

T. C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KULAK-BURUN-BOĞAZ  
Anabilim Dalı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

**Kronik Maksiller Sinuzitli Olgularda**  
**Klinik, Bakteriyolojik ve**  
**Histopatolojik Araştırma**

(UZMANLIK TEZİ)

**Dr. Mustafa YALÇIN**

**Fişlendi**

T. C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
KÜTÜPHANESİ

Demirbaş No.

00 36.476

Tasnif No.

616.212

YAL

1983

DİYARBAKIR, 1983

## İ Ç İ N D E K İ L E R

1- Amaç ve önsöz.....	Sayfa ?... 1
2- Tarihçe .....	Sayfa .....2
3- Anatomi ve embriyoloji.....	Sayfa.....3-5
4- Genel bilgiler.....	Sayfa ....6-9
5- Materyel .....	Sayfa ... 10
6-Metod.....	Sayfa...11-12
7- Bulgular.....	bbbbbb...Sayfa .. 13-18
8-Tartışma.....	Sayfa...19-22
9-Sonuç ve Özet.....	sayfa 23
10- Literatür.....	Sayfa .. 24-25

## A M A Ç ve Ö N S Ö Z

Sinuzitisler,sık rastlanılan, K.B.B. hekimleri başta olmak üzere bütün hekimleri uğraştıran hastalıkların başında gelmektedir. Sosyo-ekonomik şartların gelişmesi ve halkın kültür seviyesinin yükselmesi,K.B.B. polikliniklerinin sinuzit ön tanısı ile müracaat eden hastaların artmasına neden olmaktadır.Diyarbakır'dan itibaren gerek pratisyen,gerekse uzman hekimler tarafından, izah edilemeyen ağrıların, sinuzitise bağlanması da K.B.B polikliniklerine müracaat eden hasta sayısının artmasına neden olarak düşünülebilir.

Bölgemizde de Polikliniğimize müracaat eden hastalar arasında maksiller sinuzitislere,diğer sinuzitislerden daha fazla oranda rastlamamız,bu konu üzerine eğilmemize neden olmuştur.

3 yıllık ihtisasım süresinde,çalışmalarına,katkılarını esirgemiyen değerli hocam Prof.Dr.Hayrettin Muhtar'a,Kliniğimize yeni atanan sayın hocam Kıvanç Ayas'a,Öğretim görevlisi Op.Dr.Mehmet Demirel'e,Op.Dr.Cengiz Gündoğan'a ve Araştırma görevlisi tüm arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.



## TARİHCE

Uzun yıllar sinus maksillarisin doğuştan var olup olmadığı tartışılmıştır. 17. asrın başlarında sinuslar hakkında FALLOPIUS şu bilgileri verdi. sinusların doğumda olmadığını ancak, doğumdan sonra gelişmeye başlayarak pubertede tam büyüklüklerine eriştiklerini bildirdi.(17)

Daha sonra JAMIN (1846) tezinde os maksillarisin doğuştan, sinus adı verilen bir cavite ihtiva etmediğini belirtti. Doğuştan maksiller sinusun olduğu hala tartışma konusu olmaya devam etmektedir.(16)

Sinuzitler, 17. asrın başlarından itibaren hekimlerin dikkatini çekmeye başladı. Uzun yıllar maksiller sinus hastalıkları, bir diş hastalığı olarak kabul edildi.

1804 te DESCHAMPS: sinusların koku duyusu ile alakası olmadığını saptadı. Klinik ve tedavi prensipleri yönünden, akut ve kronik sinuzitleri kati sınırlar ile bir birinden ayırdı.

DEAN-LYMANS-RICHARD ve SCHAMBAUGE (1945) Kronik sinuzitlerin %70 oranında allerjik menşeyli olduğunu ~~orta~~ çalışmalarlarıyla ortaya koydular.

MASPETIOL-RUBENS-DUVAL ve CHAUVET (1954) Nonspesifik-hipersensibiliteye bağlı reaksiyonel sinuzitlerin, klasik antijen-antikor reaksiyonuna bağlı olmadığını, buna mukabil üst teneffüs yollarında histamin açığa çıkmasına bağlı olduğunu gösterdiler.

Bundan başka sinuzit<sup>is</sup> etyolojisinde bakterilerinde etkili olduğu birçok araştırmacı tarafından gösterildi. Günümüzde de bakteri identifikasyonu ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmektedir.(1,9,19)

İlk sinus ameliyatlarının ise ANTONIO MOLINETTI (1617) ve VILIAM COWPER (1707) tarafından yapıldığı bildirilmiştir. Bu çağda maksiller sinus ameliyatlarının esasını bir diş çekip, buradan sinusun drene edilmesi teşkil etmekteydi.

Daha sonraları sinus operasyonları 1798 de DESAULT ve 1743 te LEMORIER tarafından yapılmışsada, KUSTER(1889) tarafından daha da geliştirilmiştir. Bu günkü klâsik şekli ise G.CALDWELL(1893) ve LUC (1894) tarafından ortaya konulmuştur.(17)



## A N A T O M İ ve E M B R İ Y O L O J İ

Sinus maksillaris (Cavum Higmore) paranasal sinusların en büyüğüdür. Embriyonal hayatın 4. ayında burun mukozasının maksillaya doğru verdiği bir girintiden inkişaf eder. ~~XI~~ Yeni doğmuş çocuklarda bir bezelyeyi içine alabilecek büyüklüktedir. (14) Bundan sonraki gelişmesi, diş gelişmesine paralel olarak aşağıdaki şekildedir.

