

Ipsilateral antrochoanal polyp and giant agger nasi cell: Case report

İpsilateral antrokoanal polip ve dev agger nasi hücresi: Olgu sunumu

Mehmet KARATAŞ¹, Sedat DOĞAN¹, Yasin SARIKAYA¹, Mehmet ŞİRİK², Erhan KAYIKÇIOĞLU¹

ABSTRACT

Choanal polyps are isolated masses originating from any sinus and possibly extending to nasopharynx and most of them are antrochoanal polyps arising from maxillary sinus. Presence of intranasal anatomical variations can make surgery of antrochoanal polyps difficult. A 40 year-old male presented to our clinic with right periorbital pain and right-sided nasal obstruction.

Keywords: Ipsilateral, antrochoanal polyp, giant agger nasi cell, surgical difficulty, inferior meatal antrostomy

ÖZ

Koanal polipler herhangi bir sinüsten kaynaklanan ve nazofarenkse uzanım gösterebilen izole kitleler olup, bu patolojilerin çoğu maksiller sinüs kaynaklı antrokoanal poliplerdir. İntranasal anatomik varyasyonların olması antrokoanal polip cerrahisini zorlaştırabilmektedir. Kırk yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ göz çevresinde ağrı ve sağ taraflı burun tıkanıklığı yakınmaları ile başvurdu.

Anahtar kelimeler: İpsilateral, antrokoanal polip, dev agger nasi, cerrahi güçlük, inferior meatal antrostomi

GİRİŞ

Antrokoanal polip (AP) maksiller sinüsten kaynaklanan benign, soliter ve polipoid bir lezyon olup, sıklıkla maksiller sinüs aksesuar ostiumu ile orta meaya oradanda koana ve nazofarenkse uzanır¹. Sinüs içinde kalan kısma kistik veya antral kısım, orta meadan nazofarenkse kadar olan kısma ise solid kısım denir^{2,3}. AP'ler daha çok çocuk ve genç erişkinlerde görülür ve genellikle hastalar tek taraflı burun tıkanıklığı, geniz akıntısı ve ses değişikliği yakınması ile başvururlar.

Agger nasi (AN) en önde yerleşik frontal etmoid hücresi olup, hastaların %98,5'inde mevcuttur⁴. AN hücresi frontal resesin anteriorunda olup, bu hücrede meydana gelen patolojiler frontal sinüsü etkileyebilmektedir.

Otuz yılı aşkın bir süredir endoskoplar kulak burun boğaz hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanılmaya

başlanmıştır. İlk defa 1978'de Messerklinger'in⁵ fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisini (FESC) tanımlamıştır ve AP'lerin de FESC ile başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği 1990'da Kamel ve ark.⁶ tarafından bildirilmiştir. AN'nin büyük olması transnazal endoskopik muayene ve cerrahiyi zorlaştırabilmektedir. Burada orta meaya sarkan ve cerrahiyi zorlaştıran agger nasi hücresi ile beraber bulunan AP olgusunu sunmaktayız.

OLGU SUNUMU

Kırk yaşında erkek hasta sağ ve sol üst dişler ve sağ göz çevresinde ağrı ve sağ taraflı burun tıkanıklığı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde herhangi bir nörolojik veya dental patolojinin olmadığı saptandı. Transnazal endoskopik muayenede sağ lateral nazal duvarda orta konkayı taklit eden düzgün sınırlı kitle (Figür 1) ve maksiller sinüsten koanaya uzanım gösteren polipoid kitle mevcuttu. Paranasal sinüs BT'de sağ taraflı dev agger nasi hücresi,

Received: 14.10.2015

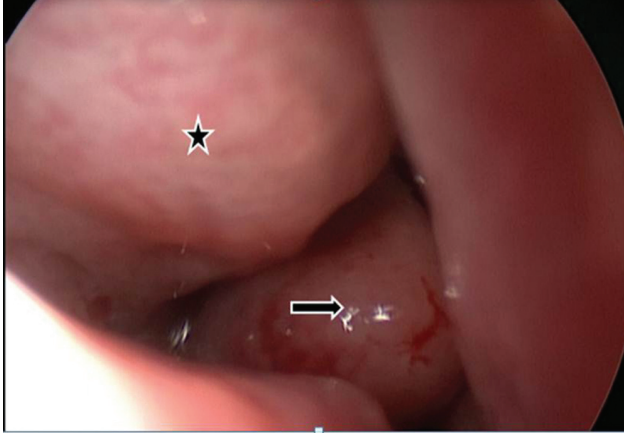
Accepted: 11.12.2015

¹Department of Otorhinolaryngology, Adıyaman University Education and Research Hospital

