

Maksiller Sinüs Tümörlerinde Cerrahi ve Kombine Edilmiş Tedavi Yöntemleri*

Mustafa Tüz¹, Nesrin Turhan², Mehmet Turanlı¹, Onur Çetin¹, Mehmet Taşel¹

¹Ankara Onkoloji Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Baş Boyun Cerrahisi Bölümü

²Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü

*24. Ulusal Türk Otorinolaringoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde (23-27 Eylül 1997 Antalya) poster olarak sunulmuştur.

Özet

Maksiller sinüs tümörleri az görülmelerinden dolayı literatürde büyük seriler yoktur ve bu nedenle hangi tedavi kombinasyonunun en etkili yöntem olduğu konusunda görüş birliği mevcut değildir. Kliniğimizde 2.5 yıllık süre boyunca tedavisinde cerrahi uyguladığımız hastalar preoperatif ve postoperatif olarak değerlendirildi, cerrahi ile kombine tedavi yöntemleri tartışıldı.

Mayıs 1994 ile Aralık 1996 tarihleri arasında kliniğimizde maksiller sinüs kitlesi nedeniyle takip ve tedavi gören 35 olgunun opere edilen 27'si çalışmaya dahil edilmiştir. Olgular klinik muayene, radyolojik tetkikler ve ameliyat notları ışığında American Joint Committee on Cancer (AJCC) sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır.

En sık görülen bulgular arasında damakta kitle 10 olguda, yüzde kitle 7 olguda, burun tıkanıklığı 5 olguda tespit edildi. Tanı ile şikayetler arasında geçen süre ortalama 6.8 ay idi. Üç olguya parsiyel maksillektomi, 24 olguya total maksillektomi yapılmıştır. AJCC'ye göre yapılan sınıflandırmada 3 olgu T2, 21 olgu T3, 3 olgu T4 olarak evrelendirildi. En sık görülen histopatolojik tanı yassı hücreli karsinom ve adenoid kistik karsinom idi.

Özellikle yara iyileşmesi probleminin olmaması için radyoterapi uygulamasının cerrahi sonrası dönemde uygun olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Maksiller sinüs tümörü, cerrahi

Surgery and Combined Management Methods in Maxillary Sinus Tumors

Abstract

As maxillary sinus tumors are rarely seen, no great series exist in literature. Thereby, there is no consensus on which combination of management is the most effective. Patients operated in our clinics in 3 years period were evaluated preoperatively and postoperatively, various management methods combined with surgery were discussed.

Twentyseven out of 35 cases with maxillary sinus tumor were enrolled into the study who were treated surgically in our clinic. Considering the American Joint Committee on Cancer (AJCC) classification cases were classified according to physical examination, radiological investigation and notes of surgery.

The most commonly seen manifestations were mass on hard palate in 10, facial deformity in 7, nasal obstruction in 5 cases. The time period between diagnosis and manifestations is 6.8 months. Total maxillectomy and partial maxillectomy were performed on 24 and 3 cases, respectively.

According to AJCC, 3, 21 and 4 cases were categorized as T2, T3 and T4, respectively. The most commonly seen histopathological diagnosis are squamous cell carcinoma and adenoidcystic carcinoma. We concluded that in order not to be encountered with wound healing problem in the postoperative period, radiotherapy should be combined to surgery, postoperatively.

Key Words: Maxillary sinus tumor, surgery

Paranasal sinüs tümörleri, tüm vücut tümörlerinin % 1'ini ve üst solunum yolu tümörlerinin % 3'ünü oluşturur. Paranasal sinüs tümörlerinin % 77'si maksiller sinüs kökenlidir (1).

Maksiller sinüs, yalancı çok katlı kolumnar solunum epiteli ile kaplıdır ve yer yer sekretuar hücreler içerir. Maksiller sinüs kökenli tümörlerin büyük kısmı bu epitel ve sekretuar hücrelerden kaynaklanır (2). Bu bölge tümörlerinin % 85'ini

yassı epitel hücre karsinomları ve %'10 unu sekretuar hücre kökenli tümörler oluşturur (3).

Maksiller sinüs tümörleri yerleşimlerinin özelliği nedeniyle çok geç belirti verirler ve semptomlar ile tanı arasında geçen süre ortalama 8 aydır (3). Ayrıca tümör gelişmesini takiben ortaya çıkan belirtiler özgün değildir. Hastalar sıklıkla burun akıntısı, burun tıkanıklığı, burun kanaması şeklinde nonspesifik şikayetlerle hekime başvuru-

rurlar (3). Bu tür tipik olmayan şikayetlerin gelişmesi olgunun gecikmesine yola açan bir takım medikal tedavi sürecini de başlatır. Tedaviden yarar görmeyen hastanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve az sıklıkla görülmesi nedeniyle pek düşünülmeyen maksiller sinüs tümör tanısının akla gelmesi hekimi doğru tanıya götürür.