6. ayda 1,5 cm çapa ulaşır.

1 yaşında: önde canin diş alveollerine kadar erişir.

2 yaşında: Cavite uzar ve aşağı doğru iner. Uzunluğu 2-2,5 cm bulur. Bu yaşta ön duvar yolu ile müdahale yapılabilecek şekilde gelişmesini tamamlamıştır.

4 yaşında: küçük kavite arkada molar diş hizasına kadar gelmiştir.

6 yaşında: Cavite, kahil sinusunun küçük bir minyatürü şeklindedir.

8 yaşında: Cavitenin büyüklüğü bir fındık cesametine erişmiştir.

12 yaşında: Sinus cavitesi, kahildeki nihai şeklini almıştır.

<sup>E</sup>  
Yeni doğanda ve çocukluk çağında sinusun horizontal çapı daha büyük, kahilde ise vertikal çap daha büyüktür. (12)

MAKSİLLER SİNUS: (Cavum Higmore) Üst çene kemiğini yapan os maksillanın içini tamamiyle işgal eder. Ve bu kemiğin çeşitli yüzlerini meydana getiren, ince kemik levhaları ile sınırlanmıştır. Sinusun iç duvarında yani maksillanın facies nazalisini yapan ince kemik levhasında, burun boşluğuna açılan büyük bir delik vardır. Hiatus sinus maksillaris adı verilen bu delik, alttan processus uncinatus ve alt coananın processus maksillaris adını taşıyan küçük bir çıkıntısı, arkada da lamina perpendikularis ossis palatini ile kısmen daraltılmıştır. Deliğin kalan kısmı mukoza yaprağı ile kapatılmıştır. Yalnız meatus nasi medius hizasında, Hiatus seminularisin dibinde küçük bir delik kalır. Ostium maksillare denilen bu delik

sinusun yukarı kısmında bulunur. Bundan dolayı cavitenin drenaşı bakımından pek elverişli değildir. Bazen daha aşağıda, müköz membran üzerinde meatus nasi mediusa açılan ikinci bir delik bulunur. Buna da ostium maksillare accasserium adı verilir. Sinusun tabanı başka duvarlara göre daha dardır. Maksillanın processus alveolarisi tarafından yapılmıştır. Burada molar ve premolar dişlerin alveolar çıkartmaları sinusa doğru girintiler yaparlar. Bunları sinustan ayıran kemik çok incedir. Bazen burada kemik noksan olur ve molar dişlerin kökleri, mukoza altında boşluğa doğru uzanırlar. Bu yakın komşuluk, maksiller sinuzitislerin etyolojisinde çok yakın rol oynar.

Maksiller sinusun tavanını yapan ince kemik levhası bu boşluğu fossa orbitalisten ayırır. Maksiller sinusun ön ve arka duvarları, maksillanın, ~~COSSAXANTIRIYXXVFXFX~~ facies anterior ve facies infratemporalis denilen yüzlerine tekabül ederler.

Higmore mağarasının içi düz değildir. Burada çeşitli uzunlukta kemik çıkıntıları ve bunları örten mukozanın verdiği uzantılar mevcuttur. Bunlar boşluk içerisinde bir çok eksik bölmeler yaparlar. Bu bölmeler arasında, çeşitli büyüklükte, girinti ve çıkıntılar hasil olur.

Sinus maksillarisin hacmi ortalama 25 Cm<sup>3</sup> kadardır.

ARTERLERİ: A. Maksillarisin internanın dallarından ve kısmen a. Facialisten çıkan uç dallardan kanlanır.

VENLERİ: Pleksus pterigoise gidirler.

Lenfatikleri: Sub maksiller ve üst carotis ganglionlarına giderler

SİNİRLERİ: N. Trigemius ve en muhim dalı suborbital sinir ile sfenopalatin ganglionun dallarıdır. (14)



**HİSTOLOJİ:**Maksiller sinuslar,çok sıralı,prizmatik ve titretilmiş tüylü bir mukoza ile örtülmüştür.Burun mukozasının,ostiumdan içeri giren devamı gibi kabul edilirse de,arada submukoza daha incedir.Bu sebepten epitelin muköz bezleri daha azdır.Submukoza sinusun periostuna bağlanmış gibidir.Epitelyumun sil vibratilleri daima ostium yönündedir.Ve bu bu sillerin üzerinde de bir mukoza sekresyon örtüsü vardır.(2)

