

Epistaksis Tedavisinde Endoskopik Muayene

Endoscopic Examination in Epistaxis Treatment

**Yrd. Doç. Dr. Özgür YÖRÜK, Doç. Dr. Harun ÜÇÜNCÜ, Doç. Dr. Bülent AKTAN,
Prof. Dr. Yavuz SÜTBELAZ, Prof. Dr. Enver ALTAŞ**

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Erzurum / Türkiye

ABSTRACT

Introduction-Aim: Epistaxis is one of the most common otolaryngology emergencies. Epistaxis is a very common disease which is experienced by almost every people. However, it was detected 6% of whom requiring hospital admission for treatment. Despite considerable interest in the subject, there is still no consensus on the most appropriate primary therapeutic modality. The purpose of this study was to evaluate the bleeding source of acute or recurrent epistaxis in adults.

Methods: Thirty adult patients with acute or recurrent epistaxis were prospectively. Evaluated

After clinical assessment, all patients were initially examined by classical anterior rhinoscopy with frontal illumination, while those whose bleeding sources were not identified were submitted to nasal endoscopic evaluation. Bleeding sources were classified as: anterior or posterior; from the lateral nasal wall or nasal septum.

Findings: Use of the nasal endoscope allowed diagnosis of the bleeding location in all patients.

Conclusion: Including a careful endoscopic examination of the posterior nasal cavity to the treatment allows identification of the bleeding source in most patients and this examination should be used as a routine procedure in epistaxis treatment.

Key words: Epistaxis, Endoscopic Examination

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Özgür Yörük

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kbb A.d. 25240
Erzurum, Türkiye

Telefon (iş): + 90 442 231 71 34- 37 Telefon (Cep): + 90 533 355 91 04

E-Mail: dryoruk_40@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 24.01.2009

Revizyon Tarihi: 29.01.2009

Kabul Tarihi: 29.01.2009

ÖZET

Giriş-Amaç: Epistaksis en yaygın kulak burun boğaz acillerden birisidir. Epistaksis, toplumda hemen herkesin yaşadığı yaygın bir durumdur. Ancak epistaksisle hastaların sadece %6'sının hastaneye tedavi alma amacıyla başvurduğu da saptanmıştır. Konu üzerindeki yaygın ilgi ve görüşe rağmen, primer tedavi algoritmi hakkında henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. Bu çalışmanın amacı, erişkinlerde akut ve rekürren epistaksislerde kanama odağını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimize başvuran akut ve rekürren epistaksisli 30 erişkin hasta prospektif olarak incelendi. Nazal kavitedeki kanama odağını ortaya koymak için; klinik muayeneden sonra tüm hastalar klasik alın aynası ile anterior rinoskopik muayeneye tabi tutuldu ve kanama odağı tespit edilemeyenlere nazal endoskopi uygulandı. Kanama odakları; anterior veya posterior ve nazal septumdan veya lateral duvardan şeklinde sınıflandırıldı.

Bulgular: Hastaların tamamında nazal endoskop kullanımı kanama bölgesinin tespit edilebilmesini sağlamıştır.

Sonuç: Posterior nazal kavitenin dikkatli endoskopik muayenesinin de tedaviye dahil edilmesi, epistaksisli hastaların büyük kısmında kanama odağının ortaya konulmasını sağlar ve bu muayene yöntemi rutin prosedür olarak epistaksis tedavisinde kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epistaksis, Endoskopik Muayene

GİRİŞ

Son yıllarda epistaksis tedavisi kadar hiçbir Kulak Burun Boğaz konusu üzerinde bu denli derin strateji değişimi yaşanmamıştır. Tedavi gerektirmeyen epistaksis ve konservatif tedavi terimleri yeniden gözden geçirilmelidir. Bu strateji değişiminin en önemli sebebi; endoskopik cerrahinin günlük kullanıma girmesi ve cerrahların bu konuda deneyim kazanmalarıdır. Eskiden tedavisiz olarak adlandırılan ve nazal tampon, karotid veya maksiller arter ligasyonu ^(1,2), damar embolizasyonu ⁽³⁾ gibi tedavi seçenekleri ile müdahale edilen epistaksislere günümüzde kolayca tanı konulabilmekte ve endoskopik cerrahi ile tedavi edilebilmektedir. Konservatif olarak adlandırılan burun tamponu, özellikle yüksek riskli grup hastalarda ⁽⁴⁾, hem daha travmatik ve konforsuz iken, hem de endoskopik olarak yapılan lokal koterizasyon veya sfenopalatin arter ligasyonu gibi prosedürlere göre daha riskli olan işlemlerdir.

