

Yenidoğanda ekstrasnazal gliom cerrahisi: Olgu sunumu

Extranasal glioma surgery in a newborn: a case report

Dr. Emel Cadallı Tatar,¹ Dr. Gökçe Aksoy Yıldırım,¹ Dr. Kemal Keseroğlu,¹ Dr. Ali Özdek,²
Dr. Güleser Saylam,¹ Dr. Mehmet Hakan Korkmaz,³ Dr. Reyhan Polat⁴

¹*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, Türkiye*

²*Serbest Hekim, Ankara, Türkiye*

³*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

⁴*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye*

ÖZ

Nazal gliomlar nadir görülen, doğuştan, benign, herediter olmayan lezyonlardır. Gerçek tümör olmamakla birlikte embriyolojik gelişim sırasında ekstrasnazal bölgede ektopik glial dokunun yerleşmesi sonucu oluşurlar. Genellikle doğumda fark edilir ve fibröz sap ile intrakraniyal uzanımı olabilir. Yerleşim yerine göre nazal obstrüksiyon ve kozmetik deformiteye yol açan bu kitlelerin tedavisi total eksizyondur. Bu yazıda 11 günlük iken cerrahisi yapılan bir ekstrasnazal gliom olgusu sunuldu. Nazal gliomlar yenidoğan döneminde görülen doğuştan orta hat kitleleridir ve ayırıcı tanısının iyi yapılması ve olası bir intrakraniyal bağlantı nedeniyle cerrahisi sırasında dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Nazal gliom; yenidoğan; cerrahi.

ABSTRACT

Nasal gliomas are rarely seen, congenital, benign and nonhereditary lesions. These are not true tumors that occur due to extradural malposition of ectopic glial tissue during embryologic development. These are generally diagnosed during childbirth and may have an intracranial extension with fibrous stalk. Treatment of these masses that cause nasal obstruction and cosmetic deformity according to location, is total excision. In this case report, we present an extranasal glioma case whose surgery was done when she was 11 days old. Nasal gliomas are congenital midline lesions in the newborn period and it is necessary to be careful in differential diagnosis and during surgery due to possible intracranial extension.

Keywords: Nasal glioma; newborn; surgery.

Doğuştan baş boyun orta hat kitlelerinden olan nazal gliom, ektopik glial dokunun ekstrasnazal bölgede anormal yerleşimi olarak tanımlanmaktadır. İlk kez 1852'de Reid tarafından tanımlanmış, 1900'de Schmidt tarafından "gliom" terimi kullanılmıştır. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte en sık kabul gören

teori intrakraniyal içeriğin kemik defektten herniyasyonu ve sonradan bu defektin kapanmasıyla bu heterotopik odak ile beyin dokusunun bağlantısının kaybolmasıdır. Ancak %15-20 oranında fibröz sap ile intrakraniyal bağlantı mevcuttur. Yerleşim yerine göre nazal obstrüksiyon veya eksternal kozmetik deformiteye yol açan bu



kitleler, tipik olarak pembe-kırmızımtrak renkli, sert ve komprese olmayan yapıdadırlar.^[1-3]

İnfanlarda hayatın ilk aylarında burun solunumu ön plandadır.^[4] Bu nedenle yenidoğanda intranasal yerleşimli gliom, nazal obstrüksiyona sekonder beslenme güçlüğü ve yaşamı tehdit eden solunum sıkıntısına yol açabilir. Nazal gliomun diğer doğuştan kitlelerle özellikle ensefaloselle ayırımının yapılması önemlidir. Ensefalosel, kafa içeriğinin kafatasında bir kemik defektten herniyasyonudur. Gliomun tanısında görüntüleme yöntemleri ile defektin ve intrakraniyal bağlantının ortaya konması, transilluminasyon vermemesi ve Furstenberg testinin negatif olması ile ensefaloselden ayrılabilir.^[2]

