

Disfajinin Nadir Bir Nedeni: Etmokoanal Polip

A Rare Cause of Dysphagia: Ethmochoanal Polyp

Saffet Kılıçaslan¹, Mehmet Hafit Gür^{1*}, Sinan Uluyol¹, Nazım Bozan²

¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Van, Türkiye

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Van

ÖZET

Koanal polipler nadiren görülmekle beraber çok nadir olarak disfaji ve dispne kliniği oluştururlar. 21 yaşındaki kadın hasta, disfaji nedeni olan etmokoanal polip tanısıyla literatür eşliğinde sunulmuştur.

21 yaşında kadın hasta 3 aydır var olan disfaji şikayeti ve boğazda kitle hissi ile kliniğimize başvurdu. Endoskopik muayenede sağ orta konka posteriorundan kaynaklanan ve orofarenkse uzanan polipoid kitle saptandı. Sınırlı endoskopik sinüs cerrahisi ile kitlenin posterior etmoid hücrelerden köken aldığı görüldü ve posterior etmoidektomi ile birlikte total eksizyon uygulandı.

Disfaji nedeni olan etmokoanal polip oldukça nadir görülen bir durumdur ve disfaji ayırıcı tanısında koanal polipler akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nazal polip, disfaji, sinüs cerrahisi

ABSTRACT

Choanal polyps are rarely seen and they rarely comprise clinical signs of dysphagia and dyspnea. 21-year-old female patient with the complaints of dysphagia caused by ethmochoanal polyp was presented and discussed with the literature.

21-year-old female patient who had dysphagia and feeling of mass in the throat for 3 months was admitted to our clinic. Endoscopic nasal examination revealed polypoid mass originating from the posterior side of middle turbinate and extending to the oropharynx. In treatment, patient underwent limited sinus surgery and polypoid mass was totally excised by posterior ethmoidectomy.

Ethmochoanal polyps is an extremely rare cause of dysphagia and choanal polyps should be kept in mind in the differential diagnosis of dysphagia.

Key Words: Nasal polyps, dysphagia, sinus surgery

Giriş

Koanal polipler benign, genellikle unilateral, kaynaklandıkları bölgeden çıkıp koanaya uzanan polipoid kitlelerdir. En sık maksiller sinüs antrumundan kaynaklanmakla birlikte diğer nazal kısımlar ve paranazal sinüslerden de köken alabilirler. Literatürde maksiller sinüs haricinde nazal septum, sfenoid sinüs, frontal sinüs, orta konka, kribriiform plaka ve etmoidal hücrelerden de kaynaklanabildikleri bildirilmiştir (1). Koanal polipler pediatrik ve genç erişkin dönemde daha sık görülürler. Aynı taraflı burun tıkanıklığı en sık semptomdur. Endoskopik nazal muayene ve radyoloji tanıda önemli yer tutar (2). Bu olgu sunumunda disfaji ile prezente olan etmokoanal polip olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

21 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 yıldır özellikle ekspiryumla oluşan burun tıkanıklığı, son 3 aydır devam eden boğazda takılma hissi ve yutma güçlüğü şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Nazal endoskopide bilateral orta mealar normal izlenmiş olup, sağ tarafta orta lateralize edildiğinde, konka posteriorunda polipoid kitlenin nazofarenkse uzanan ince polipoid kısmı vizüelize edildi. Daha posteriorunda polipoid kitlenin nazofarenksi kısmen doldurduğu, orofarenks bakıda uvula posteriorundan dil kökü hizasında kadar prolabe olduğu izlendi (Resim 1a). Diğer muayeneler normaldi ve sistem sorgulamasında patolojik bulgu tespit edilmedi. Koronal planda çekilen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ orta

*Sorumlu Yazar: Dr. Mehmet Hafit Gür, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, İpekyolu Caddesi, Hava Yolu Kavşağı 1. Kilometre 65300 Edremit Van/Türkiye

Tel: 0 (432) 215 7601 /3420, Fax: 0 (432) 212 19 54, E-mail: hafitgur@hotmail.com

