

Baş ağrılarında fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi*

Semih Mumbuç, Muzaffer Kanlıkama, Yıldırım Bayazıt, Mustafa Seğmen

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

ÖZET

Sinüs ağrısı veya başağrısı, enfeksiyon, tümör veya diğer nedenlerle ortaya çıkar ve primer olayın başarılı medikal veya cerrahi tedavisiyle geçmesi beklenir. Ancak sinüs kaynaklı olan bazı başağrılı hastalarda rutin tetkiklerde inflamasyon tesbit edilememekte, vasküler veya diğer nedenlere bağlı olabileceği düşünülerek verilen ampirik tedavilerden de bir yarar sağlanmamaktadır. Mukozal temas noktaları veya anatomik varyasyonlar nedeniyle olabileceği düşünülen bu tip baş ağrılarında ayrıntılı klinik muayene ve tomografik incelemelerle patolojinin tesbiti gereklidir. Bu çalışmada ortalama 2 yıldan beri kronik ve persistan baş ağrısı şikayeti bulunan ve vasküler orijinli olduğu düşünülerek verilen ampirik tedavilerden ancak kısmi yarar sağlayan hastalar endoskopik muayene ve tomografik yöntemlerle gözden geçirilmiştir. Esas yakınması baş ağrısı olan 28 olguda tesbit edilen mukozal temas noktaları ve anatomik varyasyonlar nedeniyle yapılan fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi sonucunda 10 hastada (% 38) yakınmanın tamamen kaybolduğu, 14 (% 50) hastada değişen derecelerde semptomatik rahatlama sağlandığı görüldü.

Anahtar kelimeler: Ağrı, başağrısı, sinüzit, sinüs, paranasal sinüs, FESS.

SUMMARY

Endoscopic sinus surgery in the treatment of headache

Sinus pain or sinus headache appear with infection, tumor or other reasons and it is expected to resolve with successful medical or surgical treatment of the primary reason. But in some patients with sinus headache, there is not only of any inflammation in sinus cavities, but also any ampiric therapy being given for vasculer or other reasons, would be useful. For this type of headache which is being thought to come into being from mucosal contacting areas or anatomic variations, it is necessary to fix the responsible pathology with tomographic and clinical examinations. In this study the patients suffering from chronic and persisting headache for average two years and benefit partly from ampiric medications, being given for any of vasculary reasons, have been reviewed with the lights of endoscopic and tomographic investigations. In 28 patients who had the basic complaint was headache, endoscopic sinus surgeries were done because of mucosal contacting areas and anatomic variations. After the operations the basic complaint disappeared entirely in 10 patients (38%) and improved partly at varying degrees in 14 patients (50%).

Key words: Pain, headache, sinusitis, paranasal sinus, FESS.

GİRİŞ

Sinüzit semptomatolojisinde başağrısı konjesyon, obstrüksiyon ve sekresyondan sonra üçüncü sırada görülmektedir (1,2). Ağrı birinci derecede önemli şikayet olmasa da hastaların en fazla yakındıkları semptomdur. Nazal konjesyon ve direnç ile birlikte başağrısı yakınması olan

hastalarda neden izah edilebilmesine rağmen belirtilerin aşikar olmadığı durumlarda bu kolay olmamaktadır. Sinojenik ağrılar lokalizasyonlarına göre kalvariumun değişik bölgelerinde kendini gösterebilir. Kulak Burun Boğaz (KBB) genellikle üç tip başağrısı sorunu ile karşılaşmaktadır (1,3).

1. Başağrısı inflamatuvar hastalık, neoplazm, barotravma veya diğer kolay tanınabilir ve sinüs kökenli bir nedenle oluşmaktadır.

2. Başağrısı, migren, nevralkji, servikal spin hastalıkları, kan basıncı düzensizlikleri, diğer vasküler hastalıklar, intrakranial patolojiler, gerilim başağrısı, temporomandibuler hastalıklar, refraksiyon kusurları, glokom veya allerji gibi bir nedene bağlanabilir.

3. Bu grubda problem aşikar gözükme olayın sinüs orijinli olduğunu düşündüren bulgular

*Bu çalışma 24-27 Mayıs 1998'de İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 15. Akademik Hafta-sı'nda poster olarak sunulmuştur.

✉ Dr. Semih Mumbuç, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz Anabilim Dalı, 27070, Gaziantep
E-mail: mumbuc@gantep.edu.tr

mevcuttur. Sinüs drenaj ve ventilasyon bozuklukları ile birtakım mukozal temas alanlarının rol oynadığı düşünülmektedir. Sinüs ve nazal kaynaklı baş ağrısı adıyla tarif edilen bu grup sıklıkla migren ve diğer vasküler orijinli baş ağrılarını taklit eder. Mukozal temas alanlarının, akson refleksini başlatan mekanik stimulusu yarattığı düşünülebilir (1,3,4).

