

POLIPUL SFENOIDO-COANAL: CAZURI CLINICE ȘI REVIEW

Sphenchoanal polyps: case presentations and review

A. Zamfir-Chiru-Anton¹, P. Dumitrache², D.C. Gheorghe²

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „G. Alexandrescu“, București

²Spitalul Clinic de Copii „M.S. Curie“, București

Notă. Autorii au avut o contribuție egală la realizarea articolului.

REZUMAT

Obiective. Autorii descriu 2 cazuri de formațiuni tumorale nazale benigne, asimilate în mod uzual formațiunilor polipoase coanale, dar cu inserție anormală, la nivelul sinusului sfenoid.

Material și metodă. Prezentări de caz.

Rezultate. Sunt discutate aspectele chirurgicale și imagistice legate de cazurile respective, soldate cu vindecarea pe termen lung a pacienților.

Concluzii. Originea polipilor coanali nu este întotdeauna uniformă, la nivelul sinusului maxilar. Recunoașterea și evidențierea lor, cu extirparea în totalitate a formațiunii tumorale poate conduce la rezultate bune, fără recidive, pe termen lung.

Cuvinte cheie: polip sfenoido-coanal, sinus sfenoid

ABSTRACT

Aim. The authors found in clinical pediatric practice 2 cases with nasal benign tumors that could easily be mistaken for an antro-choanal polyp, but with different origin, in the sphenoid sinus.

Material and method. Case presentations.

Results. We discuss the surgical aspects and imagistics of the presented patients, with a long lasting disease free state after the tumor removal.

Conclusions. The origins of choanal polyps are not necessarily only in the maxillary sinuses. Their proper identification and complete removal can give long lasting result, without recurrences.

Keywords: sphenchoanal polyp, sphenoid sinus

Formațiunea polipoasă, solitară, cu caracter benign și originea în sinusul maxilar, sfenoidal sau etmoidal, proiectată prin ostiumul de drenaj la nivelul coanei și nazofaringelui, poartă numele de polip coanal (1).

În funcție de originea inserției, polipii coanali se clasifică în antrocoanali, sfenoidoanali și etmoidoanali (2,3).

Polipii coanali constituie aproximativ 4-6% din totalitatea polipozelor nazale, cei mai frecvenți fiind polipii antrocoanali, urmați de cei sfenoido-coanali, cei cu inserția în celulele etmoidale reprezentând varianta cel mai rar întâlnită. Este o afecțiune ce interesează cel mai frecvent adultul tânăr și adolescenții, fără predilecție pentru un anume sex.

Polipul sfenoido-coanal este o boală rară, descrisă prima dată de către Zuckerhandl în 1892 (4). Acesta este frecvent confundat cu cel antrocoanal prin simptomatologia și expresia clinică similară. Incidența mult mai crescută a polipului antrocoanal față de cel sfenoido-coanal poate influența uneori chirurgul să concluzioneze eronat și prematur localizarea maxilară a inserției formațiunii polipoase și stabilirea indicației de antrotomie intraoperator.

Astfel trebuie subliniată importanța efectuării unui examen fibroscopic detaliat și a unei tomografii computerizate, preoperator, pentru a elimina riscul chirurgical de abord al unui sinus greșit.

Prezentăm în continuare două cazuri de polip sfenoido-coanal.

Autor corespondent:

Dr. Adina Zamfir-Chiru-Anton, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „G. Alexandrescu“, Bdul Iancu de Hunedoara nr. 30-32, sector 1, București

E-mail: zamfiradina@yahoo.com

CAZUL CLINIC NR. 1

Pacientul în vârstă de 13 ani se prezintă la specialist pentru obstrucție nazală cronică, de aproximativ 3 luni, cu agravare progresivă.

Din antecedentele personale patologice menționăm intervenția chirurgicală pentru hipertrofia de vegetații adenoide efectuată în urmă cu 5 ani. Nu prezintă istoric de alergii sau tratamente cu corticosteroizi intranasali.

Examenul endoscopic nazofaringian evidențiază prezența unei formațiuni tumorale polipoase rino-faringiene cu aspect translucenț, ce umple complet cavumul și o mică parte din porțiunea posterioară a fosei nazale stângi. Originea leziunii pare a fi localizată la nivelul recesului sfeno-etmoidal stâng. Meatul mijlociu stâng este aparent liber, fără secreții sau alte leziuni.

Secțiunile axiale și coronale ale rezonanței magnetice nucleare (RMN) relevă o formațiune tumorală ce umple sinusul sfenoid stâng și rinofaringele, cu o prelungire mică spre fosa nazală stângă (Fig. 1-3).

Sub anestezie generală cu IOT și control endoscopic, se practică, prin abord endonazal, extragerea formațiunii polipoase după desprinderea ei de zona de inserție (sinus sfenoid stg). Se efectuează deschiderea largă a ostiumului sfenoidal și aspirația secrețiilor, cu îndepărtarea formațiunii polipoase restante din cavitatea sinusală.

