



OLGU SUNUSU

SFENOİD SİNÜS KAYNAKLI KOANAL POLİP

Dr. Mehmet Fatih KARAKUŞ, Dr. Aykut İKİNCİOĞULLARI, Dr. Vedat ORUK,
Dr. Serdar ENSARİ, Dr. Hüseyin DERE

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Koanal polipler; paranasal sinüslerden kaynaklanan, nazal kaviteyi doldurup koanaya, nazofarinkse bazen farinkse kadar uzanabilen, genellikle tek taraflı yerleşim gösteren kitlelerdir. Çoğunlukla maksiller sinüs kaynaklı olup, sfenoid sinüs kaynaklı olgular nadiren izlenir. Tanıda paranasal sinüs BT ve endoskopik muayene önemli bir yer tutar. Olgumuzda; sfenoid sinüsten kaynaklanıp, önde nazal vestibüle arkada orofarinkse kadar uzanan koanal polip mevcuttu. Endoskopik polipektomi ve sfenoidotomi girişimi ile tedavi edildi. Operasyon sonrası 6. ayda nüks lehine herhangi bir belirti veya bulgu tespit edilmedi.

Anahtar Sözcükler: koanal polip, Sfenokoanal polip, Endoskopik sinüs cerrahisi

CHOANAL POLYP ORIGINATING FROM THE SPHENOID SINUS

SUMMARY

Choanal polyps are masses with paranasal sinus origin commonly located unilateral filling up the nasal cavity towards nasopharynx and sometimes even pharynx. The majority of choanal polyps are of maxillary sinus origin, whereas polyps originating from sphenoid sinus are rarely seen. CT scan of paranasal sinuses and endoscopic examination are the major diagnostic tools. A choanal polyp with sphenoid sinus origin extending to nasal cavity anteriorly and oropharynx posteriorly is diagnosed in our case. Polypectomy and sphenoidotomy was performed by transnasal endoscopic approach. There is no evidence of recurrent disease at the 6th month following surgery.

Keywords: choanal polyp, Sphenokoanal polyp, Endoscopic sinus surgery

GİRİŞ

Sfenokoanal polip; sfenoid sinüsten kaynaklanıp sfenoetmoid resesi genişleterek koanaya, nazofarenkse ve farenkse kadar ilerleyebilen kistik polipoid oluşumlar için kullanılan bir tanımlamadır. Maksiller sinüsten köken alan benzer oluşumlar için ise antrokoanal polip terimi kullanılmaktadır. Bu oluşumlar, genel kabul gören şekliyle koanal polipler başlığı altında incelenmektedir. Koanal poliplerin çoğu maksiller sinüs kaynaklıdır. Sfenoid sinüs kaynaklı olgular sporadik olarak oldukça az sayıda izlenmektedir. Koanal polipler, sıklıkla büyük çocuklarda ve genç erişkinlerde görülürler¹. Bu olgularda, polipler hemen her zaman tek taraflı yerleştikleri için burun tıkanıklığı en sık görülen semptomdur. Ayrıca polipe ait kitle etkisi ile horlama, uyku apnesi, boğazda yabancı cisim hissi, yutma problemleri ve kanama şikayetleri de görülebilir^{1,2}. Sfenokoanal poliplerde, eğer etmoid veya maksiller hastalık yoksa, izole bir polip söz konusu ise, transnazal yolla yapılacak polip eksizyonunu takiben uygulanacak sfenoidotomi ve polip yapışma yerinin temizlenmesi tedavinin esasını oluşturur¹.

Bu makalede sfenoid sinüs kaynaklı bir koanal polip olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU

