

EPİSTAKSİS

EPISTAXIS

Mehmet Ömür¹

Özet

Pratikte en sık rastlanan hekime başvuru nedenlerinden birisi burun kanamalarıdır. Bu yazıda epistaksiste tanı ve tedavi yaklaşımları ele alınmıştır. Önce burnu besleyen damarların anatomisi kısaca anlatılacak, daha sonra burun kanamalarının lokal ve sistemik nedenleri gözden geçirilip, tedavi aşamaları sıralanacaktır.

Anahtar sözcükler: Epistaksis, burun kanaması, epistaksis tedavisi, epistaksis etiyolojisi

Summary

One of the most common reasons of applying to a doctor is epistaxis. The subject of this article is the diagnosis and medical treatment of epistaxis. The blood supply of the nose, the local and systemic reasons of epistaxis and the stages of treatment will also be discussed.

Key words: Epistaxis, treatment of epistaxis, ethiology of epistaxis.

Giriş

Bu yazıda epistaksiste tanı ve tedavi yaklaşımımızdan bahsetmek istiyorum. Önce burnu besleyen damarlar, kısaca anlatılacak, sonra burun kanamalarının lokal ve sistemik sebepleri gözden geçirilip tedavi basamakları sıralanacaktır.¹⁻³

Burun kanamalı hastaları doğru değerlendirebilmek için önce burnun damarsal anatomisinden başlamak uygun olacaktır. Burun hem internal hem de, eksternal karotid arterden beslenen oldukça zengin damar yapısına sahip bir organımızdır. Şekil 1 ve 2'de sırasıyla burun yan duvarının ve septumun damar yapısı izlenmektedir. İlk bahsedilecek arterler karotis internanın dalları olacaktır. Arteria ethmoidalis posterior, oftalmik arterin orbita içerisine girmesinden hemen sonra, posterior etmoid forameninden burun içine girerek, üst konka ve karşısındaki septumu besler. Arteria ethmoidalis anterior, oftalmik arterin daha uç dalıdır ve burun içine girmeden önce kafa tabanına giden bir dal verir. Burnun hem lateral yüzündeki hem de septumundaki yüzlerin 1/3 ön kısmını besler. Burnun kalan kısımları karotis eksternanın dali

olan internal maksiller arterden gelen arteria sfenopalatina, arteria palatina descendens ve palatin arterden beslenmektedir. Bu her iki ana arterden orijin alan damarlar birbirleriyle sık olarak anastomoz yaparlar. Bu anastomozlardan biri de septumun ön ucunda anterior etmoid, superior labial ve sfenopalatin arterin yaptığı Kiesselbach pleksusu veya diğer adıyla Little alanıdır. Özellikle gençlerde burun kanamalarının sık rastlanılan odağı olduğu için bu bölge çok önemlidir.

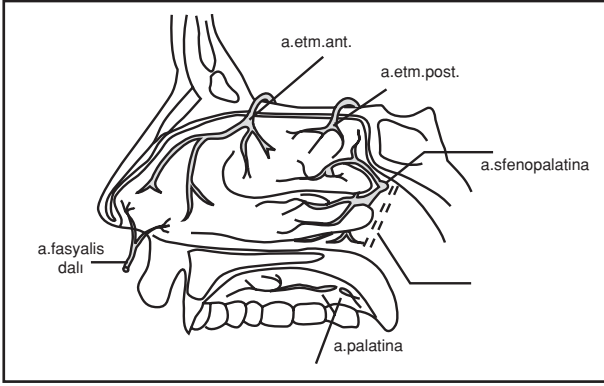
Burun kanamalarının nedeni her zaman arteriyel olmayıp bazen venöz kaynaklı olabilir. Venöz kanamalar, kanama diyatezi olan hastalar dışında lokal baskıyla kolaylıkla durmaktadır.

Burun kanamalarının sebepleri anlatım kolaylığı açısından lokal sebepler ve sistemik sebepler olarak iki grupta incelenebilir.

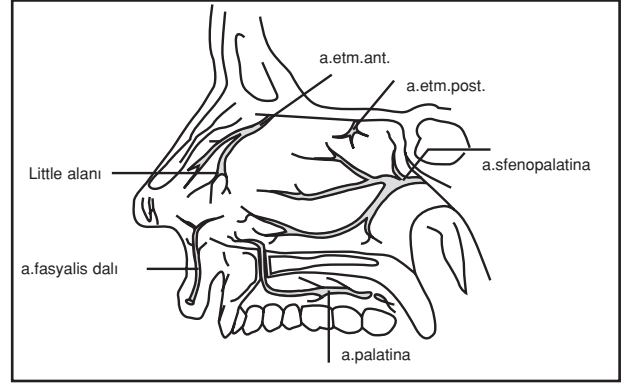
A. Lokal sebepler

1. *Travmalar:* Burun çatısındaki tüm kırıklar ve paranasal sinüsleri etkileyen kırıklar burun kanamasına yol açarlar. Ayrıca burun karıştırma alışkanlığı çocuklarda

¹⁾ Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzmanı, Prof. Dr.



