



ARAŞTIRMA

ÇOCUKLUK ÇAĞI ANTROKOANAL POLİPLERİNE YAKLAŞIMIMIZ

Dr. Hakan CİNCİK¹, Dr. Atila GÜNGÖR¹, Dr. Engin ÇEKİN¹, Dr. Ömer SAĞLAM²,
Dr. Bilal ÇETİN¹, Dr. Ethem POYRAZOĞLU¹

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, KBB, İstanbul, Türkiye
²İskenderun Deniz Hastanesi, KBB, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Antrokoanal polip (AP), çocukluk çağında az görülen hastalıklardan biridir. Çoğunlukla tek taraflı nazal obstrüksiyona yol açar. Etiyolojisi hala aydınlatılmamıştır. Tedavi polibin cerrahi olarak çıkarılmasından ibarettir. Yazıda 2000-2004 yılları arasında takip edilen AP'li 6 hasta sunuldu. Hastaların hepsinde tek taraflı burun akıntısı, kilo kaybı ve horlama şikayetleri ortak. Olgular endoskopik olarak tedavi edildiler. Ortalama 14 aylık takipte nüks görülmedi.

Anahtar Sözcükler: Antrokoanal polip, endoskopik sinüs cerrahisi, nazal polip

OUR APPROACH TO ANTROCHOANAL POLYPS IN CHILDHOOD

SUMMARY

Antrochoanal polyp (AP) is the one of the least common disease seen in childhood. It causes mostly unilateral nasal obstruction. The etiology of AP is still unclear. Polyp is removed surgically for treatment. In this article, between 2000 - 2004 years, 6 patients with antrochoanal polyp were presented. Their complaints were generally unilateral nasal discharge, weight loss and snoring. All patients were treated with endoscopic approach. Any recurrence was not seen in 14 months mean follow up.

Keywords: Antrochoanal polyp, endoscopic sinus surgery, nasal polyp

GİRİŞ

İlk olarak 1753' de Palfyn tarafından tanımlanan antrokoanal polip (AP), maksiller sinüs mukozasından kaynaklanan, benign soliter polipoid bir lezyondur. Maksiller sinüs ostiumundan nazal kaviteye, oradan da koanaya doğru büyüyerek nazofarinkse uzanabilir. Çevre yumuşak dokuda ve kemikte erozyon ve destrüksiyona yol açmaz. Klinik olarak tek taraflı nazal obstrüksiyon, solunum zorluğu, nazofarinkste kitle hissi, kilo kaybı ve kaşeksi görülebilir¹. Tüm nazal polipler içinde AP'in genel popülasyonda görülme oranı %3-6 iken çocuklarda bu oran %33'dür^{2,3}.

Yazımızda adenoid hipertrofisi ön tanısıyla takip edilen, ancak AP tespit edilen ve endoskopik olarak tedavi edilen 6 olgumuzu, semptomlarını, fizik muayene bulgularını, radyolojik tanısını, ayırıcı tanıyı ve tedavisini literatür eşliğinde tartıştık.

OLGULAR

Antrokoanal polipli 6 olgu, 2000-2004 yılları arasında endoskopik yaklaşımla tedavi edildi. Olguların üçü kız, üçü erkekti, yaşları 8-13 arasında (ortalama yaş 10.33) değişmekteydi.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Hakan Cincik, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kbb, İstanbul, Türkiye, Tel: 0 216 542 25 96 Faks: 0 216 348 78 80 E-mail: hakancincik1@yahoo.com

Gönderilme tarihi: 24 Mart 2005, revizyon isteme tarihi : 30 Nisan 2005, yayın için kabul edilme tarihi: 15 Mayıs 2005