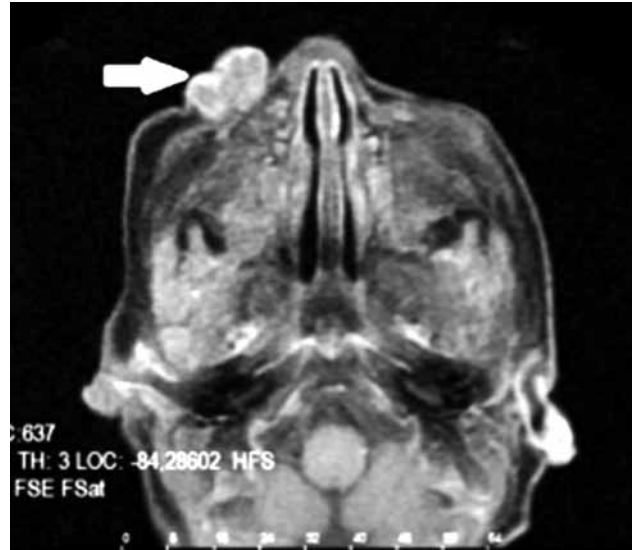
Nazal gliomun tedavisi cerrahidir. Fakat intrakraniyal uzanım saptanmayan, görme alanı defekti ve nazal obstrüksiyon yaratmayan hastalarda cerrahinin zamanlaması ile ilgili net bir fikir birliği yoktur.^[5,6]

Bu yazıda, yenidoğan erken dönemde cerrahi uygulanan nazal gliom olgusu ve takibi literatür eşliğinde sunuldu.

OLGU SUNUMU

Dört günlük kız bebek hasta, burun sağ lateralinde doğuştan beri olan kitle nedeniyle başvurdu. Öyküsünde ailenin dokuzuncu çocuğu olduğu ve kardeşlerinde herhangi bir doğuştan anomali olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde burun sağ lateralinde, yaklaşık 4x3 cm boyutla-

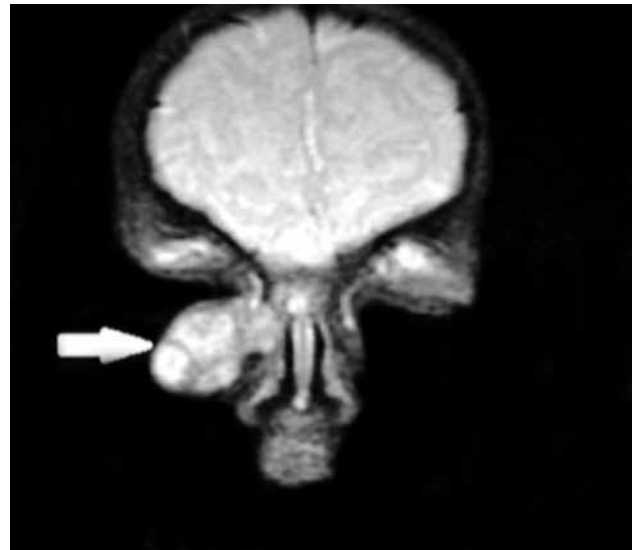
rında, cilt altı yerleşimli, düzgün yüzeyli, pembe renkli, komprese ve pulsatil olmayan sert bir kitle tespit edildi (Şekil 1). Ağlama veya internal juguler vene kompresyon ile kitlenin boyutlarında değişiklik gözlenmedi (Furstenberg testi negatif). Endoskopik nazal muayenede nazal kavitede kitle görülmedi. Hastanın diğer kulak burun boğaz muayenesi normaldi ve bilinen sistemik bir hastalığı yoktu. Hastanın manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde herhangi bir kraniyal defekt ve intrakraniyal uzanım saptanmadı (Şekil 2, 3). Hasta 11 günlük iken genel anestezi altında ameliyata alındı. Sağ subsilier insizyon, medialde burun lateral duvarından



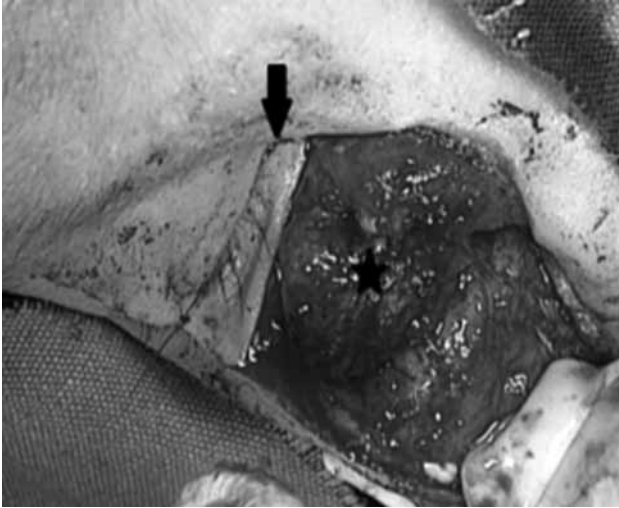
Şekil 2. Kitlenin aksiyel manyetik rezonans görüntüsü. Ok: kitle.