Şekil 1 Burun yan duvarında arteriyel yapının görünümü



Şekil 2 Septumda damarsal yapının dağılımı

burun kanamasının sık karşılaşılan nedenlerinden biridir. Travmalar bölümüne, tabii ki burun ameliyatlarından sonra görülen kanamaların da eklenmesinde yarar vardır.

2. **Enflamasyon:** Üst solunum yolu enfeksiyonları, nazal alerjiler burunda konjestiyonu artırarak ve mukus tabakasını etkileyerek burun kanamalarını kolaylaştırılmaktadır. Burun mukus tabakasını bozan diğer sebepler de, örneğin merkezi havalandırmaların ortamı fazla kurutması ve yazın rastlanılan aşırı sıcaklar burun içindeki enflamasyonu artırabildikleri için kanama nedenleri arasında sayılmalıdır.

3. **Tümörler:** Burun ve nazofarenkste yerleşmiş birçok benign veya malign tümör burun kanamasına neden olabilir. 10-20 yaşları arası erkek çocuklarda anjiyofibromlar sık tekrarlayan burun kanamalarının nedenleri arasında sayılabilir. Örneğin çocukluk çağı rabdomyosarkomları da burun kanamasıyla gelebilir. Yetişkinlerde burundan ve sinüslerden kaynaklanan adenokarsinomlar, adenoid kistik karsinomlar ilk şikayet olarak burun kanamasıyla gelebilirler. Nazofarenks karsinomlu hastalarda da burun kanaması görülebilir.

4. **Anevrizmalar:** Travmalar veya konjenital sebeplerle intrakraniyal anevrizmalar da özellikle tedaviye dirençli burun kanamalarında hatırlanmalıdır.

5. **Granümatöz hastalıklar:** Tüberküloz, sifiliz, sarkoidoz ve Wegener granümatozu gibi hastalıklarda burun kanaması görülebilir. Özellikle Wegener granümatöz hastalıklarda burun içinde oldukça yaygın nekroz sebebiyle birkaç odaktan kanama görülebilmektedir. Bu hastalarda tanıda problem olabilir. Tedavide antisitotik ilaçlar yanında kortikosteroidler de verilmelidir.

B. Sistemik sebepler:

1. **Kanama diyatezleri:** Hemofililer, von Willebrand hastalığı, antikoagülan ilaçlar, primer veya sekonder sebeplerle oluşan trombopeniler kanama nedenleri arasındadır. Hemofili sıklıkla hayatın ilk yıllarında pıhtılaşma problemiyle ortaya çıkmaktadır. Bu tip hastalarda herediter geçiş mevcuttur. Çocuklarda ve yetişkinlerde idiopatik trombositopenik purpurada burun kanamaları görülebilir. Neoplazi tedavisi sırasında verilen kemoterapötik

ajanlara bağlı sekonder trombositopeni ve trombopati gelişebilir. Bu tip kanamalar çoğu zaman tedaviye oldukça refrakter olabilmektedir. Trombosit süpsansiyonu da tedaviye eklenmelidir. Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda da trombosit fonksiyon bozuklukları ve faktör eksikliklerine bağlı burun kanamalarına rastlanabilir.

2. **Hereditör hemorajik telenjiyektazi (Osler Weber Rendu hastalığı):** Her iki cinsi de etkileyen otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Yüzde, dudaklarda, dilde ve burunda sık tekrarlayan kanamalar ve telenjiyektazilerle karakterizedir. Genitoüriner ve gastrointestinal kanamalar da görülebilir. Tedavisi oldukça güçtür. Septal dermoplasti olarak adlandırılan mukozanın septal cilt greftiyle değiştirilmesi halinde dahi uzun süreli başarılı sonuçlar enderdir. Bu hastalarda kanamalar yaşın ilerlemesiyle artmakta ve sık tekrarlayan kan transfüzyonları gerekebilmektedir. Hastada sık transfüzyonlara bağlı kardiyak ve hepatik problemler gelişebilir.

3. **Arterioskleroz, hipertansiyon ve diğer kardiyovasküler sebepler:** Kan damarlarındaki arteriosklerotik değişiklikler yaşın ilerlemesiyle burun kanamasının önemli sebeplerinden biri haline gelmektedir. Yaşın ilerlemesiyle burun mukozasının atrofiye uğraması da bu yaşlarda burun kanamasını kolaylaştırmaktadır. Bu yaş grubundaki hastalarda tansiyonun ani yükselmesi damar rüptürüne bağlı ciddi kanamalara neden olabilmektedir. Kalp yetersizliği, mitral stenoz, aort koarktasyonu da venöz basıncı artırarak Little bölgesindeki yüzeyel venülerden kanamaya yol açabilir.