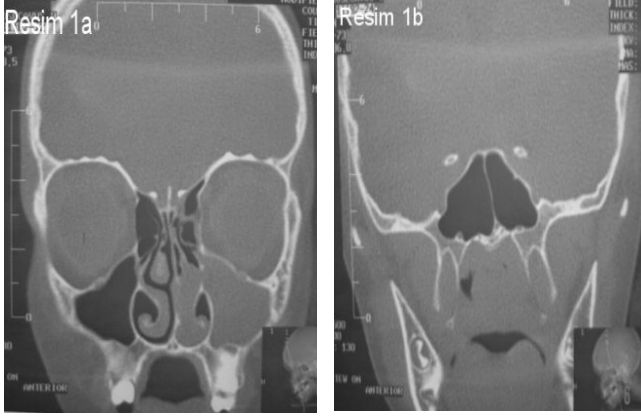
Olguların 4'ü KBB kliniğine refere edilmeden önce bir yıla yakın bir süre adenoid vejetasyon ön tanısıyla takip edilmişti. Olguların hepsinde tam kan sayımı, total eozinofil miktarı, nazal smear ve serum IgE değerlerine bakıldı, kistik fibrozis yönünden araştırıldı, ancak tüm bulgular normal sınırlarda bulundu.

Olguların ortak şikayeti tek taraflı burun akıntısı, horlama, iştah azlığı ve buna bağlı kilo kaybı idi. Endoskopik muayenede tek taraflı mukopürülan burun akıntısı ile birlikte, nazal kaviteyi dolduran ve iki olguda rahatlıkla orofarinksten görülen polipoid kitle, diğer olgularda nazofarinkse uzanan kitle gözlemlendi. Beş olguda bilgisayarlı tomografi (BT) çekilerek (Resim 1 a,b) antrokoanal polip tanısı kondu, ancak bir olguda daha önceden manyetik rezonans görüntüleme (MRG) (Resim 2a,b) yapılarak tanı konmuştu.

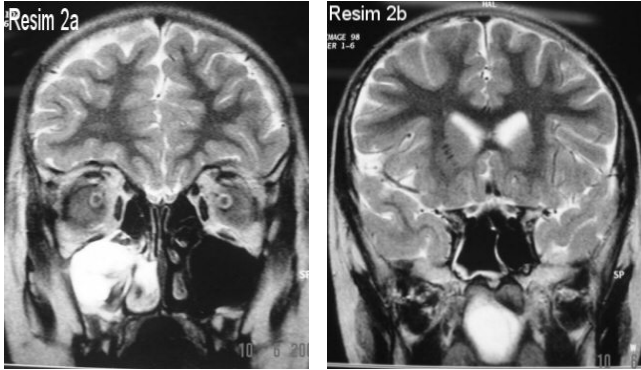
Olguların 3'ünde unsinektomi ve middle meatal antrostomi yapıldı. İki olguda buna ön etmoidektomi de eklendi, sadece bir olguda kronik sinüzit nedeniyle prosedür karşı tarafa da uygulandı. Üç olguya operasyon sırasında fossa kaninadan sinoskopi yapıldı. Operasyonda öncelikle polibin nazal, ardından koanal ve/veya nazal kısmı oral veya nazal yoldan çıkarıldı. En son maksiler sinüs ostiumu arkaya ve aşağı doğru genişletilerek AP'nin medial duvarındaki antral kısmı diseke edilerek çıkarıldı. Kitleler makroskopik olarak sarı-pembe-bej renkli ve



parlak görünümde idi (Resim 3). Mikroskopisinde skuamoz ve respiratuar epitelle döşeli, ileri derecede ödemli ve hemorajik alanlar içeren polipoid lezyon görüldü (Resim 4). Ortalama 14 aylık takipte nüks görülmedi (Tablo 1).



Resim 1: BT'de antrokoanal polibin antral kısmı (a) ve nazofarinkse (b) uzanan kısmı görülmektedir.



Resim 2: T2 ağırlıklı MRG'de antrokoanal polibin antral kısmı (a) ve nazofarinkse (b) uzana kısmının hiperintens görünümü.

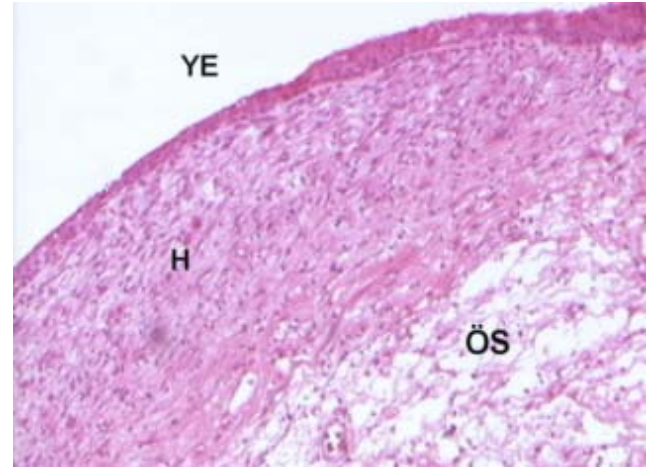


Resim 3: Lezyonun makroskopik görünümü (Polibin intranasal (İN), koanal (KO) ve kistik (K) kısımları görülmektedir).