Efektif terapötik uygulama için, nazal vaskülarizasyon ve muhtemel kanama odakları iyi bilinmelidir. Epistaksis kontrolündeki ilk uygulama, 1935 yılında Hyde ⁽²⁾ tarafında yapılan karotid arter ligasyonudur. Chandler ⁽¹⁾ 1965 yılında ilk kez maksiller arterin transantral olarak ligasyonu işlemini, intranasal kanama bölgesine müdahale etmek için yapmıştır. Epistaksis kontrolünde intranasal uygulamalar sfenopalatin arterin 1985 yılında Stamm ⁽⁵⁾ tarafından mikroskopla ve 1992 yılında Budrovich ve Saette ⁽⁶⁾ tarafından endoskopik olarak ligasyonu ile başlar. Bu tarihten sonra nazal kavite posterior segmentinin mikroskopik veya endoskopik olarak muayenesi ile epistaksis kontrolü tün dünyada popüler hale gelmiştir.

Bu çalışmada, nazal endoskopi ile akut ve rekürren epistaksisli hastalarda nazal kavitedeki kanama odakları tespit edilmeye çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ağustos 2007 ile Ağustos 2008 arasında fakültemiz KBB servisinde müdahale edilen epistaksisli 30 hasta kullanıldı. Hastaların kanama diyatezleri açısından hemogram, kanama zamanı, pıhtılaşma zamanı, PT, PTT, aPTT ve INR değerleri ölçüldü. Tansiyon arteryelleri ölçüldü. Kanama eğilimi yapabilecek asetilsalisilik asit, nonsteroid antienflamatuar, heparin veya kumarin gibi antikoagülan ilaç kullanımı öyküsü olup olmadığı sorgulandı. 120 / 80 mmHg'den yüksek tansiyon arteryel tespit edilenlere ve kardiyak hastalığı olanlara elektrokardiyografi çekildi. Travma, nazal cerrahi veya kanama diyatezi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların muhtemel medikal tedavileri için damar yolu açıldı. Hastaların tümüne nazal lavaj yaptırılarak nazal kavitedeki pıhtılar temizlenmeye çalışıldı. Her iki nazal kaviteye lidakain HCL (Xylocain® pump100 mg 50 ml) 1-2 puf sıkılarak topikal anestezi sağlandı. Bu işlemlerden sonra tüm hastalar klasik alın aynası ile anterior rinoskopik muayeneye tabi tutuldu ve kanama odağı tespit edilemeyenlere 3mm, 0° rijit teleskop ile nazal endoskopi uygulandı. Sırası ile alt konka ve meası, orta konka ve meası, septum, süperior konka ve sfenoethmoid reses, nazal çatı ve en son olarak postnazal bölge değerlendirildi. Kanama odakları; anterior veya posterior ve nazal septumdan veya lateral duvardan şeklinde sınıflandırıldı. Posterior kanamalar; apertura piriformis veya piriform fossadan posteriorda olan kanamalar kabul edilmiştir.

BULGULAR

İncelenen 25-64 yaş arası 30 hastanın yaş ortalaması 46 idi. 19'u (% 63.3) erkek ve 11'i (% 36.7) bayan idi. Hastaların 18'i (% 60) nazal kavite posterior segmentten bunların 12 (% 40) tanesi septumdan, 6 (% 20) tanesi de lateral nazal duvardan kanama idi. Geri kalan 12 (% 40) hastada nazal kavitenin anterior kısmından kanama tespit edildi. Nazal kavite anterior segmentten kanama ile başvuran hastaların tamamında kanama anterior nazal septum kaynaklıydı. Hiçbir hastada anterior lateral duvar kanaması veya bilateral kanama görülmedi.

TARTIŞMA

Kulak Burun Boğaz hekimlerine ileri katkı sağlayan nazal ve paranasal endoskopik cerrahi ilk benimseyen W. Messerklinger ⁽⁷⁾ olmuştur. 1985 yıllarında bu uygulama Amerika'da Kennedy ⁽⁸⁾ tarafından kullanılmaya başlamış olup, 90'lı yıllarda da tüm dünyaya yayılmıştır. 1992 yılında, Budrovich ⁽⁶⁾ epistaksisin nazal endoskopi ile tedavisini yayımlayınca, birçok benzer çalışma yapıldı. Epistaksisin kontrolü için bu tekniğin kullanıldığı ilk yayın, kapsamlı maksiller antrostomiye takiben maksiller sinüs posterior duvarının çıkarılması ve pterygomaksiller fossa damarlarının bağlanması anlatan White'in ⁽⁹⁾ 1996'daki çalışması idi. Bahsedilen uygulama intranasal kanama üzerinde direkt etkisi olmamasına rağmen, nazal vaskülarizasyon için çok radikal idi. Kadavralar üzerindeki birçok anatomik mikrodiseksiyon çalışmasından sonra, nazal kaviteye ulaşmak için sfenopalatin damarların bağlanması sonraki basamağı oluşturdu ⁽⁹⁻¹³⁾. Kanama odağına mümkün olduğunca yakın yerden ligasyonun daha efektif olduğu üzerinde fikir birliğine varılması, nazal endoskopiye epistaksisli hastalarda altın standart haline getirdi. Son yıllarda klinik endoskopinin düzenli kullanımı, epistaksis etyoloji ve tedavisi üzerindeki bilgileri de arttırdı. Nazal kavitedeki kanama odağı kolay ve kesin olarak aydınlatıldı. Dahası, kanama odağının koterizasyonu gibi diğer noninvazif prosedürler, daha yüksek etkinlikle uygulanabilir oldu ⁽¹⁴⁾. Endoskopik görüntüleme sayesinde daha önce sadece anterior nazal kavitedeki kanamalarda uygulanabilen lokal koterizasyon, posterior kanamalarda da uygulanabilir hale geldi.

