

RİNOSİNÜZİTLER*

Mehmet KÜLEKÇİ

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Baş-Boyun Cerrahisi Kliniği, Sıraselviler, İSTANBUL

ÖZET

Rinosinüzitler toplumda önemli bir sağlık problemi yarattığı için hızla çözümlenmesi, doğru yol izlenerek iyileştirilmesi, ekonomi ve çalışma hayatı açısından önemlidir. Hastalığın doğru ve eksiksiz tanımlanması tedavideki en temel başlangıç olacaktır.

Sadece sinüsü mukozasının değil beraberinde burun mukozasının da hastalıktan etkilenmesi nedeniyle sinüzit tanımı artık yerini rinosinüzite bırakmıştır. Özellikle pediatrik grupta bu daha da belirgindir. Bulgu ve belirtiler hastalığın evresini ve tedavi çeşidini belirleyecektir.

Daha etkin tedaviler hastalığın evresi ve nihayetinde hastanın hekime erken zamanda başvurusu ile olasıdır.

Tanımda izlenecek yolda; iyi bir anamnez ve fizik muayenenin yanında geleneksel filmler, yerini endoskopik muayene ve bilgisayarlı tomografiye bırakmıştır. Bu şekilde hastalığın düzeyi ve detayı (sınıflandırılması) ile ilgili kapsamlı bir bilgiye ulaşmak mümkün olacaktır.

Çeşitli tedavi yaklaşımları arasında en etkin olanının seçiminin deneyimli bir hekim tarafından uygulanması, sanılan aksine hastalığın tam olarak iyileşmesine olanak sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: rinosinüzit, tanı, tedavi

SUMMARY

Rhinosinusitis

Rhinosinusitis is an important health problem for economy and work life; therefore it should be solved quickly, healed by tracking a good path. Truly and completely describing the disease is the starting point of treatment.

Sinusitis is now called as rhinosinusitis, because of not only the sinuses, but also nasal mucosa is effected by the infection and inflammation. It is observed more obviously especially in pediatric age group. Signs and symptoms define the grade and give information for the treatment. Better and effective treatment is designed if the patient visits the doctor at the earlier grades of the disease.

The path of diagnosis consists of good history and physical examination. Nowadays, conventional x-rays lost their significance and physicians use endoscopic visualisation and computerised tomographies for the diagnosis. By this way the classification and level of the disease can be defined.

Despite of the knowledge, rhinosinusitis can fully resolved easily by an expert physician who can choose prompt treatment from different types of treatment modalities.

Keywords: imaging, rhinosinusitis, treatment

Sinüzit, paranazal sinüslerin mukozasının enfeksiyonudur ama tek başına sinüzit olma olasılığı yok denecek kadar azdır. Sıklıkla burun mukozasının enfeksiyonu ile yani rinit ile birlikte olur. Öncelikle burun mukozası enfeksiyonu

rinit, daha sonra sinüs mukozası enfeksiyonu sinüzit ortaya çıkar. Bu nedenle bu enfeksiyonun tanımına rinosinüzit denmesi fizyopatolojik olarak daha uygundur.

Epidemiyolojik olarak tüm hastalıklar

Yazışma adresi: Mehmet Külekçi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Baş-Boyun Cerrahisi Kliniği, Sıraselviler, İSTANBUL

Tel.: (0212) 252 43 00/1304

e-posta: kulekcim@yahoo.com

Alındığı tarih: 29.05.2009, revizyon kabulü: 08.09.2009

*24.ANKEM Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi'nde İnteraktif Oturum-4 sunumu (29 Nisan-03 Mayıs 2009, Fethiye)

içinde en sıklıkla rastlanan hastalıktır. Görülme oranı gittikçe artmaktadır. ABD'de 18-22 milyon/yıl doktor ziyareti gerçekleşmektedir. ABD'de yetişkinlerin % 14'ünü etkilemekte, üretimi etkileyen ilk 10 hastalık arasında yer almaktadır. Yıllık tedavi gideri 3-4 milyar dolar arasındadır⁽¹⁾.