TARTIŞMA

Antrokoanal polipler genellikle tek taraflı nazal tıkanıklık, burun akıntısı, burundan görülen kitle gibi şikayetlerle kendini gösterir. Bilateral olması, epistaksisle kendini göstermesi, aynı tarafta iki ayrı AP görülmesi gibi atipik formlar da görülebilir.

Sfenoid sinüsten kaynaklanan atipik yerleşimli koanal polip olguları da bildirilmiştir^{4,5,6}. Nazofarinksli doldurduğunda juvenil anjiofibrom, meningoensefalosel ve nazofarinks malignansileri AP ile aynı semptomları verebilir⁷. Persistan nazal obstrüksiyon ve baş ağrısı şikayetlerinden dolayı klinik olarak adenoid veya konka hipertrofisi ile karıştırılabilir^{8,9}. Olgularımız genelde adenoid hipertrofisi tanısı ile takip edilmişler, alerji ve kistik fibrozis yönünden araştırılmışlardı. Ancak konsulte edilen olguların endoskopik muayenelerinde nazal kaviteyi dolduran polipleri tespit edildi ve bir olgu hariç paranasal sinüs BT ile antrokoanal polip tanısı konuldu.



Resim 4: Lezyonun mikroskopisi (Yassı epitel (YE) ile çevrili stroması ileri derecede ödemli (ÖS) ve hemorajik alanlar (H) içeren lezyon HEX100).

CT de maksiler sinusden kaynaklanıp, orta meatusa, oradanda koanayı geçerek nazofarinkse doğru uzanan veya dolduran opasite şeklinde görülür (Resim 1a,b). MRG antrokoanal polibin ayırıcı tanısında nadiren, meningoensefalosel gibi anomalilerde, normal nazal yapı ile beyin arasındaki ilişkinin net olarak görülmesini sağlar. T2 ağırlıklı MRG'de polibin hiperintense görünümü tipiktir (Resim 2a,b). Juvenil anjiofibrom'da CT'de İV kontrast madde verilerek veya anjiyografi yapılarak ayırıcı tanı yapılabilir. Malignitelerde ve juvenil anjiofibromda kemik destrüksiyonun görülmesi, meningoensefaloselde kemik defekti ayırıcı tanıda yardımcı olur¹⁰.

Hastalar oral kavitede düzgün yüzeyli bir kitle ile de başvurabilirler. AP'in nadir de olsa orofarinkste obstrüksiyona yol açarak disfaji ve konuşma güçlüğüne yol açtığı, strongüle olduğu veya kopup ağız içine düştüğü ve solunumu birden kestiği için pediatrik bir acil duruma neden olduğu olgular da bildirilmiştir¹¹. Bir olgumuzda polipin orofarinkse aşırı sarkması ve buna bağlı olarak disfaji olmadan belirgin konuşma güçlüğü tespit edildi.



| Olgu | Cinsiyet | Yaş | Asıl Şikayet | Diğer Sinüsler | Operasyon | Takip süresi |
|------|----------|-----|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------|
| 1 | K | 8 | Kilo kaybı | - | Unsinektomi + MMA | 10 |
| 2 | K | 12 | Tek taraflı Burun akıntısı | Aynı taraf etmoid | Unsinektomi + MMA + AE + Sinoskopi | 14 |
| 3 | E | 8 | Konuşma güçlüğü | Aynı taraf etmoid | Unsinektomi + MMA + AE | 12 |
| 4 | E | 13 | Tek taraflı Burun akıntısı | - | Unsinektomi + MMA + Sinoskopi | 18 |
| 5 | E | 11 | Tek taraflı Burun akıntısı | Karşı maksiller | B.Unsinektomi + B.MMA + Sinoskopi | 13 |
| 6 | K | 10 | Horlama | - | Unsinektomi + MMA | 17 |

Tablo 1. Olguların Özellikleri. Middle Meatal Antrostomi: OMA, Anterior Etmoidektomi: AE Bilateral: B.

