



OLGU SUNUMU

SFENOKOANAL POLİP

Dr. Turgut KARLIDAĞ, Dr. Hayrettin Cengiz ALPAY, Dr. İrfan KAYGUSUZ, Dr. Özgür IŞIK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Sfenoid sinüsten kaynaklanan izole polipler nadir görülürler ve sıklıkla sfenoid sinüs kavitesinden köken alarak ostium yolu ile koanaya doğru uzanım gösterirler. Sfenokoanal poliplerin prezentasyonu antrokoanal poliplerle benzerdir. Ayırıcı tanıda endoskopik muayene ve bilgisayarlı tomografi oldukça yararlıdır. Endoskopik cerrahi ile sfenokoanal polipin kaynaklandığı bölgenin mukozası ile birlikte çıkarılması, oldukça güvenli ve tekrarlama riski düşük cerrahi bir yöntemdir. Bu makalede, 13 ve 36 yaşında sfenokoanal polipli iki olguyu sunduk ve sfenokoanal polipli hastaların kliniğini, radyolojik bulgularını ve tedavisini gözden geçirdik.

Anahtar Sözcükler: Sfenokoanal Polip, Endoskopik Sinüs Cerrahisi, Antrokoanal Polip

SPHENOCHOANAL POLYP

SUMMARY

An isolated polyp arising from the sphenoid sinus is rare and sphenchoanal polyps arise from the sphenoid sinus cavity and extend into the choana via the ostium. The presentation of a sphenchoanal polyp is similar to that of the more common antrochoanal polyp, but endoscopic examination and computed tomography scan are important in the differentiated diagnosis of sphenchoanal polyp. Endoscopic approach for complete removal of the sphenchoanal polyps is extremely safe, including its mucosa of site of origin, which minimizes the risk of recurrence. We present two cases of sphenchoanal polyp aged of 13 and 36. In this cases report were reviewed the clinical, radiological features and treatment of the patients with sphenchoanal polyp.

Keywords: Sphenchoanal Polyp, Endoscopic Sinus Surgery, Antrochoanal Polyp

GİRİŞ

Nazal polipler, burun ve paranasal sinüslerin kronik enflamatuvar bir hastalığıdır. Sınırlı tek bir lezyondan, tüm burun ve paranasal sinüs boşluğunu dolduran yaygın mukozal değişiklikler şeklinde geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilirler. Sınırlı lezyonlar olan koanal polipler, sıklıkla tek bir sinüsü etkileyen, maksiller, etmoid veya sfenoid sinüs mukozasından köken alan ve nazofarenkse uzanım gösteren benign, soliter kitlelerdir^{1,2}.

Koanal poliplerin çoğu maksiller sinüsten kaynaklanırlar. Sfenoid sinüs kaynaklı olgular genellikle sporadiktir. Maksiler sinüsten köken alanlar için antrokoanal polip; sfenoid sinüsten kaynaklanıp sfenoetmoid resesi genişleterek koanaya, nazofarenkse ve orofarenkse kadar ilerleyebilen kistik polipoid oluşumlar için ise sfenokoanal polip terimi kullanılmaktadır^{3,4}.

Koanal polipler sıklıkla büyük çocuklarda ve genç erişkinlerde görülürken, sfenokoanal poliplerin ise yaklaşık %50'sinin çocuklarda görüldüğü rapor edilmiştir^{4,6}. Sfenokoanal polipler, benzer görünüşleri nedeniyle anterior rinoskopide antrokoanal poliple karışabilir. Fizik muayene ve konvansiyonel radyografi ile polipin hangi sinüsten kaynaklandığının tespiti oldukça zordur. Endoskopik muayene ve paranasal bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda oldukça yararlıdır^{4,7}.