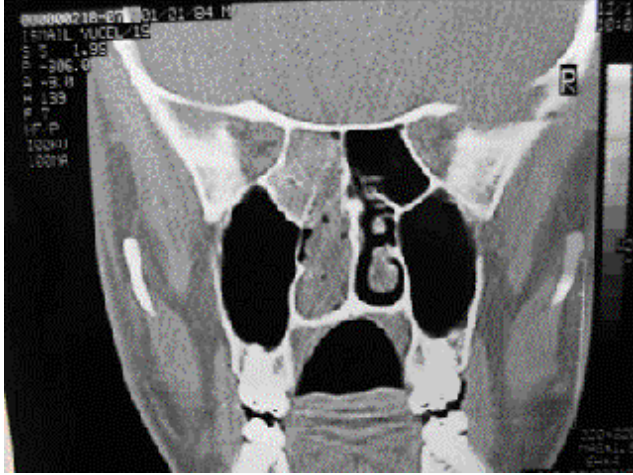
20 yaşında erkek hasta; 2 yıldan beri, burun sol tarafta tıkanıklık, akıntı, boğazda yabancı cisim hissi ve horlama şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Başvuru öncesi, farklı merkezlerde rinosinüzit tanısı ile çeşitli medikal tedaviler uygulanmıştı. Anterior rinoskopide; sol nazal kavitede, septum ile konka arasında gri soluk renkte yumuşak kıvamda kitle tespit edildi. Septum ve sağ nazal pasaj normal olarak değerlendirildi. Orofarinkste yumuşak damak bombe, dolgun ve uvula sağa itilmiş görünümdeydi. Posterior rinoskopide; koanayı tamamen dolduran, orofarinkse sarkan kitle mevcuttu. Diğer muayeneler normaldi ve sistem sorgulamasında patolojik bulgu tespit edilmedi. Koronal planda çekilen paranasal sinüs bilgisayarlı tomografide (BT); sol nazal kavitede, orta konka ile septum arasında posteriora uzanım gösteren, sfenoid sinüsü oblitere edip koanayı dolduran ve orofarinkse sarkan opasite mevcuttu. Her iki maksiller sinüs ve ostiomeatal üniteler açık olarak izlendi (Resim 1). Endoskopik incelemede polip pedikülünün sol sfenoid sinüsten kaynaklandığı ve sfenoetmoid resesi doldurduğu görüldü. Hastaya lokal anestezi altında, transnazal endoskopik yaklaşımla polipektomi ve takiben sfenoidotomi yapıldı. Sfenoid sinüs içerisindeki polipoid doku ve

İletişim kurulacak yazar: Dr. Mehmet Fatih Karakuş, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye, E-mail: mfkarakus@yahoo.com

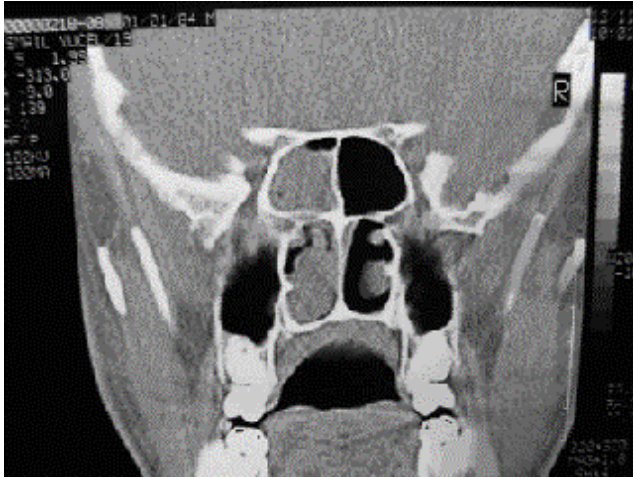
Gönderilme tarihi: 20 Nisan 2004, revizyon isteme tarihi : 10 Ekim 2004, yayın için kabul edilme tarihi: 11 Ekim 2004



nazofaringeal parça ağız içerisinden enblok olarak çıkartıldı. Cerrahi materyalin histolojik incelemesi; “yüzeyi psödostratifiye silyalı prizmatik epitel ile çevrili, ödemli stroma içerisinde serömüköz gland ve mikst iltihabi hücre infiltrasyonu ayrıca konjesyone vasküler yapılar ile karakterize görünüm” şeklinde rapor edildi ve polip tanısı doğrulandı. Operasyon sonrası 6. ayda hastada herhangi bir semptom yoktu ve nüks lehine bulgu tespit edilmedi (Resim 2).



