

Rinoliet (neussteen) geassosieer met chroniese otorree

'n Gevalbespreking

A. J. HOFFMANN, D. J. H. WAGENFELD

Summary

A rare case of a 12-year-old girl with a nasopharyngeal rhinolith causing chronic unilateral otorrhoea is presented. The role of posterior rhinoscopy as an integral part of a routine otological examination is highlighted.

S Afr Med J 1986; 69: 200-201.

Die term rinoliet word geassosieer met 'n vreemde voorwerp wat 'n lang tyd in die nasofarinks of neusholte vasgevang word en waarom mettertyd oksalaat-, kalsium- en magnesiumsoute neergelê word.

Verkalkte neerslae in die neusholte, maar veral in die nasofarinks, is baie seldsaam. Rinologieliteratuur het tot onlangs net oor die 400 gevalle gedokumenteer waarvan die vroegste deur Bartholin (1654) opgeteken is. Interessant is dat in die laaste 30 jaar baie min gevalle in vooraanstaande oor-, neus- en keelliteratuur gerapporteer is.¹⁻¹¹

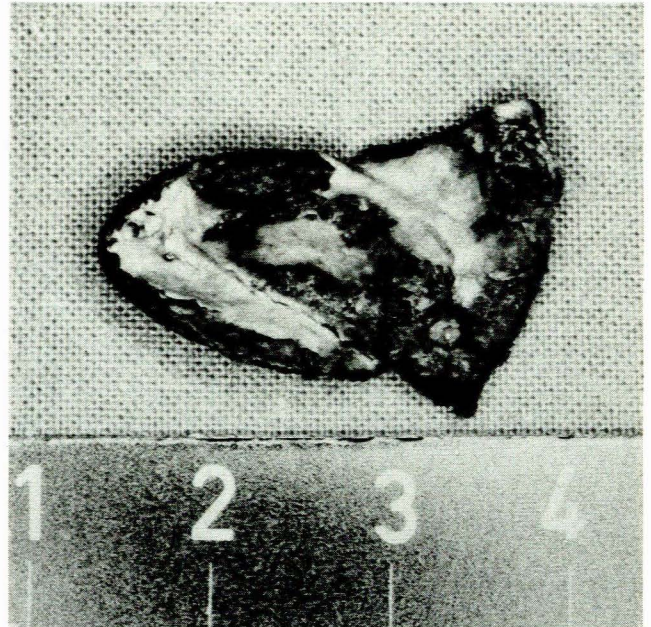
Ons dra 'n geval voor waar 'n andersins asimptomatiese rinoliet in 'n pasiënt met chroniese unilaterale otorree ontdek is.

Gevalbespreking

'n Dogter van 12 jaar met bilaterale perforasies van die trommelvliese is gereeld opgevolg tot 2 jaar na bilaterale timpanoplastiek-prosedures. Die otorree aan die regterkant het spontaan opgeklaar, maar aan die linkerkant het dit bly voortduur.

Ondersoek van die nasofarinks met 'n faringeale spieël om die openings van die faringotimpaniese buise te visualiseer het 'n grysbruin massa teen die linker- laterale wand van die nasofarinks getoon. Die massa het oor die opening van die faringotimpaniese buis en gedeeltelik deur die posterior nares gestrek. Dit was ingebed in edemateuse granulasieweefsel en bedek met purulente nasale sekresies. Die pasiënt het enige implasing van 'n vreemde voorwerp in die neus of slegruikende neusafskeiding ontken.

Anterior rinoskopie na krimpings van die nasale mukosa met 1:1000 adrenalin het waarneming van die grys massa gedeeltelik posterior van die inferior turbinaat moontlik gemaak. Manipulering met 'n Jobson Horne-kuret het 'n beweglike, harde, onreëlmatige massa getoon. Verwydering deur die anterior nasale opening was a.g.v. grootte nie moontlik nie. Die pasiënt is op haar rug laat lê en die massa is posterior in die nasofarinks afgestoot met 'n Tilley-tangetjie en met minimale bloeding deur die mond verwyder. Die



Afb. 1. Massa van 630 mg wat deur die mond van die pasiënt verwyder is (skaal in cm).

massa se afmetings was 2,5 x 1,5 cm, dit het 630 mg geweeg en was met bruinrys nasale sekresies bedek (Afb. 1).

