

# Maksiller Sinüsün Malign Tümörü: Bir Olgu Raporu

## *Malignant Tumor of the Maxillary Sinus: A Case Report*

GÖNDERDİĞİNİZ  
YAZIDA TÜRKÇE  
BÖLÜMÜNDE BU  
YAZIYOR

Hümeyra Özge YILANCI\*, Selin ERGÜN\*\*, Ali VERAL\*\*\*

### Özet

Paranasal sinüslerin malign tümörleri tüm malignite-lerin %1'inden azını oluşturur ve bu tümörlerin çoğu maksiller sinüs kökenlidir. Lezyon, sıklıkla sinüs dışına ilerlemeden semptom vermemekle birlikte inflamatu- ar sinüzit bulgu ve belirtileri olabilir. Erken dönem-lerde spesifik radyografik bulguları yoktur. Sinüste yumuşak doku kitlesinin radyopasitesi görülebilir. İlerleyen evrelerde sinüs duvarlarında yıkım ve çevre kemikte düzensiz radyolüsent alanlar izlenebilir. Ayırıcı tanı olarak sinüzit ve odontojenik kistler gibi sinüs boşluğunun radyopasitesine neden olabilen durumlar düşünülmelidir. Erken tanı konulamaması ve bölgenin kompleks anatomisi nedeniyle prognozu genellikle kötüdür. Bu olguda, yüzde şişlik ve ağrı şikayeti ile diş- hekimine başvuran hastada maksiller sinüsün malign tümörü sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Maksiller Sinüs Neoplazileri; Sarkoma; Dental Radyografi

### Abstract

Malignant tumors of the paranasal sinuses comprise of less than 1% of all malignancies and most of them originate from maxillary sinus. Lesion is often asymptomatic before it becomes extensive out of the sinus, however, the signs and symptoms of inflammatory sinusitis may be present. In early periods, there are no specific radiographic findings. Radiopacity of soft tissue mass in the sinus may appear. In advanced periods, the destruction of sinus walls and irregular radiolucent areas in the adjacent bone may be seen. Conditions that may cause radiopacity of the sinus, such as sinusitis and odontogenic cysts, should be considered in the differential diagnosis. Prognosis is generally poor due to its poor diagnosis in early periods and the complex anatomy of the region. In this case, the malignant tumor of the maxillary sinus in a patient who was referred to the dentist with the complaint of facial swelling and pain, is presented.

**Key Words:** Maxillary sinus neoplasms; sarcoma; dental radiography

Bu olgu, 17-19 Nisan 2015 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenen Oral Diagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Derneği 6. Ulusal Sempozyumu ve 1. Uluslararası Katılımlı Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

\* Dr. Dt., Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Uzm., İzmir Eğitim Diş Hastanesi, İzmir, Türkiye

\*\* Dr. Dt., Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Uzm., Karşıyaka Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İzmir, Türkiye

\*\*\* Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, İzmir, Türkiye

Paranasal sinüslerin malign tümörleri, insan vücudundaki malignitelerin %1'inden daha azını ve baş boyun bölgesi kanserlerinin %3'ünü oluşturmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla ve sıklıkla 50-70 yaşları arasında görülmektedir.<sup>1</sup> Bu tümörlerin çoğu maksiller sinüs kökenli olup skuamöz hücreli karsinom tipindedir. Diğer tipleri ise adenokarsinom, adenoid kistik karsinom, tükürük bezi kökenli karsinomlar, malign lenfoma, yumuşak ve sert doku sarkomaları ve melanomadır.<sup>2,3</sup>

