

Koanal atrezi

İrfan DEVRANOĞLU, Mehmet ADA

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı, İstanbul.

Özet

Kliniğimize 1978-1987 yılları arasında koanal atrezi nedeniyle başvuran 5 olgu değerlendirilmiştir. En küçüğü 1 günlük, en büyüğü 12 yaşında olan hastalarımızın 4'ü kız, 1'i erkekti. Olguların ikisinde tek taraflı, üçünde çift taraflı koanal atrezi mevcuttu. Bir hastamıza transpalatal, diğerlerine transnazal yoldan müdahale yapılmıştır.

Tanı yöntemleri içinde güvenilir olanları son-
da ve bilgisayarlı tomografidir.

Koanal atreziye eşlik eden diğer anomoliler ne-
deniyle bu sendroma CHARGE sendromu adı
verilmektedir.

Anahtar kelime: Koanal atrezi

Summary

Choanal atresia

Between 1978 and 1987, five cases with choanal atresia were treated. Choanal atresia was bilateral in three cases and unilateral in two. Ages of the patients were between one day and twelve years. One of them was male and four of them were female. Corrective surgery was performed transpalatally in one and transnasally in the rest. The most trustworthy diagnostic methods were CT scan and failure to pass an urethral sound. Because of accompanying abnormalities it is named as one of the stigma of the CHARGE syndrome.

Key words: Choanal atresia.

Giriş

Konjenital koanal atrezi posterior koananın kemiksel veya membranöz olarak kapalı olmasıdır. Nadir bir anomali olup 8000 doğumda bir oranında görülmektedir. Tek ya da çift taraflı, tam veya kısmi kapalı olabilir. Kızlarda erkek-
lere nazaran daha sıktır. Olguların % 60-75'i tek taraflıdır^(4, 5). Diğer anomolilerle birlikte bulunma oranı % 10-50 arasında değiştiği bildirilmektedir^(2, 4). Sağda sol tarafa nazaran iki kat daha fazla görülmektedir⁽⁵⁾.

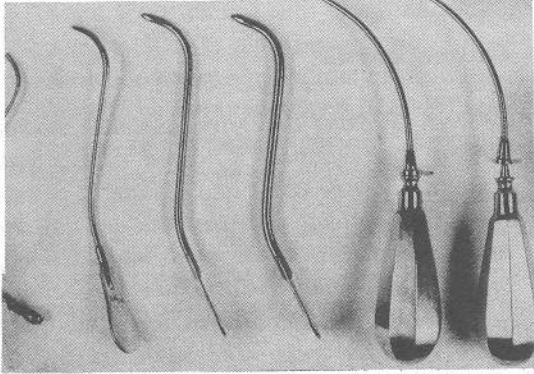
Yeni doğan bebekler yaşamlarının ilk 1-3 haf-

tası boyunca solunumlarını nazal yoldan yaparlar, ancak bu süre sonunda ağız yolundan solunum yapmayı öğrenirler. Bu nedenle bilateral konjenital koanal atrezi olguları doğumdan hemen sonra teşhis ve tedavi edilmelidirler.

Respiratuar bozukluk bir siklus çizer. Apne ve siyanoz ağlama veya gasping sırasında ağzın açılmasıyla düzelir⁽¹⁾. Bu yüzden erken tanı gereksiz entübasyonu, trakeostomi ve de ölü-
mü önleyebilir.

Koanal atrezi yaklaşık 200 yıl önce Roderer tarafından tarif edilmiş, bundan bir asır sonra ilk endonazal delme teşebbüsü Emmert tarafından bildirilmiştir. Bundan sonra transseptal, transpalatal, transantoral ve transnazal yaklaşımlar yıllar içinde bildirilmiştir ve transnazal yakla-

şımlar yıllar içinde bildirilmiştir. Yıllar endonazal delme yöntemini restenoz nedeniyle geriye itip transpalatal yöntemi desteklemiştir. Bugün ise endonazal delme-dilatasyon-stent yerleştirme yönteminin hem bilateral hem de unilateral koanal atreziler için kolaylıkla uygulanabilir olduğunu, stentin öne-arkaya hareket ettirilebilmesi nedeniyle restenoz tehlikesi ortadan kalkmış ve bu yöntem desteklenen ve tavsiye edilen yöntem olmuştur (1, 4) (Resim I).



Resim I: Endonazal delme yönteminde kullandığımız aletler.

Olgular ve Yöntem

Kliniğimize 1978-1987 yılları arasında koanal atrezi nedeniyle başvuran yaşları 1 gün ile 12 yaş arasında değişen 1 erkek ve 4 kız 5 olgu takdim edilmektedir. Olguların birinde sol, diğerinde sağ (erkek), 3'ünde bilateral atrezi mevcuttu.

Olguların polikliniğe başvurma süreleri atrezinin tek veya çift taraflı olmasına göre değişmektedir. Tek taraflı olgularda başvurma 6 ay ile 12 yıl arasında değişirken bilateral atrezilerde başvuru ile 24 saat içinde olmaktadır.

Olguların 4 tanesinde endonazal girişim yapılarak buruna dren konmuştur. Bir tanesine ise (2. olgu) transpalatal girişim uygulanmış ve buruna dren yerleştirilmiştir (Tablo I).