AP'in etiyolojisi bilinmemektedir. Ancak maksiller sinüste bulunan intramural kistlerden oluştuğuna dair kanıtlar vardır⁸. Genel görüş alerjik kökenli nazal poliplerden farklı olduğudur. Skladzien ve arkadaşları histopatolojik ve klinik bulguları açısından maksiller sinüsün non-alerjik polipleri ile benzerlikleri olduğunu, başlangıç rolü olarak kist bulunması gibi küçük farklar olduğunu ifade etmişlerdir. Kronik inflamasyona bağlı poliplerdekine benzer bakteriyel flora sahiptirler. Bazı araştırmacılar kronik sinüzite bağlı poliplerden farklı olduğunu, bazıları da atipik yerleşimli kronik sinüzite bağlı olabileceğini öne sürerler^{8,9}. Olgularımızın ikisinde aynı tarafta etmoid sinüzit ve birinde karşı tarafta maksiller sinüzit, diğer olgularda ise sadece antrokoanal polip mevcuttu.

AP, eozinofil içermemesi ve lokalizasyonu ile nazal poliplerden farklı özellikler gösterir¹². Diğer nazal polipler gibi yalancı çok katlı kolumnar epitelle çevrilidir ve stroması değişik miktarda inflamatuvar hücreler ile infiltridir^{8,9}. Histolojik olarak sfenoid sinüs kaynaklı koanal polip ile AP arasında fark yoktur^{5,6}.

Wolf ve ark., çocuklardaki rinosinüziti multifaktöryel ve kompleks bir hastalık olarak bildirmişlerdir. Sıklıkla alerji, anatomik malformasyonlar, siliyer diskinezi veya immün disfonksiyon gibi predispoze faktörlerle birlikte, ancak kesin neden bilinmemektedir¹³. AP'li hastalarda, özellikle bilateral olgularda, kistik fibrozis olasılığı yüksektir (%29)¹⁴. Hastalarımızın hiçbirisinde kistik fibrozis ve alerjiye ait bulgular görülmedi.

Literatürde AP'in köken aldığı bölüm posterior veya medial duvar olarak bildirilirken Skladzien ve ark. inferolateral duvardan kaynaklandığını göstermişlerdir⁸. Sinoskopi yaptığımız üç olguda AP'in medial duvardan kaynaklandığını gördük.

AP, maksiller sinüs antrumunun ödemli, inflame dokusundan gelişir. İki komponentten oluşur. Antral kısmı genellikle kistik, koanal kısmı ise solid

yapıdadır. Kistik komponent antrumun değişik bölgelerinden kaynaklanabilir ve bir pedikülle koanal kısma bağlanır. Pedikül normal maksiller sinüs ostiumundan geçebildiği gibi aksesuar ostiumdan da geçebilir. Polibin antrumdan nazal kaviteye uzanmasında ostiomeatal kompleks obstrüksiyonu gibi patolojilerde oluşan negatif basınç sorumlu tutulmaktadır^{1,2}.

Basit polipektomi ve Caldwell-Luc girişimi uzun yıllar AP tedavisinde kullanılmış, basit polipektomiden sonra %25 oranında rekürrens görülmüştür. AP'de rekürrensin önlenmesi amacı ile polibin antral kısmı mutlaka çıkarılmalıdır. AP tedavisinde özellikle çocuklarda endoskopik sinüs cerrahisi (ESC) daha çok tercih edilmektedir, çünkü maksiller sinüsün fonksiyonu ve kapasitesinin korunmasını sağlar. Caldwell-Luc ameliyatına göre çocuklarda diş ve yüz gelişimine minimal etkisi vardır, infraorbital sinir lezyonu riski çok düşüktür ve iyileşme süresi daha kısadır¹⁵. Son yıllarda endoskopik sinüs cerrahisi AP tedavisinde güncel tedavi olarak görülmekte ve yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır^{14,15,16,17}. Kennedy, fonksiyonel ESC yaptığı 120 hastada başarı oranını %97,5 olarak, Wolf ve ark. ise %87 olarak bildirmişlerdir¹³.

