

Oropharyngeal Hairy Polyp Causing Dysphagia

Disfajiye Neden Olan Orofarinjeal Tüylü Polip

Case Report
Olgu Sunumu

Can Mehmet Eti¹, Onur İsmi¹, Rabia Bozdoğan Arpacı², Yusuf Vayıssoğlu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Abstract

Hairy polyp is a rare, benign tumor that comprises ectodermal and mesodermal germ layers. The embryogenesis of hairy polyp is precisely unknown, and concurrently, it has a female predominance. Although hairy polyp is observed in every part of the body; it is frequently located in the nasopharynx and oropharynx. Respiratory distress and feeding difficulties are the most related symptoms.

Differential diagnoses comprise hemangioma, teratoma, epidermoid cyst, neuroblastoma, and meningocele. In this report, a seven-year-old patient who was admitted to our clinic with swallowing difficulty because of an oropharyngeal hairy polyp was described.

Keywords: Dermoid cyst, hairy polyp, nasopharynx, oropharynx

Özet

Tüylü polip nadir görülen benign bir tümör olup, ektodermal ve mezodermal germ tabakalarından oluşmaktadır. Tüylü polibin embriyogenezi tam olarak bilinmemekte birlikte kadınlarda daha sık görülmektedir. Vücudun her bölgesinde görülebilmesine rağmen, sıklıkla nazofarinks ve orofarinkste görülür. En sık semptomlar solunum ve yutma güçlüğüdür. Ayırıcı tanıda

hemanjiom, teratom, epidermoid kist, nöroblastom ve meningocele yer alır. Bu çalışmada, kliniğimize orofaringeal tüylü polip nedeniyle yutma güçlüğü şikayeti ile başvuran yedi yaşındaki hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dermoid kist, tüylü polip, nazofarinks, orofarinks

Giriş

Dermoid kistler benign ve nadir görülen teratomatöz lezyonlardır. Tüylü polipler 1918 yılında Brown Kelly tarafından tanımlanmış bir dermoid kist tipidir (1). Kadınlarda erkeklere oranla 6 kat daha fazla görülür (2, 3). Genellikle orbita, nazal dorsum, ağız tabanı, infratemporal fossa, nazofarinks, orofarinks ve boynun anterior ve lateralinde yerleşir (3). Ayrıca östaki borusundan da köken alabilir (4). Dermoid kistlerin %1-7'si baş-boyun bölgesinde görülürken, bunların %23'ü ağız tabanı yerleşimlidir. Dermoid kistler teratomlar gibi embriyonik germ yapraklarından oluşur. Teratomlar her üç germ yaprağını içerir (ektoderm, mezoderm, endoderm), dermoid kistler ise sadece mezoderm ve ektodermden köken almaktadır. Kıl folikülü ve ter bezleri gibi mezodermal elemanlar dermoid kisti epidermoid kistten ayırır (5). Dermoid kist ve tüylü poliplerin her ikisi de ektodermal ve mezodermal germ yapraklarını içermekle birlikte; dermoid kistler, tüylü poliplerden farklı olarak ektodermal inklüzyon kistleri içerir.

Bu yazımızda 7 yaşında bir hastada yutma güçlüğüne neden olan tüylü polip olgusu sunulmuş, güncel literatür bilgileri ışığında yutma güçlüğü ayırıcı tanısında bu nadir tümörlerin de düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında kız çocuğu kliniğimize yaklaşık bir yıldır yutkunmakla boğazda takılma hissi şikayetiyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol supratonsiller fossadan hipofarinkse uzanan saplı düzgün yüzeyle polipoid kitle görüldü (Resim 1). Kontrastlı bilgisayarlı tomografide oral kavitede, nazofarinkse uzanımı bulunmayan yaklaşık 2.5x1 cm boyutlarında kistik yer yer yağ dansitesinde alanlar bulunduran kitle görüldü. Tanıda öncelikle dermoid kist düşünülerek operasyon planlandı. Genel anestezi altında sol supratonsiller bölgeden köken alıp hipofarenkse doğru uzanan kitle elektrokoter yardımıyla total eksize edildi (Resim 2). Histopatolojik incelemede keratinize çok katlı yassı epitel altında adipöz doku (Resim 3) çizgili kas fragmanları (Resim 4), sebace glandlar (Resim 5) ve tükürük bezi örnekleri (Resim 6) görüldü. Ektodermal inklüzyon kistleri mevcut değildi. Histopatolojik inceleme tüylü polip olarak raporlandı. Postoperatif dönemde ek problemi olmayan hastanın bir yıllık klinik takibinde nüks izlenmedi.