Radiologiese ondersoek het getoon dat die massa radiodig was, terwyl chemiese analise bevestig het dat dit bestaan het uit 'n sentrale vreemde voorwerp, waarskynlik karton. Histologiese ondersoek het getoon dat die granulasies in die nasofarinks chroniese granulomateuse weefsel was, terwyl etterdeppers streptokokke gekweek het. Die chroniese otorree het na ongeveer 4 weke opgeklaar.

Bespreking

Die ontstaan van 'n rinoliet in die nasofarinks of neusholte word toegeskryf aan 'n langdurige proses waartydens kalsium, fosfaat, magnesium en oksalaat rondom 'n vreemde voorwerp, wat eksogeen of endogeen van oorsprong kan wees, neergelê word.⁴ Die vorming duur gewoonlik jare. Endogene voorwerpe sluit etter, debris en bloedstolsels in, terwyl die eksogene voorwerpe, wat ook meer algemeen gevind word, papier, klip-pies, stokkies en ander soortgelyke voorwerpe wat die neus deur die anterior nares binnedring, insluit.⁵

Die meeste gevalle kom in vrouens tussen 8 en 30 jaar voor,⁶ gewoonlik unilateraal aan die regterkant. Dit is waarskynlik makliker vir 'n regshandige persoon om 'n vreemde voorwerp in sy regterneusgang te druk! Bilaterale rinolietvorming is 'n seldsame verskynsel.

Departement Oor-, Neus- en Keelheelkunde, Universiteit van Stellenbosch en Tygerberg-hospitaal, Parowvallei, KP

A. J. HOFFMANN, M.B. CH.B., *Kliniese Assistent*

D. J. H. WAGENFELD, M.B. CH.B., M.MED. (L. ET O.), L.K.C., *Professor en Hoof*

Klinies word 'n rinoliet gewoonlik in die vloer van die neusgange, halfpad tussen die anterior en posterior nares, gevind.⁷ Dit is ingebed tussen edemateuse granulomateuse weefsel en word omring deur etterige nasale sekresies. Komensale bakterieë speel ook 'n belangrike rol in die vorming van 'n rinoliet.

Simptome en komplikasies ontstaan gewoonlik a.g.v. obstruksie en sekondêre infeksie. Akute sekondêre simptome sluit 'n unilaterale etterige neusafskeiding,⁸ epistakse en anosmie in. As infeksie intree, sal sinusitis met pyn en koors ook volg. Ander komplikasies wat mag voorkom, sluit perforasie van die verhemelte⁹⁻¹⁰ en neusseptum, penetrasie van die nasoantrale wand,¹¹ deviasie van die septum en, soos in ons pasiënt, chroniese otorree in.

Alhoewel rinoliete uiters seldsame bevindings is, word 'n baie belangrike aspek van die ondersoek van 'n pasiënt met unilaterale otorree weer uitgelig. 'n Deeglike ondersoek van die nasofarinks vorm 'n integrale en onontbeerlike deel van die roetine- otologiese ondersoek.

Ons wil graag die Mediese Superintendent van Tygerberg-hospitaal bedank vir toestemming tot publikasie en mev. A. Hugo vir die tikwerk.