**FİZYOLOJİ:**Paranasal sinuslar,burun boşluğu için yardımcı ve rezanans yapan boşluklar olarak kabul edilmektedir.VERSALIUS bunların yüz kemiklerine hafiflik verdiğini ve neticesinde olarak başta muvazeneyi temin ettiklerini iddia etmiştir.Sinus havasının solunumla ilgisi hakkında,experimental deneyler yapan BAURE ise ekspirasyon sırasında,sinuslar içi basıncının ileri derecede pozitif olduğunu göstermiştir. Sinusa hava girişi inspirasyon sırasında olur ki ,bu hava sıcak ve rutubetlidir.Sinus havası ekspirasyon sırasında dışarıya çıkar.Bu suretle sinuslar,havanın ısınıp rutubetlendirilmesinde buruna yardımcı olmuş olurlar.Burundaki hava cereyanı sinus ostiumu civarında emici bir etkiye sahiptirler.(Aspirasyon) Bu hava cereyanının azalıp çoğalmasıyla,sinus drenajı da azalır,çoğalır. Sinus içini döşeyen mukoza silleri drenajın devamını sağlar.Sillerin bu hareketi sinus içindeki nem oranına bağlıdır.Kuru ve soğuk hava sillerin aktivitesini durdurur.Sillerin hareketi sinusun ostiumuna kadardır. Sillerin mekanik kapasitesi,üstündeki(Mikroskobik) cisim atabilecek derecedir.Bu durum mikroplar içinde geçerlidir.

Diğer taraftan enfeksiyon ve eksudasyonda da hareket durur ve patolojik durum ortaya çıkar.



## GENEL BİLGİLER

Paranasal sinusların iltihaplanmasına sinuzitis denilir.İltihabın yerleştiği sinusa göre değişik isimler kullanılır.Örneğin Maksiller sinuzitis, Etmoiditis,Frontal sinuzitis vs gibi.

Araştırmamızın konusunu teşkil eden kronik maksiller sinuzitlerin detayına geçmeden önce Etyolojik faktörler,hazırlayıcı sebepler ile tedavi yöntemlerine kısaca değinmenin uygun olacağını düşündük.

Kronik maksiller sinuzitisi yapan amilleri şu şekilde sıralayabiliriz.

1-Fiziksel etkenler.

2-Kimyasal etkenler.

3-Mikroorganizmalar.

4-Allerjen ve oto-immun hastalık yapan etkenler.

Kronik maksiller sinuzitinin etyolojisinde,belirtilen amiller yanında hazırlayıcı faktörlerinde önemi unutulmamalıdır.Belli başlı hazırlayıcı faktörler ise

1-Vucut direncini kıran sistemik hastalıklar.(Gripal enfeksiyon,kızamık, su çiçeği,beslenme bozuklukları,anemi,tbc.)

2-Adenoit vejetasyonlar ve tonsillitler.

3-Nazal obstrüksiyon yapan etkenler.(Septum deviationu,konka hipertrofisi,Burun yabancı cisimleri (2,7,16)

Çeşitli araştırmacılar sinus enfeksiyonlarının 3 orijinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir.(18) Buna göre

1- Nazal orijin

2-Farenks lenfoit dokusu ~~ve~~ iltihabi orijin

3-Dental orijin

Yukarda kısaca etyolojisi ve hazırlayıcı etkenlerini gördüğümüz kronik maksiller sinuzitler; Maksiller sinus mukozasının tekrarlayan akut enfeksiyonları sonucu ortaya çıkmaktadırlar.Keza maksiller sinus içindeki ve burun

mukozasındaki sil ve vibratiller çok faal olmasına rağmen, sinus ostiumunun yukarıda oluşuna bağlı olarak daha çok iltihaba uğrar. Ayrıca dişler ile yakın komşuluğunda maksiller sinusun daha çok iltihaba uğramasına neden olmaktadır. (2) Bu hastalıkta, sinus mukozasında, fibröz dokunun artması, ödem ve interceluler dokuda bol lenfosit infiltrasyonu ile karakterizedir. Interceluler dokuda Eozinofil görülmesi etyolojide allerjinin rol oynadığını gösterir.

Kronik maksiller sinuzitler mukoza ve periost durumuna göre 5 gruba ayrılır.

1- Ödematöz

2-Enfiltratif.

3-Fibrotik

4-Kistik

5-Degeneratif.

Kronik maksiller sinuzitlerin teşhisinde:

1-Anamnez:Hastalığın ne zaman başladığı, seyri, öz ve soy geçmişi vs. sorularak yapılır.

2-Fizik muayene:Rutin K.B.B. muayeneleri yapılır.Rinoskopi anterior, rinoskopi posterior, sinus üzerine palpasyon, dişlerin ve ağzın muayenesi vs. yapılır.

3-Transilluminasyon:Bu muayene şekilde bize maksiller sinuslar hakkında bilgi verir.Fakat radiografik tetkiklerin gelişmesinden sonra pek fazla kullanılmaz olmuştur.

4-Radiografik inceleme:Maksiller sinuslar hakkında en yeterli bilgi radiografi ile elde edilir.Enfazla kullanılan radiolojik tetkikler ise

a-)Waters pozisyonu

b-)Cald-vell Pozisyonu

c-)Lateral pozisyon

d-) Sinus içine radiopak madde verilerek  $\times$  Radiografi çekmek

e-) Tomografik inceleme .

şeklindedir.

Maksiller sinuslar hakkında <sup>Bilgiyi</sup> ~~Peniyi~~ Waters grafisi vermektedir.

