

deomed®
Deomed Medikal Yayıncılık

Nazal Polipler

Editör / Prof. Dr. Fikret İleri
23 Yazar katılımıyla
16.5 x 23.5 cm, X+142 Sayfa
54 Resim, 9 Şekil, 1 Tablo
ISBN 978-975-8882-23-6

© Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı, 2007.

www.deomed.com

Nazal Polipoziste Cerrahi Tedavi

Dr. Semih Sütay

Birçok araştırmacı nazal polipozisin primer tedavisi medikal olan bir hastalık spektrumu olduğunu ancak bu tedavide cerrahinin de rol alabileceğini kabul eder. Bunun sonucu olarak cerrahi tedavi seçenekleri en koruyucu olan intranasal polipektomiden eksternal fronto-etmo-sfenoidektomiye kadar değişiklik göstermiştir. Bu yöntemler yelpazesinde hiçbir cerrahi girişim küratif olamamış ve hastalar yaşamları boyunca medikal tedavilerle de kombine olarak tekrarlayan cerrahi girişimlerle yüzyüze gelmişlerdir. Nazal polipozisin etyolojisinin karmaşık ve multifaktoriyel olduğu düşünülürse cerrahi yöntemlerin başarı oranlarında çok farklılık göstermesinin nedeni anlaşılabilir. En dikkatli yapılmış cerrahi girişimde bile polipoid sinonazal örtünün normal bir mukozal örtüye dönüşmesi oldukça zordur. Buna bağlı olarak cerrahi tedavinin başarısı da semptomatik düzelmenin subjektif değerlendirilmesi klinik düzelleme, semptomsuz sürenin uzunluğu, ilgili hastalıklarda (örn. astım) gerilemenin objektif değerlendirmesi ile ölçülmelidir.¹

Nazal polipoziste cerrahi tedavinin esas amacı burun tıkanıklığını düzeltmek, sinonazal patolojiyi ortadan kaldırmak, sinüslerin ventilasyon drenajını sağlamak, hastanın koku problemlerini ortadan kaldırmak ve astım gibi komorbid hastalıkların atak sıklığını ve medikal tedaviye gereksinimi azaltmaktır.²

Cerrahi Yöntemler

Intranazal Polipektomi

Bu yöntem orta çağdan beri uygulanmaktadır. Lokal veya genel anestezi altında yapılabilir. Geçmişte alın aynası ile aydınlatma ve *snare* ile yapılmaktaydı. Pre-operatif görüntüleme de oldukça yetersizdi. İşlemin mikroskop altında yapılması gerek polipektominin daha iyi yapılabilmesini gerekse nazal mukozaya travmanın azaltılmasını sağlamıştır. Ancak Hopkins endoskopların gelişmesi ile intranasal işlemlerde yaklaşım tamamıyla değişmiştir. Hopkins teleskoplarla yapılan intranasal polipektomiler konservatif işlemlerdir ve genellikle sadece polipoid kitlelerin alınmasına

bazen kısmi orta konka rezeksiyonu ve istemli ya da istemsiz ön etmoid hücrelerin açılması da eşlik eder.¹

Intranazal Etmoidektomi

İlk kez 1913 yılında Mosher tarafından tanımlanmıştır. 1929'da yine kendisi yöntemi çok kolay uygulanabilir olmasına karşın hastayı öldürmenin en iyi yolu olarak nitelemiştir. İşlem sırasında anterior kranial fossaya rahatlıkla girilip mortal komplikasyonlara yol açılabileceğine dikkat çekmiştir. Takip eden yıllarda aynı yöntemle bir çok araştırmacı daha olumlu sonuçlar bildirmişlerdir.¹

Transantral Etmoidektomi

Bu yöntem 1902 de Jansen ve 1926 da Horgan tarafından tanımlanmıştır. Yöntem Caldwell-Luc ile etmoid hücrelere ulaşmayı amaçlasa da en ön ve arkadaki hücrelere ulaşım olanaksızdır ve yöntem genel olarak başarısızdır.¹