4. **Vitamin yetersizlikleri ve zehirlenmeler:** Bu grupta alkol bağımlılığına bağlı olarak gelişen kötü beslenme sonucu vitamin C yetersizliği yara iyileşmesini bozarak burun kanamasına yol açabilir. Vitamin K yetersizliği de trombin oluşumunu etkileyerek kanamaya yol açabilir. Gebelikte folik asit yetersizliği nedeniyle trombosit fonksiyon bozuklukları yanında özellikle ikinci trimesterde östrojen artışına bağlı burun damarlanmasının artması gebelerin burun kanamasına olan eğilimlerini artırır. Ayrıca yüksek doz vitamin E kullanımının da trombosit adezyonunu bozduğu bilinmektedir. Fosfor, cıva, krom zehirlenmelerinde de burun kanaması olabilir.

Tedavi

Burun kanamalarının tedavisi yine anlatım kolaylığı sağlaması bakımından koterizasyon, tamponlama, embolizasyon, septuma cerrahi müdahale ve damar ligasyonları başlıkları altında anlatılacaktır.

Burun kanaması geçirenlerin büyük kısmı çoğu zaman kendi kendilerine lokal baskı veya küçük pamuktan tampon yaparak kanamayı durdurmaktadırlar. Doktor gelme sebepleri ise genellikle kendi kendine duran kanamaların tekrar etmesi veya acil abondan kanamadır.

Abondan burun kanamasıyla gelen bir hastanın, eğer bir kontrendikasyonu yoksa sedatize edilmesinde yarar vardır. Sedatizasyon hem hekimin hem de hastanın işini kolaylaştırır. Hastanın kan basıncı yüksekse düşürülmelidir; ancak tansiyonu uzun zamandır yüksek olanlarda süratli tansiyon düşürülmesi senkoplara neden olabilir. Hastanın ailesinden ve kendisinden hızlı bir anamnez alınarak sistemik enfeksiyon, antikoagulan ilaç kullanımı, kemoterapötik ajan kullanımı, alkol bağımlılığı, beslenme problemi, herediter sebepler ve zehirlenmeler gibi nedenler araştırılmalıdır. Hastaya bir damar yolu açılıp kan grubu, hematokrit, hemoglobin bakılmalıdır. PT, PTT tayini yanında, kan şekeri, BUN, kreatinin ve karaciğer fonksiyon testlerinin yapılmasında da yarar vardır.

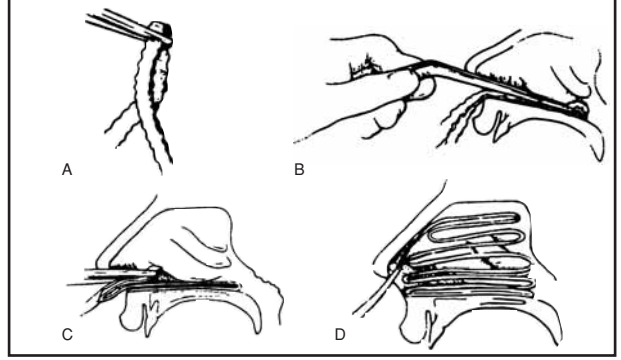
Koterizasyon

Little alanından olan minör, tekrarlayan kanamalarda rahatlıkla uygulanır. Buruna topikal olarak %5 pantokain + 1/100.000 adrenalin solüsyonu ile anestezi yaptıktan sonra %10-15'lik nitrat çubuklarıyla yapılabilir. Burada dikkat edilmesi gereken ayrıntı septumun her iki yanının aşırı koterize edilmesinin perforasyonlara yol açacağına hatırlanmasıdır. Ayrıca koterizasyona önce kanama odağının çevresinden başlayıp en sonunda kanama bölgesinin koterize edilmesi koterizasyon esnasında olabilecek kanamaların sıklığını azaltmaktadır. Koterizasyon elektrokoterle ve kriyo aleti kullanılarak da yapılabilir. Günümüzde gelişen görüntüleme tekniklerinden nazal endoskopların kullanılmasıyla burunda daha arkalardaki kanayan odaklar da koterize edilebilmektedir. Bu endoskopik metodla yapılan koterizasyonlarda elektrokoter kullanılabildiği gibi Holmium YAG lazerlerden de faydalanılabilir.

Ön (Anterior) tamponlama

Koterizasyonunun kontrol edemediği durumlarda anterior tamponlama yapılması gerekebilir. Tamponlama için oldukça uzun (yaklaşık 60-70 cm uzunluğunda ve 1 cm genişliğinde) antibiyotikle nemlendirilmiş ekstrafor kullanılmalıdır. Tamponlamaya burun tabanından başlayıp burun çatısına kadar kademe kademe ilerlenmelidir.