Belirtileri

Majör ve minor kriterler olarak iki gruba ayrılıyor.

Majör kriterler

- Yüz ağrısı
- Burun tıkanıklığı
- Hiposmi
- Muayene sırasında cerahatli akıntı
- Ateş

Minor kriterler

- Baş ağrısı
- Yorgunluk
- Diş ağrısı
- Öksürük.

Hastalığın belirtilerinin süresine göre sınıflama

- Bütün semptomlar 4 hafta içinde düzelse akut rinosinüzit,
- 4-12 hafta sürer ve sonunda iyileşme olursa buna subakut rinosinüzit,
- 12 haftadan daha uzun süren hastalık haline ise kronik rinosinüzit denmektedir.

Kimi zaman ise iyileşme dönemleriyle tekrarlayan ataklar halinde infeksiyon yeniden ortaya çıkmaktadır. Yılda dört ve daha fazla ataklarla oluşan iyileşmelerde ise rekküren akut rinosinüzit tanımı kullanılmaktadır.

Kronik rinosinüzitte altın standart BT (Bilgisayarlı Tomografi)'dir. Belirtilere dayalı tanı çoğu kez doğru olmayacaktır. Kronik rinosinüzitte, alerjik rinit, bağışıklık sisteminde defekt, kistik fibrozis ve silier diskinezi gibi genetik faktörler; anatomik tıkanıklık nedenleri, gastroözefageal reflü gibi lokal nedenler hazırlayıcı olabilir.

Çocuklardaki viral infeksiyonlar, özellikle anaokulundaki öğrenciler için predispozan bir faktördür. Sigara ve ilaçlara özellikle burun

damllarına bağlı rinitis medikamentosa, rinosinüzit için çok önemli çevresel ve ilaçlara bağlı nedenlerdir.

Akut bakteriyel sinüzit

Tanı sadece klinik bulgular ve muayene ile konulduğunda yalancı pozitiflik oranı oldukça yüksektir⁽⁸⁾. Sinüs ponksiyonu ile alınan örnekte inceleme ile % 49-83 oranında akut sinüzit tanısı konulabilmektedir⁽³⁾. Ama pratikte ne yazık ki bu işlem rutin uygulamada olanaksızdır. Ponksiyon ve radyolojik (BT) incelemelerdeki radyolojinin sensitivitesi 0.73, spesifitesi ise 0.80 bulunmuştur⁽⁷⁾.

Patojenler

Akut rinosinüzitte en önemli neden nezle sonrası bozulan mukoza yüzeyindeki süperinfeksiyondur. Maksiller sinüsten izole edilen patojenler sıklık sırasına göre:

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae* ve
- *Moraxella catarrhalis*'tir

Sonuncusu çocuk rinosinüzitlerinde daha sıklıkla görülmektedir^(2,5).

Diğer *Streptococcus* türleri, anerobik bakteriler ve *Staphylococcus aureus* daha seyrek etkenler olarak ortaya çıkmaktadır^(4,6).

Normal mukosilier aktivite rinosinüzitin önlenmesinde en önemli faktördür. Viral etkenler mukozadaki silialı hücrelerin zarar görüp siliaların kaybına neden olmaktadır. İnfeksiyonun başlamasından takriben 3 hafta sonra siliaların sayısı ve silialı hücreler normal sayı ve seviyeye gelmektedir. İmmature yani 0.7-2.5 mikron uzunlukta olsa da regenerasyon başlamaktadır. Viral sinüzit sırasındaki bu silier aktivite azalması bakteriyel rinosinüzit oluşmasındaki en önemli faktördür⁽²⁾.

Tanı

Öyküye göre tanıda yalancı pozitiflik oranı olsa da genel eğilim en az 2 majör bulgu ya da, 1 majör 2 minor kriterlerin olması rinosinüzitin tanımı için yeterlidir.