Caldwell-Luc

Esas olarak kronik maksiller sinüzitin tedavisi için planlanmıştır ancak nazal polipozis antrokoanal polip ve fungal hastalıklar için de uygulanmıştır. Caldwell-Luc yönteminin basamakları *anterior maksiller fenestrasyon, komplet mukoza rezeksiyonu* ve *alt mea antrostomisi*dir ancak infra-orbital sinir hasarı, anterior superior alveoler sinir hasarı ve bunlara bağlı parestezi ve nöraljiler bazı serilerde %41'lere kadar yükselmektedir. Fenestrasyonun tur kullanarak sınırlı açılması, infraorbital sinir trasesindeki mukozanın korunması, endoskopların kullanılması ve orta mea antrostomisi ile morbiditenin azaltılabileceği ileri sürülmüştür.¹ Endoskopik cerrahinin rutin hale gelmesinden önceki dönemde intranazal polipektomi ile kombine şekilde Caldwell-Luc yöntemi sinonazal polipoziste en sık uygulanan cerrahi işlemdi.

Eksternal Fronto-Etmo-Sfenoidektomi

1921 yılında Lynch ve Howarth'ın tanımladıkları yöntemleri nazal polipozis tedavisinde kullanılmış olmasına rağmen eksternal insizyon ve orbitaya ait komplikasyonları nedeniyle ön plana çıkmıştır.¹

Endoskopik Nazal Polipozis Cerrahisi

Polip cerrahisinin endoskopik kontrol altında ve bilgisayarlı tomografinin sağladığı detaylı anatomik bilgi kılavuzluğunda yapılmaya başlanması ile hastalığın daha dikkatli ve kapsamlı temizliği olası olmuştur. Gün-

müzde tartışmasız olarak nazal polipozis tercih edilen cerrahi tedavisi endoskopiktir. Unutulmalıdır ki yapılan tedaviyi *fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi* olarak nitelemek doğru değildir.

Preoperatif Değerlendirme ve Hazırlık

Nazal polipozisli hastalar ilk görüldüklerinde dikkatli anamnez ve KBB muayenesinden sonra mutlaka nazal endoskopi yapılmalıdır (Resim 1). Nazal endoskopi ile polipozis evlenmeli, poliplerin köken aldığı anatomik oluşumlar değerlendirilmeye çalışılmalı, eozinofilik yada pürülan drenaj olup olmadığına dikkat edilmelidir. Ancak bazen burun pasajını tamamen dolduran polipler nedeniyle endoskopi yapılması olanaksız olabilir.



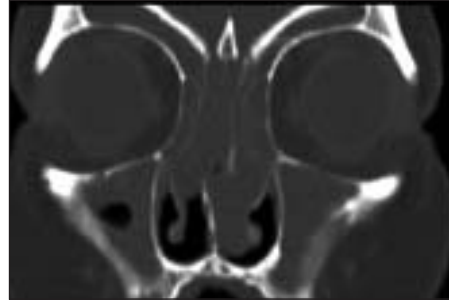
Resim 1. Endoskopide polipozis.

Pre-operatif dönemde biopsi makroskopik görünümün enflamatuar polip dışı patoloji olabileceğini düşündüren her durumda ve frajil kolay kanayan doku varlığında mutlaka yapılmalıdır. Unutulmamalıdır ki bilateral poliplerle birlikte de inverted papilom veya malign tümörlerle karşılaşmamız nadir de olsa olasıdır.