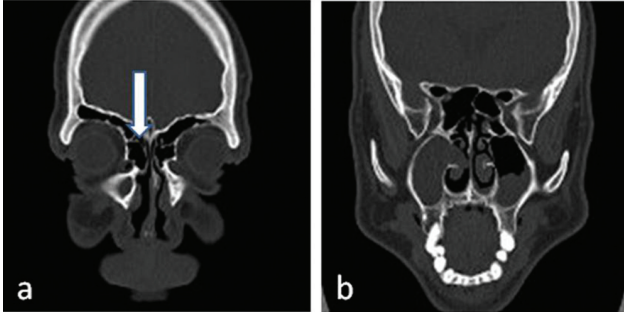
²Department of Radiology, Adıyaman University Education and Research Hospital

Yazışma adresi: Mehmet Karatas, Department of Otorhinolaryngology, Adıyaman University Education and Research Hospital, Adıyaman
e-mail: mehmetkaratas78@gmail.com

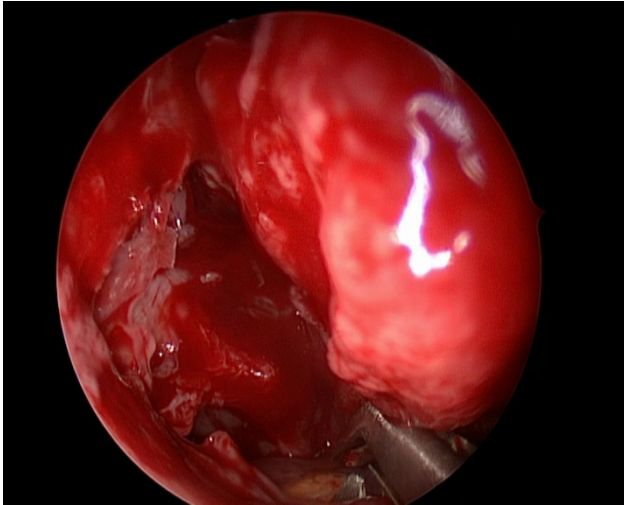
sağ maksiller sinüsten kaynaklanan ve koanaya uzanımı olan yumuşak doku dansitesinde kitle ve sol maksiller sinüste yumuşak doku dansiteleri izlendi (Figür



Figür 1. Sağ nazal kavitede solda (yıldız) dev agger nasi ve sağda (ok) orta konka.



Figür 2. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografide sağ dev agger nasi ve sağ maksiller sinüsten koanaya doğru uzanan yumuşak doku.



Figür 3. Solda sağ orta meatal antrostomi, sağda ise sağ inferior meatal antrostomi görülmektedir.

2). Transnazal endoskopik cerrahi ile, sağ frontal sinüs ve agger nasi hücrelerinde herhangi bir patoloji olmadığından, agger nasi hücresi eksize edilmeksizin polibe ulaşılmaya çalışıldı. Uncinektomi ve orta meatal antrostomisi yapıldı. Agger nasi endoskopun manipülasyonunu ve maksiller antrumu değerlendirmeyi zorlaştırmaktaydı, bu nedenle inferior meaya da antrostomi yapıldı. Bu sayede maksiller sinüs daha iyi değerlendirilip antrokoanal polipin antral kısmı total eksize edildi ve operasyon komplikasyonsuz sonlandırıldı (Figür 3). Hasta postoperatif 2. gün nazal tamponları çıkarıldıktan sonra taburcu edildi. Hastanın 1 yıllık takibinde baş ağrısı ve burun tıkanıklığı yakınmaları ve antrokoanal polip tekrarlamadı.

TARTIŞMA

AP'ler maksiller sinüsün enflamatuvar ve ödemli mukozasından köken alarak maksiller ostiumdan orta meaya, oradan nazofarenkse veya orofarenkse kadar yayılabilen lezyonlardır^{7,8}. Bu poliplere özellikle çocuklar ve genç erişkinlerde rastlanmaktadır^{9,10}. AP'li hastalar sıklıkla tek taraflı burun tıkanıklığı ile başvurmaktadır. Anterior rinoskopi veya transnazal endoskopik muayenede polipoid kitle görülür. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografide (PNS BT) maksiller sinüs, orta meatal, koana ve nazofarenkste yumuşak doku dansitesinde kitle saptanır^{11,12}.

