

## Nazal Gliom: Olgu Sunumu

Dr. Özgür Sürmelioglu<sup>1</sup>, Uzm. Dr. Özgür Tarkan<sup>1</sup>, Prof. Dr. Ülkü Tuncer<sup>1</sup>, Doç Dr. Aysun Uğuz<sup>2</sup>

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları<sup>1</sup> ve Patoloji<sup>2</sup> Anabilim Dalları  
Balcalı/ADANA

### Özet

*Nazal gliomlar, embriyonik gelişimin anormal sonucu olarak ortaya çıkan, nadir görülen, benign konjenital tümörlerdir. Klinik olarak ektranazal, intranasal ve kombine olarak üç tipi tanımlanmıştır. Bu kitleler klinik olarak nazal kaviteyi tıkayan veya ektranazal deformiteye neden olan non-pulsatil, gri veya pembe lezyonlardır. Histolojik olarak bu kitleler nazal respiratuar mukoza ile çevrili astrositler, fibröz ve vasküler konnektif dokulardan oluşur. Nazal gliomun tedavisi radyoloji, beyin cerrahisi ve kulak burun boğaz birimlerini içeren multidisipliner yaklaşım gerektirir. İntrakraniyal uzanımı tanımlamak için radyolojik inceleme gerekmektedir. Biz bu olguda nazal gliom tanılı, nazal kitlesi olan 2 yaşında erkek hasta sunulmuştur.*

**Anahtar Sözcükler:** gliom, embriyonik gelişme, kitle

### Giriş

Nazal gliomlar benign karakterli, nadir görülen konjenital tümörlerdendir. Bu tümörler embriyolojik gelişimin anormal bir sonucu olarak görülürler. Gliomlar ektranazal(% 60), intranasal (% 30) ve combine (% 10) olmak üzere üç klinik tipte değerlendirilir. Klinik olarak bu tümörler sıklıkla sert, nonpulsatil, gri veya pembe renkli kitleler olarak görünür. İntranazal yerleşimli tümörler nazal obstrüksiyon, ektranazal yerleşimli olanlar kozmetik deformite yapar. Histolojik olarak astrositlerden oluşan, fibröz ve vasküler konnektif dokulardan oluşan ve cilt veya nazal respiratuar mukoza ile çevrili kitleler olarak görülür. Biz bu olguda burun tıkanıklığı şikayeti ile kliniğimize başvuran ve sol nazal kavitede kitle tanısı ile opere edilen, patoloji sonucu gliom olarak raporlanan 2 yaşında erkek hastayı literatür bilgileri gözden geçirerek tartıştık.

### OLGU SUNUMU

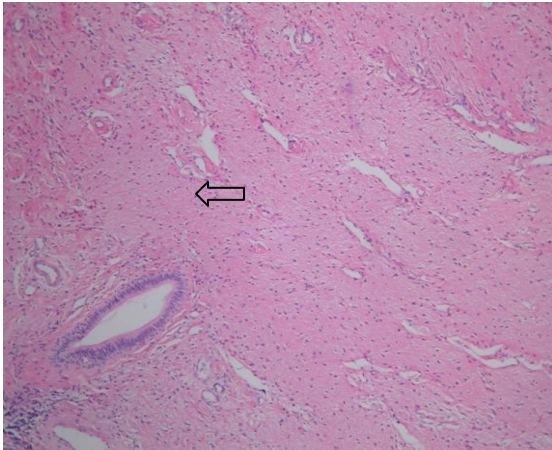
İki yaşında erkek hasta burun tıkanıklığı, horlama ve obstrüktif uyku apnesi şikayetleri ile kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan nazal