Sfenoid sinüs kaynaklı koanal poliplerin tedavisinde endoskopik sinüs cerrahisi tekniğinin kullanımı en iyi yöntemdir^{4,8}. Biz bu yazıda, nadir görülen sfenokoanal polipli iki olgunun kliniğini, radyolojik özelliklerini ve tedavisini literatür bilgisi ile sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUSU

Olgu 1

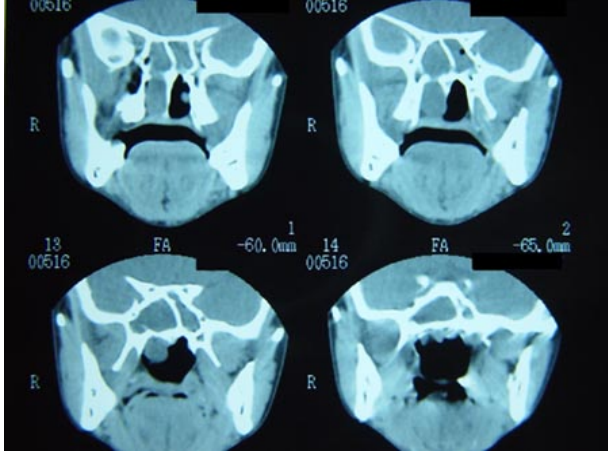
Onüç yaşında erkek çocuk, bir yıldır devam eden ve son bir aydır artan burnun sağ tarafında tıkanıklık, burun akıntısı, ağzı açık uyuma ve horlama şikayetleri ile ağustos 2002 tarihinde kliniğimize başvurdu.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Turgut Karlıdağ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye, Tel: +90 424 233 35 55 Faks: +90 424 238 76 88 E-mail: turgut_karlidag@yahoo.com

Gönderilme tarihi: 23 Ekim 2007, revizyon gönderme tarihi : 21 Kasım 2007, yayın için kabul edilme tarihi: 29 Kasım 2007



Hastanın sistemik başka bir hastalığı yoktu. Endoskopik muayenede sağ nazal pasajı dolduran, gri soluk renkte, yumuşak kıvamda polipoid kitle tespit edildi. Sağ orta meatus bölgesinde patoloji saptanmadı. Polip pedikülünün sfenoetmoidal reses bölgesinden kaynaklandığı görüldü. Sol nazal pasaj doğal olarak izlendi. Posterior rinoskopide, polipin koanaya uzanım gösterdiği ve nazofarenksin büyük bir kısmını doldurduğu saptandı. Koronal ve aksiyel planda çekilen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (BT); sağ nazal kavitede ve sfenoid sinüste yumuşak doku dansitesinin bulunduğu, bu yumuşak dokunun koanadan nazofarenkse uzandığı ve nazofarenksi doldurduğu izlendi. Her iki maksiler, frontal ve sol sfenoid sinüs doğal görünümde idi (Şekil 1). Hastaya bu bulgularla sfenokoanal polip tanısı konuldu. Hastanın alerji testlerinde ve ter testinde patoloji saptanmadı. Diğer fizik ve laboratuvar muayene bulguları normaldi.

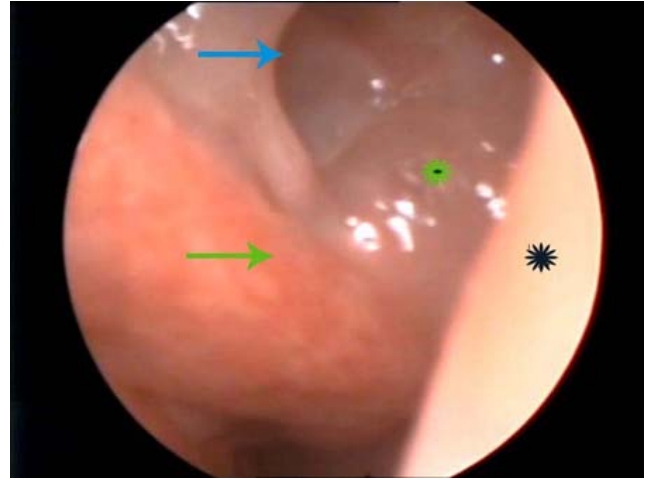


Şekil 1: Koronal planda çekilmiş paranazal BT'de sfenoid sinüsü dolduran, koanadan nazofarenkse uzanım gösteren sfenokoanal polip görüntüsü (olgu 1).

Genel anestezi altında, transnazal endoskopik yaklaşımla sağ sfenoetmoidal reses yolu ile sfenoid sinüs ostiumu genişletildi. Sağ sfenoid sinüs inferiolateral duvarda polipin kaynaklandığı mukoza ile birlikte polipin intranasal ve koanal parçası transoral yolla enblok olarak çıkarıldı. Kanama ve komplikasyon ile karşılaşılmadı. Polipin 2x3 cm büyüklüğünde, psödostrafiyeye epitelle örtülü, epitel altında ödem, parçalı lökosit, lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşan intihabi infiltrasyonun olduğu inflamatuvar tip koanal polip tanısı konuldu. Hastanın dört yıllık takibinde rekürrens ile karşılaşılmadı.