Paranasal malign tümörler erken dönemlerde çoğunlukla semptom vermez, uzun süre sinüzit benzeri şikayetlere neden olur. Bu tümörler, ileri dönemlerde, sinüsü tamamen doldurduğu ve çevre yapılara invaze olduğunda fark edilir.<sup>4-6</sup> Maksiller sinüs malignitelerinin en sık görülen semptomları fasiyal ağrı ve şişlik, burun tıkanıklığı ve burun kanamasıdır.<sup>2,3,7,8</sup> Bunun yanı sıra sinüsün tutulan duvarlarına göre baş ağrısı, trigeminal sinir bölgesinde ağrı, parestezi, anestezi gibi nörolojik; proptozis, ekzoftalmus, diplopi gibi oftalmolojik ve maksiller dişlerde sebebi açıklanamayan ağrı ve mobilite gibi dental semptomlar meydana gelebilir.<sup>3-6,8,9</sup> Tümör, sinüs tabanına invaze olduğunda sert damak ya da alveolar kemikte şişlik, oral kavitede ülserasyon ve iyileşmemiş diş çekim soketi görülebilir.<sup>3,5,6,8,10,11</sup> Bu oral belirtiler maksiller sinüs kanserlerinin %25-35'inde görülmektedir.<sup>6</sup> Tümör sinüsün posterior duvarını tuttuğunda, çiğneme kaslarına invazyonla ağrılı trismus meydana gelebilir.<sup>3,6,11</sup> Lenf nodu tutulumunun vakaların yaklaşık %15'inde olduğu, uzak metastazın ise oldukça nadir görüldüğü bildirilmiştir.<sup>5,7</sup>

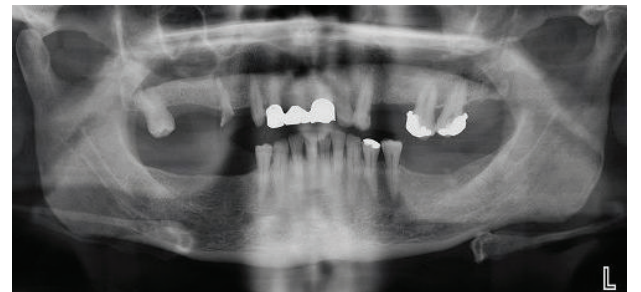
Erken dönemlerde spesifik radyografik bulguları olmamakla birlikte sinüste yumuşak doku kitlesinin radyoopasitesi görülebilir. İlerleyen evrelerde ise sinüsün kortikal duvarlarında yıkım ve çevre kemikte düzensiz radyolüsent alanlar izlenebilir.<sup>3,4,11,12</sup> Lezyona komşu dişlerde de lamina dura kaybı ile periodontal aralıkta düzensiz genişleme görülebilir.<sup>3,5,13</sup> Panoramik radyograflarda maksiller sinüsün tabanında, anterior ve posterior duvarlarında, Waters graflerinde ise medial duvarında yıkım izlenebilir.<sup>3</sup> Malign tümör şüphesini kesinleştirmek, tümörün özellikle orbita, infratemporal fossa ya da kraniyal kavite uzantısını belirlemek ve ayrıca tümörü evrelendirmek için bilgisayarlı tomografi (BT) ile görüntüleme esastır. BT'de sinüs duvarlarında yıkım, sinüste heterojen genişleme ile birlikte heterojen opasite ve malignitenin en karakteristik bulgusu olarak sinüs duvarlarının ötesine yumuşak doku invazyonu izlenir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ise komşu yapılara yumuşak doku penetrasyonunu belirlemede etkindir.<sup>3,4,12</sup>

Ayırıcı tanı olarak sinüzit, büyük retansiyon kistleri, polip, odontojenik kistler gibi sinüs boşluğunun radyoopasitesine neden olabilen durumlar düşünülmelidir.<sup>3,4</sup> Erken tanı koyulamaması ve bölgenin karmaşık anatomisi nedeniyle prognozu genelde kötüdür. Tedavisi cerrahi ve radyoterapi kombinasyonundan oluşmaktadır ve hayati önem taşıyan yapılara yakın anatomik komşulukları nedeniyle oldukça zordur.<sup>1,3</sup> Beş yıllık hayatta kalma oranı %39-43 olarak bildirilmiştir.<sup>2,7</sup>

