat J* 2003; 82(8): 605-607.
15. Dawlaty EE. Inferior concha bullosa--a radiological and clinical rarity. *Rhinology* 1999; 37(3): 133-135.
16. Fradis M, Golz A, Danino J, Gershinski M, Goldsher M, Gaitini L, et al. Inferior turbinectomy versus submucosal diathermy for inferior turbinate hypertrophy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109(11): 1040-1045.
17. Kane KJ. Recirculation of mucus as a cause of persistent sinusitis. *Am J Rhinol* 1997; 11(5): 361-369.