

OZENA

Mustafa Erkan*, İsmail Külahlı**

Özet: Primer atrofik rinit veya ozena, respiratuar mukoza, submukoza, serömüsinöz glandlar, nazal damarlar ve nihayet periost ve kemiği etkileyen, ilerleyici kronik inflamasyon, atrofi ve fibrozisle karakterize, ileri derecede genişlemiş nazal boşluklarda kuru, koyu kıvamda, pis koku yayan kurutlarla beraber görülen kronik bir burun hastalığıdır. Ozena insidansı her ne kadar batı dünyasında büyük ölçüde düşürüldü ise de, doğu dünyasında hâlâ yaygın bir şekilde karşılaşılmakta ve K.B.B. uzmanlarının dikkatini çekmektedir. Ozenanın etyolojisi hâlâ net bir şekilde ortaya konamamıştır. Tedavisi için ise çok sayıda cerrahi veya cerrahi olmayan metod savunulmuştur. Son 5 sene içinde karşılaştığımız ozenalı 6 hastamızı gözden geçirdik, değişik tedavi modellerini tartıştık ve ilgili literatürü taradık.

Anahtar kelimeler: Ozena, ilerleyici kronik inflamasyon, nazal irrigasyon

Ozena

Summary: Primary atrophic rhinitis or ozena is a chronic nasal disease characterized by progressive chronic inflammation, atrophy, and fibrosis; involving mucosa, submucosa, seromucinous glands, nasal vasculature and, ultimately, the periosteum and underlying bones, accompanied by the formation of foul-smelling, thick, dry crusts in the greatly enlarged nasal cavities. Although the incidence of ozena is greatly diminished in the western world, it is still encountered widely in the eastern world and merits the attention of ENT specialist. The etiology of ozena still remains enigmatic. Numerous surgical and non-surgical methods had been advocated for treatment of ozena. In this article our experience with 6 ozena patients in the past 5 years, and the different modes of treatment is discussed and the relevant literature is reviewed.

Key words: Ozena, progressive chronic inflammation, nasal irrigation

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ABD Yardımcı Doçenti.

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ABD Araştırma Görevlisi.

Ozena veya diğeri adıyla primer atrofik rinitte, progresif kronik inflamasyon, atrofi ve fibrozisin respiratuar mukoza, submukoza, serömüsinöz glandlar, nazal vasküler yapılar ve nihayet periosteum ve kemik dokusunu etkilemesi sonucu; skuamöz metaplazi, goblet hücrelerinde azalma, siliar tahribat ve burun boşluğunda anormal genişleme meydana gelmektedir (14).

Burun boşluğu gayet açık görünürken paradoksal olarak, hasta burun tıkanıklığından şikâyetçidir. Bunun sebebi, aşırı bir şekilde genişlemiş olan burun boşluğuna giren havada meydana gelen girdaplı akımdır. Ayrıca, bu akımla burun sekresyonunu buharlaştırarak koyulaşır, siliar fonksiyonun bozukluğu sebebiyle atılamaz ve burnu tamamen dolduran, pis koku yayan kabuklanmalar oluşur (11).

Hastaların hemen hemen hepsinde anozmi, başağrısı, kronik sinüzit, burun tıkanıklığı, epistaksis şikâyetleri vardır. İhmâl edilmiş vak'alarda, nazal kemik ve/veya septal kartilajın absorpsiyonu neticesi, saddle nose (semer burun) gibi burun deformiteleri ve bütün bunlara bağlı olarak da sosyal davranış bozuklukları gelişir (18).

Görülme sıklığı, hayat standartları ve beslenme şartları iyi olan batı ülkelerinde çok azalmıştır (7,18). Bununla birlikte İspanya, Yunanistan, Polonya, Rusya, Mısır ve Çin'de önemini hâlâ korumaktadır (9,18). Memleketimizde de oldukça yaygın bir şekilde görülen bu hastalığın, karmaşık bir etyolojisi mevcuttur. Bundan dolayı tedavisinde de tam ve tatmin edici bir yöntem geliştirilememiştir.

Bu çalışmamızda, ozenalı 6 hastamızda tesbit ettiğimiz semptomları, oluşmuş komplikasyonları, tatbik ettiğimiz tedavi ve sonuçlarını sunarak literatürü gözden geçirdik.