Olgu 2

Otuzaltı yaşında bayan hasta, son iki aydır burun tıkanıklığı, ağzı açık uyuma, horlama, burun akıntısı, geniz akıntısı, baş ağrısı şikayetleri ile Eylül 2006 tarihinde kliniğimize başvurdu. Hastanın sistemik başka bir hastalığı yoktu. Anterior rinoskopide sağ inferior konkanın hipertrofik ve nazal mukozanın soluk olduğu; posterior rinoskopide ise koanayı tamamen dolduran, soluk renkli kitle tespit edildi. Endoskopik incelemede polip pedikülünün sağ sfenoid sinüsten kaynaklandığı ve sfenoetmoid resesten koanaya uzanarak koanayı doldurduğu görüldü (Şekil 2). Nazofarenks endoskopisinde polipoid kitlenin nazofarenksi doldurduğu ve oral kaviteye sarktığı saptandı.



Şekil 2: Endoskopik muayenede sağ sfenoetmoid resesten kaynaklanıp nazal pasajı dolduran polipin görünümü. Mavi ok: Sfenoid sinüz ostiumu, Yeşil ok: Inferior konka, Yeşil yıldız: Sfenoid sinüsten köken alan polip, Siyah Yıldız: Septum (olgu 2).

Koronal planda çekilen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde sağ nazal kavite posteriorunu doldurup koanaya ve nazofarinkse uzanım gösteren yumuşak doku dansitesi ve sfenoid sinüste yumuşak doku dansitesi mevcuttu. Her iki maksiller sinüste mukozal kalınlaşma ve her iki orta konkada konka bülloza vardı (Şekil 3, 4). Hastanın diğer fizik muayene ve laboratuvar bulguları normaldi ve alerji testlerinde patoloji yoktu.

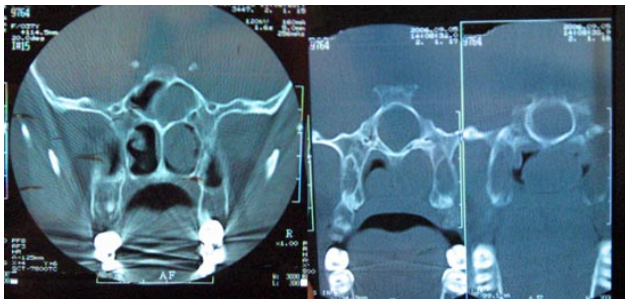
Hastaya genel anestezi altında, transnazal endoskopik yaklaşım ve sfenoetmoidal reses yolu ile polipin kaynaklandığı mukoza eksizyonu ile birlikte sağ sfenoidektomi yapıldı.



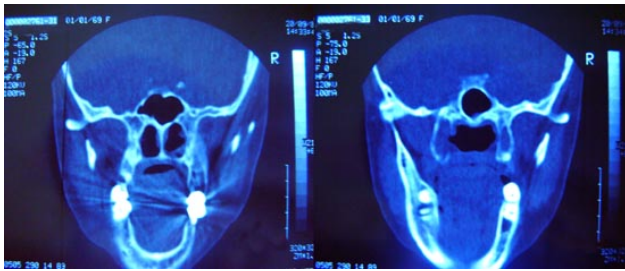
Sfenoid sinüs içerisindeki polipoid doku ve nazofarengeal parça transoral yolla enblok olarak çıkartıldı. Ayrıca sağ orta konkaya lateral laminektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede inflamatuvar tip koanal polip tanısı konuldu. Postoperatif birinci yılda çekilen BT'de rekürrens ile karşılaşılmadı (Şekil 5).



Şekil 3: Koronal planda çekilmiş BT'de maksiller sinüste mukozal kalınlaşma ve bilateral konka büllöza görüntüsü (olgu 2).



Şekil 4: Koronal planda çekilmiş paranazal BT'de sağ sfenoid sinüsü tamamen dolduran yumuşak doku görünümü. Ayrıca koana ve nazofarenkse uzanan polipin görünümü (olgu 2).



Şekil 5: Postoperatif birinci yılda koronal paranazal BT'de sfenoid sinüs tamamen normal görünümde (olgu 2).