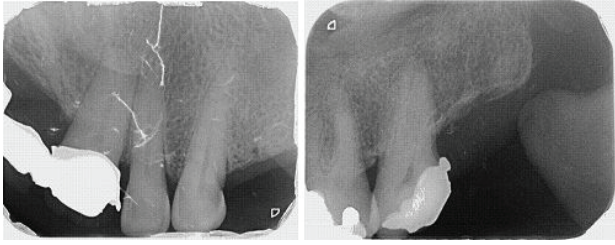
Bu olgu sunumunda maksiller sinüsün malign tümörü sunulmakta, diş hekimleri açısından bu tümörün klinik ve radyografik bulguları vurgulanmaktadır.

## OLGU

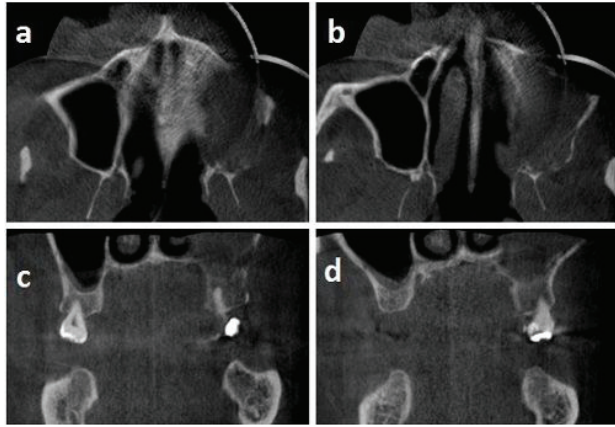
Elli dokuz yaşında erkek hasta sol maksiller bölgede 4 aydır mevcut olan ağrı ve şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hasta hikayesinden sistemik hastalığının olmadığı, bir ay önce aynı şikayet nedeniyle antibiyotik kullandığı ancak durumunda herhangi bir gerileme olmadığı öğrenildi. Ekstraoral muayenede zigomatik kemik bölgesinde görülen şişliğin palpasyonda kemik sertliğinde ve ağrılı olduğu tespit edildi. Baş-boyun bölgesinde lenfadenopati saptanmadı. İntraoral muayenede sol maksiller kanin dişte çürük olduğu gözlemlendi. Perküsyona hassas olmayan dişin elektrikli vitalite testinden yanıt alınmadı. İlgili bölgede mukobukkal katlantının palpasyonunda şişlik ve ağrının olmadığı, bölgedeki diğer dişlerin ise elektrikli vitalite testine pozitif yanıt verdiği saptandı. Hastadan alınan panoramik ve sol maksiller bölgenin periapikal radyograflarında kanin dişte çürük dışında dental patoloji bulgusu gözlenmedi. Ancak radyografik değerlendirmede maksiller sinüsün kortikal duvarlarının izlenmediği tespit edildi (Şekil 1, 2). Bu bulgu nedeniyle detaylı inceleme için alınan konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KİBT) görüntülerinde sol maksiller sinüs duvarlarında destrüksiyon ve sinüs içinde radyoopasite izlendi (Şekil 3). Anamnez, klinik ve radyografik bulgular doğrultusunda maksiller



**Şekil 1.** Sol maksiller sinüste belli belirsiz radyoopasitenin görüldüğü ve sinüsün kortikal duvarlarının izlenmediği panoramik radyograf.



**Şekil 2.** Sol maksiller kanin dişte çürüğün görüldüğü ve maksiller sinüs tabanının izlenemediği periapikal radyograflar.