Ayırıcı tanıda juvenil nazofaringeal anjiyofibrom, nazal gliyom, ensefalosel, mukosel, retansiyon kisti, adenoid hipertrofi, inverted papilloma veya nazofarenks maligniteleri gözönünde bulundurulmalıdır^{11,13}.

Bizim olgu farklı olarak orta yaş grubundaydı ve en sık başvuru yakınması olan tek taraflı burun tıkanıklığının yanında diş ve göz çevresinde ağrı yakınmalarına de sahipti. Preoperatif endoskopik muayenede, agger nasiden dolayı güç olmakla beraber, sağ maksiller sinüs ostiumundan başlayıp nazofarenkse uzanım gösteren polipoid kitle görünümü; gliyom ve ensefalosel gibi orta hat kitleleri, nazofarenks kaynaklı kitlelerden olan nazofarenks maligniteleri ve adenoid hipertrofi ve sıklıkla epistaksisin eşlik ettiği juvenil nazofaringeal anjiyofibrom, genelde sinüs içine sınırlı

retansiyon kisti, daha çok kemik destrüksiyonu yaparak kendini gösteren mukosel ve makroskopik olarak papiller görünüme sahip inverted papilloma gibi patolojileri ekarte etti. PNS BT'de ise, literatürdeki olgulara benzer şekilde, antrumu tamamen dolduran ve koanaya uzanımı olan yumuşak doku kitlesi görüldü ancak ipsilateral dev bir agger nasi hücrenin de olduğu farkedildi.

AP'lerin tedavisinde basit polipektomi, Caldwell-Luc (CL), FESC veya kombine cerrahiler (FESC+CL, FESC+transkanin yaklaşım) uygulanmaktadır¹⁴⁻¹⁷. AP'ler antral kısmın tam alınmadığı basit polipektomi yapılan hastalarda yinelemeye yetkindirler¹⁴. CL, özellikle çocuklarda, maksiller kemiğin büyüme merkezi ve diş gelişimine zarar verir ve ayrıca diş, dişeti ve yüzde parestezi ve oroantral fistül oluşumuna neden olabilmektedir^{18,19}. FESC ile AP'lerin başarılı bir şekilde tedavi edilebileceğini ilk kez 1990'da Kamel ve ark.⁶ bildirmişlerdir. Kombine cerrahilerde transkanin girişim veya Caldwell-Luc ile beraber FESC yapılmaktadır. Özer ve ark.¹⁹ AP'li hastalarda yaptığı çalışmada, FESC+CL ve FESC+transkanin yaklaşım ile cerrahi yapılan hastalarda nüksün hiç olmadığını, yalnızca FESC yapılan hastalarda AP'lerin yinelediği bildirmiştir. Ma ve ark.²⁰ AP, inverted papilloma, mukosel gibi maksiller sinüs patolojilerinde FESC ile beraber inferior meatal antrostominin lezyona ulaşımında ve lezyonun tam rezeksiyonunda önermektedir.

Dev bir agger nasi hücresi gibi sinonazal anatomik varyasyonların varlığı, FESC'de endoskopun nazal kavitede manipülasyonunu zorlaştırarak cerrahi süresini uzatabilmekte ve komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ayrıca agger nasi frontal resessin anteriorunu oluşturan en öndeki etmoid hücre olup, olgumuzda olduğu gibi, agger nasi ve frontal sinüste herhangi bir patolojinin olmadığı durumlarda, bu hücreye herhangi bir girişimde bulunmak iyatrojenik frontal sinüzite yol açacağından hastaya yarardan daha çok zarar verebilir. Bu nedenle agger nasi hücrelerine herhangi bir girişimde bulunulmadı. Sıfır derece endoskop ile unsinektomi ve maksiller antrostomi yapıldı. Otuz ve 70 derece endoskoplar ve açılı forsepsler ile kitlenin antral kısmına ulaşmaya çalışıldı, ancak agger nasi

nedeniyle ulaşılamadı. Inferior meatal antrostomi yapılarak kitle antrumdan rahatça disseke edildi. Bu sayede diş, dişeti ve yüzde parestezi ve oroantral fistül gibi komplikasyonları olan CL, FESC+transkanin veya FESC+CL gibi girişimlerden kaçınıldı.