TARTIŞMA

Koanal poliplerin büyük bir kısmı maksiler sinüsten köken almaktadır. Bu poliplerin çok az bir kısmı ise izole etmoid sinüs, sfenoid sinüs, orta ve alt konkadan köken alabilirler^{7,9,10}. Tüm nazal poliplerin %4-6'sını antrokoanal polipler oluşturmakta ve insidansı 1-2/10000 arasında değişmektedir¹¹. Sfenokoanal polipler, koanal poliplerin çok küçük bir bölümünü oluşturmakta ve çok nadir olarak görülmektedir. Sfenokoanal polip, sfenoid sinüs mukozasından kaynaklanan pediküllü ve soliter kitlesiyle yaygın nazal poliplerden farklıdır. Sfenokoanal polip, sıklıkla izole polip olarak görülmesine karşın^{4,6}, nadir olarak antrokoanal polip¹² veya nazal polipozis ile birlikte görülebilir¹³.

Koanal poliplerin etiyolojisi hala tam olarak bilinmemektedir. İnflamatuvar nedenlerin ve alerjinin polip hacminde artmaya neden olabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca sinüs ostiumunun kronik obstrüksiyonunun koanal polip gelişimine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir¹⁴. Bizim her iki olgumuzda alerji ile ilgili bir predispozan faktör saptanmadı. Çocukluk yaş grubunda, bu poliplerin gelişiminde özellikle kistik fibrozis predispozan bir faktördür¹⁵. Ancak biz çocuk hastamızın kistik fibrozis taramasında pozitif bulgu saptamadık. Berg ve arkadaşları³, koanal poliplerin sinüs içerisinde kaynaklanan intramural kistin büyümesi sonucu ortaya çıkabileceğini bildirmişlerdir. Mills ve arkadaşlarına⁹ göre ise koanal polipler, bakteriyel sinüzitin iyileşme fazında asinöz muköz glandların tıkanması ve rüptürü ile mukoselin genişlemesi ile oluştuğunu ileri sürmüşlerdir.

Sfenokoanal polipli hastalar genellikle burun tıkanıklığı, burun akıntısı, baş ağrısı ve bazen de horlamadan yakınmaktadır. Bazı hastalarda, polip tarafından östaki tüpünün tıkanmasına bağlı olarak işitme kaybının gelişebileceği bildirilmiştir⁵. Ayrıca polipler kitle etkisi ile uyku apnesine, boğazda yabancı cisim hissine, yutma problemlerine ve kanama şikayetlerine neden olabilirler¹⁶. Her iki olgumuzda da ana semptom burun tıkanıklığı, ağız açık uyuma, horlama ve geniz akıntısı idi. Erişkin hastamızda ise bunlara eşlik eden başağrısı şikayeti mevcuttu.

Tanı için klinik semptomlar, nazal ve postnazal endoskopik muayene ve BT görüntülemesi önemlidir. Direkt grafide sfenokoanal polibin karakteristik bulguları maksiler ve etmoid sinüste hastalığın kanıtı olmaksızın yalnız sfenoid sinüste izlenen opasifikasyondur⁶.



Paranasal sinüs BT kesitlerinde koanal polipler, düşük atenuasyon veren soliter kitle olarak izlenir ve bu sayede koanal poliplerin nereden köken aldıkları ortaya konabilir⁷. Bu da operasyon sırasında yanlış sinüse müdahale etme riskini en aza indirir.

Sfenokoanal polipler sıklıkla antrokoanal poliplerle karışmaktadır. Histopatolojik görünüm olarak bu polipler benzerdir^{3,5}. Sfenoid ve antrokoanal poliplerin tomografik ayrımı için, Weismann ve arkadaşları⁷ yaptıkları bir çalışmada, sfenokoanal poliplerin orta konka ile septum arasında, antrokoanal poliplerin ise orta konka ile lateral nazal duvar arasında opasifikasyona neden olduğunu rapor etmişlerdir. Endoskopik muayene ile polipin kaynaklandığı sinüsün tespiti tanıda oldukça faydalıdır.