VERWYSINGS

1. Carder HM, Hill JJ. Asymptomatic rhinolith: a brief review of the literature and case report. *Laryngoscope* 1966; **76**: 524-530.
2. Eliacher I. Rhinolithiasis. *Arch Otolaryngol* 1970; **91**: 88-91.
3. Polsen CJ. On rhinoliths. *J Laryngol Otol* 1943; **58**: 79-116.
4. Brown CJ, Allen RE. Antral rhinolith: report of case. *J Oral Surg* 1957; **15**: 153-155.
5. Marano P, Smart EA, Kolodny SC. Rhinolith stimulating osseous lesion: report of case. *J Oral Surg* 1970; **28**: 615.
6. Morgan J. Rhinolithiasis. *J Laryngol Otol* 1943; **71**: 331-337.
7. Abdel-Latif SM, Seham A-H, Moustafa HM. Crystallographic study of rhinoliths. *J Laryngol Otol* 1979; **39**: 1205-1209.
8. Gill RS, Lal M. Perforation of the hard palate by a rhinolith and its repair. *J Laryngol Otol* 1977; **91**: 85-89.
9. Bricknell PG. Rhinolith perforating the hard palate. *J Laryngol Otol* 1970; **84**: 1161-1162.
10. Conrad GJ. Rhinolith perforating the hard palate. *J Laryngol Otol* 1968; **82**: 1155-1156.
11. Allen GA, Liston SL. Rhinolith: unusual appearance on panoramic radiograph. *J Oral Surg* 1979; **37**: 54-55.

Acute abdomen in a patient with situs inversus

A case report

D. F. DU TOIT, M. GREEFF

Summary

The case of a man with situs inversus who presented with acute abdomen is reported. Acute left-sided appendicitis was considered before operation, but at laparotomy an omental abscess of unknown aetiology was drained. The appendix, localized in the left iliac fossa, was removed but was normal on histological examination.

S Afr Med J 1986; **69**: 201-202.

The exact incidence of situs inversus viscerum has not been definitely established but is thought to be 1 in every 6-8000.¹⁻⁶ Blegan¹ has reported that a surgeon may expect to encounter this anomaly only once or twice in a lifetime. Although it is rare, the surgeon must familiarize himself with this anomaly, thus avoiding embarrassing errors, and consider it as a remote possibility in all cases of obscure abdominal pain.¹

Case report

A 20-year-old coloured man was admitted to Tygerberg Hospital with a 2-day history of pain in the left iliac fossa, fever and vomiting. The pain was constant in nature and did not radiate from the umbilicus to the left iliac fossa. He had been quite well before this illness.

Clinical examination revealed a normal cardiovascular and respiratory system. The blood pressure was 110/70 mmHg, the pulse rate 90/min and temperature 38,5°C. Abdominal examination revealed maximal tenderness and guarding in the left iliac fossa together with positive signs of peritonitis although there was no abdominal distension or any mass. Bowel sounds were normal. Rectal examination was non-contributory and urinalysis was within normal limits. A definite clinical diagnosis was difficult to make at this stage but mesenteric adenitis, enterocolitis and intestinal obstruction were considered in the differential diagnosis. Urgent laparotomy was obviously necessary.

A chest radiograph revealed dextrocardia (Fig. 1) and an abdominal radiograph revealed a left-sided liver (Fig. 2) and malrotation of the colon in the absence of intestinal obstruction. The radiographic findings confirmed the diagnosis of situs inversus viscerum, which was not suspected clinically. A final pre-operative clinical diagnosis of acute left-sided appendicitis in a patient with situs inversus was made.

At laparotomy the abdomen was entered through a left lower paramedian incision. The viscera were completely transposed. Much to the surprise of the surgeon the appendix situated in the left iliac fossa was completely normal. There were no signs of peritonitis, intestinal obstruction or mesenteric adenitis. Further inspection of the abdominal cavity revealed a small sealed-off omental abscess which was attached to the anterior abdominal wall. The abscess, which was drained, contained a small amount of pus and pieces of 'straw' having the appearance of 'grass seeds'.

Department of Surgery, University of Stellenbosch and Tygerberg Hospital, Parowvallei, CP

D. F. DU TOIT, PH.D., F.R.C.S., Senior Lecturer

M. GREEFF, M.B. CH.B., Registrar