Rutin muayene ve nazal endoskopisi tamamlanan hastalara radyolojik inceleme (BT) yapmadan önce 4-6 hafta süren medikal tedavi uygulanması genellikle kabul gören ve bizimde rutin olarak uyguladığımız bir yöntemdir. Nazal endoskopik incelemesinde diffüz polipozis varolan hastalara 4-6 haftalık topikal kortikosteroid tedavisi başlanmaktadır. Eğer hastanın endoskopisinde pürülan akıntı var ise antibiyotik tedavisi de eklenmektedir. 4-6 haftalık topikal kortikosteroid \pm sistemik antibiyotik tedavisi sonrasında BT ile hem aksiyel hem koronal planda görüntüleme yapılmaktadır (Resim 2 ve 3). Bu yaklaşımla medikal tedavi sonrası maksimum iyilik halinde görüntüleme ve cerrahi işlemin daha iyi planlanması ve normal nazal mukozanın daha iyi korunması amaçlanmaktadır. Hastanın medikal tedavi sonrası elde edilen BT lerinde paranasal sinüslerin patolojiye ne kadar katıldıklarının değerlendirilmesi yanında nazal polipozis cerrahisinde sık karşılaşılan ve komplikasyonlara yol açabilecek kritik anatomik noktalara dikkat edilmelidir. Özellikle orbita medial duvarında kemik defektleri olup olmadığına ve kafa kaidesini oluşturan kemik yapıları, Onodi hücresinin varlığına, sfenoid sinüslerin patolojiye katılıp katılmadığına ve sfenoid sinüsün lateral duvarındaki vital oluşumları örten kemikte dehissans olup olmadığına çok dikkat edilmelidir. Özellikle diffüz polipozis-



Resim 2. Aksiyel BT.



Resim 3. Koronal BT.

li hastalarda anatomik referansların BT deki poliplere bağlı opasiteler nedeniyle gizlenebileceği ve değerlendirmenin zor olabileceği akılda tutulmalıdır. Hastaların radyolojik görüntülerinin cerrahi esnasında mutlaka ameliyathanede olması gerektiğini vurgulamaya ihtiyaç yoktur.

Medikal tedavi sonrası radyolojik inceleme ile cerrahi planlanan hastada ameliyat gününe kadar topikal kortikosteroidli spreylere devam edilmelidir. Kortikoterapi nazal polip kitlesinde küçülme yanısıra mukozal enflamasyonu baskıladığı için cerrahi esnasında kanamayı azaltacaktır. Klinik uygulamamızda cerrahi planlanan hastada topikal kortikoterapinin yanısıra kontrendikasyon oluşturacak klinik durum yok ise hastalara ameliyat tarihinden bir hafta önce 1mg/kg prednisolon oral yoldan başlanmakta ve doz her gün azaltılarak tedavinin bittiğinin ertesi günü hasta ameliyat edilmektedir.

Cerrahi Yöntem

Premedikasyon sonrası ameliyathaneye alınan hastaya uyutulmadan önce topikal öxymetazolin/xylometazolin spreylere sıkılarak vazokonstriksiyon sağlanmaktadır. Diffüz polipozisli hastalar rutin olarak genel anestezi altında ameliyat edilmektedir. Tüm hastalarda cerrahiye başlamadan önce %2 lidokain+1/100.000 epinefrin ile infiltrasyon yapılmaktadır. İnfiltrasyona sfenopalatin bölgeden başlanmaktadır (Resim 4). Sfenopalatin enjeksiyon için 20 G branül kullanılmaktadır. Enjeksiyonun alanına ulaşabilmesi için branüle şekil verilmesi gereklidir (Resim 5 ve 6). Daha sonra orta konkanın arka ucundan başlayarak öne doğru infiltrasyon yapılmakta orta konkanın lateral duvara yapıştığı bölgenin yaklaşık 1 cm üstü ve unsinat çıkıntının lateral duvara yapıştığı yerin hemen gerisine infiltrasyonlar yapılmaktadır. Burun içine jetokain emdirilmiş pediler yerleştirilerek 10 dakika beklenmesi cerrahi sırasında kanamayı azaltmak için çok önemlidir. Bu süre esnasında enstrümanlar gözden geçirilip hastanın BT leri yeniden değerlendirilebilir. Eğer polip kitleleri sfenopalatin bölgeye