muayenesinde sol nazal vestibulde pasajı tama yakın tıkayan düzgün sınırlı, üzeri düzgün yüzeyle mukoza ile örtülü sert, gri renkte yaklaşık 1x1.5 cm ebatlarında kitlesel oluşum mevcuttu (Resim-1). Oral muayenesinde bilateral tonsiller grade 4 hipertrofikti. Hastanın yapılan diğer baş-boyun ve sistemik muayenesinde patolojik durum saptanmadı. Hastanın maksillofasial tomografisinde sol nazal vestibülde 1x1.5 cm'lik, intrakraniyal uzanımı olmayan solid kitlesel oluşum tariflenmişti. Bunun üzerine hastaya genel anestezi altında kitle eksizyonu yapıldı. Sol nazal kavitedeki kitlesel oluşum lateral duvardan diseke edilerek endoskopik olarak çıkarıldı. Postoperatif dönemde hastada kanama gözlenmedi. Lezyonun nazal mukozada sınırlı olduğu, intrakraniyal uzanımının olmadığı görüldü. Eksize edilen örnekten alınan kesitlerde Hemotoksilen-Eozin boyası ile respiratuar epitel altında glial dokudan zengin görünümde, içerisinde yer yer fibrotik odaklar saptandı. Kesitlere yapılan glial fibriler asidik protein (GFAP) boyası pozitif olarak saptandı.

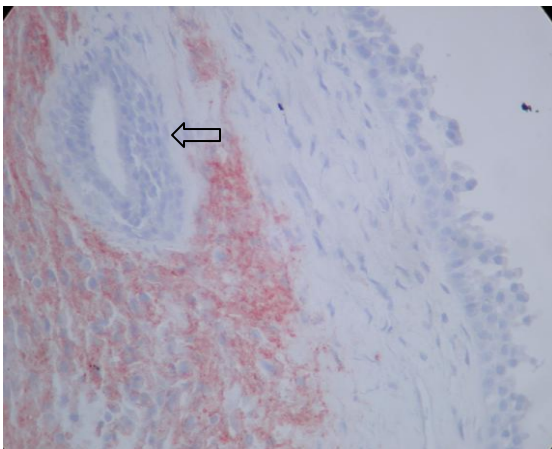
Spesmen sonucu gliom olarak raporlandı (Resim-II,III).



Resim-I Sol nazal kaviteyi tıkayan kitlesel oluşum



Resim-II HEMATOKSİLEN EOZİN X100-gliyal doku



Resim-III GFAP(Gliyal fibriler asidik protein↑)x400- Gliyal dokuda pozitif boyanma izlenmektedir

## TARTIŞMA

Konjenital orta hat kitleleri oldukça nadir görülen anomalilerdendir. Yenidoğan insidansı çeşitli yayınlarda 1/10-20 bin oranında belirtilmektedir<sup>1-4</sup>. Sıklıkla dermoid kistler, gliomlar, ensefaloseller ve hemanjiomlar görülür. Nazal gliomlar gerçek tümörler değildir. Bunlar embriyonik gelişim esnasında nazal ve frontal kemiğin anormal kapanması sonucu ektopik gliyal dokunun ekstrakraniyel olarak yerleşimi sonucunda görülür<sup>1-4</sup>. Bu nedenle bazı otörler tarafından gliyal heterotopi olarak da isimlendirilir<sup>3</sup>. % 15-20 nazal gliom olgusunda intrakraniyel bağlantı olabilir ve buna bağlı olarak serebrospinal sıvı kaçaqları ve menenjit atakları gözlenebilir<sup>1-5</sup>. Bizim olgumuzda nazal vestibül girişindeki kitlesel oluşumun intrakraniyal yapılarla bağlantısı olmadığı preoperatif uygulanan görüntüleme tetkikleri ile gösterildi.

Nazal gliomlar sıklıkla doğum esnasında fark edilirler ve nadiren erişkin hastalarda saptanabilirler. Erkeklerde sık görülür. Familial veya genetik aktarımı söz konusu değildir. Malign potansiyel taşımazlar (3,5). Olguların %60'ı ekstranasal, %30'ı intranasal ve %10'u miiks olarak yerleşimlidir<sup>5</sup>. Tartışılan olguda kitle tamamen intranasal yerleşimli ve kraniyal yapılarla ilişkisiz olarak gözlemlendi.

Intranazal gliomlar sıklıkla soluk, gri renkte, nazal obstruksiyon şikayetine neden olan kitleler şeklinde bulgu verirler. Intranazal gliomlar sıklıkla lateral nazal duvardan veya daha az olarak da nazal septumdan köken alırlar<sup>3</sup>. Tüm gliom olgularında öksürük, ağlamak ile ve juguler vene bası ile pulsasyon gözlenmez.

