

Polip choanalny czy *angiofibroma*? Opis przypadku, w którym zastosowano leczenie endoskopowe

Antrochoanal polyp or angiofibroma? A case report of endoscopic endonasal resection

Małgorzata Wierzbicka, Andrzej Balcerowiak, Witold Szyfter

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Streszczenie

Opis przypadku naczyniakowłóknaka prawej jamy nosa o nietypowym przebiegu imitującego w przebiegu klinicznym polip choanalny. Usunięty endoskopowo guz, według oceny klinicznej, radiologicznej i metodą rutynowej tomografii komputerowej uznany za polip choanalny, okazał się naczyniakowłóknakiem. Wznowę guza wykrytą dzięki badaniu metodą magnetycznego rezonansu jądrowego leczono wewnątrznaczyniową embolizacją i resekcją endoskopową. Niezwykle ważne pozostają precyzyjna przedoperacyjna ocena radiologiczna i pooperacyjne badanie histopatologiczne.

Słowa kluczowe: *polip choanalny, naczyniakowłóknak młodzieńczy, leczenie endoskopowe.*

Abstract

A case of right nasopharyngeal angiofibroma mimic the clinical course of choanal polyp. Endoscopic resected tumor, clinical and radiological evaluated in routine computer tomography as a choanal polyp, was angiofibroma. Tumor recurrence detected due to magnetic resonance imaging was treated by preoperative embolisation and endoscopic resection. Extremely important is precise preoperative radiological evaluation and postoperative histological rating.

Key words: *antrochoanal polyp, angiofibroma, endoscopic treatment.*

(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2012; 2: 30–33)

Wstęp

Polip choanalny został po raz pierwszy opisany przez Gustava Killiana z Freiburga w artykule „The origin of choanal polypi” opublikowanym w 1906 roku w czasopiśmie „The Lancet”. Niemniej już w XVII wieku duński anatom Frederik Ruysch donosił o odkryciu specyficznych polipów nosa wychodzących z zatoki szczękowej [1]. Obustronne polipy nosa w populacji kaukaskiej występują z częstością 1–4%, z czego polip choanalny stanowi 4–6% [2]. Polip choanalny częściej jest spotykany u dzieci, a 1/3 polipów nosowych u dzie-

ci to polipy choanalne [3]. Występuje on zazwyczaj jednostronnie, wychodzi z zatoki szczękowej, którą opuszcza w 70% przez jej dodatkowe ujście. Makroskopowo składa się z dwóch elementów: części torbielowatej wypełniającej zatokę szczękową i części litej w jamie nosowej [4]. Histologicznie jama torbieli otoczona jest przez homogenny zrąb z nielicznymi komórkami, część lita pokryta jest nabłonkiem oddechowym [5]. Sugeruje się, że polip choanalny może powstawać z torbieli zatoki szczękowej, w 35% jego powstaniu może sprzyjać alergiczny nieżyt nosa, a w 10% przewlekłe zapalenie zatok przynosowych. Duże znaczenie mają nieprawi-



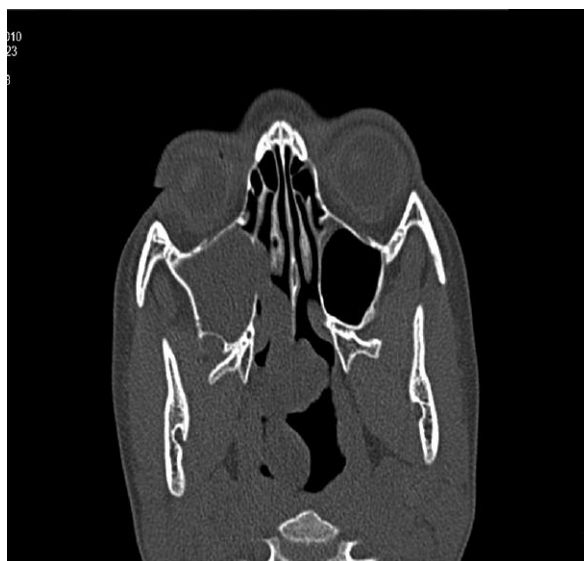
długości budowy anatomicznej nosa i bocznej ściany nosa [1, 4, 6]. Klinicznie polip choanalny objawia się jednostronną niedrożnością nosa, czasami powodując obustronną niedrożność i blokadę nosogardła. Rzadszymi objawami są wycieki z nosa, krwawienie z nosa, bóle twarzoczaszki, zaburzenia mowy, dysfagia, zespół obturacyjnego bezdechu sennego. Diagnostyka polipa choanalnego obejmuje endoskopię wewnątrznosową oraz tomografię komputerową zatok przynosowych z oknem kostnym w płaszczyźnie wieńcowej. Jedynym leczeniem jest resekcja chirurgiczna, a obecnie złotym standardem stała się czynnościowa endoskopowa chirurgia zatok przynosowych (*functional endoscopic sinus surgery* – FESS).