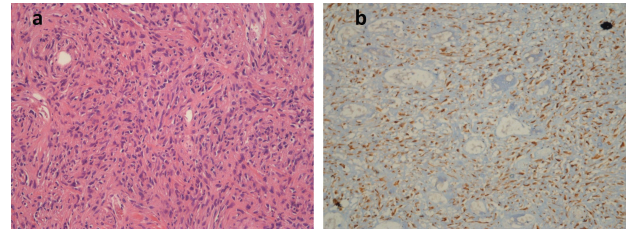
**Şekil 3.** Sol maksiller sinüste radyopasite ve sinüsün kortikal duvarlarında yıkımı gösteren konik ışıklı bilgisayarlı tomografi görüntüleri: (a,b) aksiyal; (c,d) koronal kesitler.

sinüsün malign patolojisinden şüphelenilerek hasta Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne yönlendirildi. İlgili kliniklerde maksillofasiyal bölgeden alınan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, malign epitelyal tümör olarak yorumlanan lezyonun sol maksiller sinüsü doldurduğu, sinüs duvarlarında lizis ve destrüksiyona neden olduğu, sol zigomatik boşluğu yumuşak doku kitle lezyonu olarak doldurduğu rapor edildi. Maksillofasiyal kontrastlı MRG incelemesinde ise sol maksiller sinüsten premaksiller alana uzanan, kemik destrüksiyonu oluşturan, nazal kavitenin medialine, premaksiller alanda cilt altı yağ dokusuna ve infra-temporal fossaya doğru ekspansiyon yapan, yaklaşık 58x37 mm boyutlarında malign tümöral lezyon rapor edildi.

Hastaya maksiller sinüsün malign tümörü tanısı ile Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde sol total maksillektomi uygulandı. Tümörün T3N0M0 olması nedeni ile radikal boyun diseksiyonuna gerek görülmedi. Defektif alanın onarılması amacı ile obturatör yapılan hastaya postoperatif olarak kemoterapi ve radyoterapi uygulandı.

Cerrahi olarak çıkarılan lezyonun makroskopik incelemesinde, çok parçalı maksillektomi materyalinin bir

araya getirildiğinde 10x6x5 cm boyutlarında olduğu, beraberinde 2 adet diş yapısı barındırdığı, materyale yapılan seri kesitlerde kesit yüzünde 4x3x4 cm boyutlarında olan krem renkli tümör ile uyumlu alan izlendi. Mikroskopik incelemede özel bir dizilim paterni oluşturmayan, sarkomatoid nitelikte neoplastik infiltrasyon (H.E.) görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede CD34, desmin, HMB45, S100, melan A ve sitokeratin AE1/AE3 negatif, sitokeratin OSCAR pozitif bulundu. Histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular sonucunda lezyon sarkomatoid karsinom olarak değerlendirildi (Şekil 4).



**Şekil 4.** Sarkomatoid karsinom tanısı alan lezyonun histolojik görünümü, (a) özel bir dizilim paterni oluşturmayan, sarkomatoid nitelikte neoplastik infiltrasyon (H.E.x20), (b) neoplastik hücrelerde sitokeratin OSCAR pozitifliği (x20).

Hastanın postoperatif süreçte 21 aydır nüks görülmemesinin izlemelerine devam edilmektedir.

## TARTIŞMA

Maksiller sinüsün malign tümörleri genellikle, çevre kemik yapılar perfore olmadan önce spesifik semptomlar vermez. Bu nedenle bu tümörlerin erken tanısı zordur.<sup>7,8,10,14,15</sup> En sık görülen semptomlar fasiyal ağrı ve şişlik, burun tıkanıklığı ve burun kanamasıdır.<sup>2,3,7,8,15</sup> Literatürde semptomların tanıdan ortalama 4-8 ay önce başladığı bildirilmiştir.<sup>7,14</sup> Olgumuzda maksiller sinüs tümörünün tipik bulguları olan yüzde ağrı ve şişlik görülmüştür. Bu şikayetlerin yaklaşık olarak 4 aydır mevcut olduğu ve hastanın diş kaynaklı olduğunu düşünerek gereksiz antibiyotik kullanımıyla durumu ihmal ettiği öğrenilmiştir.