Eğer tek semptom baş ağrısı ise, anterior-posterior rinoskopide ve rutin sinüs radyografilerinde patoloji görülüyorsa hastanın oftalmolojik, dental, internal, nörolojik ve psikiyatrik açıdan muayenesi gereklidir. Bütün bu sistemler muayene, elektroensefalografi, bilgisayarlı beyin tomografisi gibi üst tetkiklerle normal olarak değerlendirilirse sinüs bağlantılı refere bir ağrıdan şüphelenilmesi ve lateral duvardaki gizli bölgelerin, bilgisayarlı tomografi (BT), endoskopi veya ope-rasyon mikroskobu ile gözden geçirilmesi şarttır.

Rekürren baş ağrısı hem hasta hem de otolaringolojist için halledilmesi gerekli bir sorundur. Birçok intranasal anomalinin ve mukozal temas alanlarının refere baş ağrısı nedeni olabileceği 1888 (Roe) yılından beri bilinmektedir. Sluder vakum baş ağrısı terimini, sinüs içi inflamatuvar hastalık olmadan drenaj yollarının kapalı olmasına bağlı barometrik basınç değişikliklerini izah etmek için kullanmıştır. 1940'da McAuliffe, mekanik basınç dahil sinonazal kavitede oluşan birçok stimulusun, refere ağrılara neden olabileceğini iddia etmiştir.

Sinojenik baş ağrılarında BT ve endoskopik muayene ile tesbit edilen anatomik varyasyonlar (1,4,5)

1. Septal deviasyonlar,
2. Hastalıklı veya çok geniş agger nasi hücreleri,
3. Mediale dönük, orta konka ile temas eden unsinat çıkıntı (UÇ), laterale dönük UÇ, bifid konka görüntüsü veren, öne çıkık UÇ ve UÇ kırıkları,
4. Konka bülloza, tersine eğimli konka, lateral nazal duvara basınç yapan orta konka,
5. Orta meatusu dolduran, konkal sinus poliplerinde olduğu gibi temas alanları yaratan, öne doğru taşarak hiatus semilunaris kapatan, hatta orta meatusdan taşan etmoidal bulla,
6. Frontal reses obstrüksiyonu yaratan durumlar,

7. İzole sfenoid hastalığı.

MATERYAL VE METOD

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı'nca 1996-1998 yılları arasında farklı nedenlerle nedeniyle fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESC) uygulanan 117 hastadan en az iki yıldan beri kronik ve persistan baş ağrısı şikayeti bulunan ve konvansiyonel tetkiklerle baş ağrısı nedeni tesbit edilemeyen veya vasküler baş ağrısı ve diğer nedenlerle verilen ampirik tedavilerden kısmen veya hiç fayda görmeyen 28 hasta incelendi. Bu 28 hastada BT ve endoskopik tetkiklerle ortaya çıkarılan mukozal temas noktaları ve anatomik varyasyonlar için FESC uygulandı. Yaş ortalaması 42 olan (21-58) hastalarda endoskopik muayene sırasında; pantokain topikal anestezisinin şüpheli bölgelere tatbiki ile ortalama 10'luk ağrı skalasında 2-3 derecelik düşmeler görüldü. Tüm hastaların rutin KBB ve nörolojik muayeneleri, psikiyatrik konsültasyonları, konvansiyonel grafileri ve aksiyel beyin tomografileri çalışma grubuna kabul edilmeden önce alındı. Endoskopik muayene ve BT ile olgularda tesbit edilen anatomik varyasyonlar ve mukozal temas noktaları Tablo 1'de görülmektedir.

Tüm hastalar lokal anestezi altında operasyona alınarak FESC uygulandı. Mukozal temas noktaları ve anatomik varyasyonlar giderildi. Mümkün olduğunca normal mukozaya dokunulmadı. Operasyon öncesi hastalara 10'luk bir skalada ağrıyı derecelendirmesi istendi. Operasyon öncesi yaklaşık 7 olarak tarif edilen ortalama, operasyon sonrası 3'e geriledi. Preoperatif ve postoperatif ağrı skalası sonuçları 'iki eş arasındaki farkın önemlilik testi'

Paired student-t testi ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı ($p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi). Tablo 2'de postoperatif ağrı değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Sinonazal baş ağrılarını kafa tepesinde bitemporal bölgede, glabella'da, gözler arasında, temporo-parietal bölgede, hatta oksipital bölgede bulunabilir. Hasta tarafından sıkıcı olarak tarif edilen ve dolgunluk ve basınç hissi veren bu tip ağrılar öne eğilmekle ve fiziksel stresle artar. Sinonazal baş ağrısı (1,4,5,6) :