Geliş Tarihi: 02.02.2015, Kabul Tarihi: 25.11.2015

konka posteriorunda etmoid hücrelerden posteriora uzanım gösteren koanayı dolduran ve orofarinkse uzanım gösteren düzgün sınırlı hiperdens kitle mevcuttu. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ise çevre dokularda ve kemik yapılar da destrüksiyona neden olmayan, posterior etmoid hücrelerden nazofarinkske doğru uzanan, yaklaşık boyutları 64x43x40mm olarak ölçülen, T1 ağırlıklı sekanslarda belirgin hipointens olarak değerlendirilen ve kontrast tutulumu olan etmokoanal poliple uyumlu kitle izlendi (Resim 2). Genel anestezi altında anterior etmoid hücreler temizlenerek bazal lamel geçildiğinde polipin posterior etmoid hücrelerin superior medialinden kaynaklandığı görüldü. Orofarinkse uzanım gösteren polipoid doku, köken aldığı alandan başlanarak eksize edildi (Resim 1b). Yaklaşık 6x4x4cm boyutlarındaki kitlenin patolojik incelemesi etmokoanal polip (psödoanjimatöz

polip) olarak bildirildi. Hastanın postoperatif takiplerinde nüks görülmedi.

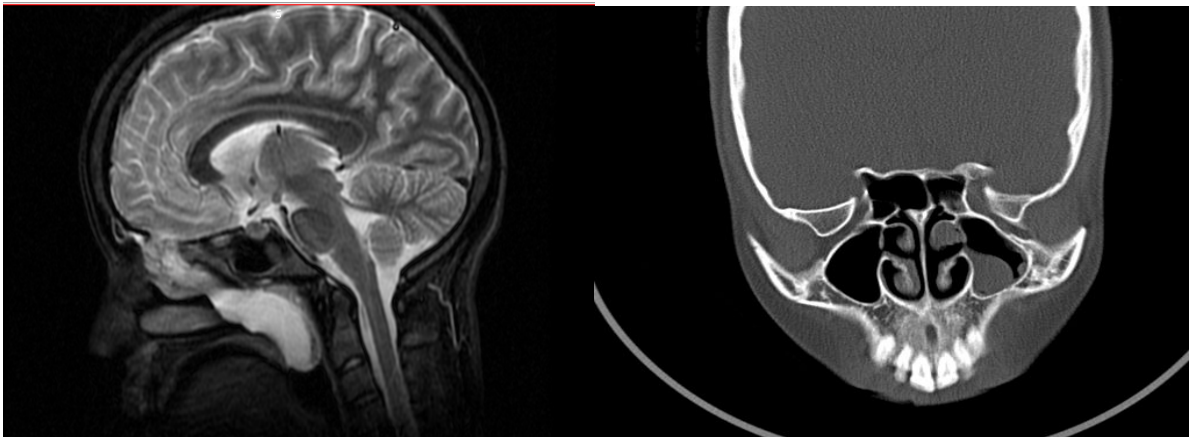
Tartışma

Koanal polipler seyrek görülür ve genel populasyonda tüm nazal poliplerin yaklaşık %4 ile %6'sını oluştururlar (1). Nazal polipoziste etyolojik olarak genellikle alerji ve inflamatuvar süreçler öne sürülmesine karşın koanal poliplerde ostium tıkanıklığı, kronik sinüzit, yerçekimi gibi faktörler predispozan olarak öne sürülmüştür (2).

Koanal poliplerde görülen en sık semptom ipsilateral burun tıkanıklığıdır (2). Bazı durumlarda koanal polipler; burun kanaması, horlama, ağızda yabancı cisim hissi, solunum sıkıntısı veya olgumuzda olduğu gibi orofaringeal uzanım nedeni ile yutma problemleri gibi oldukça nadir görülen yakınmalara da neden olabilirler (3).



Resim 1a. Kitlenin orofaringeal görünümü **1b.** Rezeksiyon materyali.



Resim 2. Sagittal MRG görüntüsü, posterior etmoid hücrelerden nazofarinkske uzanan kitle. Koronal planda paranazal BT 'de maksiller sinüsten kaynaklanmadığı görülmekte.

Polibin köken aldığı alan ve uzanımı BT ve MRG ile tespit edilebilir (4). Paranasal sinüs BT kesitlerinde koanal polipler; düzgün sınırlı, homojen, hiperdens kitle olarak izlenir. BT’de kitlenin uzanımı, büyüklüğü, kemik destrüksiyonu, kontrast madde tutulumu gibi özellikleri ayırt edilebilir. MRG, yüksek yumuşak doku çözünürlüğü sayesinde kitlenin yayılımı ve çevre dokularla ilişkisi açısından önemli bilgiler sunmaktadır (4,5).