Maksiller sinüs tümörlerinin ayırıcı tanısında kronik sinüzit, büyük retansiyon kistleri, polip, dentijeröz kist ve ameloblastomanın düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir.<sup>3,4,16</sup> Bunun yanı sıra literatürde bu malignitelerin, dental kökenli enfeksiyonlara benzer bulgu ve belirtiler verebileceği rapor edilmiştir.<sup>13,17-19</sup> Bu olgunun klinik muayenesinde, çürük olan sol maksiller kanin dişin elektrikli vitalite testine yanıt vermemesi nedeniyle dental etioloji hemen elimine edilememiştir. Ancak klinik olarak bölgedeki dişlerde perküsyon ve palpasyonda ağrı veya şişlik tespit edilmemiştir.

Ayrıca fasiyal şişliğin kemik sertliğinde olması ve alınan konvansiyonel radyograflarda ilgili dişin apikalinde herhangi bir patoloji görülmemesi nedeniyle yüzdeki ağrı ve şişliğin dental kökenli olmadığı düşünülmüştür.

Maksiller sinüsün malign tümörleri radyografik olarak sinüs boşluğunda radyopasite ve sinüs kortikal duvarlarında yıkım şeklinde kendini gösterir. Klinik bulgularla beraber bu radyografik bulguların varlığının malign tümör şüphesini uyandırması gerektiği bildirilmiştir.<sup>3-5</sup> Klinik olarak dental enfeksiyon ile uyumlu olmadığı kanaatine varılan olgumuzda konvansiyonel radyograflarda maksiller sinüsün kortikal sınırları izlenememiş, KIBT görüntüleri ise sol maksiller sinüs boşluğunda radyopasite ve sinüs duvarlarında yıkım olduğunu göstermiştir. Bu bulgular doğrultusunda hasta maksiller sinüs kökenli malignite ön tanısıyla Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne yönlendirilmiştir. Sunulan olguda BT ve MRG incelemeleri ile ön tanı doğrulanmış, komşu yapılara uzantısı tespit edilen tümör cerrahi olarak opere edilmiş ve histopatolojik olarak tanı kesinleştirilmiştir.

Olgumuzda da olduğu gibi, maksiller sinüsün malign tümörü bulunan hastalar lezyonun neden oldu-

ğu semptomlar ile diş hekimine başvurabilirler. Bunun yanı sıra, bu tür maligniteler herhangi bir klinik semptom olmaksızın, diş hekimi tarafından yapılan rutin muayene veya tedavi sırasında alınan radyograflarda rastlantısal olarak saptanabilir.<sup>3,4</sup>

Bu tümörlerin erken ve ayırıcı tanısı için; tek taraflı, uzun süredir devam eden ve tedaviye yanıt vermeyen burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanaması gibi spesifik olmayan semptomların varlığında; 40 yaş üzerindeki bireylerde, maksiller sinüsün açıklanamayan radyopasitesinde; kaynağı belirlenemeyen dental ağrılar ve fasiyal nevraljilerde; parestezi ile ilişkili ağrı ve şişlik varlığında; sinüs boşluğunda radyopasite ve sinüs kortikal duvarlarında yıkım görüldüğünde hastalar malignite açısından detaylı bir şekilde incelenmelidir.<sup>3-6,9,13,16</sup>

Sonuç olarak, diş hekimlerinin, maksiller sinüsün malign tümörlerinin klinik ve radyografik bulgularının farkında olması ve radyografik değerlendirme sırasında dişler dışındaki anatomik yapıları da sistematik olarak incelemesi tanı açısından gerekli olup, tedavide gecikmelerin önüne geçilebilmesine imkan sağlayacaktır.