Hasta yakınlarından olgunun fotoğraflarının kullanılması ve olgunun akademik amaçlı makale olarak yazılması ile ilgili yazılı onam alınmıştır.

Tartışma

Tüylü polipler gelişimsel malformasyonlardır (1). Çoğunlukla histolojik olarak dermoid kiste benzer



Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Can Mehmet Eti

E-mail: can_m_eti@hotmail.com

Received Date/Geliş Tarihi: 30.03.2015

Accepted Date/Kabul Tarihi: 15.10.2015

© Copyright 2015 by Official Journal of the Turkish Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Available online at

www.turkarchotorhinolaryngol.org

© Telif Hakkı 2015 Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş

Boyun Cerrahisi Derneği Makale metnine

www.turkarchotorhinolaryngol.org web

sayfasından ulaşılabilir.

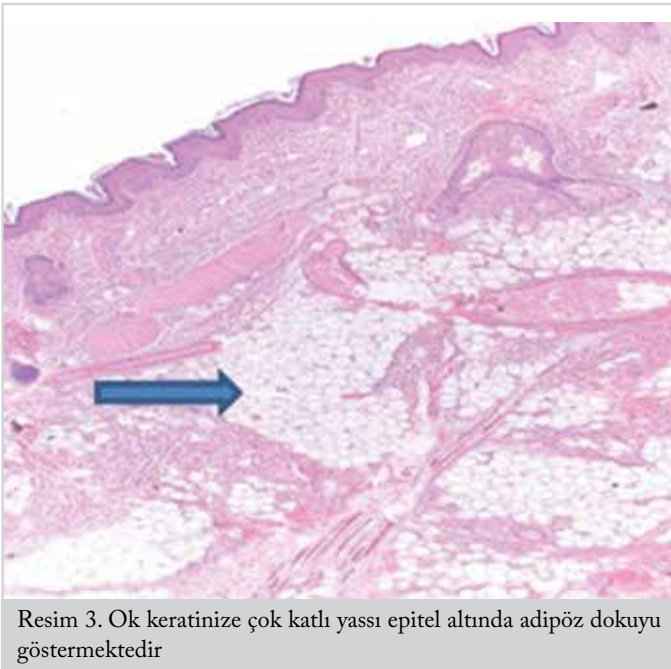
DOI: 10.5152/tao.2015.1098



Resim 1. Tüylü polip intraoperatif görüntüsü

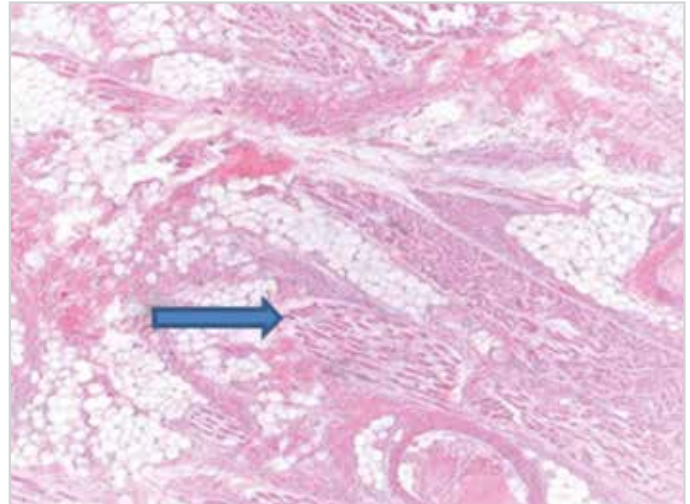


Resim 2. Mukoza ile örtülü pembe renkli polipoid lezyon



Resim 3. Ok keratinize çok katlı yassı epitel altında adipöz dokuyu göstermektedir