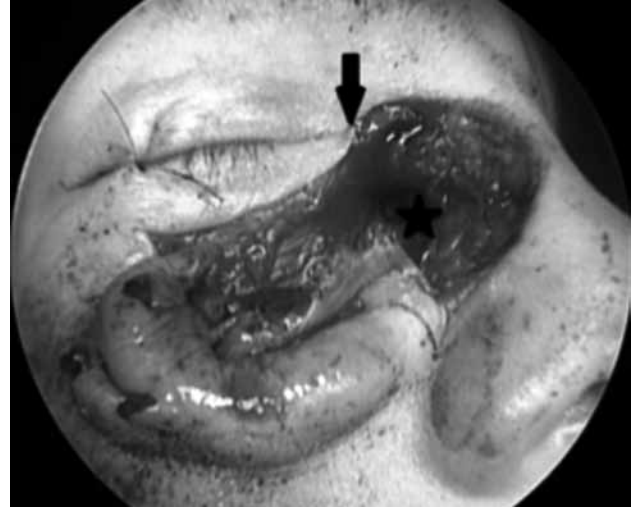
Şekil 1. Ameliyat öncesi kitlenin görünümü. Ok: medial kantus; *: Kitle).



Şekil 3. Kitlenin koronal manyetik rezonans görüntüsü. Ok: kitle.



Şekil 4. Ameliyat sırası kitlenin görünümü. Ok: Medial kantus; * Kitle.



Şekil 5. Kitlenin eksizyonu sonrası görünümü. Ok: Medial kantus; * Eksizyon bölgesi.

inferiora doğru kitle etrafından uzatıldı, küt disseksiyonla kitle üzerindeki oldukça yapışık olan cilt eleve edilerek superiorda orbikularis okuli kasından, medialde ise nazal kemik üzerinden diseke edilerek kitle eksizyonu yapıldı (Şekil 4, 5). Nazal kavite ile intrakraniyal bağlantısının olmadığı endoskopik nazal muayene ile doğrulanarak, defekt primer dikişle kapatıldı (Şekil 6). Ameliyat sırasında da intrakraniyal bağlantı saptanmadı. Histopatolojik tanısı nazal gliom olarak bildirildi. Patolojik olarak glial fibriler asidik protein (GFAP) pozitif olduğu saptandı. Ameliyat sonrası takibi normal olan hastanın cerrahi alan görüntüsü 4. ve 18. ayda estetik olarak kabul edilebilir düzeydeydi (Şekil 7, 8).



Şekil 6. Ameliyat sonrası erken dönem görünümü.

TARTIŞMA

Doğuştan orta hat kitleleri oldukça nadir görülmele birlikte, insidansı 1/20.000-1/40.000'dir.^[2] En sık görülenler ensefalosel, nazal gliom ve dermoid kistler; daha az sıklıkla hemanjiom, lakrimal kanal kisti, etmoid kist, meningosel, lipom, papillom, kartilajinöz tümör, metastatik karsinom ve teratomdur.^[4] Gliomun yerleşim yerine göre nazal obstrüksiyon, burun kanaması, beyin omurilik sıvısı (BOS) rinore, nazolakrimal kanal tıkanıklığı, epifora, hipertelorizm ve kozmetik deformite gibi semptomlar saptanabilir. Nazal gliom tanısında iğne aspirasyon biyopsisi veya insizyonel biyopsiden BOS kaçağı veya menenjit riski nedeniyle kaçınılmalıdır.^[2,7] Histolojik olarak nazal gliomlar, glia hücreleri ile fibroz ve vasküler konnektif dokudan oluşmuştur. Kapsülleri yoktur. Glial doku, histokimyasal olarak S100 proteini ve GFAP ile saptanır.^[8,9]

Nazal gliom tedavisi cerrahi eksizyondur. İntrakraniyal uzanımı olan, özellikle intranasal tipte daha sıklıkla görülen nazal obstrüksiyon saptanan hastalarda ve olası komplikasyonları önlemek için erken dönemde yapılmalıdır. İntrakraniyal bağlantı riski göz önünde bulundularak beyin cerrahisi ekibi ile birlikte dikkatli bir cerrahi ile tam eksizyon yapılmalıdır. %4-10 oranında nüks bildirilmektedir.^[2,9] Gliomun yerleşim yerine ve intrakraniyal bağlantısının olup olmamasına göre çeşitli cerrahi yöntemler kullanılabilir. Ekstranasal gliomlarda lateral rinotomi, eksternal rinoplasti, orta hat nazal insizyon ve



Şekil 7. Ameliyat sonrası dördüncü ay görünüm.