Naczyniakowłókniak młodzieńczy jest rzadkim, histologicznie niezłośliwym guzem części nosowej gardła i jamy nosa, który najczęściej rozwija się u chłopców w wieku dojrzewania, z częstością występowania 0,05–5% wszystkich nowotworów głowy i szyi [7, 8]. Ciągłe nie jest znana etiopatogeneza guza. Nowotwór nie ma torebki, w zmiennych proporcjach zbudowany jest z elementów naczyniowych i włóknistych, wykazuje rozprężający wzrost z wnikaniem w sąsiednie przestrzenie i otwory oraz niszczeniem okolicznych tkanek [9, 10]. Naczyniakowłókniak młodzieńczy wychodzi z górnego obramowania otworu klinowo-podniebiennego. Unaczynienie nowotworu pochodzi głównie z odgałęzień tętnicy szyjnej zewnętrznej, tj. tętnicy szczękowej, tętnicy gardłowej wstępującej, rzadziej z tętnicy szyjnej wewnętrznej [10, 11]. Guz może się rozrastać przysrodkowo w kierunku jamy nosowej i nosogardła, bocznie do dołu skrzydłowo-podniebiennego i podskroniowego, do oczodołu poprzez szczelinę oczodołową dolną. Z dołu podskroniowego i przez niszczenie ścian zatoki klinowej może penetrować do środkowego dołu czaszki, rozrastając się zewnątrzoponowo [12, 13]. Klinicznie naczyniakowłókniak młodzieńczy objawia się niedrożnością nosa, nawracającymi krwawieniami z nosa oraz masą guza widoczną w części nosowej gardła, rzadziej bólami twarzoczaszki, nawracającymi stanami zapalnymi zatok przynosowych, wysiękowym zapaleniem ucha środkowego, deficytami neurologicznymi. W ocenie rozległości procesu nowotworowego wykorzystuje się tomografię komputerową z podaniem kontrastu naczyniowego oraz magnetyczny rezonans jądrowy. Wyniki badań obrazowych w większości przypadków wystarczają do ustalenia rozpoznania, bez konieczności pobierania wycinka, co jest istotne ze względu na ryzyko obfitego krwawienia z guza [14]. Jeżeli podejmuje się decyzję o pobraniu wycinka, to wyłącznie z dościa przez nos. Angiografia i embolizacja naczyń odżywczych guza przed zabiegiem chirurgicznym pozwalają zredukować utratę krwi [15]. Leczeniem z wyboru naczyniakowłókniaka młodzieńczego pozostaje resekcja chirurgiczna. Wykorzystuje się wiele dojsć chirurgicznych

zewnętrznych, a także wykonuje się operacje resekcji nowotworu endoskopowo czy też kontrolowane endoskopowo i za pomocą neuronawigacji. Wybór techniki zależy w dużym stopniu od zaawansowania miejscowego wzrostu guza, szczególnie w przypadku wznowy nowotworu, której częstość szacuje się na 20–40%. Powszechnie używane są skale stopnia zaawansowania miejscowego guza według Radkowskiego, Andrews, Fische, Onerciego, Snydermana [9, 12].

Opis przypadku

Chłopiec 10-letni został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii w Poznaniu z powodu trwających od 1 roku, narastających trudności w oddychaniu przez nos po stronie prawej, nawracających infekcji górnych dróg oddechowych i okresowych bólów twarzoczaszki po stronie prawej. W badaniu przedmiotowym i endoskopii nosa stwierdzono jasnobiały, gładki polip prawej jamy nosa wychodzący spod małżowiny nosowej środkowej, obturujący prawe nozdrze tylne. W badaniu tomografii komputerowej o wysokiej rozdzielczości (ryc. 1.) wykonanej 5 miesięcy wcześniej wykazano całkowicie bezpowietrzną zatokę szczękową prawą, wypełnioną płynem, zwężoną przyległą część kompleksu ujściowo-przewodowego po stronie prawej. Ustalono wstępne rozpoznanie polipa choanalnego. Chłrego zakwalifikowano do typowego leczenia: endoskopowego usunięcia zmiany prawej jamy nosa w znieczuleniu ogólnym. Przy użyciu endoskopu operacyjnego, toru wizyjnego, techniką „czterech rąk” usunięto polip prawej jamy nosa i nozdrzy tylnych wraz z szypułą wychodzącą z okolicy klinowo-podniebiennej. Pomimo bladuróżowej, gładkiej błony śluzowej