Asıl endoskopik muayene ve altın standart olan BT rinosinüzit tanısı için çok önemlidir. En çok başvurulan ama hiç yararı olmayan düz grafiler bilgi ve iletişim arttıkça yerini BT (bilgisayarlı tomografi)'ye bırakmaktadır. Çocuklarda düz film, gelişim süreci nedeniyle yanıltıcı olabilir; % 45 yalancı negatif, % 35 ise yalancı pozitiflik söz konusudur.

Akut rinosinüzitte ilaç tedavisi

- 10-14 gün süren antibiyotik,
- En fazla 5 gün süreli topikal dekonjestan,
- Oral dekonjestan,
- Burun lavajı,
- Nemlendirme,
- Hidrasyon,
- Mukolitiklerle yapılır.

Eğer kanıtlanmış bir alerji söz konusu değilse antihistaminik ve topikal kortikosteroidlerin akut rinosinüzitte yeri yoktur.

Kronik rinosinüzitlerin akut atak sırasında akut rinosinüzitten farklı olarak antibiyoterapisi en az 3 hafta süre ile uygulanmalıdır.

Kronik rinosinüzitteki en önemli anatomik, fizyopatolojik predispozan faktör osteomeatal kompleks ile ilgili olumsuzluklardır. Bu nedenle akut dönem geçtikten sonra, endoskopi ve BT ile detaylı tetkik sonrası uygulanacak cerrahi FESS (Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi) bu hastalıkta % 75-95 oranında iyileşme sağlayacaktır.

Son söz

- Pediatrik hasta grubunda pnömokok aşısı (konjuge aşı) rinosinüzit için koruyucu olarak kullanılabilir.
- 65 yaş ve üzeri rinosinüzit hastaları için konjuge *H.influenzae* tip b aşısı koruyucu olabilir.
- Yine yaşlı kronik bakteriyel rinosinüzit akut

alevenmelerinde sekretuar IgA yetmezliği ve IgG alt grup yetmezliği olabileceği için aylık İ.V. immunoglobulin (IVIG) uygulaması bu hasta grubu için denenebilir.

Son olarak bütün rinosinüzit olgularının seçilmiş uygun endikasyonlarında balon sinüsoplasti yeni ve etkin bir yöntemdir. Hızla gelişmekte ve sayıları arttıkça veriler de bu tedavi yönteminin başarısında yol gösterici olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Benniger MS, Ferguson BJ, Hadley JA et al: Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129(Suppl 3):S1-32.
2. Berg O, Carenfelt C, Kronvall G: Bacteriology of maxillary sinusitis in relation to character of inflammation and prior treatment, *Scand J Infect Dis* 1988;20(5):511-6.
3. Engels EA, Terrin N, Barza M, Lau J: Meta-analysis of diagnostic tests for acute sinusitis, *J Clin Epidemiol* 2000;53(8):852-62.
4. Felmingham D, Feldman C, Hryniewicz W et al: Surveillance of resistance in bacteria causing community-acquired respiratory tract infections, *Clin Microbiol Infect* 2002;8(Suppl 2):12-42.
5. Gwaltney JM Jr: Acute community-acquired sinusitis, *Clin Infect Dis* 1996;23(6):1209-23; quiz 24-5.
6. Hoban D, Felmingham D: The PROTEKT surveillance study: Antimicrobial susceptibility of *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis* from community-acquired respiratory tract infections, *J Antimicrob Chemother* 2002;50(Suppl S1):49-59.
7. Leggett JE: Acute sinusitis. When-and when not to prescribe antibiotics, *Postgrad Med* 2004;115(1): 13-9.
8. Varonen H, Savolainen S, Kunnamo I, Heikkinen R, Revonta M: Acute rhinosinusitis in primary care: a comparison of symptoms, signs, ultrasound, and radiography, *Rhinology* 2003;41(1):37-43.