Maksiller sinuzitler hakkında teşhis bakımından ,kullanılan daha değişik metodlarda mevcuttur.Bunları şu şekilde sıralayabiliriz

1-Histopatolojik teşhis

2-Bakteriyolojik teşhis

Çalışma serimizde bizde son saydığımız iki metoduda ~~kullanılmadık~~ kullandık.

Kronik maksiller sinuzitlerin komplikasyonları:En sık komplikasyonları yakın komşulukları delayısıyla göze aittir.

1-Orbital komplikasyonları

a-Exoftalmi

b-Orbitada kitle

c-Enoftalmi

2-Osteomyelit(Maksilla osteomyeliti)

3-Kafa içi komplikasyonları

4-Desendens komplikasyonları.

5-Fokal enfeksiyon kaynağı olması

Kronik maksiller sinuzitlerin tedavisinde de belli başlı iki yol vardır.

1-Medikal tedavi:Genel olarak medikal tedaviye alınan vakalarda

a-Sistemik antibiotikler.

b-sistemik ve lokal antihistaminikler,

c-İnhalasyon sulusyonları

d-Vitaminler kullanılır.

Ayrıca medikal tedavi olarak sinus irrigasyonuda yapılabilir.



2-Cerrahi tedavi metodları:Genellikle medikal tedaviye cevap vermiyen vakalarda cerrahi tedavi endikedir.Başlıca ameliyat endikasyonları

a-Yeterli tedaviye rağmen ağrı ve akıntının devam etmesi.

b-Mukosel veya pyosel teşekkül etmesi.

c-Abse teşekkülü ve komplikasyon yapması.

d-Oro,antral fistül meydana gelmesidir.

Cerrahi tedavi yapılırken iki amaç göz önünde tutulmalıdır.Burun drenajını bozmadan,sinusun drenajını sağlamak,sinusu oblitere etmek.

Cerrahi tedavi metodları iki türdür.

1-İntranazal antrostomi:Nazo,antral duvara bir pencere açmak esasına dayanır.

2-Caldwell-Luc Ameliyatı:Kronik maksiller sinuzitislerin cerrahi tedavisinde kullanılan en gelişmiş ameliyat şeklidir.Esasını fossa caninadan sinusa bir pencere açıp,sinusu temizlemek ve buruna caviteyi iştirak ettirmek teşkil eder.

M A T E R Y E L

Materyelimizi 1980-1983 yıllarında polikliniğimize müracaat eden hastalar arasından, kronik maksiller sinuzitis teşhisi koyduğumuz 24 olgu teşkil etmektedir.

YAŞ GURUPLARI	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	SAYISI	%	SAYISI	%	SAYISI	%
0-9 Yaş gurubu	-	-	-	-	-	-
10-19 " "	1	4,16	2	8,33	3	12,50
20-29 " "	9	37,50	-	-	9	37,50
30-39 " "	6	25,00	4	16,66	10	41,66
40-49 " "	-	-	1	4,16	1	4,16
50-59 " "	-	-	-	-	-	-
60-69 " "	-	-	1	4,16	1	4,16
TOPLAM	16	66,66	8	33,33	24	99,99

TABLO 1: Olgularımızın yaş guruplarına ve cinse göre dağılımı.

Tablo 1 de de görüldüğü gibi olgularımızın 16 ( % 66,66 ) sı erkek, 8 ( % 33,33 ) i kadındır. Yaş guruplarına dağılımı ise 10 ( % 41,66 ) u 30-39 yaş gurubunda, 9 ( % 37,50 ) u 20-29 yaş gurubunda, 3 ( % 12,50 ) ü 10-19 yaş gurubunda, 1 ( % 4,16 ) i 40-49 yaş gurubunda, 1 ( % 4,16 ) i de 60-69 yaş gurubunda olmak üzere dir.



## M E T O D

Araştırmamızda kullanılan yöntemler, aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

1-ANAMNEZ:Hastaların anamnezlerinde, şikayetleri, bu şikayetlerini ne zaman başladığı ve seyri tespit edilmeye çalışıldı. Bu arada öz ve soy geçmişleride araştırıldı.

2-Rutin K.B.B.Muayenesi: Rutin K.B.B. muayene aletleri kullanılarak yapıldı. Muayenede: Rinoskopi anterior, rinoskopi posterior, oro-farenk ve dışların muayenesi özellikle üzerinde durularak yapıldı. Ayrıca her hastada maksiller sinuslar üzerine palpasyon yapılarak hassasiyet olup olmadığı araştırıldı.

3-Radyolojik tetkikler: Sinuzitlerin teşhisinde, tartışılmaz ve kesin yeri olan radyolojik muayene yöntemi tüm hastalara uygulanmıştır. Waters, Caldwell ve lateral pozisyonlarda radyografik tetkikler yapılmıştır.

4-Kan tetkikleri: Hastaların hepsinde rutin kan tetkikleri yapılmıştır. (Eritrosit, Leukosit, Hb, Kanama ve pıhtılaşma zamanları vs.)

5-AMELİYAT: Hastalarımızın hepsine, tedavi ve teşhis için klasik Caldwell-Luc ameliyatı uygulanmıştır.