yapılar olarak kendilerini gösterirler. Tüm dermoid tümörlerin ancak %1-7'sinin baş boyun bölgesinde görüldüğü ve bunların hepsinin tüylü polip olmadığı düşünülecek olursa, tüylü poliplerin baş boyun bölgesinde çok nadir görülen tümörler olduğu anlaşılabacaktır (6). Tüylü polipler daha çok erken çocukluk döneminde görülen, embriyolojik olarak hem ektodermal hem de mezodermal kaynaklı yapılar içeren benign tümöral lezyonlardır.

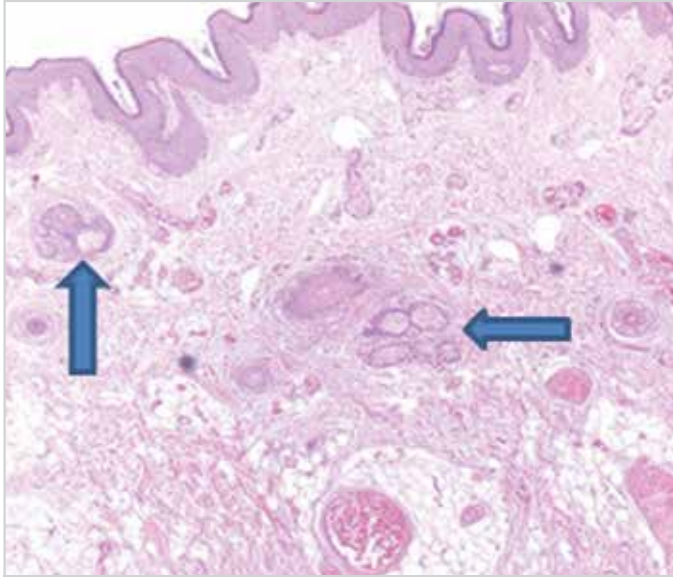


Resim 4. Ok çizgili kas fragmanlarını göstermektedir (Hematoksilen-Eozin, x100)

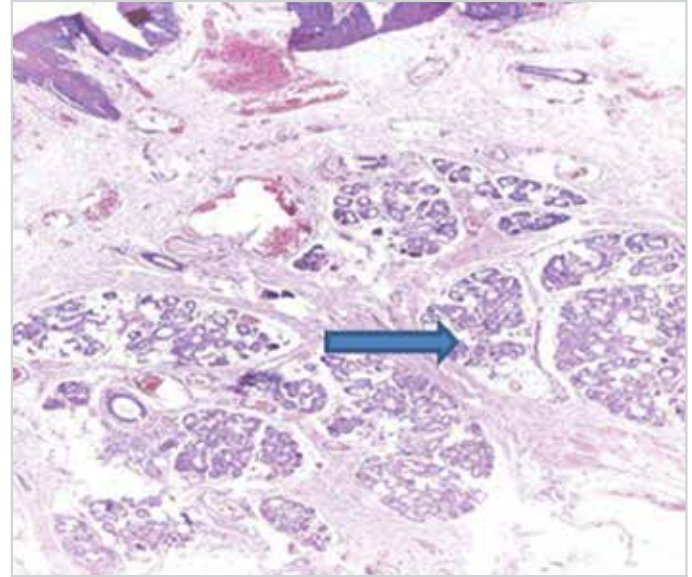
Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojiiyi açıklamaya çalışan üç tane teori mevcuttur. Totipotent hücre artığı teorisine göre ektodermal ve mezodermal germinal tabakalardan gelişen totipotent hücrelerden oluşmaktadır. Konjenital inklüzyon teorisine göre embriyolojik hayatta kapanmayan germinal yapraklar arasında epitelyal debrisin tuzaklanmasına bağlı oluşmaktadır. Gelişimsel implantasyon teorisine göre ise travmatik olaylara ikincil olarak germinal elemanların derin dokulara inklüzyonu suçlanmaktadır. Tüylü poliplerde dermoid kistler gibi ektodermal ve mezodermal germ yapraklarına ait yapılar olmasına rağmen, dermoid kistlerde görülen mezodermal yapraklar içindeki epidermal inklüzyon kistleri bulunmamaktadır (6). Teratom, hemanjiom, nazal gliom, meningoel, ensefalosel, meningoensefalosel, tiroglossal kist gibi üst hava yolu tıkanıklığına neden olan diğer patolojilerle karışabilen benign tümörlerdir(2). Bu patolojilerin tedavi yaklaşımları farklı olduğundan ayrııcı tanı dikkatli olunmalıdır.