Examenul histopatologic a evidențiat prezența unui polip inflamator, acoperit de un strat de celule epiteliale de tip respirator.

Pacientul s-a recuperat complet postoperator, iar la controlul efectuat la 10 luni nu s-a evidențiat recidivă tumorală.

CAZUL CLINIC NR. 2

Un copil de sex masculin, în vârstă de 10 ani, se prezintă cu următoarele acuze: cefalee repetată, de severitate medie, cu apariție intermitentă, fără aspect ritmic.

De menționat că nu prezintă obstrucție nazală și nici alte simptome.

Pacientul nu relatează antecedente personale patologice semnificative.

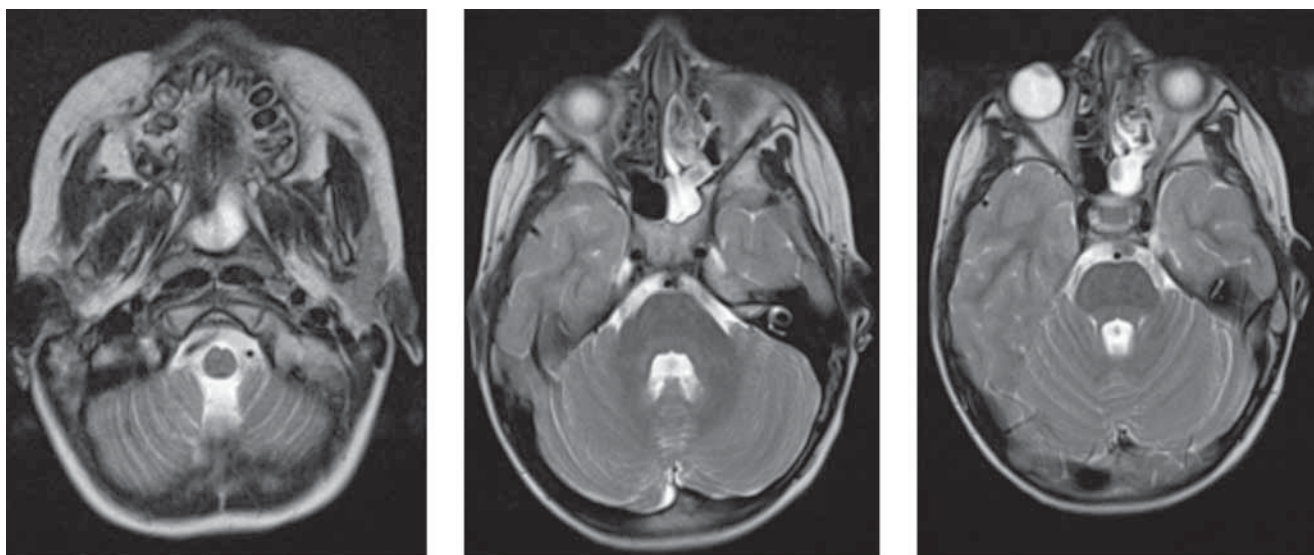
La examenul fibroscopic nazofaringian se observă o îngroșare a septului nazal în partea postero-inferioară la nivelul vomerului pe partea dreaptă. În rest, fosele nazale și cavumul sunt libere.

Examenul CT efectuat, pentru sinusurile anterioare și posterioare ale feței, evidențiază o formațiune tumorală cu localizare în sinusul sfenoid drept, aparent fără comunicare cu fosele nazale (Fig. 4-7).