## Kaynaklar

1. Popovic D, Milisavljevic D. Malignant tumors of the maxillary sinus: A ten-year experience. *Med Biol.* 2004;11:31-4.
2. Harbo G, Grau C, Bundgaard T, Overgaard M, Elbrond O, Sogaard H, Overgaard J. Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses: A clinico-pathological study of 277 patients. *Acta Oncol.* 1997;36:45-50.
3. Ruprecht A, Lam EWN. Paranasal Sinuses. White SC, Pharoah MJ, editors. *Oral Radiology: Principles and Interpretation.* 6th ed. Missouri: Mosby; 2009. p.506-25.
4. Jegoux F, Metreau A, Louvel G, Bedfert C. Paranasal sinus cancer. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2013;130:327-35.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 315-87.
6. Mazlina S, Putra SH, Shiraz MA, Hazim MY, Roszalina R, Abdul AR. Maxillary sinüs tumours- a review of twenty-nine patients treated by maxillectomy approach. *Med J Malaysia.* 2006;61:284-7.
7. Waldron JN, O'Sullivan B, Gullane P, Witterick IJ, Liu FF, Payne D, Warde P, Cummings B. Carcinoma of the maxillary antrum: A retrospective analysis of 110 cases. *Radiother Oncol.* 2000;57:167-73.
8. Bossi P, Farina D, Gatta G, Lombardi D, Nicolai P, Orlandi E. Paranasal sinus cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2016;98:45-61.
9. Grossman AA, Donnelly WA, Snitman MF. The management of malignancy of the maxillary sinus. *Can Med Assoc J.* 1950;62:576-81.
10. Monteiro BV, Gempel RG, Gomes DQ, Godoy GP, Miguel MC. Adenoid cystic carcinoma mimicking an oroantral fistula: A case report. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2014;18:221-5.
11. Bell GW, Joshi BB, Macleod RI. Maxillary sinus disease: Diagnosis and treatment. *Br Dent J.* 2011;210:113-8.
12. Sivalingam J, Sarawagi R, Raghuwanshi S, Yadav PK. Sinonasal neoplasia—clinicopathological profile and importance of computed tomography. *J Clin Diagn Res.* 2015;9:TC01-4.
13. Edwards PC, Hess SJ, Saini T. Sinonasal undifferentiated carcinoma of the maxillary sinus. *J Can Dent Assoc.* 2006;72:163-7.
14. Calderon-Garciduenas L, Delgado R, Calderon-Garciduenas A, Meneses A, Ruiz LM, De La Garza J, Acuna H, Villarreal-Calderon A, Raab-Traub N, Devlin R. Malignant neoplasms of the nasal cavity and paranasal sinuses: A series of 256 patients in Mexico City and Monterrey. Is air pollution the missing link? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;122:499-508.
15. Kreppel M, Safi AF, Scheer M, Nickenig HJ, Zöller J, Preuss S, Meyer M, Rothamel D, Dreiseidler T. The importance of early diagnosis in patients with maxillary sinus carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016;273:2629-35.
16. Ojha J, Kossak E, Mangat S, Kossak Z. Recurrent pain and swelling associated with impacted maxillary third molar. The diagnosis: Squamous cell carcinoma of the maxillary sinus. *J Am Dent Assoc.* 2015;146:840-4.
17. Bornstein MM, von Arx T, Altermatt HJ. Loss of pulp sensitivity and pain as the first symptoms of a Ewing's sarcoma in the right maxillary sinüs and alveolar process: Report of a case. *J Endod.* 2008;34:1549-53.
18. Yoon JH, Chun YC, Park SY, Yook JI, Yang WI, Lee SJ, Kim J. Malignant lymphoma of the maxillary sinus manifesting as a persistent toothache. *J Endod.* 2001;27:800-2.
19. Mahdavi O, Boostani N, Karimi S, Tabesh A. Intraoral mass presenting as maxillary sinus carcinoma: A case report. *J Dent (Tehran).* 2013;10:562-8.

### Yazışma Adresi:

Dr. Hümevra Özge YILANCI  
İzmir Eğitim Dış Hastanesi, Konak/İzmir  
Tel: 0532 230 7999 • Faks: 0232 489 3548 • e-posta: ozgeerbudak@yahoo.com