Şekil 8. Ameliyat sonrası 18. ay görünüm.

bikoronal insizyon kullanılabilir, intrakraniyal bağlantı varlığında beyin cerrahisi ile birlikte kraniyotomi yapılmalıdır. İntranazal gliomlar endoskopik olarak çıkarılabilir. Cerrahi sırasında BOS kaçağı veya dura defekti gelişmesi durumunda, bu defekt cerrahi olarak onarılmalıdır.^[2,3] Ekstranazal gliomların cerrahisi sırasında eksizyonun etraf dermal yapılarla birlikte yapılmasının nüksü önlediği belirtilmiştir.^[10] Bizim olgumuzda kitlenin eksizyonu cilt korunarak yapıldı ve 1.5 yıllık takipte nüks saptanmadı. Yenidoğan döneminde genel anestetik ajanların nöral gelişim bozukluğu riski vardır.^[11] Bu yüzden asemptomatik olgularda olası komplikasyonlar aile ile konuşularak cerrahinin 2-5 yaşına kadar ertelenebileceği belirtilmektedir.^[5] Ancak bu olguda olası gelişimsel komplikasyonların engellenmesi için erken dönemde cerrahi tercih edildi ve cerrahi sonrası 1.5 yıllık takipte nüks saptanmadı.

Sonuç olarak, nazal gliom, nadir görülen doğuştan bir anomali olmakla birlikte, yenidoğanda göz önünde bulundurulmalı ve diğer lezyonlarla ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır. Tedavi protokolü kitlenin yerleşimine, büyüklüğüne ve başka yapılarla olan ilişkisine göre belirlenmelidir. Asemptomatik olgularda da erken cerrahi önerilmektedir. Olası bir intrakraniyal bağlantı nedeniyle BOS kaçağı ve menenjit riski açısından cerrahisi sırasında dikkatli olunması gerekmektedir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Younus M, Coode PE. Nasal glioma and encephalocele: two separate entities. Report of two cases. J Neurosurg 1986;64:516-9.
2. Rahbar R, Resto VA, Robson CD, Perez-Atayde AR, Gummerova LC, McGill TJ, et al. Nasal glioma and encephalocele: diagnosis and management. Laryngoscope 2003;113:2069-77.
3. Amanullah MM, Moazam F, Attar Z. The extranasal glioma-a cause of neonatal respiratory distress. J Pak Med Assoc 1996;46:61-2.
4. Husein OF, Collins M, Kang DR. Neuroglial heterotopia causing neonatal airway obstruction: presentation, management, and literature review. Eur J Pediatr 2008;167:1351-5.
5. Bent JP, Sessions RB. Congenital anomalies of the nose. In: Bailey BJ, Johnson JT, editors. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Vol. 1. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1217-27.
6. Highton LR, Pay AD. An unusual midline nasal mass in a newborn. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2009;62:695-6.
7. Majithia A, Liyanage SH, Hewitt R, Grant WE. Adult nasal glioma presenting with visual loss. J Laryngol Otol 2010;124:1309-13.
8. Yashar SS, Newbury RO, Cunningham BB. Congenital midline nasal mass in a toddler. Pediatr Dermatol 2000;17:62-4.
9. Dasgupta NR, Bentz ML. Nasal gliomas: identification and differentiation from hemangiomas. J Craniofac Surg 2003;14:736-8.
10. Harttrampf AC, Schupp W, Timme S, Niemeyer CM, Otten JE, Rössler J. Surgical management of extranasal nasal glioma. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30:1209-11.
11. Perna RB, Loughan AR, Le JA, Hertz J. Prenatal and perinatal anesthesia and the long-term cognitive sequelae: a review. Appl Neuropsychol Child 2015;4:65-71.