Maksiller sinüs tümörlerinin tedavisi konusunda pek çok değişik görüşler bildirilmiştir. Kemoterapi (KT), radyoterapi (RT) ve cerrahi, tekli, ikili, üçlü kombinasyonlar şeklinde uygulanmaktadır.

Az görülmeleri nedeniyle, büyük seriler olmaması ve sınıflandırmada görüş birliğine varılamamış olması nedeniyle hangi tedavi kombinasyonunun en etkili yöntem olduğu konusunda görüş birliği yoktur (4).

Kliniğimizde 3 yıllık süre boyunca tedavisinde cerrahi uyguladığımız hastalar preoperatif ve postoperatif olarak değerlendirildi, cerrahi ile kombine edilmiş tedavi yöntemleri tartışıldı.

Materyal ve Metod

Mayıs 1994 ile Aralık 1996 tarihleri arasında kliniğimizde maksiller sinüs kitlesi nedeniyle takip ve tedavi gören 35 olgunun opere edilen 27'si çalışmaya dahil edilmiştir. Sekiz olgu başvurduklarında uzak metastaz veya ileri lokal yayılım nedeniyle inoperabl kabul edilerek sadece paliyatif amaçlı kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) uygulaması yapıldı.

Tedavi kombinasyonunda cerrahinin yer aldığı 27 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Olgular klinik muayene, radyolojik tetkikler ve ameliyat notları ışığında American Joint Committee on Cancer (AJCC) sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır (5).

Bulgular

Olguların 13'ü erkek, 14'ü kadın, yaşları 16 ile 71 arasında olup, ortalama yaş 53.3 idi. En sık görülen bulgu % 38 ile damakta kitle idi (Tablo 1). Tam ile şikayetler arasında geçen süre ortalama 6.8 ay idi.

Tablo 1. En sık görülen şikayetlerin dağılımı

Şikayetler	Sayı	(%)
Damakta kitle	10	(38)
Yüzde şişlik	7	(26)
Burun tıkanıklığı	5	(18)
Diğer	5	(18)
Toplam	27	(100)

Üç olguya parsiyel maksillektomi, 24 olguya total maksillektomi yapıldı. AJCC'ye göre yapılan sınıflandırmada 3 olgu T2, 21 olgu T3, 3 olgu T4 olarak evrelendirildi (Tablo 2). Olguların 15'i (% 56) 50 yaş ve üzerindedir. En sık görülen histopatolojik tanı yassı hücreli karsinom (% 37) idi (Tablo 3).

Tablo 2. Hastaların uygulanan cerrahi ve evrelemeye göre dağılımı

Evreleme	Yapılan Ameliyat	
	Parsiyel Maksillektomi	Total Maksillektomi
T2	3	0
T3	0	21
T4	0	3

Tablo 3. Olguların histopatolojik tanılara göre dağılımı

Histopatolojik tanı	Olgu sayısı
Yassı hücreli karsinom	10 (% 37)
Adenoid kistik karsinom	4 (% 14)
Malign Melanom	2 (% 7)
Ameloblastom	2 (% 7)
Malign lenfoma	2 (% 7)
Adenokarsinom	1 (% 4)
Anjiosarkom	1 (% 4)
'Lethal midline' granülom	1 (% 4)
Soliter plazmasitom	1 (% 4)
Malign epitelial tümör	1 (% 4)
Mukoepidermoid karsinom	1 (% 4)
Olfaktör nöroblastom	1 (% 4)
Toplam	27 (% 100)

Olguların 5'inde kitle en-blok olarak çıkarıldı. Diğerlerinde maksillektomi sonrası şüpheli alanlar rezeke edildi ve cerrahi kontrol sınırı için doku örnekleme yapıldı. Dört olguda cerrahi sınır pozitif idi. Bunların ikisi yassı hücreli karsinom, biri malign melanom, diğeri 'lethal midline' granülom idi.

Kemik tutulumu tüm olgularda mevcuttu. Perinöral invazyon ise 3 olguda tespit edildi. Bu olguların 2'si adenoid kistik karsinom idi. İki olguda müsküler invazyon tespit edildi.