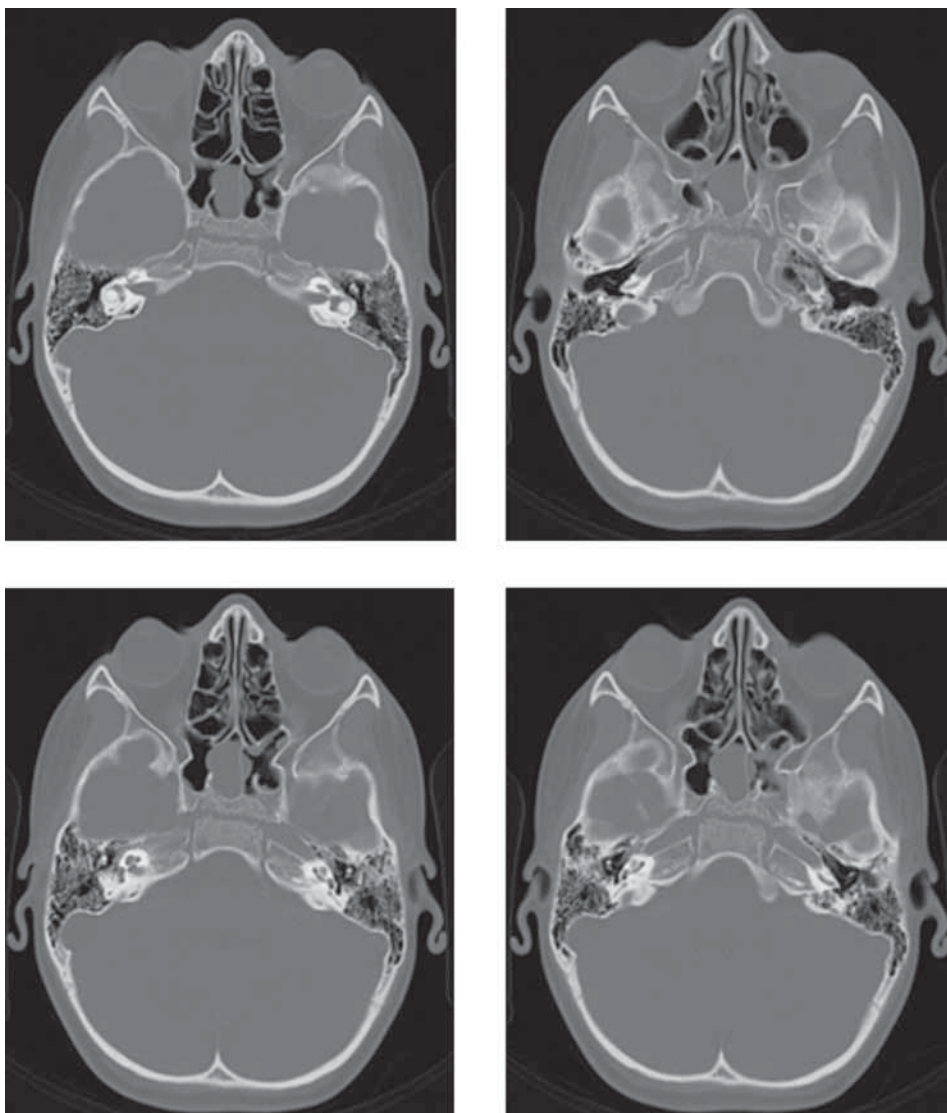
Se intervine chirurgical, sub anestezie generală și control endoscopic. Intraoperator, se constată lipsa unui culoar de evidențiere a ostiumului sfenoid drept. Se practică o incizie la nivelul tumefacției vomeriene și se pătrunde în sinusul sfenoid drept. În sinus se vizualizează o formațiune polipoasă, cu aspect tipic de polip coanal (uniloculară, pediculată), care se extirpă în totalitate. Ulterior se realizează lărgirea sfenoidotomiei în dauna peretelui lateral spre ostium.

Examenul histopatologic a susținut diagnosticul de polip inflamator.

La ultimul control efectuat la 15 luni postoperator nu s-a evidențiat recidivă tumorală (Fig. 8).



FIGURILE 1-3. RMN pentru cazul clinic nr. 1



FIGURILE 4-7. CT pentru cazul clinic nr. 2



FIGURA 8. Control postoperator: ostium sinus maxilar postoperator

DISCUȚII

Polipul sfenoido-coanal (PSC) reprezintă o formațiune tumorală polipoasă, benignă, solitară, dezvoltată din mucoasa sinusului sfenoid și exteriorizată prin ostiumul sfenoidal la nivelul coanei.

Cauza apariției polipilor coanali este necunoscută. Au fost emise mai multe teorii pentru a explica dezvoltarea lor, însă nici una nu a fost universal acceptată. S-a sugerat că polipii coanali iau naștere dintr-un chist submucos, secundar unei tromboze a vaselor limfatice, cauzată de o reacție inflamatorie sinusală postinfecțioasă (5). Chisturile submucoase sunt frecvente și majoritatea asimptomatice, interesând până la 4% din populație. În evoluție, ele își pot mări volumul, depășind sinusul sfenoid și căpătând aspectul morfologic al unui polip coanal (6,7).

Corelația dintre apariția polipului coanal și terenul alergic nu a putut fi dovedită. Au existat mai

multe studii care au dezbătut implicarea componentei alergice în formarea lor (8). Rezultatele obținute în urma examenului histopatologic al polipului coanal (în care s-au vizualizat: un număr crescut de celule inflamatorii, un număr mic de eozinofile, iar membrana bazală cu epiteliul de suprafață normal și intact) nu au putut argumenta însă teoria contribuției alergiei și atopiei, susținând mai degrabă teoria inflamatorie în dezvoltarea polipului (9).

