

Rinolitiazis: radyolojik bulgular

İkbal Tekin, Suat Fitoz, Cemil Yağcı, Serdar Akyar

I. Tekin (E), S. Fitoz, C. Yağcı, S. Akyar
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim
Dalı, 06100 Ankara

Rinolit veya burun taşı terimi nazal kavite yerleşimli, mineralize lezyonları tanımlamada kullanılmaktadır. Rinolitler, sıklıkla bir nidus zemininde gelişirler ve nidusun yapısına bağlı olarak endojen veya ekzojen olarak sınıflandırılırlar. Endojen grupta nidus yapısı pıhtı, epitelyal debris, kemik fragman, diş gibi organik materyallerden oluşurken; pamuk, kağıt, düğme, cam, kiraz çekirdeği, taş gibi yabancı cisimler ise ekzojen nidus nedenidirler. Endojen gelişimli rinolitlerde deformite, anatomik anomali, infeksiyon veya bunların birlikteliği de etyolojide etkindir. Tanımlanan yapıların mineralizasyonuna bağlı olarak boyut artımı ile semptomatik olan olgularda kötü kokulu nazal veya postnazal akıntı en sık rastlanan semptomlardır (1-7).

Bu bildiriye, nefes almada zorluk ve nazal akıntı şikayeti bulunan 30 yaşında erkek olgudaki rinolite ait direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları sunulmaktadır.

Olgu bildirisi

Uzun süreli nazal akıntı ve nefes almada zorluk yakınmaları ile kulak-burun-boğaz kliniğine başvuran 30 yaşındaki erkek olguda sinüzit ön tanısı ile çekilen Water's grafisinde, sol nazal kaviteye uyan kesimde yaklaşık 3.5x1 cm boyutlarında kalsifiye lezyon ve sol maksiller sinüsün tam opasifikasyonu izlendi (Resim 1). Öyküde olgunun sinüzit ön tanısı ile birkaç kez medikal tedavi gördüğü öğrenildi. Kemik yapıların ve kalsifiye lezyonun detaylı değerlendirilmesi amacıyla yapılan koronal ve aksiyel düzlemdeki BT incelemesinde; lezyonun sol nazal kavite tabanı yerleşimli olduğu, santral kesimde hipodens nidus içerdiği izlendi. En geniş boyutları 4x3x1.5 cm ölçülen lezyonda yoğun kalsifiye kesimin periferinde granülasyon dokusu ve sekresyona ait olduğu düşünülen yumuşak doku saptandı. Lezyon ekspansiyonuna sekonder maksiller sinüs medial duvarında ve sert damakta yayılma ve sol maksiller sinüs hacminde azalma izlendi (Resim 2). Bununla birlikte kemik yapılarda destrüksiyon saptanmadı. Aksiyel düzlem BT incelemesinde lezyon şeklinin nazal kaviteye uyum gösterdiği ve nazal pasajı tümüyle oblitere ettiği izlendi (Resim 3). İnceleme dahilinde solda etmoid hücreler ve maksiller sinüste mukozal kalınlaşma ve yumuşak doku ile krista galli, bilateral anterior klinoid ve pterigoid proseste varyasyonel pnömotizasyon dikkati çekti.

Tipik nazal kavite tabanı yerleşimi, kemikte destrüksiyon yapmaması, santral nidus içermesi nedeniyle kalsifiye lezyonun ayırıcı tanısında



Resim 1. Water's grafisinde sol nazal kavitede kalsifiye lezyon (oklar) ve sol maksiller sinüs havalanmasında azalma izlenmektedir.



Resim 2. Koronal düzlemdeki BT kesitinde, sol nazal kavitede, ortasında hipodens nidusu bulunan, lobüle konturlu, kalsifiye lezyon ve çevresinde yumuşak doku izlenmektedir. Nazal kavite inferior ve lateralinde ekspansiyon ile birlikte aynı taraf maksiller sinüs hacminde azalma ile mukazal kalınlaşma da seçilmektedir.



Resim 3. Aksiyel düzlemdeki BT kesitinde solda nazal kavite şekline uyum gösteren kalsifiye lezyon izlenmektedir.

öncelikle rinolit düşünüldü. Rinolit ön tanısı ile opere edilen olgunun operasyon sonucu da rinolit olarak teyid edildi.

Tartışma

Maksiller antrum veya nazal kavite yerleşimli mineralize lezyonlar genel

olarak antrolit olarak adlandırılır. Nazal antrum yerleşimli lezyonları tanımlamada ise rinolit terimi tercih edilmektedir (1). Radyolojik tanımı oldukça eskiye dayanan rinolitler genellikle tek taraflıdır ve kadınlarda daha sık izlenir (1, 2).

Semptomatik olgularda uzun süredir devam eden tek taraflı burun tıka-

nıklığı, nefes almada zorluk, ağrı, epistaksis ve anosmi en sık rastlanan şikayetler arasındadır. Sinüzit ile birlikte nadir olmakla birlikte, varlığı olgumuzdaki gibi palyatif tedavi uygulanmasına bağlı olarak doğru tanı ve tedaviyi geciktirmesi nedeni ile önemlidir (1-4,6). Nadiren asemptomatik olgular da bildirilmiştir. Bu tür olgularda lezyonlar sıklıkla dental problem nedeni ile çekilen periapikal radyografiler ile saptanırlar (1).