Histolojik olarak nazal gliomlar astrositlerden ve nörolojik hücrelerden oluşan, fibröz ve vasküler yumuşak dokuya gömülü kitleler olarak görülürler<sup>3</sup>. Gerçek bir kapsülleri yoktur. Multinükleer veya germitositik astrositlerden oluşurlar ve çok nadir

olarak da nöronlar gözlenebilir. Histolojik olarak yoğun miktarda nöron saptanırsa ayırıcı tanıda ensefalosel düşünülmalıdır. Glial doku immunhistokimyasal olarak S100 proteini ve ile saptanır. Bu iki protein nörolojik hücrelerin identifikasyonunda yüksek spesifite gösterirken, nazal gliomların menenjiomlardan ve granuler hücreli tümörlerden ayırımını sağlar<sup>5</sup>. Bizim olgumuzda da hazırlanan preparatlarda S100 proteini ve GFAP pozitif olarak saptanmıştır.

Nazal gliomların tedavisi cerrahi olarak eksizyondur. Preoperatif tanı cerrahi öncesinde mutlaka gereklidir. Lezyonun yerleşimi, büyüklüğü, intrakraniyel yapılarla olan bağlantısı operasyon öncesinde belirlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle görüntüleme yöntemlerine başvurmak gerekmektedir. Erken cerrahi müdahale bu vakalarda zorunludur. Çünkü gecikmiş olgularda menenjit, beyin abseleri veya kozmetik problemler gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. İntranazal gliomlar endoskopik olarak çıkarılabilirler<sup>3</sup>. Olgumuza endoskopik yaklaşım ile nazal vestibüldeki kitleyi total olarak çıkardık. Kitle eksizyonu sonrasında hastada serebrospinal sıvı kaçağı gözlenmedi.

Sonuç olarak nazal gliomlar oldukça nadir görülen, non-familyal, malignleşme potansiyeli olmayan ve nadiren rekürrens gösteren kitlelerdir. Tedavi protokolü kitlenin yerleşimine, büyüklüğüne ve başka yapılarla olan ilişkisine göre belirlenmelidir.

## SUMMARY

### Nasal Glioma: Case report

Nasal gliomas are rare, benign, congenital tumors that are thought to be result of abnormality

### Yazışma Adresi

Dr. Özgür SÜRME LİOĞLU  
Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi  
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Tel: 05058200775

in embryonic development. Three types of clinical presentations have been recognized; extranasal, intranasal and combined. Clinically, these masses are non-pulsatile, gray or purple lesions that obstruct the nasal cavity and cause deformity extranasally. Histologically, they are made up of astrocytic cells, fibrous and vascular connective tissue that is covered with nasal respiratory mucosa. Treatment of the nasal glioma requires a multidisciplinary approach including an radiologist, neurosurgeon and otorhinolaryngologist. Radiological investigation should be performed to describe intracranial extension. In this case, a 2 years old boy with nasal mass that was diagnosed as nasal glioma is reported. .

**Key words:** glioma, embryonic development, mass

## Kaynaklar

1. Haafiz AB, Sharma R, Faillace WJ. Congnital midline nasofrontal mass. Two case reports with a clinical review. Clin Pediatr 1995;34:482-6.
2. Paller AS, Pensler JM, Tomita T. Nasal midline masses in infants and children. Arch Dermatol 1991;127:362-6.
3. Rahbar R, Resto VA, Robson CD. Nasal glioma and encephalocele: diagnosis and management. Laryngoscope 2003; 113:2069-77.
4. Uzunlar AK, Osma U, Yılmaz F, Topçu I. Nasal glioma: report of two cases. Turk J Med Sci 2001;31:87-90.
5. Verney Y, Zanolli G, Teixeira R, Oliveira LC. Midline nasal mass in infancy: a nasal gliom case report. Eur J Pediatr Surg 2001;11:324-7.

Doruk ve ark.

Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi

E-Mail: surmeli2004@yahoo.com