MATERYAL VE METOD

1986-1990 yılları arasında E.Ü. Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı'nda ozena teşhisi konup, takip ve tedavi edilen 7 vak'adan 6'sı araştırma kapsamına alındı. 49 yaşındaki kadın hastamızda, tesbit edilen atrofik rinitle birlikte, sekonder atrofik rinit etyolojisinden sorumlu olabilecek akciğer tüberkülozu, osteokondropati, trakeobronkopati de bulunduğundan bu vak'a çalışma kapsamına alınmadı. Vak'alar yaş, cins, oluşmuş komplikasyon, tatbik edilen tedavi ve sonuçlarına göre değerlendirildi. Sekonder atrofik rinite sebep olan radikal burun ameliyatı geçirip geçirmediği ve/veya tüberküloz, sifiliz, lupus gibi sistemik hastalıklarının olup olmadığı araştırıldı. Hastaların tamamının rutin K.B.B. ve sistemik muayeneleri yapıp, waters, kafa yan grafileri, bilgisayarlı tomografileri, biyokimya tahlilleri, kültür+antibiyoqram istenerek sonuçlar kaydedildi.

Vak'alarımızın hepsine maksiller sinüs lavajı, nazal irrigasyon (Gliserin içinde %25 Dekstroz+%02 potasyum permanganat ve/veya %10 sulandırılmış Mandel solüsyonu ve/veya mitol damla ve/veya serum fizyolojik), nazal temizlik ve sistemik antibiyotik, A vitamini tedavisi tatbik edildi. 17 yaşındaki hanım hastamıza ilk müracaatında 15 günlük östrojen tedavisi tatbik edildi. Nazal irrigasyon ilk 15 gün günde 3-4 defa yapıldı ve işlem hastalara öğretilerek, durumlarına göre, hergün veya günde 1 defa kendi kendilerine yapmaları temin edildi. Periyodik olarak kontrollere çağırılan hastaların her seferinde K.B.B. muayeneleri yapılarak aktif enfeksiyon tesbit edilenlere uygun antibiyotik tedavisi tatbik edildi. Tekrarlayan sinüzit hallerinde lavaj yapıldı. Huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı, uyku bozukluğu vak'alarımızın ortak şikâyetiydi ve sadece 2'si psikiyatrik tedaviyi kabul etti. İleri derecede nazal deformitesi olan 3 vak'amıza

plastik müdahaleler tavsiye edildi. Ancak her 3'ü tarafından da kabul edilmedi.

BULGULAR

Hastaların 5'i kadın, 1'i erkekti. Yaşları 17 ilâ 73 arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları 41 idi. 6 vak'amızın hepsindeki belli başlı semptomlar: Burun tıkanıklığı, koku alamama, baş ağrısı, uyku bozukluğu, huzursuzluk; rinolojik muayene bulguları: Pis koku yayılımı, anormal derecede genişlemiş burun boşluğu, kaldırıldığında kanayan, yeşilimsi renkte ve aşırı koyu kıvamda kabuklanma, alt konkalarda tam, orta konkalarda ise orta derecede atrofi tesbit edildi. Vak'alarımızın tamamında nazofarenks ve orofarenks mukozasının atrofik ve parlak olduğu ve boşluklarının genişlediği görüldü. Bilgisayarlı tomografilerinde de burun, nazofarenks ve orofarenks boşluklarının anormal derecede genişlediği tesbit edildi. **Tablo' 1** de ozenalı hastalarla ilgili klinik bilgiler verilmekte ve **Resim 1** ve **2**'de de 6. vak'anın bilgisayarlı tomografisi gösterilmektedir.

Vak'aların hiçbirinde laringeal patolojiye rastlanmadı. Nazal akıntılardan ve sinüs lavaj materyallerinden yapılan kültürlerde 3 vak'ada *Corynebacterium difteriae* üredi. Vak'aların 5'inde maksiller sinüzit tesbit edildi. Lavaj+antibiyotik+burun temizliğiyle iyileşme sağlandı. Biyokimyasal araştırma neticeleri normal hudutlardaydı.

Biri kadın (5. vak'a) 55 senedir, diğeri erkek (6. vak'a) 35 senedir ozena ile ilgili şikâyetleri olan kardeş 2 vak'ada ileri derecede, 30 senedir şikâyetleri olan bir diğeri kadın (4. vak'a) vak'ada ise hafif derecede eksternal ve internal burun deformitesi tesbit edildi. Bu hastaların teşhislerinin geç konduğu ve senelerdir düzenli tedavi olmadıkları öğrenildi. **Resim 3** ve **4**'te sözü edilen erkek vak'amızdaki burun deformitesi görülmektedir.