Resim 1. Operasyon öncesi görünüm



Resim 2. Operasyon öncesi görünüm

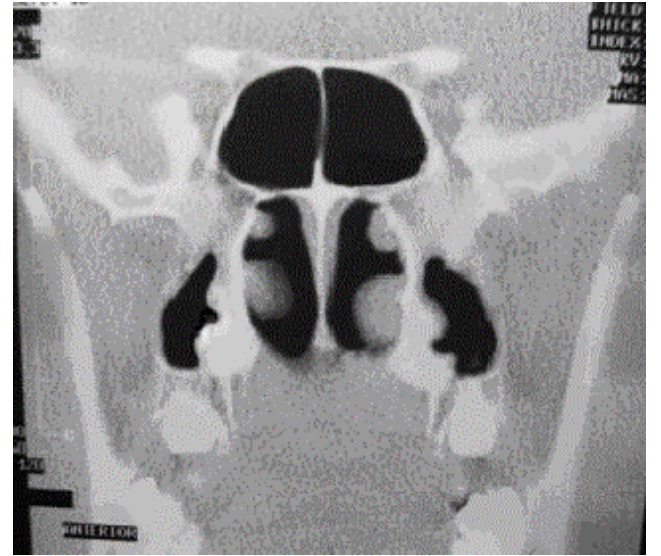
TARTIŞMA

Polip, Latince “poly ve pous” kelimelerinden türemiştir ve çok ayaklı anlamına gelmektedir. Burun içerisindeki izole polipler, 19. yüzyıla kadar tümör olarak kabul edilmiştir. Histolojik tanımlama ilk kez Billroth tarafından yapılmış fakat polip bir neoplastik lezyon olarak değerlendirilmiştir. Zunkerandl ise poliplerin inflamatuvar yapıda olduğunu ileri sürmüştür³. İlk sfenokoanal polip olgusu, 1892’de Zunkerandl tarafından rapor edilmiştir⁴. Histolojik olarak sfenokoanal polipler ve antrokoanal polipler benzer görünüme sahip olup; yüzeyde respiratuvar epitel, merkezde bir kistik component, çevresinde ödematöz stroma ve değişen oranda inflamatuvar hücre infiltrasyonu mevcuttur⁵. Nazal poliplerden

farklı olarak antrokoanal poliplerde, yüzey epitel hiperplazisinin daha fazla olduğu, mukus retansiyonunun eozinofillerin ve submukozal gland sayılarının daha düşük olduğu bildirilmiştir⁶.



Resim 3. Operasyon sonrası görünüm



Resim 4. Operasyon sonrası görünüm

Koanal polipli hastalarda, en önemli semptom tek taraflı burun tıkanıklığıdır. Tanıda endoskopik nazal muayene ve radyolojik değerlendirme esastır. Ayırıcı tanıda; tek taraflı burun tıkanıklığı tablosu ile seyreden inverted papillom, nazofarinks yerleşimli kitleler (Anjiofibroma, malign tümörler, Tornwalt kisti, adenoid vejetasyon), glioma, meningoensefalosel ve alt konka hipertrofisi dikkate alınmalıdır¹. Paranazal sinüs BT kesitlerinde koanal polipler, düşük attenuasyon veren soliter kitle olarak izlenir. Bu görünüm benign stromal hücreler, az sayıda müköz gland ve nadiren eozinofil veya lenfosit içermesi, dolayısıyla kısmen hiposellüler karakterde olmaları nedeniyledir⁷. Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde, maksiller sinüs normal, sfenoid sinüs opak görünümde ise büyük oranda sfenokoanal polip tanısı konulabilir. Ancak maksiller



sinüste de eşlik eden bir opasite mevcut ise bu görünüm antrokoanal veya sfenokoanal polip'e ait olabilir. Bu durumda endoskopik nazal muayene ile polipin kaynaklandığı bölge incelenerek özellikle maksiller sinüs ostiumunu genişleterek nazal kavite içerisine uzanan antrokoanal poliplerde ayırıcı tanıya ulaşmak mümkündür⁸. Weissman ve arkadaşları⁷, sfenokoanal poliplerin orta konka ile septum arasında, antrokoanal poliplerin ise orta konka ile lateral nazal duvar arasında opasifikasyona neden olduğunu belirtmişlerdir.

Olgumuzda en belirgin semptom burun tıkanıklığı ve horlama idi. Ayrıca kirli sarı renkte burun akıntısı ve boğazda yabancı cisim hissi şikayetleri de mevcuttu. Başvuru öncesi rinosinüzit tanısı ile değişik medikal tedaviler uygulanmıştı. Benzer olgularda, direkt grafilerde drenaj bozukluğuna bağlı olarak eşlik eden rinosinüzit tablosuna sıklıkla rastlanmaktadır. Medikal tedaviyi takiben sınırlı rahatlama izlenmekte ve bir süre sonra semptomlar yeniden şiddetlenmektedir. Bu gibi durumlarda, ayırıcı tanıda; rutin anterior rinoskopik muayeneyi takiben paranasal sinüs BT'nin tercih edilmesinin gerekliliği açıktır. Polip, ileri derecede büyümemişse anterior rinoskopik değerlendirmede kolayca gözden kaçabilir. Olgumuzun paranasal sinüs BT incelemesinde; Weissman⁷ ve arkadaşlarının radyolojik ayırıcı tanı kriterlerine uygun olarak sfenokoanal polip ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1). Endoskopik muayenede; polipin ileri derecede büyüme göstererek önde nazal vestibüle kadar uzandığı, arkada ise orofarinksten sarktığı izlendi. Yanagisawa ve arkadaşları², antrokoanal poliplerin çok büyük boyutlara ulaşip orofaringeal kitle oluşturabilecekleri ve bu gibi olgularda boğazda yabancı cisim hissinin önemli bir semptom olarak görülebileceğini bildirmiştir. Benzer şekilde koanal polip olgumuzda, kitle etkisinden kaynaklanan boğazda yabancı cisim hissi semptomu da mevcuttu.