6-Bakteriyolojik tetkik: Olgularımızın hepsinden, ameliyat esnasında fossa caninada açılan pencereden girilerek, Ekvüyonlu tüp içine sürüntü materyeli alındı. Daha sonra bakteriyolojik tetkik için, steril şartlarda alınmış olduğumuz sürüntü materyeli, ilk üreme için buyyonlu besi yerine ekim yapıldı. İlk üreme elde edildikten sonra, bakteriyolojik identifikasyon için aero bakteri kültürleri yapmak üzere hazırlanmış, kanlı agar, çukulotalı agar ve E.M.B. agarı, Anaerob bakteriler ise kıymalı buyyon ve thioglukonatlı buyyon plaklarına ekim yapıldı. Ayrıca mantar kültürü yapmak üzere Sabaurad dextrozlu agar besi yerine ekim yapıldı. 24-48 saat sonra besi yerleri kontrol edildi. Üreme olanlarda, bakteri kolonileri mikroskop altında incelenerek patojen mikroorganizmalar tespit edildi.



7-Histopatolojik tetkik: Yine ameliyat esnasında, sinus içerisinden alınan patolojik materyel ve hipertrofik mukoza, %70 lik alkol içerisine konuldu. Bu materyel, bilahare daha derişik alkollerden geçirilerek, doku suyu alındı. Xylolde de doku alkolden arındırıldı. Daha sonra parafine yatırıldı. Parafinli bloklar elde edildi. Bu bloklar, mikroton vasıtasıyla 2-3 mikron kalınlığında kesilip lam üzerine alındı. Lamlar sıra ile Etüv, Xylol, Alkol ve sudan geçirilerek dokular parafinden temizlendi. Sonra hemotoksilen eozin boyası ile boyandı. Böylece hazırlanan preparatlar, tekrar Xylol ve alkolden geçirilerek şeffaflandırıldı. Kanada balsamı ve lamelle kapatılıp, ışık mikroskobu altında incelendi.

### B U L G U L A R

Araştırmamızı teşkil eden 24 kronik maksiller sinuzitisli hastanın 16(%66,66) sı erkek, 8 (% 33,33) ü kadındır.Olgularımızın en küçüğü 17 yaşında,en yaşlısı ise 60 yaşındadır.Yaş ortalaması 30,4 tür.Tablo 1 de olguların yaş ve cinse göre dağılımı gösterilmiştir.

Olgularımızın anamnezlerinde ise:Olgularımızın tamamı,yüz ve baş ağrısı şikayeti ile bize müracaat etmiştir. 17(%70,83) olguda burun tıkanıklığı, 7(%29,16) olguda ise burun tıkanıklığı şikayeti bulunamamıştır.Olgularımızdan 3(%12,50) ü ise değişik faktörlere karşı allerjileri olduklarını bildirmişlerdir.

BULGULAR	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	SAYISI	%	SAYISI	%	SAYISI	%
SEPTUM DEVIATIONU	5	20,83	2	8,33	7	29,16
KONKA HİPERTROFİSİ	5	20,83	5	20,83	10	41,66
KONKA HİP +SEPTUM DEVIATIONU	4	16,66	,-	-	4	16,66
NAZAL POLİP	1	4,16	2	8,33	3	12,50
TOPLAM	15	62,48	9	37,49	24	99,99

TABLO 2: Olgularımıza ait fizik muayene (K.B.B.) bulguları ve cinslere dağılımı.

Yapılan rutin K.B.B. muayenesinde ise tablo 2 de de görüldüğü gibi olgularımızın 7 ( % 29,16 ) sında septum deviationu, 9 ( % 37,50 ) unda konka hipertrofisi, 4 ( % 16,66 ) ünde ise septum deviationuna,konka hipertrofisi de eşlik etmiştir. 4 ( % 16,66 ) olgumuzda ise burun polibi saptanmıştır.

Bu 24 olgumuzda ayrıca karışık olarak 8 ( % 33,33 ) olguda postnazal akıntı, 6 ( % 25 ) olguda ise orta mead pü ve pü kıvamında sekresyon tespit edilmiştir.

LOKALİZASYON	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	SAYISI	%	SAYISI	%	SAYISI	%
Bilateral kr. max. sinuzitis	3	12,50	0	-	3	12,50
SAĞ KR. MAX. SINUZİTİS	5	20,83	4	16,66	9	37,50
Sol kr. max. sinuzitis	8	33,33	4	16,66	12	50,..
TOPLAM	16	66,66	8	33,33	24	99,99

TABLO 3:Olgularımızdaki radyolojik tetkik sonuçları

Tablo 3 te de görüldüğü gibi olgularımızın 9 ( % 37,50 ) unda sağ kronik maksiller sinuzitis,12 ( % 50 ) si sol kronik maksiller sinuzitis, 3 ( % 12,50 ) ü de bilateral kronik maksiller sinuzitistir.

Olgularımıza ait radyolojik tetkik örneklerinden bazıları resim 1,2, 3,4 de gösterilmiştir.

Resim 1:Bilateral kronik maksiller sinuzitis:İki taraflı kapalı imaj izlenmektedir.

Resim 2:Sol kronik maksiller sinuzitis.

Resim 3: Sağ kronik maksiller sinuzitis.