Hâlâ kontrolümüz altında bulunan hastaların kontrol muayenelerinde, 4'ünün 3-6 ay içinde şikâyetlerinin hafiflediği, 14-16 aylık sabırlı ve dikkatli bir nazal irrigasyon ile de hemen hemen tamamen kaybolduğu tesbit edildi. 17

Tablo 1 Ozenalı hastalarla ilgili klinik

Vak'a (Yaş, cins Prot.No.)	Semptomlar rın üsresi (Yıl)	Semptomlar	FM Bulguları	X-Ray, Tomografi bulguları	Nazal deformite
1. M.Ü., 28 K 242739	10	Burun tıkanıklığı Baş ağrısı Pis koku yayılımı Koku alamama Uyku bozukluğu Huzursuzluk	Nazal mukoza atrofisi Alt konkalarda ileri derecede siliklik Yeşilimsi kurutlar Geniş nazal kavite	Bilat maksiller sinüslerde havalanma azlığı Nazofarenks ve nazal kavitede genişleme	-
2. Z.N., 24 K 541075	5	Burun tıkanıklığı Baş ağrısı Koku alamama Pis koku yayılımı	Yeşilimsi kurutlar Geniş nazal kavite Konkalarda ileri derecede siliklik	"	-

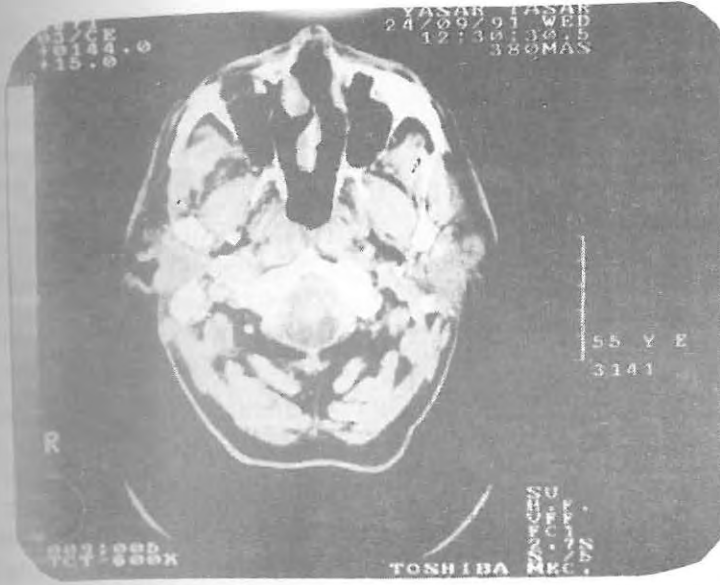
Ozena: ERKAN M. ve ark.

3. H.Ö., 17 K 436077	3	"	"	"	-
4. M.N. 48 K derecede Mod I	30	"	"	"	Hafif semer burun
5. F.T., 73 K 26447	55	"	"	"	İleri derecede semer burun
6. Y.T., 55 E İleri derecede 26448	35	"	(Yukarıdaki bul gulara ilaveten) Geniş septal perforasyon İleri derecede nares darlığı	"	semer burun

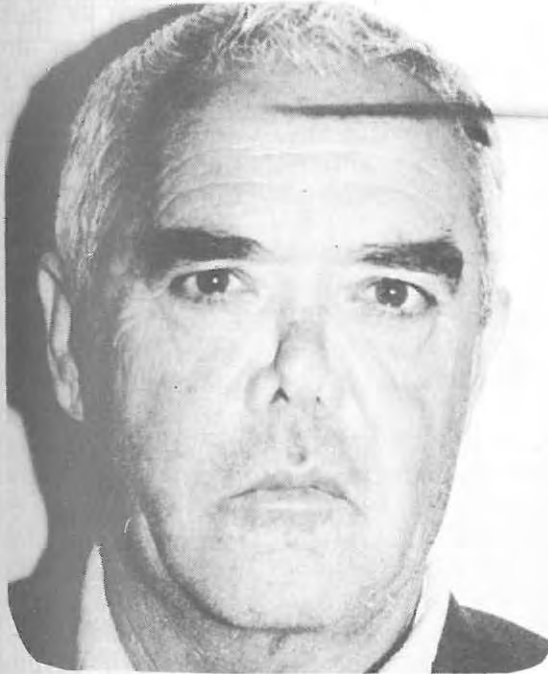


Resim 1 : 6 vak'ının nazal ve nazofarengeal boşluklarındaki genişleme, nazal semptomun kıkırdak kısmının yokluğu görülmektedir.

Ozena: ERKAN M. ve ark.



Resim 2 : 6 vak'ının nazal ve nazofarengeal boşluklarındaki genişleme, nazal semptomun kıkırdak kısmının yokluğu görülmektedir.



