

DOI: 10.4274/tpa.741

Solunum sıkıntısı olan bir yenidoğan *Neonatal respiratory distress*

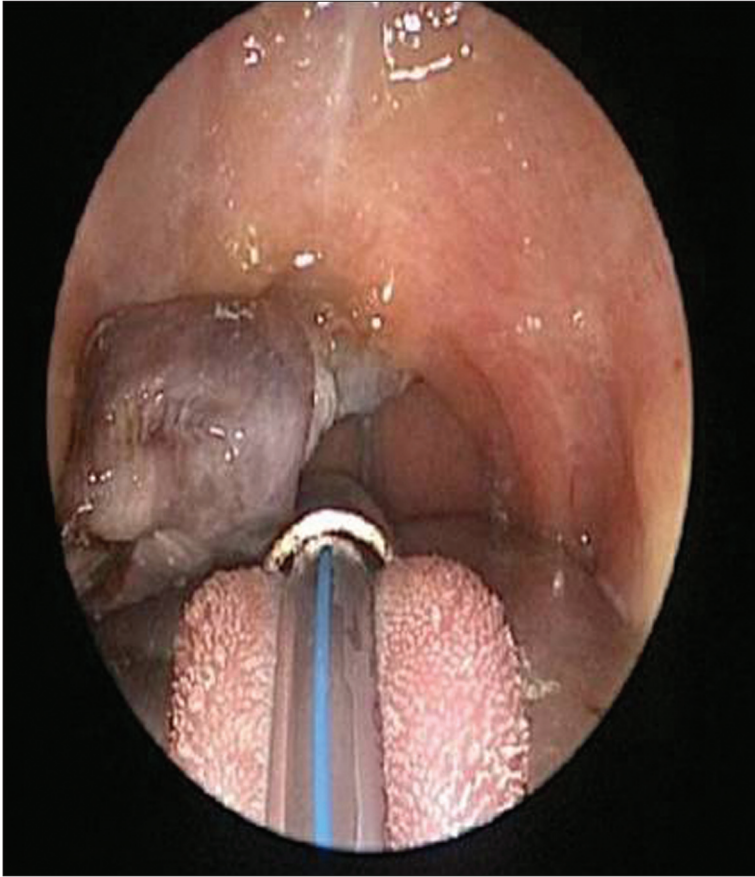
Salih Bakır, Vefa Kınış*, Musa Özbay, İlyas Yolbaş**, Ayse Nur Keles***

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

**Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye*

***Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye*

****Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye*



Resim 1. Ağız boşluğunun görünümü

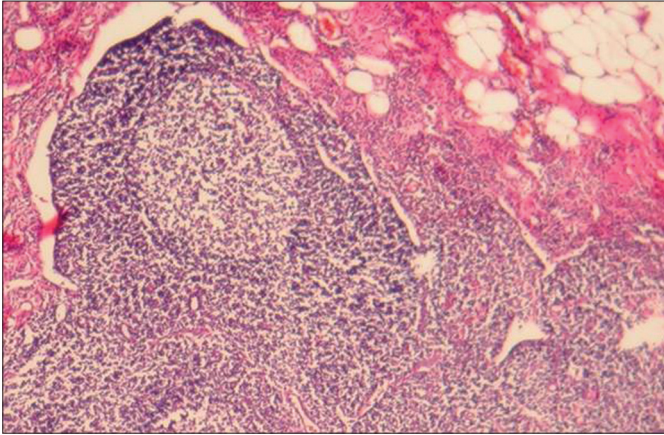
Olgu

Otuz sekiz haftalık erkek bebek, 36 yaşındaki anneden sorunsuz bir hamilelik sonrasında isteğe bağlı olarak sezaryenle doğurtulmuş. Doğum sonrası olguda düşük APGAR skoru ve solunum sıkıntısı saptanmış. Hasta entübe edilmek istenmiş, başarısız ve ancak orofarengeal 'airway' takılarak solunum sağlanmış. Hasta dış merkezden gönderilmiş ve hastanemiz yenidoğan ünitesinde entübe edilmiştir. Koanal atrezi burun boşluğundan nazogastrik tüp geçirilerek dışlanmış. Diğer fizik muayene ve laboratuvar bulguları normalmiş. Akciğer grafisinde sorun saptanmamış. Entübasyon edildikten sonra solunum sıkıntısı düzelmiş olan hasta hastanemiz yenidoğan yoğun bakım birimine gönderildi. Kulak, burun, boğaz muayenesi sırasında 'ekstübe' edildi, ancak solunum sıkıntısı ve siyanoz gelişmesi nedeniyle hemen geri takıldı ve hasta endoskopiye alındı (Resim1).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Vefa Kınış, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

E-posta: vefakinis@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 06.09.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 05.10.2011

Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından basılmıştır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing



Resim 2. Mikroskopik incelemede skuamöz epitel, fibroadipoz doku ve deri ekleri görülmekte (40x, H&E boyama).

Tanı: Nazal kıllı polip

Kulak, burun, boğaz muayenesi sırasında ağız boşluğunda büyük bir polipoidal kitle saptandı. Muayene sırasında hastada solunum sıkıntısı ve siyanoz gelişti. Hasta acilen genel anestezi altında ameliyata alındı. Ağız açacağı yerleştirildi ve endoskop yardımıyla nazofarenksten aşağı doğru sarkan 4x2x3 cm polipoidal kitle görüldü. Kitle nazofarenksten orofarenkse uzanıyordu ve ağız boşluğunu büyük oranda dolduruyordu (Resim1). Muayene sırasında hastada yeniden ciddi solunum sıkıntısı gelişti. Bu nedenle hasta entübe edildi ve kitle endoskopik görüntüleme altında tamamen çıkartıldı. Olgunun aciliyeti nedeniyle operasyon öncesi manyetik rezonans görüntüleme yapılamadı. Operasyon sonrası tüm yakınmaları tamamen düzelen hasta ikinci günde taburcu edildi.