Resim 4:Sağ maksiller sinus tabanında polipoit imaj görülmektedir.

Olgularımızda yapılan rutin kan tetkiklerinde önemli bir özellik saptanmamıştır.



Resim 1

Resim 2

Resim 3

Resim 4

Tablo 4 de de görüldüğü gibi 24 olgudan alınan kültür materyelinin yapılan bakteriyolojik ekimi sonunda 10(%41,66) olguda üreme tespit edilememiştir.14(%58,33) olguda ise değişik bakteriler üremiştir.Bunlardan 12 (%50) sinde tek tip bakteri üretildiği halde,2(%8,33) olguda iki tip bakteri bir arada üremiştir.

VAKALAR	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	SAYISI	%	SAYISI	%	SAYISI	%
ÜREME OLMAYANLAR	7	(29,16)	3	(12,50)	10	(41,66)
ÜREME OLANLAR	9	(37,50)	5	(20,83)	14	(58,83)
TOPLAM	16	(66,66)	8	(33,33)	24	(99,99)

TABLO 4 :Çalışma serimizde üreme olmayan ve olan olguların dağılımı.

Üreme olan bakterilerin tipleri ve cinslere dağılımı tablo 5 te görüldüğü gibidir.

İdentifiye edilen bakteriler:Stafilakokus Coagulase(%20,83),Stafilakokus Aureus (%8,33),Pnökokokus (%8,33),Streptekokus (%8,33),Difteroit basil (%4,16)Neisseria+St.Aureus (%4,16),St.Aureus +Str.Pnomonia (%4,16) olarak tespit edilmiştir.

AJAN	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	SAYISI	%	SAYISI	%	SAYISI	%
Stafilakok. Coagulase	3	12,50	2	8,33	5	20,83
Stafilakok Aureus	2	8,33			2	8,33
Pnömokokus	2	8,33			2	8,33
Neisseria+ St.Aureus			1	4,16	1	4,16
St.Aureus + Str.Pnömonia			1	4,16	1	4,16
Streptekok	1	4,16	1	4,16	2	8,33
Difteroit Basil	1	4,16			1	4,16
TOPLAM	9	37,48	5	20,82	14	58,30

TABLO 5: Olgularımızda üretilen bakteri çeşitleri ve olgulara dağılımı

24 olgudan ameliyat esnasında alınan sinus mukozasının yapıyan histopatolojik tetkikinde 23(%95,83) olguda patolojik değişiklikler tespit edilmiştir. Bir olguda ise histopatolojik olarak herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Histopatolojik olarak izlenen 18(%75) olgudaki kronik K iltihabi hücre infiltrasyonuna, 10(%41,66) olguda eozinofil leukositlerin, 1(%4,16) olguda ise plazma hücrelerinin eşlik ettiği görülmüştür.



3 ( % 12,50 ) olguda sinus mukozasının kronik iltihabi infiltrasyonu ile birlikte kistik gelişme ( Mukosel ) gösterdiği, 1 ( % 4,16 ) olguda da polipoit gelişme gösterdiği saptanmıştır.

### TARTIŞMA

Maksiller sinuzitiserin, genellikle nazal obstrüksiyonlar ve enfeksiyonlar sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir.(1,7) Araştırmamızda 17(%70,83) olguda nazal obstrüksiyon olduğu saptanmıştır. Maksiller sinuzitiserin %10 oranında dental orijinli oldukları kabul edilmektedir.(6,7) Olgularımızda bu konu üzerinde de durulmuştur.

Kronik maksiller sinuzitis etyolojisinde, bakterilerin rolü kadan günümüzde ~~allergik~~ allerjik faktöründe önemi büyüktür. Van Dishoeck ve Franssen 26 olguluk araştırma serilerinde, sinus dokusunun histopatolojik incelemesi yapılmışlar. %75 oranında eozinofil leukosit tespit etmişlerdir.(20) Dr. Çağatay ise 60 olguluk serisinde %26,6 oranında sinus dokusunda eozinofil leukosit olduğunu saptamıştır.(1)

Çalışma serimizde sinus doku materyelinin histopatolojik tetkikinde 10(%41,66) olguda eozinofil leukositler tespit edilmiştir. 18(%75) olguda ise kronik iltihabi infiltrasyon izlenmiştir. Nitekim ~~bu~~ sinuzitis etyolojisinde allerjik burun obstrüksiyonlarının ve iltihaplarının önemli yeri olduğu kabul edilmektedir.(1,11,21) Buda bizim verilerimizle uyum göstermektedir.

Olgularımızın histopatolojik incelemesinde 1(%4,16) olguda normal mukoza bulunmuş, Diğerlerinde ise 23(%95,83) kronik iltihabi infiltrasyon izlenmiştir. Sinus materyelinin histopatolojik incelemesinde izlenen kronik iltihap elemanları (Lenfosit, fibroblastlar, fibrosit, histiocit ve damarlanma) klasik kitaplarda verilen histopatolojik bulgularla hemen hemen aynıdır.(7) Bu arada olgularımızdan 3(12,50%) olguda izlenen kistik gelişme ile 1(%4,16) olgudaki polipoit gelişmenin mi iltihabi, yokba iltihabın mı bu gelişmelere yol açtığı ayırtı edilememiş isede, İltihabın bu kistik ve polipoit gelişlere yol açması daha fazla mümkün görülmüştür.