Orbita tutulumu 1 olguda vardı. Bu hastaya orbita ekzanterasyonu yapıldı. Beş hastanın da orbita tabanı spesimine dahil edildi.

Beş olguda ilk 20 ayda rekürrens gelişti. Bunların 4'ünde cerrahi sınır pozitif idi, kalıntı olarak değerlendirildi. Bir olguda ise postoperatif 1. yılda hipofarinkste ikinci primer tümör (yassı hücreli karsinom) gelişti. İki olguya cerrahi ile birlikte sadece adjuvan KT uygulandı. Altı olguya postop RT, 6 olguya KT ve RT yapıldı (Tablo 4).

Tablo 4. Olgulara uygulanan tedavi kombinasyonları

Cerrahi	13 (% 48.2)
Cerrahi+RT	6 (% 22.2)
Cerrahi +KT	2 (% 7.4)
Cerrahi+RT+KT	6 (% 22.2)
Toplam	27 (% 100)

İki hasta postoperatif birinci ayda eksitus oldu. Biri 'lethal midline' granülom, diğeri adenoid kistik karsinom idi.

Tartışma

Maksiller sinüs tümörleri nadir görülürler ve tedavisi hakkında görüş birliği yoktur, genel olarak 50 yaş üzerinde görülürler (5). Çalışmamızda ortalama yaş 53.3 idi ve olguların % 56'sı 50 yaş ve üzerindedir. Erkeklerde kadınlara göre iki kat fazla görüldüğü bildirilmesine karşın çalışmamızda eşit olarak tespit edildi (3). Bu olgu sayımının az olmasından kaynaklanabilir.

Maksiller sinüs tümörlerinin ortak özelliği olan bulguların geç ortaya çıkması, olguların ileri evre olarak başvurmalarını açıklamaktadır. Yirmiyedi olgunun tümü T3 ve T4 evresinde kliniğimize başvurdu.

Maksiller sinüs duvar tutulumunun işareti olan şikayetler arasında en sık damakta kitle tespit edildi. Literatüre göre en sık görülen şikayetler sırasıyla tek taraflı burun tıkanıklığı, damak-yüz kitlesi ve burun kanamasıdır (3). Kanımızca burun tıkanıklığı çok yaygın ve nonspesifik bir şikayet olduğundan hastalar çoğu kez bunu önemsemezler. Bu nedenle, serimizde en çok bildirilen şikayetler damak ve yüzde şişlik olarak bildirilmiştir.

Lezyonun antrum tabanı ve/veya medial duvarla sınırlı olduğu olgularda parsiyel maksillektomi düşünülebilir (5). Bu nedenle sadece antrum tabanını tutmuş üç olguya sınırlı cerrahi girişim uygulanmıştır.

Maksiller sinüs tümörlerinde, baş boyun bölgesinin diğer bölge tümörlerinin aksine sağlam doku sınırı korunarak rezeksiyon pek mümkün değildir. Önce standart işlem olan total maksillektomi yapılır, daha sonra kitlenin uzanım gösterdiği bölgeler temizlenir. Tümörün özellikle posterior ve superior yönde yayılımı cerrahi rezeksiyonu güçleştirir ve kötü prognoza işaret eder (6). Bu bölgenin tümörlerinde kitle yayılımını sınırlayabilecek tek doku kemiktir. Bu dokuyu aşan tümör komşu yumuşak dokulara hızla ve kolayca yayılır. Bu nedenle maksilla tümörünün en-blok çıkarılması güçtür. Olgularımızın sadece 5'inde kitlenin en-blok olarak çıkarılması olgula-

rın büyük çoğunluğunun T3 evresinde kliniğimize başvurması ile açıklanmaktadır.

Cerrahi rezeksiyon kombine tedavinin bir ayağını oluşturmaktadır (7). Cerrahi sınırda tümör varlığında ve T3 ve T4 tümörlerde cerrahi ile KT ve/veya RT kombine edilebilir. Olgularımızın 14'üne (% 51.9) cerrahi sınır pozitifliği, nüks veya nadir görülen histopatolojik tanı nedeniyle postoperatif dönemde KT ve/veya RT uygulandı.

Serimizde olguların histopatolojik dağılımları literatürle uyumluluk arz etmektedir. Antrum tümörlerinin büyük çoğunluğunu yassı epitel hücreli karsinomlar oluşturur (8). Serimizde 27 olgunun 10'u yassı epitel hücreli karsinom tanısı almıştı. Daha az sıklıkla adenoid kistik karsinom gelmekteydi (4/27).