Tartışma

Tek taraflı koanal atrezili olguda aynı tarafta tıkanıklık, mukoid veya pürülan akıntı mevcuttur. Sümkürme işlemini yapamazlar. Adenoidli bir yüz ve rinolali görülebilir⁽⁵⁾.

Çift taraflı koanal atrezi olgularında ise solunum bozukluğu, öksürük veya ağlamayla düzelen siyanoz-apne nöbetleri mevcuttur. Nadiren, yeni doğan hızla ağız solunumunu öğrenerek bu durumu kompanse edebilir ve tanıyı aylarca hatta yıllarca geciktirebilir⁽⁴⁾.

Tanı için çeşitli yöntemler belirtilmiştir. Nazal solunum seslerinin oskültasyonu, aynanın burun delikleri önüne tutulmasıyla buğulanması, burun deliklerinden renkli madde (bleu de methylene)nin damlatılarak muayene eden tarafından orofarenksten gözlenmesi, kontrast madde verilerek radyolojik inceleme ve burundan sonda geçirilmesi. Bunlarda güvenilir görünmelerine rağmen burun deliklerinden renkli madde damlatılması ve kontrastlı radyolojik inceleme, ufak bir delik ya da dar bir açıklık olduğunda, fonksiyonel bir obstrüksiyon olsa bile yanltıcı sonuçlar elde edilebilir.

Bu tanı yöntemleri içinde en güvenilir olanlarından biri 8 no'lu sondadır. Sonda septuma yakın olarak burun tabanı boyunca ilerletilir. Koanadaki küçük bir açıklık dahi bu yolla kolayca bulunabilir. 8 no'lu sondanın geçebildiği açıklık bile yeterli bir hava yolu sağlayabileceği belirlenmiştir. Nadiren, nazal obstrüksiyona neden olacak kadar büyük adenoidleri olan yeni doğanlarda tanı koanal atrezi ile karışabilir. Böyle durumlarda lateral bir film tanıyı kesinleştirir^(1, 4). Tanı yöntemlerinden en kesin olanı bilgisayarlı tomografidir. BT sadece nazal kavitenin anatomisini değil atretik plağın tabi-

TABLO I: Kliniğimize 1978-1987 yılları arasında koanal atrezi nedeniyle başvuran hastalar.

Ad/Soyad	Yıl/prt.no	Cins	Yaş	Atrezi tipi	Operasyon
Ş.R.	78/279	K	20 gün	Bilateral	Endonazal
E.Ü.	83/289	E	12 yaş	Sağ	Transpalatal
E.D.	84/515	K	6 ay	Sol	Endonazal
N.Z.	86/728	K	2 gün	Bilateral	Endonazal
H.K.	87/369	K	1 gün	Bilateral	Endonazal

atını ve boyutlarını mükemmel bir kesinlikle sunar. Stenzun membranöz veya kemik olduğunu gösterir. Böylece cerrahi tekniğin seçimine de yardımcı olur. Bazı kemik obstrüksiyonlarının 1 cm'den daha kalın olduğu bildirilmiştir. Tabii ki bu durumda endonazal yolla girişim çok daha riskli olacaktır⁽³⁾.

Son yıllarda dikkatler konjenital koanal atrezi ile birlikte görülen anomalilerde odaklanmıştır. Pagon, konjenital koanal atrezi ile birlikte koloboma, kalp defektleri, gelişim geriliği, genital hipoplazi ve kulak defektleri veya sağırılık görülen 21 olguda (Coloboma, heart defect, atretic choanae, retarded growth, genital hypoplasia and ear defects) anomalilerin baş harflerinden oluşan CHARGE sendromunu tarif etmiştir. Bergstrom, 26 koanal atrezili olgusunun 7'sinde bu sendromun birçok bulgularını gözlemiştir. Flake ve Ferguson da CHARGE sendromlu bir çok olgu bildirmişlerdir⁽⁴⁾. Bizim olgularımızda bu sendromu düşündürecek ek bulgulara rastlamadık.

Sonuç olarak, transnazal delme-dilatasyon-stent yerleştirilmesi seçilecek cerrahi yöntemdir. Transpalatal yöntem büyük çocuklarda ikinci operasyonda kullanılmalıdır. Bazı olgularda koanal atreziye eşlik eden diğer anomaliler bulunabilir, buna da CHARGE sendromu adı verilmektedir.

Kaynaklar

1. Brick HG, Parrish RT: The moveable stent in choanal atresia. Laryngoscope 96: 135, 1986.
2. Brama I, Engelhard D: Congenital choanal atresia and nerve deafness. J Laryng Otol 93: 1223, 1979.
3. Hasegawa M, Oku T, Tanaka H, Watanabe I, Suzuki S: Evaluation of CT in the diagnosis of choanal atresia. J Laryng Otol 97: 1013, 1983.
4. Schwartz LM, Savetsky L: Choanal atresia: Clinical features surgical approach and long-term follow-up. Laryngoscope 96: 1335, 1986.
5. Yöndemli F, Cenik Z: Koanal atreziler. T.O.R.L. derneği XIX. Milli Kongresi'nde sunulmuştur. Erzurum, Haziran 1987.