Tüylü polibin semptomları lezyonun boyutu ve bulunduğu yere göre değişmektedir. Bu semptomlar yutma güçlüğü, rinore, horlama ve infantil dönemde uyku apnesidir (2, 7). Tüylü polip östaki tüpünden kaynaklandığında orta kulak havalanmasını etkileyerek tekrarlayan pürülan otoreye neden olabilir (4). Son 25 yılda bildirilen olgular arasında tüylü poliplerin en sık lateral nazofaringeal duvardan kaynaklandığı (%29.5), tonsiller ve tonsiller plikalardan kaynaklanma oranının da %17.9 olduğu görülmüştür. Yine aynı olgular arasında en sık başvuru şikayeti solunum sıkıntısı (%50) iken, bunu yutma güçlüğü (%24.6) izlemiştir (8). Bizim olgumuzda da tüylü polip sol supratonsiller bölgeden kaynaklanmaktaydı ve hastanın yutma güçlüğü şikayeti mevcuttu. Tüylü poliplerin ailesel geçişli olduğuna dair yayınlar mevcut olmakla birlikte (3, 9) olgumuzda aile hikayesi yoktu.

Radyolojik değerlendirme hem lezyonun köken aldığı yerin ve sınırlarının belirlenmesi hem de cerrahi planlamada önem arz eder. Bilgisayarlı tomografi kitlenin ve komşu kemik dokusundaki değişikliklerin, değerlendirmesinde; manyetik rezonans gö-



Resim 5. Yatay ve dikey oklar sebase glandları göstermektedir (Hematoksilen-Eozin, x100)



Resim 6. Ok tükürük bezi örneklerini göstermektedir (Hematoksilen-Eozin, x100)

rüntüleme ise kitlenin karakteristik özellikleri, komşu vasküler ve müsküler yapılarla ilişkisini ortaya koymada faydalı yöntemleridir. Tüylü polip görüntüleme yöntemlerinde karakteristik olarak intrakranial yayılım göstermeyen, genellikle yağ dokusu ve fibröz sap içeren bir lezyon olarak karşımıza çıkar (10). İntrakranial yayılımın olmaması meningoel ve ensefalosel ayırıcı tanısı için önemlidir (6). Olgumuzda da bilgisayarlı tomografide intrakranial yayılımı olmayan kistik, yer yer yağ dansitesinde lezyonun olması tüylü polip ile uyumludur.