Resim 3: 6. vak'ının eksternal nazal deformitesi görülmektedir (saddle nose)



Resim 4: 6. vak'ının eksternal nazal deformitesi görülmektedir (saddle nose)

yaşındaki meslek lisesi öğrencisi hanım hastamıza, bize ilk müracaatında 15 günlük oral östrojen tedavisi uyguladık. Hastamız bu tedaviden istifade etmedi. Irrigasyon tedavisine başlandı ve 2 senelik takibinde şikâyetlerinin kaybolduğu, arkadaş çevresinin genişlediği, sosyal faaliyetlerinin arttığı gözlemlendi. Etrafa yaydığı pis kokular dişlerden zannedilip, dişleri çektirilen, mide ülseri zannedilip yıllarca ülser tedavisi gören ve pis kokularının devam etmesi yüzünden gelini ve torunları tarafından evden kovulan 73 yaşındaki hanım hastanın 3 senelik takibinde iyileştiği ve eve kabul edildiği görüldü.

TARTIŞMA

Ozena, birçok araştırmacı tarafından esas olarak genç kız hastalığı olarak tanımlanmıştır (4,5,6). Kadınlarda erkeklerden çok daha fazla görüldüğü bilinmektedir (1). Ozena hakkında ilk bilgiler 1921'de yayınlandı (8) ve 1927'de (10) daha detaylı bilgiler verildi. İrritasyon, travma, radikal nazal cerrahiler, kronik sinüzitler ve tüberküloz, sifiliz gibi kronik granüloamatöz

enfeksiyonların sebep olduğu sekonder atrofik rinit ile spesifik bir etyolojik faktörü olmayan primer atrofik rinitin ayırıcı tanımı ise ancak 1942'de yapılabildi (18). Etiyolojisi hakkında birçok görüş mevcuttur. Bunlar arasında en muhtemel olan teoriler; 1- Enfeksiyon teorisi: Klebsiella ozaenae, Corynebacterium difteriae, Perez-Hoter basilli en sık üretilen mikroorganizmalardır. 2- Konstitüsyonal herediter teori: Çok az vak'a dışında destek görmemektedir (5,7). 3- Endokrin teori: Gebelikte ve menstruasyon öncesi pis koku yayılımının artması, ergenlik çağında görülme sıklığının fazla olması ve bazı hastaların östrojenik hormon tedavisinden fayda görmesi bu teorinin lehinedir (5,13). 4-Nörovejetatif teori: Sosyoekonomik seviyesi düşük ve beslenme yetersizliği olan toplumlarda daha fazla görülmektedir. A ve D vitamini eksikliğinin etkili olduğu ve 2 haftalık A vitamini tedavisi ile iyileşmelerin görüldüğü kaydedilmektedir (5,7,13). Demir eksikliğinin etyolojiden sorumlu olduğu (4,17) ve olmadığı (1) konusunda değişik görüşler

mevcuttur.

Etyolojisindeki bu karmaşa sebebiyle, ozenanın tedavisinde tam tatmin edici bir yöntem geliştirilememiştir. Tedavideki primer amaç, semptomların hafifletilmesidir. Medikal tedaviye cevap vermeyen vak'alarda cerrahi ve konservatif yollara başvurulur. Bunun yanısıra defisit varsa düzeltilmeli, enfeksiyon tedavi edilmeli, psikiatrik bozukluklar düzeltilerek hastaların sosyal kişiliklerini kazanmalarına yardımcı olunmalıdır.

Ozenalı birçok vak'ada değişik derecelerde nazal yapışiklıklar, çöküntüler görülmektedir. Septal kartilaj ve/veya nazal kemiğin absorpsiyonuna, zayıflamasına bağlı aşırı deformiteler (Semer burun), atrofilere bağlı olarak nazal boşlukta ve nazofarinkste anormal genişlemeler gelişebilmektedir. Anormal geniş burun boşluğuna giren hava, girdaplı bir akıma kapılmakta, burunda kurumalara yol açmakta ve burun tıkanıklığı hissi doğurmaktadır. Bu durumdaki hastalarda medikal ve konservatif tedaviye ilave olarak cerrahi de tatbik edilir. Cerrahi tedaviden maksat geniş burun boşluğunun daraltılarak, fizyolojik hava akımının temin edilmesiyle kurumaların ve burun tıkanıklığı hissini ortadan kaldırılmasıdır. Ne yazıkki serbest greftlerle (Kemik, kartilaj, dermatogreft) yapılan daraltma ameliyatları ile sağlanan iyileşme, kullanılan greftlerin rezopsiyonu sebebiyle kalıcı olamamaktadır (2,5). Acrylic resin, Dacron implantlar ve delikli polietilen chiplerin burun septumu, tabanı ve lateral duvarına yerleştirilmesi ile yapılan daraltma ameliyatlarında da implantların atılıma uğraması sebebiyle iyileşmenin geçici olduğu görülmüştür (3,18). Osteoperiostal fleplerle başarılı sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir (12). Ayrıca çocuk ve erişkinlerce çok iyi tolere edilen, burun deliklerinin tamamen veya kısmi kapatılması tekniği ile yüksek oranda kalıcı iyileşme sağlandığı rapor edilmektedir (15,16).