Cel mai comun simptom întâlnit în PSC este reprezentat de obstrucția nazală cronică unilaterală însoțită de rinoree care, ulterior, prin creșterea în volum a formațiunii polipoase poate deveni bilaterală. Un debut similar este descris și în primul caz clinic. Cefaleea este frecvent întâlnită, însoțind sindromul obstructiv. Atipic este însă debutul prin sindrom cefalgic, ca simptom unic, ceea ce reprezintă și particularitatea celui de-al doilea caz clinic. Alte manifestări ce pot însoți sindromul obstructiv sunt: afectarea otică, ronhopatia, rar cacosmia (10).

Diagnosticul de certitudine a PSC se stabilește prin asocierea a două investigații paraclinice: examinarea endoscopică nazofaringiană și tomografia computerizată axată pe regiunea sinusurilor anterioare și posterioare ale feței.

Depistarea sediului polipului coanal se poate face uneori în urma unui examen endoscopic nazofaringian, efectuat cu meticulozitate, urmărind raporturile formațiunii polipoase față de cornetul nazal mijlociu. Polipul antrocoanal este situat lateral de cornetul nazal mijlociu, în meatul mijlociu, pe când cel sfenoido-coanal se află medial și posterior de cornetul nazal mijlociu, meatul mijlociu fiind frecvent liber. Endoscopia nazală poate ajuta la stabilirea diagnosticului originii polipului (11).

Tomografia computerizată este investigația imagistică de elecție, putând în cele mai multe cazuri să identifice localizarea originii polipului coanal și sinusului implicat. Există însă și situații în care tomografia computerizată întâmpină limite. Uneori, secundar unui polip sfenoido-coanal voluminos, poate să apară prin sindromul obstructiv dat o sinuzită maxilară de însoțire. În acest caz, stabilirea originii formațiunii polipoase, chiar și cu ajutorul CT-ului, poate fi dificil de realizat. Un examen RMN cu substanță de contrast (gadolinium) poate fi mai sugestiv.

Exereza chirurgicală reprezintă baza terapiei. Intervenția chirurgicală se face pe cale endoscopică, endonazală, în care se practică rezecția PSC și clearance-ul intrasinusal complet, reprezentând cel mai eficient tratament, opus înlăturării prin smulgere.

Unii autori recomandă și excizia porțiunii postero-inferioare a CNM pentru a expune mai bine zona de interes (12).

Polipectomia simplă cu rezecția parțială a formațiunii polipoase, lăsând pe loc segmentul intrasinusal, este contraindicată și prezintă un risc crescut de recidivă.

CONCLUZII

Polipul sfenoido-coanal (PSC) poate fi relativ ușor confundat preoperator cu cel antrocoanal. Exereza sa, fără îndepărtarea în totalitate a bazei sale de inserție, este urmată de recidivă. Pentru diferențierea tipului tumoral, imagistica aduce elementele decisive de diagnostic. În cazuri rare, există posibilitatea surprinderii PSC limitat la cavitatea sinusală, cu simptomatologie nespecifică secundară. Tratatamentul chirurgical endoscopic reprezintă terapia de elecție.

BIBLIOGRAFIE

1. **Batsakis J.G., Sneige N.** – Choanal and angiomatous polyps of the sinonasal tract. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1992; 101(7):623-5
2. **Larsen P.L., Tos M.** – Origin of nasal polyps. *Laryngoscope*, 1991; 101(3):305-12
3. **Lopatin A., Bykova V., Piskunov G.** – Choanal polyps: one entity, one surgical approach? *Rhinology*, 1997; 35(2):79-83
4. **Tosun F., et al.** – Sphenoidal polyp: endoscopic surgery. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2001; 58(1):87-90
5. **Crampette L., Mondain M., Rombaux P.** – Sphenoidal polyp in children. Diagnosis and treatment. *Rhinology*, 1995. 33(1): p. 43-5.
6. **Berg O., et al.**, Origin of the choanal polyp. *Archives of otolaryngology – head & neck surgery*, 1988; 114(11):1270-1
7. **Tysome J.R., Saleh H.A.** – Sphenoidal polyp presenting with concomitant nasal polyps. *Ear Nose Throat J*, 2007; 86(1):50-2
8. **Ozcan C., et al.** – Antrochoanal polyp: a transmission electron and light microscopic study. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies*, 2005; 262(1):55-60
9. **Min Y.G., et al.** – Histologic structure of antrochoanal polyps. *Acta oto-laryngologica*, 1995; 115(4):543-7
10. **Maldonado M., et al.** – Sphenoidal polyp. Diagnostic and therapeutic aspects. *Acta otorinolaringologica espanola*, 2006; 57(3):149-51
11. **Ozcan M., Ozlugedik S., Ikinciogullari A.** – Simultaneous antrochoanal and sphenoidal polyps: a rare clinical entity. *J Laryngol Otol*, 2005; 119(2):152-4
12. **Ileri F., Koybasioglu A., Uslu S.** – Clinical presentation of a sphenoidal polyp. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies*, 1998; 255(3):138-9