İtzhak Brook ve arkadaşları 12 normal şahsın maksiller sinüsünden yaptıkları bakteriyolojik araştırmada 5 ( % 42 ) olguda sadece anaerob ve 7 ( % 58 ) olguda da anaerob ve aerob bakterileri bir arada üretmişlerdir. Tespit ettikleri bakteriler arasında Beta ve Alfa hemolitik streptokoklar, stafilokoklar, pnömokoklar, Gram (+) koklar ve basiller ön sırada yer almışlardır.(3) Sinuslarda bulunan bu A patojen bakterilerin, sinüzitis oluşturabilmesi için , nazal obstrüksiyonlar ve enfeksiyonlar sonucu, sinus mukozasının fizyolojik fonksiyonun ve silier aktivitesinin kaybolması önemli rol oynar.(1,2,3,7,13,16,19) Klasik kitaplar genellikle sinüzitislere stafilokok kokuslar, streptokokuslar ve pnömokokusların yol açtığını ifade eder. bu arada Hemofilus influenza ve difteroit basillerinde, maksiller sinüzitislere üretildiği bildirilmiştir.( 2,7 )

Müderri ve arkadaşları: 75 kronik maksiller sinüzitisli hastada yaptıkları araştırmada 45 ( % 60 ) olguda patojen mikroorganizma ürettiklerini bildirmişlerdir. ( 13 )

Atçalı ise 60 kronik maksiller sinüzitisli serisinde 38 ( % 63,40 ) olguda mikroorganizma tespit etmiştir. ( 1 )

Palva 1962 yılında yaptığı 88 kronik maksiller sinüzitisli araştırma grubunda, sinus materyelinden % 63 oranında mikroorganizma tespit etmiştir.

Catlin ise 1965 yılında kronik maksiller sinüzitisli hastalar üzerinde yaptığı araştırmada % 65 oranında mikroorganizma üretmiştir.

Bu çalışmamızda ise 9 ( % 37,50 ) u erkek, 5 ( % 20,83 ) i kadın olmak üzere toplam 14 ( % 58,33 ) oranında patojen mikroorganizma tespit edilmiştir. Bu sonuçlarda yukardaki çalışmalar ile uygunluk göstermektedir.



ARAŞTIRMACI	Stafilakokus Coagulase(Albus)	Stafilakokus Aureus	Pnomonia Str.	Streptekokus	Neiseria+ Stf Albus	Str.Pnomonia + St.Albus	Difteroit basil	DIĞERLERİ
PALVA 1962	7 x		10	35				E.Coli=2 H.Influenza=1
CATLIN.1965	35 x		13	16				B.Suptilis
MÜDERRİS.1973	25,30	12	6,6	5,3				Neiseria=4 H.influenza=1,25
AKÇALI.1976	21,6	18,3	3,2	8,3				Neiseria=3,2
OLGULARIMIZ	20,83	8.33	8.33	4,16	4,16	4,16		

X=Stafilakokus Albus ve Aureusların yüzde(%) toplamıdır.

TABLO 6:Kronik maksiller sinuzitisli olgulardan idantifiye edilen mikro-organizmaların yüzde(%) olarak karşılaştırılması.

Yukardaki tablo 5 ve 6 da da görüldüğü gibi çalışmamızda %20,83 oranında Stafilakokus Coagulase(Albus),%8,33 oranında Stafilakokus Aureus, %8,33 oranında Str.Pnomonia,%8,33 oranında streptekokus,%4,16 oranında Difteroid basil saf olarak üretilmiştir.%4,16 oranında St.Aureus+Neiseria ve Streptekokus + stafilakokus aureus bir arada üretilmiştir.

Çalışmamızda Dominant olarak Stafilakokuslar üremiştir.Pnökokuslar ve streptekokuslar 2. sırada yer almışlardır.

PALVA %35 oranında streptekok üreterek olgularında birinci sırada bu bakteriyi sorumlu etken olarak bulmuştur. (5)

CATLIN çalışmalarında % 35 oranında stafilakokusları tespit etmiş fakat streptekokusları da % 16 gibi yüksek bir oranda bulmuştur. ( 7 )

Diğer taraftan URDAL ve BERDAL yaptıkları çalışmalarda % 39 oranında pnömokokus üreterek, asıl sorumlu ajan patojenin bu olduğunu bildirmişlerdir.

MÜDERRİS ve ATÇALI ise ülkemizde yaptıkları araştırmalarda % 25,30 ve % 21,60 oranlarında stafilakokus albus bulmuşlardır. ( 1,13 ) Tablo 6 da da görüldüğü gibi PALVA ve CATLIN'inin araştırmaları ile çalışmamız arasında bir uyumsuzluk izlenmektedir. Fakat ülkemizde Müderris ve Akçalı tarafından yapılan araştırmalardaki mikroorganizmalar ve yüzdeleri ile çalışmamızın sonuçları uygunluk göstermektedir. Bu durumda kronik maksiller sinuzitlerde rol alan mikroorganizmaların, ülkeden ülkeye farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

## S O N U Ç

### KLİNİK OLARAK

24 Kronik maksiller sinuzitis teşhisi koyduğumuz olgular üzerinde yaptığımız klinik, bakteriyolojik ve histopatolojik araştırmada:

1- sinuzitis oluşmasında, burun obstrüksiyonlarının ve enfeksiyonlarının önemli rol oynadığı saptanmıştır.