Netice olarak ozena tedavisindeki bu cerrahi teknik bolluğunun, tamamen etkili bir cerrahi tekniğin henüz bulunmadığını gösterdiğini, ilk önce konservatif ve medikal tedavinin uygulanarak, cevap alınması halinde buna devam edilmesinin en iyi yol olduğu söylenebilir. Konservatif tedavinin başarılı olmasındaki en önemli faktör, hastanın uyumu ve sabırdır. Çünkü tedavi sürekli ve zordur. Hastaların büyük çoğunluğu, nazal irrigasyon tedavisini ciddi bir şekilde uygulayarak semptomlardan kurtulabilmektedirler. Nazal irrigasyonu başlangıç tedavisi olarak günde 3-4 defa, semptomlar kontrol altına alındıktan sonra da hergün veya gūnaşırı 1 defa uygulamaya devam edilmesiyle, nükslerin büyük oranda azalarak iyileşmenin sağlandığını müşahade ettik. Birçok araştırmacı tarafından da kabul edildiği gibi bu tedavinin en etkili ve en ucuz yöntem olduğunu söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. Barkve H, Djupesland G: Ozaena and iron deficiency. *Br Med J* 2:336-337, 1968.
2. Baser B, Grewal DS, Hiranandani NL: Manangement of saddle nose deformity in atrophic rhinitis. *J Laryngol Otol* 104:404-407, 1990.
3. Berhaus A: Porous polyethylene in reconstructive head and neck surgery. *Arch Otolaryngol* 111:154-160, 1985.
4. Bernat I: Ozaena and iron deficiency. *Br Med J* 3:315, 1968
5. Girgis IH: Surgical treatment of ozena by demofat graft. *J Laryngol Otol* 80:615-627, 1966.
6. Gray RFE, Barton RPE, Wright JLW, et al: Primary atrophic rhinitis: a scanning electron microscopic (SEM) study. *J*

Ozena: ERKAN M. ve ark.

Laryngol Otol 94:985-992,1980.

7. Han-Sen C: The ozena problem: clinical analysis of atrophic rhinitis in 100 cases. **Acta Otolaryngol** 93:461-464,1982.

8. Kahler O: Zur operativen Behandlung der ozaena. **Wien Med Wschr** 71:2055,1921.

9. Katircioğlu S, Karatay S, Erbeni T, et al: Ultrastructural findings of the nasal mucosa of "ozena" in atrophic rhinitis. **Acta Otolaryngol** 88 :432-437,1979.

10. Lautenschlager A: Rhinitis atrophicans und nasennebenhöhlen. **Z Hals-Nasen - Ohren heilkd** 19:20,1927.

11. Rasmy E: Osteoperiosteal flap in the treatment of ozena. New technique. **Ann Otol Rhinol Laryngol** 95:645-646,1986.

12. Sinha SN, Sardana DS, Rajvanshi VS: A nine-year review of 273 cases of atrophic rhinitis and its management. **J Laryngol Otol** 81:591-600,1967.

13. Taylor M, Young A: Histopathological and histochemical studies on atrophic rhinitis. **J Laryngol Otol** 55:574-590,1961.

14. Wilson RW, Montgomery WW: Infectious Diseases of the Paranasal Sinuses. In Shumrick P, Meyerhoff G (eds): **Otolaryngology**. WB Saunders, Philadelphia 1991, pp 1843-1860.

15. Young A: Closure of the nostrils in atrophic rhinitis. **J Laryngol Otol** 85:715-718, 1971.

16. Young A: Closure of the nostrils in atrophic rhinitis. **J Laryngol Otol** 81:515-524, 1967.

17. Zakrzewski A, Topilko A, Zakrzewski J: Nasal mucosa in the iron deficiency state. **Acta Otolaryngol** 79:176-179,1975.

18. Zohar Y, Talmi YT, Strauss M, et al:

Ozena revisited. **J Otolaryngol** 19:345-249,1990.