Tablo 1

Anatomik varyasyonlar ve temas noktaları	Sayı	%
Septal deviasyon, kret, sivrilikler	8	28
İleri pnömotize agger nazi	8	28
Daralmış, hastalıklı frontal reses	2	7
Mediale dönük, orta konka ile temas eden UÇ	3	11
Laterale dönük UÇ	2	7
Bifid konka (öne çıkık UÇ)	1	4
Konka bülloza	18	64
Ters kurvaturolu orta konka	2	7
Lateral duvara girift orta konka	2	7
Orta meatusu dolduran etmoid bulla	7	25
Konkal sinüsde temas alanı ve polipoid	6	21
Orta meatusdan taşan etmoidal bulla		4
İzole sfenoid ön duvarı polibi		4
Pnömotize üst konka		4

Tablo 2

Postoperatif ağrı değerlendirilmesi	Sayı	%
Ağrı tümten kayboldu	10	38
Daha iyi	14	50
Değişiklik yok	4	14
Daha kötü	0	0

1. Mukozal yakın temas (refere başağrısı)
2. Sinüslerin malventilasyonu ve nonventilasyonu (hipoksi ve negatif basınçla sonuçlanır)
3. Poliplerin basınç başağrısı
4. Epitelyal lezyonlar veya diğer nedenlerin kombinasyonuyla oluşabilir.

Baş ağrısına en fazla neden olduğundan şüphe-lenilen durumlar etmoidal bulla ve orta konka arasındaki yakın temasdır (1,3,4,6). Etmoidal bullanın ileri pnömotizasyonu, konka bülloza veya her ikisi birden bulunduğu temas noktaları oluşmaktadır. Bu varyasyonların bulunduğu hastalarda baş ağrısından önce burunda kuruluk ve dolgunluk gibi teması düşündüren semptomlar yanında atmosfer ve nazal siklus değişikliklerinden anormal etkilenen, bazen BT ve endoskopi ile bile farkedilmeyen sinüs havalanma bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Aşırı büyük bülöz konka temasın ötesinde ostiumunun lokalizasyonuna bağlı olarak frontal sinüslerde vakum değişikliklerine yol açabilir. Tüm sinüs konka kavitesinin konka bülloza ile dolduğu durumlarda frontal resesin lokalizasyonu güçleşebilir.

Lateral sinüs, bullanın arka ve üstünde bulunan dar bir boşluk olup sadece BT ile görülen

izole bir hastalık sahasıdır. İnfundibulum derinlerinde bulunan küçük polipler yıllarca süren baş ağrısı nedeni olabilmektedir. Frontal reses, BT ve endoskopi ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir sahadır. Agger nazi hücreleri ve konka bülloza bu sahadan geliştiğinden hastalıklarında frontal sinüsün kötü ventilasyonuna ait ağrılar görülür. Orta konka lateral duvarına yapışan unsinat çıkıntı bazen tüm frontal reses sahasını yumurta kabuğu gibi saklayarak multipl temas sahaları doğurmakta, resesin lokalizasyonu da güçleşmektedir. Kist, polip veya mukotik enfeksiyon gibi izole sfenoid hastalığında santral yerleşimli baş ağrıları olabilir. İleri pnömotizasyonlu sfenoidlerde foraman rotun-dum ile maksiller sinirin veya vidian sinirin hastalıklı mukoza ile teması idiopatik nevraljik tipte baş ağrıları doğurabilir (1,4,5). Maksiller sinüs tavanındaki görüntüleme yöntemleriyle gözden kaçan küçük kistler de atipik ağrı nedeni olabilir (1).

Embriyolojik hayatta 4. ve 5. etmoturbinalerin birleşmesinden oluşan üst konkanın pnömotizasyonları da refere ağrıya neden olabilmektedir. Üst konka pnömotizasyonları konkanın arka kısmında gerçek bülöz konka şeklinde olabildiği gibi bazen de tüm üst meatusu kaplayan ve arka etmoid hücrelerle devam eden şekiller göstermektedir. Üst konka pnömotizasyonu saptadığımız olgularda konka ile septum arasında sıkı temas mevcuttu. Bu hastalarda bazal lamella perfor edilerek posterior etmoid hücreler yolu ile konkanın lateral yaprağı alınarak bülöz yapı ortadan kaldırılmış, bu sayede konkada lateralizasyon sağlanarak septal temas önlenmiştir. Bülöz üst ve orta konkada pnömotizasyon çok ileri veya ostiumu atipik yerleşimli veya diğer varyasyonlarla etkileşim yoksa ağrı görülmemektedir (7). Latera-lizasyon olmayan bir olgumuzda revizyon cerrahi-siyle üst konkanın tamamen alınmasıyla ağrı hafifleme görüldü. Septal spin ve spür bulunan olgularda lateral duvar ile temas mevcutsa ve bu temas özellikle alt konka gibi yumuşak, esnek bir dokuya değil de daha mukavim bir sahaya yönelmişse ağrı gözlemekteyiz.