Çıkarılan parça makroskopik olarak düz yüzeyle 4x2x3 cm polipoidal kitle şeklindeydi. Histopatolojik inceleme skuamöz epitel, deri uzantıları, pilosebase bezler ve fibrözadipoz doku görülmesi nedeniyle kıllı polip olarak değerlendirildi (Resim 2). Cerrahi sonrası izleminde beş ay boyunca tekrar görülmedi.

Tartışma

Kıllı polipler (KP), vücudun herhangi bir bölümünde görülebilen, fibroadipoz dokuyu saran deri ekleri ve uzantılarından oluşan iyi huylu tümörlerdir (1). Erken embriyojenez döneminde ortaya çıkar ve sadece ektoderm ile mezodermden köken alırlar (2). Literatürdeki çok sayıda tartışmaya rağmen, KP'nin gerçek embriyojenezi ve doğası halen aydınlatılamamış olup tartışma konusu olmaya devam etmektedir.

Bu tümörler sıklıkla nazofarenks, orofarenks, yumuşak damak, sert damak, tonsiller, dil, östaki tüpü ve orta kulak yerleşimlidirler. En sık yerleştiği yerler nazofarenks ve orofarenkstir. Oronazofarenkste geliştiklerinde, tipik olarak saplı kitle olarak karşımıza çıkarlar.

Nadir görülmesine karşın KP orofarenks ve nazofarenksin en sık görülen doğumsal tümördür (3). Kelly ve ark. (3)

İngilizce literatürde 1996 yılına kadar yayınlanmış 135 olguyu derlemiştir. Ayrıca 1996 ile 2011 arasında bildirilmiş yaklaşık 35 olgu vardır (4).

Kıllı polip çoğunlukla tek bozukluk olarak ortaya çıkar. Bununla birlikte, nadiren yarık damak, uvula ve dış kulak agenezisi, yüzde hemihipertrofi gibi anomalilerle birlikte bulunabilir (5). Bu tümörlerin habis dönüşümü bildirilmemiştir. Hemen her zaman yenidoğan ve bebeklerde ortaya çıkmakla birlikte çok nadiren ileri yaşlarda da bildirilmiştir (6).

Klinik tablo polibin yerine ve büyüklüğüne bağlıdır. Boyutları 0,5-6 cm arasında değişebilir. Küçük lezyonlar aralıklı siyanozu neden olabilir veya belirtisiz kalabilirler. Polip larinksi kapatacak kadar büyükse solunum sıkıntısı ortaya çıkar. Radyolojik görüntüleme yararlı olmakla birlikte hastalıkları ayırt edemez. Ancak kafa içine yayılım olup olmadığını göstermek için bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme mutlak gereklidir.

Ayrırcı tanıda benzer bir klinik tablo oluşturan koanal atrezi burundan nazogastrik tüp geçirilerek dışlanmalıdır. Ayrıca hamartom, teratom, hemanjiyom, nöroblastom, meningoansefalosel, rabdomiyosarkom, kraniyofarinjiyom, tiroglossal kanal kisti ve lingual kist ayrırcı tanıda yer almalıdır (7). Beyin içine uzanımı olabileceğinden KP'yi meningoansefaloselden ayırmak oldukça önemlidir.

Tedavideki ilk amaç havayolunu güvence altına almaktır. Havayolu güvenceye alındıktan sonra, olgumuzda da olduğu gibi tedavi oluşumu tam olarak çıkartmaktır.

Özetle, havayolu tıkanıklığı olan tüm yenidoğan bebekler faringeal tümör yönünden de araştırılmalıdır. Tüm hastalara cerrahi öncesi endoskopik muayene ve kitlenin kafa içi uzantısı olup olmadığının belirlenmesi için radyolojik görüntüleme yapılmalıdır. Biz hastamızın aciliyetinden dolayı, herhangi bir görüntüleme yöntemi uygulayamadık. Şanslıydık, çünkü kitlenin kafa içine uzantısı yoktu.

Kaynaklar

1. Luna MA, Cardesa A, Barnes L, et al. Pathology and genetics of head and neck tumors. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, et al. (eds). World health organization classification of tumors. Lyon: IARC Press, 2005: 99.
2. Erdogan S, Tunali N, Canpolat T, Tuncer R. Hairy polyp of the tongue: a case report. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 881-2.
3. Kelly A, Bough ID Jr, Luft JD, Conard K, Reilly JS, Tuttle D. Hairy polyp of oropharynx: case report and literature review. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 704-6.
4. Gundrum LK, Stambuck UA, Gaines JW. Choristoma of the nasopharynx in a newborn infant. *AMA Arch Otolaryngol* 1954; 59: 347-8.
5. McShane D, el Sherif I, Doyle-Kelly W, Fennell G, Walsh M. 'Hairy polyps' of the oro-nasopharynx. *J Laryngol Otol* 1989; 103: 612-5.
6. Karagama YG, Williams RS, Barclay G, Lancaster JL, Kokai GK. Hairy polyp of the oropharynx in a newborn: a case report. *Rhinology* 2003; 41: 56-7.
7. Burns BV, Axon PH, Pahade A. 'Hairy polyp' of the pharynx in association with an ipsilateral branchial sinus: evidence that the 'hairy polyp' is a second branchial arch malformation. *J Laryngol Otol* 2011; 115: 145-8.