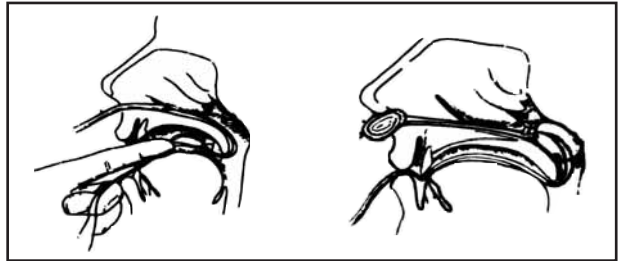
(Şekil 3). Tamponlama yapılan hastada tamponun birkaç gün bırakılması gerekmektedir. Ancak ekstrafor yerine absorbe olabilen bir materyal olan Gelfoam, Surgicel, Oxycel kullanılabilir. Merocel tamponlar da kendi kitlesinin birkaç katı şişebildiği için kanama kontrolünde oldukça yardımcıdır.



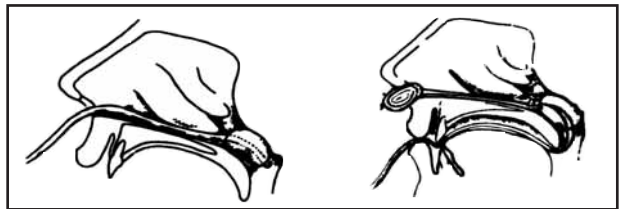
Şekil 3 A, B, C ve D sırasıyla anterior tampon yerleştirme aşamalarını göstermektedir.

Arka (Posterior) tamponlama

Nazofarenks veya sphenothmoidal recessus'tan kaynaklanan kanamaların kontrolü oldukça güç olabilir. Posterior tampon için top şeklinde hazırlanmış antibiyotikle nemlendirilmiş tampon kullanılmalıdır. Posterior tamponlama şu şekilde yapılabilir. Burundan ağız içine geçirilen ince bir Nelaton sondanın ucunda top şeklinde tam hastanın nazofarenksine uyacak şekilde hazırlanmış tampon, Nelaton ağızdan çekilirken işaret parmağının yardımıyla yerleştirilir. Tampondan sarkıtılan iki ipten biri burundan diğeri ağızdan çıkarılarak bağlanmalıdır (Şekil 4). Burun kanamaları için tasarlanmış tamponların burun içerisinde şişirilmesiyle de hem ön hem de arka tamponlama rahatlıkla yapılabilmektedir (Şekil 5).



Şekil 4 Posterior tamponun yerleştirilmesi



Şekil 5 Balon tamponun klasik anterior ve posterior tampon yerine yerleştirilmesi.

Arter ligasyonları

Eksternal karotid arter ligasyonları burundaki sık anastomozlar nedeniyle başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir. Özellikle burun arka kısmından kaynaklanan ve kontrol edilemeyen kanamalarda maksiller arter ligasyonları yapılmaktadır. Bu arter ligasyonunda pterigoplatin fossaya ulaşabilmek için maksiller sinüs arka duvarı kaldırılıp maksiller arter damar klipsi ile bağlanmalıdır. Burundaki güçlü anastomozlar nedeniyle bu arterin ligasyonunun yetmediği durumlarda anterior ve posterior etmoid arterlerin de aynı seansta bağlanması gerekebilir.

Embolizasyon

Maksiller arter ligasyonu gereken hastalarda uygulanacak alternatif tedavidir. Maksiller arter dışında etmoid arterlerin embolizasyonu teknik olarak mümkün olmamaktadır. Oldukça etkin bir tedavi modeli olsa da embolizasyona bağlı hemipleji ve fasyal paralizi görülebilir.

Septoplastiler

Burun mukozasının perikondrium üzerinden elöve edilip tekrar yerine yatırılması fibrozisi arttırarak sık tekrarlayan kanamaları engelleyebilir.

Kaynaklar

1. **Francois M.** Epistaxis in children. *Arch Pediatr* 1996; 3(8): 806-13.
2. **Alvi A, Joyner - Triplett N.** Acute epistaxis. How to spot the source and stop the flow. *Postgrad Med* 1996; 99(5): 83-90.
3. **Josephsson GD, Godley F.A, Stierna P.** Practical management of epistaxis. *Med Clin North Am* 1991; 75(6): 1311-20.

Geliş tarihi: 01.02.1997

Kabul tarihi: 13.04.1997

İletişim adresi:

Prof. Dr. Mehmet Ömür

Prof. Dr. Orhan Ersek Sok. Güçer Ap. 46 A D.11

Nişantaşı - İSTANBUL

Tel: (0212) 232 66 76