Özdek ve arkadaşları AP'li olguların tedavisinde ESC'ye transkanin sinoskopinin eklenmesinin, AP'nin antral kısmının tamamının çıkarılmasını sağladığını bildirmişlerdir¹⁸. Bizde 3 olgumuzda AP'nin antral kısmının çıkarılmasına hem yardımcı olmak hemde tamamının çıkarıldığından emin olmak için transkanin sinoskopi uyguladık.

SONUÇ

Sonuç olarak, burundan nefes alamadığı için adenoid hipertrofisi düşünülen çocuklarda antrokoanal polip de araştırılmalı ve tespitinde tedavi buna göre planlanmalıdır. AP tanısı konulurken anjiyofibrom, meningoensefalosel ve nazofarinks malignansileri olabileceği göz önüne alınmalıdır. Tanı konduktan sonra en önemli problem olan rekürrensin önlenmesi için polibin antral kısmı mutlaka alınmalı,



fasiyal ve dental gelişimini bozmadığı için ESC tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Salib RJ, Sadek SA, Dutt SN, Pearman K. Antrochoanal polyp presenting with obstructive sleep apnoea and cachexia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;54:163-166. PMID: 10967389
2. Chen JM, Schloss MD, Azouz ME. Antro-choanal polyp: A 10-year retrospective study in the pediatric population with a review of the literature. *J Otolaryngol* 1989;18 (4):168-172. PMID: 2661853
3. Woolley AL, Clary RA, Lusk RP. Antrochoanal polyps in children. *Am J Otolaryngol* 1996;17: 368-373. PMID: 8944294
4. Basu SK, Bandyopadhyay SN, Bora H. Bilateral antrochoanal polyps. *J Laryngol Otol*. 2001 Jul;115(7):561-2. PMID: 11485589
5. Tosun F, Yetiser S, Akcam T, Ozkaptan Y. Sphenchoanal polyp: endoscopic surgery. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;58: 87-90. PMID: 11249986
6. Lim WK, Sdralis T. Regression of a sphenchoanal polyp in a child. *Laryngoscope* 2004;114: 903-905. PMID: 15126753
7. Reifen E, Noyek AM. Stromal calcification in choanal polyp. *J Otolaryngol* 1992;21:199-201. PMID: 1404572
8. Skladzien J, Litwin JA, Nowogrodzka-Zagorska M, Wierzchowski W. Morphological and clinical characteristics of antrochoanal polyps: comparison with chronic inflammation-associated polyps of the maxillary sinus. *Auris Nasus Larynx* 2001;28:137-41. PMID: 11240321
9. Basak S, Karaman CZ, Akdilli A, Metin KK. Surgical approaches to antrochoanal polyps in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;46:197-205. PMID: 10190590
10. Weissman JL, Tabor EK, Curtin HD: Sphenchoanal polyps: Evaluation with CT and MRI imaging. *Radiology* 1991; 178:145-148. PMID: 1984293
11. Sharma HS, Daud AR. Antrochoanal Polyp-a rare paediatric emergency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997;41: 65-70. PMID: 9279638
12. Saito H, Honda N, Yamada T, Mori S, Fujieda S, Saito T. Intractable pediatric chronic sinusitis with antrochoanal polyp. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;54:111-116. PMID: 10967380
13. Risavi R, Klapan I, Handzic-Cuk J, Barcan T. Our experience with FESS in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;43:271-275. PMID: 9663949
14. Schramm VL Jr, Effron MZ. Nasal polyps in children. *Laryngoscope* 1980;90:1488-1495. PMID: 7401851
15. Sato K, Nakashima T. Endoscopic sinus surgery for chronic sinusitis with antrochoanal polyp. *Laryngoscope* 2000;110:1581-1583. PMID: 10983967
16. Kennedy DW. Prognostic factors, outcomes and staging in ethmoid sinus surgery. *Laryngoscope* 1992;102 (Suppl 57):1-18. PMID: 1453856
17. Wolf G, Greistorfer K, Jebeles JA. The endoscopic endonasal surgical technique in the treatment of chronic recurring sinusitis in children. *Rhinology* 1995;33:97-103. PMID: 7569662
18. Özdek A, Samim E, Bayiz Ü, Meral İ, Şafak AS, Oğuz H. Antrochoanal polyps in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;65(3):213-8. PMID: 12242136