Kemik tutulumu bu bölge tümörlerinin ortak özelliğidir. Çünkü kemik duvar tutulumu olmadıkça bu tümörler şikayet vermezler. Olguların hepsinde en az bir duvarda kemik tutulumu mevcuttu. Yassı hücreli karsinomlar erken dönemde kemik destrüksiyonuna yol açarlar (1). Adenoidkistik karsinomların ortak özelliği olan perinöral yayılım ise 3 olguda tespit edildi. Bu tür invazyon gösteren 3 olgudan biri yassı epitel hücreli karsinom idi. Bu olgu da ilk ayda kaybedildi. Perinöral yayılım adenoid kistik karsinomların hem düşük hem de yüksek grade tümörlerinde görülebilir (8). Bu nedenle adenoid kistik karsinomlarda perinöral invazyonun prognozu direk olarak etkilediğini söylemek doğru değildir.

RT'nin preoperatif mi yoksa postoperatif mi daha etkili olduğu konusu henüz kesinlik kazanmamıştır. Bazı yazarlara göre preoperatif RT kitlenin küçülmesini, kanamanın, nekrozun ve enfeksiyonun azalmasını sağladığından cerrahi işlemi kolaylaştırmakta ve daha başarılı kılmaktadır (5). Sakata ve arkadaşları (9) ise rezeksiyon sonrası RT uygulamasının sağkalımda anlamlı bir artış sağladığını bildirmiştir. Stern ve arkadaşları (10) ise 85 olguluk serisinde cerrahi ile cerrahi+RT arasında sağkalım yönünden fark tespit edememiştir. Az görülmesi nedeniyle maksiller sinüs tümörlerinde geniş seriler ve benzer evredeki hastalarda randomize çalışmalar pek yoktur. Bu nedenle hangi tedavi kombinasyonunun en etkili olduğu konusunda bir ortak görüş oluşmamıştır.

Sonuç olarak maksilla tümörlerinde 12 olguda RT'yi postoperatif dönemde cerrahiye kombine ettik ve RT'ye ait komplikasyon oluşmadı. Özellikle yara iyileşmesi probleminin olmaması için radyoterapi uygulamasının cerrahi sonrası dönemde uygun olduğu kanaatindeyiz.

Haberleşme Adresi:

Dr. Mustafa Tüz
SDÜ Tıp Fakültesi
KBB Hastalıkları Anabilim Dalı
32040/Isparta
Tel: 0 (246) 2326657/117
E-mail: mutuz@hotmail.com

Kaynaklar

- 1-Sisson G, Synderman NL, Becker S. Cancer of nasal cavity and paranasal sinuses. In: Myers EN, Suen JY (eds), *Cancer of Head and Neck*. New York: Churchill Livingstone, 1989; 311-37.
- 2-Taylor M. Physiology of paranasal sinuses. English G (ed). *Otolaryngology*. London: JB Lippincott, 1988; 44-9.
- 3-Krespi YP, Levine TM. Tumors of the nose and paranasal sinuses. In: Paparella MM, Schumrick DA, Gluckman JL, Myerhoff WL (eds). *Otolaryngology*. Philadelphia: WB Saunders, 1991; 1935-58.
- 4-Giri SP, Reddy EK, Gemer LS, et al. Management of advanced squamous cell carcinomas of the maxillary sinus. *Cancer* 1992; 69(3): 657-61.
- 5-Moss WT. Radiation therapy for tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses. In: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD (eds). *Comprehensive management of head and neck tumors*. Philadelphia: WB Saunders, 1987; 344-352.
- 6-Gullane PJ, Conley J. Carcinoma of the maxillary sinus. A correlation of the clinical course with orbital involvement, pterygoid erosion or pterygopalatine invasion and cervical metastases. *J Otolaryngol* 1983;12(3):141-5.
- 7-Amendola BE, Eisert D, Hazra TA, King ER. Carcinoma of the maxillary antrum: surgery or radiation therapy? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1981; 7(6): 743-6.
- 8-Batsakis JG, Sciubba JJ. Pathology of paranasal sinuses. Philadelphia: WB Saunders, 1991; 119-59.
- 9-Sakata K, Aoki Y, Karasawa K, et al. Analysis of the results of combined therapy for maxillary carcinoma. *Cancer* 1993; 71(9): 2715-22.
- 10-Stern SJ, Goepfert H, Clayman G et al. Squamous cell carcinoma of the maxillary sinus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119: 964-9.