Koanal poliplerde basit polipektomiyi takiben nüks, önemli bir problem olarak izlenmektedir⁹. Son zamanlarda, yapılan çalışmalarda, endoskopik görüş altında polipektomiye takiben polipin köken aldığı sinüs içerisindeki kistik komponentinin tamamen çıkartılması durumunda, nükslerin çok nadiren görüldüğü bildirilmektedir^{1,8,10}. Tosun ve arkadaşları pediatrik yaş grubunda 2 sfenokoanal polip olgusunda aynı şekilde endoskopik görüş altında yaptıkları cerrahi sonrası 18 ve 28 ay sonra nüks ile karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir¹¹. Olgumuzda da cerrahi girişim sonrası 6.ayda nüks lehine herhangi bir belirti ve bulgu tespit edilmedi.

Sonuç olarak; sfenokoanal polip, koanal poliplerin nadir görülen bir formudur. Tanıda;

paranasal sinüs BT ve endoskopik muayene önemli bir yer tutar. Paranasal sinüs BT, kitlenin yerleşimi, uzanımı, kemik destrüksiyonu veya çevre dokulara invazyonu, opak madde tutulumunun olup olmaması gibi kriterler dikkate alındığında koanal polipler ile diğer nazal kitlelerin ayırımında, ayrıca antrokoanal ile sfenokoanal polip farkının anlaşılmasında önemli katkı sağlar. Endoskopik cerrahi yaklaşımda, kitlenin özellikle kaynaklandığı sinüs içerisindeki kistik bölümü ile birlikte çıkartılması nüksün önlenmesi bakımından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Uslu SS, İleri F, Sezer C, Asal K, Köybaşıoğlu A, İnal E. Koanal polipler: orijin, mikroskopi ve yaklaşım. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1999; 7(2): 79-84.
2. Yanagisawa E, Salzer SJ, Hirokawa RH. Endoscopic view of antrochoanal polyp appearing as a large oropharyngeal mass. ENT J 1994; 73(10): 714-715. (PMID: 7805592)
3. Karcı B, Günhan Ö. Endoskopik Sinüs Cerrahisi. İzmir: Özen Ofset Limited Şirketi, 1999.
4. Prasad U, Sagar PC, Shahul Hameed OAN. Choanal polyp. J Laryngol Otol 1970; 84(9):951-954. (PMID: 5471901)
5. Berg O, Carenfelt C, Silfversward C, Sobin A. Origin of the choanal polyp. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988; 114(11): 1270-1271. (PMID: 3166756)
6. Towbin R, Dunbar JS, Bove K. Antrochoanal polyps. Am J Roentgenol 1979; 132(1): 27-31. (PMID: 215020)
7. Weissman JL, Tabor EK, Curtin HD. Sphenchoanal polyps: evaluation with CT and MR imaging. Radiology 1991; 178(1): 145-148. (PMID: 1984293)
8. Tosun F, Gerek M, Aslanhan M, Özkaptan Y. Koanal polipli hastalarda endoskopik sinüs cerrahisi sonuçları. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2001; 9: 31-34.
9. Aktaş D, Yetişer S, Gerek M, Kurnaz A, Can C, Kahramanyol M. Antrochoanal polyps: analysis of 16 cases. Rhinology 1998; 36(2): 81-85. (PMID: 9695164)
10. İleri F, Köybaşıoğlu A, Uslu S. Clinical presentation of a sphenchoanal polyp. Eur Arch Otorhinolaryngol 1998; 255(3): 138-139. (PMID: 9561861)
11. Tosun F, Yetişer S, Akçam T, Özkaptan Y. Sphenchoanal polyp: endoscopic surgery. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2001 Apr 6; 58(1): 87-90. (PMID: 11249986)