Koanal poliplerin tedavisinde primer amaç nazal ve koanal kısımdaki poliplerin tam rezeke edilmesidir. Geçmişte Caldwell-Luc antrostomi tekniği tercih edilirken, günümüzde endsokopik sinüs cerrahisi altın standard tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır (1). Cerrahi sırasında polibin eksizyonu yanı sıra orijin aldığı sinüs mukozasının temizlenmesi ve sinüs ostiumunun da genişletilmesi gerekmektedir. Literatürde antrokoanal poliplerin cerrahi sonrası nüks oranı %25 olarak belirtilmiştir (2). Etmokonal poliplerde endsokopik polip eksizyonu ile birlikte yapılan etmoidektomi sonrasında çoğu zaman hastalık tedavi edilmiş olacaktır.

Literatürü incelediğimizde disfaji nedeni olan koanal poliplere oldukça az sayıda rastladık. Yanagisawa ve ark. (3) koanal poliplerin çok büyük boyutlara ulaşp orofaringeal kitle oluşturabileceklerini ve bu gibi olgularda boğazda yabancı cisim hissi ve disfajinin önemli bir semptom olabileceğini bildirmiştir. Kansu ve Aydın (6) 13 yaşındaki olguda dispne ve disfaji sebebi olan antrokoanal polip rapor etmişler ve tedavisinde polibin köken aldığı antrumdan sınırlı mukozal rezeksiyon ile komplet eksizyon uygulamışlardır. Frosini ve ark. (7) 81 yaşındaki olguda ani gelişen dispneye sebep olan polip için acil cerrahi girişim uygulamışlar ve maksiller sinüsten kaynaklanarak larengeal obstrüksiyona sebep olan antrokoanal polip olgusunu sunmuşlardır. Çetinkaya (8) 65 yaşındaki erkek hastada ağızda yabancı cisim hissi, yutma ve nefes almada zorluk şikayetleri üzerine orofarinkse sarkan sağ antrokoanal polip saptamış ve endsokopik sinüs cerrahisi ile tam kür sağlamışlardır. Sharma ve Daud (9) 12 yaşındaki erkek olguda ani dispne ve disfajiye sebep olan orofaringeal polibe acil cerrahi girişim uygulamışlar ve sonuçta antrokoanal polip olduğunu saptamışlardır. Grewal ve Sharma tarafından (10) 3 yaşında erkek hastada ani gelişen

disfaji ve dispne sebebi olan antrokoanal polip olgusu rapor edilmiştir.

Literatürde disfaji ve dispne nedeni olan koanal poliplere oldukça nadir rastlanmakla birlikte sunulan olguların hemen hepsinin antrokoanal polip olgusu olduğunu görüyoruz. Etmokoanal polip nedeniyle disfaji kliniği olan olgumuz bu yönüyle de oldukça nadir görülen bir olgudur.

- Disfaji ayırıcı tanısında koanal polipler akılda tutulmalıdır.
- Disfaji nedeni olan etmokoanal polip oldukça nadir görülen bir durumdur.
- Endoskopik sinüs cerrahisi tedavide altın standard yöntemdir.

Kaynaklar

1. Frosini P, Picarella G, De Campora E. Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009; 29(1): 21-26.
2. Aktaş D, Yetişer S, Gerek M, Kurnaz A, Can C, Kahramanyol M. Anthrochoanal polyps: analysis of 16 cases. *Rhinology* 1998; 36(2): 81-85.
3. Yanagisawa E, Salzer SJ, Hirokawa RH. Endoscopic view of antrochoanal polyp appearing as a large oropharyngeal mass. *ENT J* 1994; 73(10): 714-715.
4. Weismann JL, Tabor EK, Curtin HD. Sphenchoanal polyps: evaluation with CT and MR imaging. *Radiology* 1991; 178(1): 145-148.
5. De Vuysere S, Hermans R, Marchal G. Sinochoanal polyp and its variant, the angiomatous polyp: MRI findings. *Eur Radiol* 2001; 11(1): 55-58.
6. Kansu L, Aydın E. Atypical presentation of antrochoanal polyp in a child. *Turk J Pediatr* 2011; 53(3): 320-324.
7. Frosini P, Picarella G, Casucci A. An unusual case of antrochoanal polyp with sudden laryngeal dyspnea and stridor onset. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008; 28(4): 212-214.
8. Cetinkaya EA. Giant antrochoanal polyp in an elderly patient: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008; 28(3): 147-149.
9. Sharma HS, Daud AR. Antrochoanal polyp-- a rare paediatric emergency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997; 41(1): 65-70.
10. Grewal DS, Sharma BK. Dyspnea and dysphagia in a child due to an antrochoanal polyp. *Auris Nasus Larynx* 1984; 11(1): 25-28.