Sfenokoanal polipler bazen büyük çaplara ulaşabilir ve malign melanom, anjiofibrom, inverted papillom ve diğer pediküllü tümörlerden güçlükle ayrılabilirler¹⁷. Magnetik rezonans görüntüleme sfenokoanal poliplerin malign kitlelerden ayrımında yardımcıdır⁷. Bizim hastalarımızın çekilen paranasal BT ve yapılan endoskopik muayenelerinde sfenoid sinüsten kaynaklanan polipin koanaya ve nazofarenkse doğru uzandığının görülmesi ile sfenokoanal polip tanısı konuldu.

Koanal poliplerde basit polipektomiye takiben nüks, önemli bir problem olarak izlenmektedir. Endoskopik endonazal yaklaşım sfenoid sinüse ulaşmak için kolay ve az travmatik bir yoldur. Endoskopik cerrahi ile sfenokoanal polip ile birlikte polipin kaynaklandığı bölgenin mukozasının çıkarılması, oldukça güvenlidir ve tekrarlama riski oldukça düşürmektedir^{4,12,13}. Her iki olgumuzda endoskopik cerrahi ile sfenoid sinüs reseden sfenoid sinüs ostiumu genişletilerek, polip sinüs içerisinde kaynaklandığı mukoza ile birlikte enblok şeklinde çıkarılmıştır.

SONUÇ

Sfenokoanal polipler oldukça nadir görülmekle birlikte, sıklıkla antrokoanal poliplerle karışmaktadır. Tanısında endoskopik muayene, bilgisayarlı tomografi görüntülemesi oldukça faydalıdır. Günümüzde sfenokoanal poliplerin tanısında endonazal endoskopik sinüs cerrahisi hala en güvenli yol olup, rekürrens oranı en düşük cerrahi metottur.

KAYNAKLAR

1. Lessa MM, Voegels RL, Padua F, Wiikmann C, Romano FR, Butugan O. Sphenochanal polyp: diagnose and treatment. *Rhinology* 2002; 40: 215-6.

2. Lopatin A, Bykova V, Piskunov G. Choanal polyps: one entity, one surgical approach? *Rhinology* 1997; 35: 79-83.

3. Berg O, Carenfelt C, Silfversward C, Sobin A. Origin of the choanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 1270-1271.

4. Tosun F, Yetiser S, Akcam T, Ozkaptan Y. Sphenochanal polyp: endoscopic surgery. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 58: 87-90.

5. Crampette L, Mondain M, Rombaux P. Sphenochanal polyp in children. Diagnosis and treatment. *Rhinology* 1995;33:43-45.

6. Spraggs PD. Radiological diagnosis of sphenochanal polyp. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 159-160.

7. Weissman JL, Tabor EK, Curtin HD. Sphenochanal polyps: evaluation with CT and MR imaging. *Radiology* 1991;178: 145-148.

8. Eloy P, Evrard I, Bertrand B, Delos M. Choanal polyp of sphenoidal origin. Report of two cases. *Acta Otolaryngol Belg* 1996; 50: 183-189.

9. Mills CP. Secretory cysts of the maxillary antrum and their relation to the development of antrochoanal polyp. *J Laryngol Otol* 1959; 73: 324-334.

10. Gordts F, Clement PA. Unusual choanal polyps. *Acta Otolaryngol Belg* 1997; 51: 177-180.

11. Chen JM, Schloss MD, Azouz ME. Antrochoanal polyp: a 10-year retrospective study in the pediatric population with a review of the literature. *J Otolaryngol* 1989; 18: 168-172.

12. Ozcan M, Ozluedik S, İkinciogullari A. Simultaneous antrochoanal and sphenochanal polyps: a rare clinical entity. *J Laryngol Otol* 2005; 119: 152-154.

13. Tysome JR, Saleh HA. Sphenochanal polyp presenting with concomitant nasal polyps. *Ear Nose Throat J* 2007; 86: 50-52.

14. Cook PR, Davis WE, McDonald R, McKinsey JP. Antrochoanal polyposis: a review of 33 cases. *Ear Nose Throat J* 1993; 72: 401-2, 404-410.

15. Myers EN, Cunningham MJ. Modified Caldwell-Luc approach for the treatment of antral choanal polyps. *Laryngoscope* 1986; 96:911-913.

16. Yanagisawa E, Salzer SJ, Hirokawa RH. Endoscopic view of antro-choanal polyp appearing as a large oropharyngeal mass. *ENT J* 1994; 73: 714-715.

17. Sethi DS. Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999; 120: 730-736.