Akut pürülan sinüzitte ağrı mukozal ödem nedeniyle ostiumun blokajı ve biriken mukus retansiyonuyla veya ostium bölgesindeki hassas sınır uçlarının inflamasyon nedeniyle uyarılmasıyla oluşabilir. Ventilasyonun durmasıyla oluşan negatif basınç ve hipoksi de

ağrıyı arttıran faktörlerdir. Tek semptomun başağrısı olduğu durumlarda mukozal temas sahaları ve kötü ventilasyon önemli rol oynar.

Refere ağrı burun ve sinüslerde şu şekilde oluşur; Ağrılı bölgeden kalkan afferent lifler trigeminal sinirin cilde ait lifleriyle aynı duyuşal havuz yoluyla nukleuslarda toplanır. Bu duyuşal son nöronlar duyuşal kortekse ulaştığında ayırd edilemez, yüz ve baş sahalarından gelen dermatom sahalarına ait impulşlar olarak görülür (1,5,6). Yine bu nedenle alt konkaya ait lezyonlarda üst dişler, zigoma ve göz altlarında, orta konkalezyonlarında şakak, zigoma, alın ve iç kantuslarda ağrı bulunur.

Baş ağrılarında medikal tedavi yetersiz kaldığında endoskopik muayene gereklidir. Muayene sırasında kokain, pantokain gibi topikal aneste-ziklerle ağrının azalması dikkat çekicidir. Tek başına anterior veya posterior rinoskopi ve BT yetersizdir. BT ve endoskopik muayene birlikte değerlendirilmelidir.

Yapılan çalışmalar polip gelişimindeki faktörlerden biri olan substans P ve H'nin ağrı oluşumundaki mediatörler olabileceğini göstermektedir (4,5,6). Substans P, çok güçlü bir vazoaaktif ajan olup anmyelinize C lifleri denilen

duyuşal ve vagal afferent nöronların mediatörlerinden biridir. Calcitonin, gene-related peptide ve neurokinin A gibi tachykininlerin de C liflerinde bulunduğu ve Substans P'nin etkilerini artırdığı tesbit edilmiştir. Vazodilatasyon, plazma ekstravazasyonu, hipersekresyon ve düz kas kontraksiyonu, substans P'nin etkileridir. Mukozal temas sahalarında sıklıkla poliplerin görülmesi ve sıkışık ortamda bulunan bu poliplerin dolgunluk ve basınç hissi yaratması da bunu desteklemektedir. Ancak dolgunluk, basınç hissi her zaman ağrı öncesi olmayıp ayrı değerlendirilmelidir. Mukozal temas nedeniyle polip gelişen hastalarda özellikle hassas sinir uçlarının bolca bulunduğu ostium alanlarında inflamasyon yoksa, negatif basınç veya hipoksi gibi durumlar mevcut değilse ağrı nadiren görülmektedir. Değerlendirmeye aldığımız baş ağrılı olgularda mukozal temas sahalarında polip görülenlerde polip görülmeyenlere göre ağrının daha hafif olarak belirtilmesi polip gelişiminin temas hissini azaltmaya yönelik bir doku reaksiyonu olabileceğini; bu tip poliplerin allerjik ve inflamatuvar kökenli diğer poliplerden ayrılması gerektiğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stammberger H. Endoscopic Approach to Headaches and Sinus Disease. In Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. Philadelphia: B.C.Decker, 1991:442.
2. Chow J.M. Rhinologic headaches. Otolaryngol Head Neck Surg 1994; 111:211-218.
3. Acquadro MA., Salman SD, Joseph MJ Analysis of pain and endoscopic sinus surgery for sinusitis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106:305-309.
4. Stammberger H, Wolf G. Headaches and sinus disease : the endoscopic approach. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 1988; 97 (Supp 134):3-23.
5. Acquadro MA, Montgomery WW. Treatment of chronic paranasal sinus pain with minimal sinus disease. Ann Otol Rhinol Laryngol 1996; 105:607-614.
6. Chow JM Evaluation of rhinologic headaches. In: Stankiewicz JA, Advanced endoscopic sinus surgery. St.Louis, Mosby, 1995:121-126.
7. Clerico Dean M. Pneumatized superior turbinate as a cause of referred migraine headache. Laryngoscope 1996; 106 : 874-879.