2-Olgularımızın, sinus materyelinin tetkikinde %41,66 oranında eozinofili tespit edilmiş, allerjinin de kronik maksiller sinuzitislerin oluşmasında, önemli bir etken olduğu kanısına varılmıştır.

3-Kronik maksiller sinuzitislerin oluşmasında etken olan olan mikrobik ajanların, sırayla Stafilakokus, pnömokokus, vestreptekokuslar olduğu tespit edilmiştir.

## Ö Z E T

Çalışmamızda 24 kronik maksiller sinuzitisli hasta ele alınmıştır. Bu hastalara, klinik muayene ve tetkikler sonucu tedavi amacıyla klasik Caldwell-Luc ameliyatı yapılmıştır. Ayrıca ameliyat esnasında, bakteriyolojik ve histopatolojik tetkikler yapmak üzere sinus içinden materyel alınmıştır. Bakteriyolojik tetkik sonucu 14(%58,33) olguda üreme olmuş, 10(%41,66) olguda üreme olmamıştır. Histopatolojik tetkikte ise genellikle eozinofillerin eşlik ettiği, kronik iltihabi hücre infiltrasyonu izlenmiştir. Sonuçlar, tartışmada da belirttiğimiz gibi bu konuda yapılan çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.



L İ T E R A T Ü R

- 1-Akçalı.Ç:Kronik maksiller sinuzitli altmış hastada histopatoloji ve Mikrobiyoloji.Ç.Ü.Tıp Fakültesi dergisi 1:129-13-1976
- 2- Altuğ Hikmet M: Burun ve paranasal sinus hastalıkları.İstanbul-1963
- 3-Brook İ,Bethedesta M:Aerobic and anaerobic bacterial flora of normal maxillary sinuses.The laryngoscope 91:373-376 -1981
- 4- Catlin F I: The bacteriology in acute and chronic sinusitis,southein med J. 58:1497-1502 -1965
- 5- Catiin F,Reynold R C,and Cluff L E:Some aspekts of therapeuties in sinusitis.~~Ataxata~~ The laryngope 71:6,620-627,1967
- 6- Foxen B H M: Lecture notes on diseases of the ear,nose and thorat, ed.2.Oxford,Balackvell sicintific publication 1965. P.93
- 7- Jackson C and Jackson C.L:Nose and nasal accessory sinuses:Diseases of the nose,thorat and ear second edition;Page 1-200 Phila- delphia 1959
- 8- Karatay S va Arkadaşları:Sinus hastalıklarının teşhisi,K.B.B. Hasta- lıkları el kitabı.Sayfa 174-179 İstanbul- 1978
- 9-Kitamura T,Okado M,Asono Y,Kamata K: Faktors in fluencing the present status X of chronic paranasal sinuzitis in Japan, İnt Rhinol X 5/1:41- 1967
- 10-Kinman J,Lee C W,Park S H:Bacterial flora in chronic maxillary prulent sinisitis.Acta Otolaryngat 188:390-1967
- 11-Kumagami H A;Sirasaks M GG: Sinusitis and allergy,J.Oto-rhino-Laryn: 70/4:745- 1967
- 12-Lengent F,Narcy P H,Flottes L:Anatomier et phÿsiologie des sinus de la face Encyclopedie medico chirugicale Vol:3,France-1963

- 13-Müderris S ve Ark:Kronik maksiller sinus enfeksiyonlarında flora ve bakteri rezistan tayini, Xll. Oto-rino-Laringoloji Kongresi, Sayfa 349-361-1973
- 14- Odar İ V: Sinus maksillaris, Anatomi ders kitabı, cild:2 , Sayfa 219 Ankara 1961
- 15-Palva.T.A: Bacteriology and pathology of chronic maxillary sinusitis Acta Otolaryngologica 54:159 - 1962
- 16-Sunay.T: Sinusların embriyolojisi ve anatomisi, Çocuk sinüzitlerinin teşhis ve tedavisi (İht. Tezi) sayfa:6, İstanbul-1972
- 17-Şenocak F. Med Dr: Rinolojinin tarihsel gelişimi, kronolojik otolaren-goloji tarihcesi, Sayfa 13, İstanbul-1975
- 18-Terracol J. et Guerrier Y: Les sinusites d'enfance, masson et cie edit. Paris-1975
- 19-Urdal K, Berdal H: The microbial flora in 81 cases of maxillary sinusitis. Acta Otolaryng, 188:390 -1967
- 20-Van Dishoeck H A; Franssen M G G: The incidence and correlation of Allergy and chronic maxillary sinusitis, Pract-oto-Rhino-Laryng, 19:502-1957
- 21-Williams H L: The relationship of allergy, ~~XXXXXX~~ to chronic sinusitis and allergy , 24:521 -1966