Ryc. 1. Przedoperacyjny obraz tomografii komputerowej polipa choanalnego prawej jamy nosa





Ryc. 2. Obraz endoskopowy wznowy włókniaka młodzieńczego prawej jamy nosa



Ryc. 3. Obraz magnetycznego rezonansu jądrowego wznowy włókniaka młodzieńczego prawej jamy nosa

pokrywającej zmianę guz okazał się dość silnie krwawiący. Ścięto przerośnięty adenoid. Szeroko poszerzone ujście naturalne prawej zatoki szczękowej, zrewidowano jej wnętrze – pojemna, z treścią zastoinową wewnątrz. Założono tamponadę nosa przednią prawostronną i tylną, którą usunięto po 24 godzinach – nie odnotowano cech krwawienia.

Chłopiec został wypisany w 2. dobie po zabiegu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. W badaniu histopatologicznym usuniętego polipa prawej jamy nosa stwierdzono *angiofibroma* (mat I), a adenoidu (mat II) – obraz mikroskopowy może odpowiadać rozpoznaniu klinicznemu adenoid. Po ustaleniu rozpoznania określono stopień zaawansowania miejscowego według skali Radkowskiego IB.

Chorego kontrolowano laryngologicznie w miejscu zamieszkania. Po niecałym roku stwierdzono wznowę miejscową guza prawej jamy nosa, a objawy kliniczne jak poprzednio – bez cech krwawienia z nosa (ryc. 2.). W kontrolnym badaniu magnetycznego rezonansu jądrowego (ryc. 3.) wykazano nozdrza tylne po stronie prawej i część dolną nozdrzy po stronie lewej wypełnione nieprawidłową masą o wymiarach 5 cm × 3 cm × 2 cm, która szerzyła się ku przodowi w obręb przewodów nosowych dolnego i środkowego i wnikała do światła zatoki szczękowej, wypełniając ją w całości. Obraz rezonansu magnetycznego może odpowiadać *angiofibroma juvenile*.

Chłopca zakwalifikowano do typowego leczenia naczynekowłókniaka młodzieńczego: endoskopowego usunięcia zmiany prawej jamy nosa w znieczuleniu ogólnym poprzedzonego skuteczną embolizacją na-

czyń odżywczych guza 72 godziny przed interwencją. Przy użyciu endoskopu operacyjnego, toru wizyjnego, techniką „czterech rąk” usunięto w całości guz prawej jamy nosa i nozdrzy tylnych wraz z szypułką wychodzącą z okolicy klinowo-podniebiennej. Zabieg bezkrwawy, w suchym polu operacyjnym. Zrewidowano wnętrze zatoki szczękowej – pojemna, z treścią zastoinową wewnątrz. Założono tamponadę nosa przednią prawostronną i tylną, którą usunięto po 24 godzinach – nie stwierdzono cech krwawienia. Wynik badania histopatologicznego usuniętego guza prawej jamy nosa był następujący: „obraz histologiczny w oparciu o wynik badania immunohistochemicznego przemawia za rozpoznaniem *angiofibroma juvenile*; HI913: CD34+; SMA+, S100–”.

Omówienie

W diagnostyce różnicowej polipa choanalnego uwzględnia się naczynekowłókniaka młodzieńczego, naczyńniaka, przepuklinę oponowo-mózgową, brodawczaka odwróconego, *esthesioneuroblastoma*, rzadziej chłoniaka, ziarniniakowatość Wegenera, *rhabdomyosarcoma* [1]. W przedstawionym przypadku wywiad, badanie podmiotowe oraz endoskopia nosa wskazywały jednoznacznie na polip choalny – gładki, biały guz, bez cech krwawienia, które jest niezwykle charakterystyczne dla naczynekowłókniaka młodzieńczego [12, 15]. U chorego nigdy nie występowały krwawienia z nosa, uznawane obok obturacji za najbardziej typowy objaw *angiofibroma*. W przedoperacyjnych badaniach obrazowych także nie wykazano unaczynienia zmiany.