Rinolit tipik olarak nazal kavite tabanında, maksiller sinüs ile inferior konka veya inferior konka ile nazal septum arası yerleşimlidir (2). Çevresinde genellikle ödematöz granülasyon dokusu ve pürülan sekresyon bulunur (2,6,7). Boyutları birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişebilir. Rinolitin şekli nazal kaviteye uyum gösterir yapıdadır. Mineralizasyon ile zamanla boyut artımı ve inferior nazal kavitede ekspansiyon ile çevre kemik yapılarında destrüksiyon oluşabilir. Destrüksiyon sıklıkla nazal septum ve maksiller sinüs medial duvardadır ancak nadiren sert damakta perforasyon ile nazo-oral fistül gelişebilir (2,8,9). Rinolite sekonder menenjitte bağlı ölüm bildirilmiştir. An-

çak lezyonların malignite ile birlikteliği bilinmemektedir (1). Olgumuzda lezyon tipik olarak alt nazal kavite yerleşimliydi ve nazal kaviteye uyum gösterir yapıdaydı. Nazal kavite inferolateralinde ekspansiyon mevcuttu. Ancak çevre yapılarda erozyon izlenmedi.

Lezyonların tanısında radyolojik inceleme önem taşır. Radyografik olarak yeterince mineralize lezyonlar, varyasyonlar gözlenmekle birlikte, karakteristik olarak heterojen dansitede ve dalgalı radyopak konturları ile dikkat çekerler. Ancak kemik perforasyon şüphesi olan ve yeterince mineralize olmayan olgularda BT inceleme en etkin görüntüleme yöntemidir. BT yüksek sensitivite ve spesifisite ile kalsifikasyon ve nidusu gösterebilir ve ekzojen olgularda yabancı cismin belirlenmesi ile kesin tanı konulabilir. İleri görüntüleme yöntemleri arasında BT'nin tercih edilmesinin diğer bir nedeni de manyetik rezonans incelemede kemik erozyonlarının gözden kaçabilecek olmasıdır (2-4).

BT'de rinolitler tipik olarak homo-

jen yüksek dansitede lezyonlar olarak izlenir. Lezyonun santral kesiminde organik materyal bulunan olgularda hipodansite izlenirken bazen de yabancı cisim gözlenebilir (4). Homojen kalsifiye ve kemik destrüksiyonun olmadığı olgular parsiyel kalsifiye ve agresif seyir gösteren kondrosarkom, osteosarkom veya yassı hücreli gibi malign tümörlerden tomografik olarak ayırt edilebilirler (4). Yine tanımlanan görünüm özellikleri aralarında osteom, impakte dişin izlendiği odontojenik kist, nazal gliom, septal dermoid ve encondrom gibi benign patolojiler için de atıftır (2,4). Kalsifiye lezyonların ayırıcı tanısında nadiren ke-

mik destrüksiyonunun da izlendiği sifiliz ve tüberküloz granülomları gibi inflamatuvar patolojiler de göz önünde bulundurulmalıdır (2).

Sonuç olarak, rinolit uzun süreli nazal obstrüksiyon ve akıntı şikayeti bulunan ve medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken bir patolojidir. Tipik yerleşim yeri ve santral nidusun izlendiği kalsifiye lezyonun gösterilmesi ile doğru tanı konulabilmektedir. BT, lezyonun boyut ve pozisyonunun belirlenmesi, nidusun gösterilmesi ve kemik yapıların değerlendirilmesi yönünde değerli bir inceleme yöntemidir.

CASE REPORT: RHINOLITHIASIS: RADIOLOGIC FINDINGS

Rhinolithiasis is an unusual entity associated with any long-standing nasal obstruction. Rhinoliths or calcified concretions typically develop from an underlying nidus and have been classified as either endogenous or exogenous. With sequential development of peripheral mineralization, these lesions may expand and erode adjacent structures. Computed tomography is the preferred method of imaging these lesions due to its sensitivity and specificity for calcification. In this report, a case of rhinolith with the x-ray and tomographic features is presented.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:350-352

Kaynaklar

1. Appleton SS, Kimbrough RE, Engstrom HIM. Rhinolithiasis: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 65:693-698.
2. Royal SA, Gardner RE. Rhinolithiasis: an unusual pediatric nasal mass. Pediatr Radiol 1998; 28:54-55.
3. Damm DD, Ziegler RC. Factitious rhinolith. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 59:662.
4. Meyer RJ, Quint DJ. Posttraumatic rhinolith. AJNR 1993; 14:1181-1182.
5. Levine B, Niego R. An unusual rhinolith. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972; 34:163-64.
6. Mahlae D, Kaufman T. Asymptomatic rhinolith in rhinoplasty: case report. Plast Reconstr Surg 1974; 54:490-491.
7. Eliachar I, Schalit M. Rhinolithiasis: report of eight cases. Arch Otolaryngol 1970; 91:88-90.
8. Bicknell PG. Rhinolith perforating the hard palate. J Laryngol Otol 1970; 84:1161-1162.
9. Gill RS, Lal M. Perforation of the hard palate by a rhinolith and its repair. J Laryngol Otol 1977; 91:85-89.