Nazal endoskopinin klinik kullanımı bize, kanama odağının anterior nazal septum olduğu durumlar dışında, burun kanamalarının sıklıkla, daha önce inanılan aksine ve birçok literatürde de görülebileceği gibi nazal septumun lateral duvarından değil, nazal kavitenin posterior kısmından kaynaklandığını göstermiştir ^(14,15). Bu yayımlar ayrıca alt konkanın posterior kısmında seyreden Woodruff'un venöz pleksus'un önemini de vurgulamaktadır ki, bu pleksus posterior epistaksisin %10'dan daha az bir kısmını karşılamaktadır.

Bu klinik gözlemler, sfenopalatin arter veya dallarının (posterior lateral dal veya nazal septal dal) koterizasyonunun posterior epistaksis kontrolündeki yüksek etkinliğini belirten yayımları desteklemektedir ^(16,17). Aynı zamanda endoskopik görüntüleme ile posterior nazal septumdaki kanamaların daha az invazif ve daha efektif olarak lokal koterizasyonu imkanını ortaya koymuştur.

SONUÇ

Posterior nazal kanamaların en sık kaynaklandığı bölge nazal

septumdur. Kanama odağı anterior rinoskopi ile görüntülenemezse, endoskopi kaçınılmazdır. Kanama odağının, posterior nazal kavitenin endoskopik görüntülemesi altında aydınlatılması ve koterizasyonu, en efektif ve az invazif prosedür olmuştur ve sfenopalatin arterin gereksiz koterizasyonunu önlemiştir.

KAYNAKLAR

1. Chandler JR, Serrin AJ. Transantral ligation of the maxillary artery for epistaxis. *Laryngoscope* 1965; 75; 1151-9.
2. Hyde FT. Ligation of the external carotid artery for control of idiopathic nasal haemorrhage. *Laryngoscope* 1925; 35; 899.
3. Vokes DE, Mcivor NP, Wattie WJ, Morton RP. Endovascular Treatment of epistaxis. *ANZ J Surg* 2004; 74; 751-3.
4. Jensen PF, Kristensen S, Juul A et al. Episodic nocturnal hypoxia and nasal packs. *Clin Otolaryngol* 1991; 16; 433-5.
5. Stamm AC, Pinto JA, Neto AF et al. Microsurgery in severe posterior epistaxis. *Rhinology* 1985; 23; 321-5.
6. Budrovich R, Saetti R. Microscopic and endoscopic ligation of the sphenopalatine artery. *Laryngoscope* 1992; 102; 1391-4.
7. Messerklinger W. Über die Drainage der menschlichen NNH unter normalen und pathologischen bedingungen. *Mitteilug Monatsschr Ohrenheick* 1966; 100; 56-68.
8. Kennedy DW, Zinreich SJ, Rosenbaum A, Jonhs ME. Functional endoscopic sinus surgery: theory and diagnostic evaluation. *Arch Otolaryngol* 1985; 111; 576-8.
9. White PS. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery: a preliminary description. *J Laryngol Oto* 1996; 110; 27-30.
10. Sharp HR, Rowe-Jones JM, Biring GS et al. Endoscopic ligation or diathermy of the sphenopalatine artery in persistent epistaxis. *J Laryngol Oto* 1997; 111; 1047-50.
11. Snyderman CH, Goldman SA, Carru RL et al. Endoscopic sphenopalatine artery ligation is an effective method of treatment for posterior epistaxis. *Am J Rhinol* 1999; 13; 137-40.
12. Almeida GS, Pinheiro SD, Neto CPD. Cauterização endoscópica da artéria esfenopalatina em epistaxe posterior. *Arq Fund Otorrinolaringol* 2001; 5; 99-101.
13. Voegel RL, Thome DC, Iturralde PP et al. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery for severe posterior epistaxis. *Oto Head Neck Surg* 2001; 124; 464-7.
14. O'dnnell M, Robertson G, McGarry GW. A new bipolar diathermy probe for the outpatient management of adult acute epistaxis. *Clin Otolaryngol* 1999; 24; 537-41.
15. Chiu TW, Shaw-Dunn J, McGarry GW. Woodruff's nasopharyngeal plexus: How important is it in posterior epistaxis ? *Clin Otolaryngol* 1988; 23; 279.
16. Babin E et al. Anatomic variations of the arteries of the nasal fossa. *Otol Head Neck Surg* 2003; 128; 236-9.
17. Chiu TW, McGarry GW. Prospective clinical study of bleeding sites in idiopathic adult posterior epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007; 137; 390-3.