Sonuç olarak, antrokoanal polip gibi endoskopik sinüs cerrahisi endikasyonu olan bütün sinonazal patolojilerde anterior rinoskopi, transnazal endoskopik muayene ve radyolojik görüntülemenin olabildiğince ayrıntılı bir biçimde yapılması cerrahın olası anatomik varyasyonları tespiti, karşılaşılabileceği olası zorlukların farkına varması ve buna göre önlemler almasında oldukça önemlidir. Ayrıca inferior meatal antrostominin AP gibi maksiller sinüs lezyonlarına ulaşım ve bu lezyonların tam rezeksiyonunda, diş, dişeti ve yüzde parestezi ve oroantral fistül gibi komplikasyonları olan kanin fossa girişimlerine gerek kalmadan, endoskopik sinüs cerrahisiyle beraber yapılması oldukça yararlı bir cerrahi kombinasyondur.

KAYNAKLAR

1. Kaushal A, Vaid L, Singh PP. Antrochoanal polyp-Validating its origin and management by endonasal endoscopic sinus surgery (eess). *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;56:273-9.
2. Berg O, Carefelt C, Silfverswärd C, Sobin A. Origin of the choanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:1270-1. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1988.01860230064025>
3. Yılmaz İ, Yılmaz C, Yavuz H, et al. Management of children with antrochoanal polyp. *KBB-Forum* 2003;2:72-5.
4. Bolger WE, Butzin CA, Parsons DS. Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope* 1991;101:56-64. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-199101000-00010>
5. Messerklinger W. Endoscopy of the Nose. Urban & Schwarzenberg, Baltimore/München, 1978.
6. Kamel R. Endoscopic transnasal surgery in antrochoanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116:841-3. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1990.01870070089016>
7. Ophir D, Marshak G. Removal of antral polyp through an extended nasoantral window. *Laryngoscope* 1987;97:1356-7. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-198711000-00021>
8. Min YG, Chung JW, Shin JS, Chi JG. Histologic structure of antrochoanal polyps. *Acta Otolaryngol* 1995;115:543-7. <http://dx.doi.org/10.3109/00016489509139364>
9. Saito H, Honda N, Yamada T, et al. Intractable pediatric chronic sinusitis with antrochoanal polyp. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;54:111-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876\(00\)00352-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876(00)00352-9)
10. Orvidas LJ, Beatty CW, Weaver AL. Antrochoanal polyps in children. *Am J Rhinol* 2001;15:321-5.

11. Woolley AL, Clary RA, Lusk RP. Antrochoanal polyps in children. *Am J Otolaryngol* 1996;17:368-73. [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0709\(96\)90068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0709(96)90068-X)
12. Weissman JL, Tabor EK, Curtin HD. Sphenchoanal polyps: Evaluation with CT and MRI imaging. *Radiology* 1991;178:145-8. <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.178.1.1984293>
13. 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;18:168-72.
14. el-Guindy A, Mansour MH. The role of transcanine surgery in antrochoanal polyps. *J Laryngol Otol* 1994;108:1055-7. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215100128877>
15. Basak S, Karaman CZ, Akdilli A, Metin KK. Surgical approaches to antrochoanal polyps in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;46:197-205. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876\(98\)00160-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876(98)00160-8)
16. Özdek A, Samim E, Bayiz Ü, et al. Antrochoanal polyps in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;65:213-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876\(02\)00153-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-5876(02)00153-2)
17. Lee TJ, Huang SF. Endoscopic sinus surgery for antrochoanal polyps in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:688-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2006.02.035>
18. Paavolainen M, Paavolainen R, Tarkkanen J. Influence of Caldwell- Luc operation on developing permanent teeth. *Laryngoscope* 1977;87:613-20. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-197704000-00014>
19. Ozer F, Ozer C, Cagici CA, et al. Surgical approaches for antrochoanal polyp: a comparative analysis. *B-ENT* 2008;4:93-9.
20. Ma Y, Ding X, Tian H, Dong B. Extended inferior meatal maxillary antrostomy through inferior turbinate reversing approach for maxillary lesions. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2014;49:717-20.