Dlaczego doszło do pomyłki diagnostycznej? Dlaczego tomografia komputerowa nie wzbudziła wątpliwości? Zatokę szczękową wypełnioną płynem sugerowała obecność w niej części torbielowatej polipa choanalnego widocznego w jamie nosa i w obrębie nozdrzy tylnych. Jeśli obrazy radiologiczne zasugerowałyby obecność naczyniakowłókniaka młodzieńczego, w pierwszej kolejności wykonano by angiografię z embolizacją guza, co jest obecnie złotym standardem postępowania przedoperacyjnego [9, 15]. Ponieważ guz w skali IB według Radkowskiego kwalifikuje się do resekcji endoskopowej [9, 12], zabieg u chłopca także wykonano by metodą endoskopową, ale przy zabezpieczonym w banku krwi koncentracie krwinek czerwonych do ewentualnego przetaczania w przypadku większej utraty. Czy może utkanie guza wykazywało unikalne, odrębne cechy powodujące, że nie występowały krwawienia? Naczyniakowłókniak młodzieńczy nie ma torebki, zbudowany jest w zmiennych proporcjach z elementów naczyniowych i włóknistych [9, 10]. Przesunięcie proporcji w kierunku elementów włóknistych mogło dać tak niecharakterystyczny obraz kliniczny. Jak więc postępować w przypadku jednostronnych zmian, szczególnie u chłopców w wieku dojrzewania? Po pierwsze, należy przeprowadzić badanie obrazowe – tomografię komputerową z kontrastem naczyniowym i/lub magnetyczny rezonans jądrowy z wykonaniem sekwencji T1- i T2-zależnych. Pokaże ono unaczynienie guza, jego dokładne rozprzestrzenianie się, a także umożliwi różnicowanie pomiędzy guzem, tkanką zapalną a płynem [14]. Po drugie, trzeba przeprowadzić angiografię z embolizacją guza w razie obecności naczyniakowłókniaka młodzieńczego sugerowanego w badaniach obrazowych, w sytuacjach wątpliwych wnikliwie rozważyć możliwe powikłania leczenia wewnątrznaczyniowego, które zdarzają się nie tak rzadko [9]. Po trzecie, zawsze powinno się zabezpieczyć krew przed planowym zabiegiem chirurgicznym, a po czwarte, dyscyplinować rodziców, aby regularnie zgłaszali się z dzieckiem na kontrole pooperacyjne.

8. Soboczyński R, Wierzbicka M, Golusiński W, et al. Włókniaki młodzieńcze w materiale Kliniki Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1977–1993. *Otolaryngol Pol* 1995; 49: 121-3.
9. Nicolai P, Schreiber A, Bolzoni Villaret A. Juvenile angiofibroma: evolution of management. *Int J Pediatr* 2012; 2012: 412545.
10. Bilewicz R, Dalke K, Burduk P. Przypadek naczyniakowłókniaka o nietypowym unaczynieniu. *Otolaryngol Pol* 2008; 7: 108-13.
11. Lund VJ, Stammberger H, Nicolai P, et al. European position paper on endoscopic management of tumours of the nose, paranasal sinuses and skull base. *Rhinol Suppl* 2010; 22: 1-143.
12. Szyfyer W, Popko M, Borucki Ł. Outcomes of endoscopic surgery, endoscopic-assisted surgery and open surgery in the treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Videosurgery Miniinv* 2009; 4: 138-46.
13. Douglas R, Wormald PJ. Endoscopic surgery for juvenile nasopharyngeal angiofibroma: where are the limits? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 14: 1-5.
14. Lloyd G, Howard D, Lund VJ, et al. Imaging for juvenile angiofibroma. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 727-30.
15. Li JR, Qian J, Shan XZ, et al. Evaluation of the effectiveness of preoperative embolization in surgery for nasopharyngeal angiofibroma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255: 430-2.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Andrzej Balcerowiak
 Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
 Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
 ul. Przybyszewskiego 49
 60-355 Poznań
 tel.: +48 61 869 13 87
 tel. kom.: +48 695 611 068
 faks: +48 61 869 16 90
 e-mail: andrzejbalcerowiak@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Frosini P, Picarella G, De Campora E. Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009; 29: 21-6.
2. Montague ML, McGarry GW. Familial antrochoanal polyposis – a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004; 261: 507-8.
3. Schramm VL Jr, Effron MZ. Nasal polyps in children. *Laryngoscope* 1980; 90: 1488-95.
4. Berg O, Carenfelt C, Silfverswärd C, Sobin A. Origin of the choanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 1270-1.
5. Maldonado M, Martínez A, Alobid I, et al. The antrochoanal polyp. *Rhinology* 2004; 42: 178-82.
6. Cook PR, Davis WE, McDonald R, et al. Antrochoanal polyposis: a review of 33 cases. *Ear Nose Throat J* 1993; 72: 401-2, 404-10.
7. Gullane PJ, Davidson J, O'Dwyer T, et al. Juvenile angiofibroma: a review of the literature and a case series report. *Laryngoscope* 1992; 102: 928-33.