Tüylü poliplerin tanısı histopatolojik inceleme ile konur. Patolojik olarak hamartomlar, teratomlar ve dermoid kistlerden ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Hamartomlar, geliştikleri organdaki hücre ya da dokuların fazla gelişimini temsil etmektedir; hücre tipleri geliştikleri organla aynıdır. Teratomlarda her üç germinal yapraktan, dermoid kist ve tüylü polipte ise iki germinal yapraktan (mezodermal ve ektodermal) hücresel elemanlar mevcuttur. Tüylü polipte dermoid kistlerde olan mezoderm içinde ektodermal inklüzyon kistleri mevcut değildir (2, 6). Mezodermal yapılar olan saç kökleri ve ter, yağ bezleri ayırıcı tanı için önemlidir (6). Olgumuzda da yassı epitel altında adipöz doku, sebase bezler ve yağ bezlerinin görülmesi, bunların içinde ektodermal inklüzyon kistlerinin olmaması ile tüylü polip tanısı konmuştur.

Tüylü poliplerin tedavisi cerrahidir. Lokal eksizyon yeterlidir ve tekrarlama riski düşüktür. Ancak yerleşim yeri cerrahi açısından risk teşkil edebilir. Lezyonun oral kavite ya da nazofarinkste geniş tabanlı olması cerrahi total eksizyonu zorlaştırabilir, östaki tüpüne yakın olması cerrahi sırasında östaki hasarına bağlı postoperatif dönemde östaki disfonksiyonuna neden olabilir. Transoral ve endoskopik kombine yaklaşımlar gerekebilir (2). Olgumuzda da transoral yolla tümöral lezyon tam olarak çıkarılmış ve bir yıllık izlemde nüks izlenmemiştir.

Sonuç

Nadir görülmekle birlikte orofarinks kaynaklı tüylü polipler özellikle pediatrik yaş grubunda yutma güçlüğü ve hava yolu

obstrüksiyonu semptom ve bulgularının ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the parents of patient who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Design - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Supervision - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Resources - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Materials - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Data Collection and/or Processing - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Analysis and/or Interpretation - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Literature Search - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Writing Manuscript - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Critical Review - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Other - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastanın ebeveyninden alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Tasarım - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Denetleme - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Kaynaklar - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Gereçler - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Analiz ve/veya Yorum - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Literatür Taraması - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Yazıyı Yazan - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Eleştirel İnceleme - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.; Diğer - C.M.E., O.İ., R.B.A., Y.V.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Agrawal N, Kanabar D, Morrison GA. Combined transoral and nasendoscopic resection of an eustachian tube hairy polyp causing neonatal respiratory distress. *Am J Otolaryngol* 2009; 30: 343-6. [\[CrossRef\]](#)
2. Roh JL. Transoral endoscopic resection of a nasopharyngeal hairy polyp. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68: 1087-90. [\[CrossRef\]](#)
3. Görür K, Talas DÜ, Özcan C. An unusual presentation of neck dermoid cyst. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 353-5. [\[CrossRef\]](#)
4. Jin L, Zhang T. Surgical treatment of hairy polyp in the Eustachian tube. *Chin Med J (Engl)* 2014; 127: 988-9.
5. Burns BV, Axon PR, 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* 2001; 115: 145-8. [\[CrossRef\]](#)
6. İsmi O, Görür K, Bozdoğan RA, Vayisoglu Y, Özcan C. Hairy polyp of the supratonsillar fossa causing intermittent airway obstruction. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2015; 19: 90-2.
7. 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.
8. Dutta M, Roy S, Ghatak S. Naso-oropharyngeal choristoma (hairy polyps): an overview and current update on presentation, management, origin and related controversies. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015; 272: 1047-59. [\[CrossRef\]](#)
9. Bratton C, Suskind DL, Thomas T, Kluka EA. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 57: 249-53. [\[CrossRef\]](#)
10. Kochanski SC, Burton EM, Seidel FG, Chanin LR, Hensley S, Ackner JD. Neonatal nasopharyngeal hairy polyp: CT and MR appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1990; 4: 1000-1. [\[CrossRef\]](#)