

Paranasal Sinüslerde İverted Papillom Zemininde Gelişmiş Bilateral Yassı Hücreli Karsinomun Bilateral Lateral Rinotomi Yaklaşımı ile Tedavisi

Treatment of Bilateral Squamous Cell Carcinoma of The Paranasal Sinuses Using Bilateral Lateral Rhinotomies

Kürşat Murat Özcan¹, İbrahim Özcan¹, Utku Doğan¹, Erol Yıldırım², Hüseyin Dere¹

¹ Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

² Kars Devlet Hastanesi, Kars

Özet

Başvuru Tarihi: 30.04.2014 **Kabul Tarihi:** 25.09.2014

İverted papillom nazal kavite ve paranasal sinüslerde sık görülen benign neoplazmlardır. Genellikle tek taraflı görülsede bilateral de görülebilir. İverted papillom zemininde yassı hücreli karsinom görülebilir. İki taraflı aynı zamanda tespit edilen inverted papillom zemininde gelişmiş yassı hücreli karsinom vakası bildirilmemiştir. Paranasal sinüs malignitelerinde lateral rinotomi insizyonu ile eksternal yaklaşım sıklıkla kullanılmaktadır. Bilateral lateral rinotomi insizyonu ise çok nadir kullanılmaktadır. Bu makalede bilateral paranasal sinüslerde senkron olarak, inverted papillom zemininde gelişmiş yassı hücreli karsinom vakasının bilateral lateral rinotomi insizyonu ile eksternal olarak cerrahi tedavisi yapılan vaka sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Paranasal sinüsler, inverted papillom; yassı hücreli karsinom; cerrahi işlemler

Abstract

Application: 30.04.2014 **Accepted:** 25.09.2014

Inverted papilloma is a benign tumor that is frequently seen in the nasal cavity and paranasal sinuses. It is usually unilateral, but can also be seen bilaterally. Squamous cell carcinoma can be associated with inverted papilloma. Synchronous bilateral squamous cell carcinoma associated with inverted papilloma has not been presented in the literature before. An external approach with lateral rhinotomy incision is performed frequently for paranasal sinus tumors. Bilateral lateral rhinotomy incision is used very rarely. In this study, a case of synchronous bilateral squamous cell carcinoma associated with inverted papilloma that was surgically treated using bilateral lateral rhinotomy incisions is presented.

Keywords: Paranasal sinuses, inverted papilloma; squamous cell carcinoma; surgical procedures

Giriş

İverted Papillom (İP) burun ve paranasal sinüslerde sık görülen benign bir tümördür¹. Epitelin dışarı doğru değil de, içe doğru dönüp stromaya doğru çoğalmasıyla karakterizedir². Tüm sinonazal tümörlerin % 0,5 - 4'ünü oluşturmaktadır²⁻⁷. İP sıklıkla nazal kavite lateral duvarından kaynaklanır ve maksiller, etmoid, frontal ve sfenoid sinüslere yayılım gösterebilmektedir. Rekürrens, kemik destrüksiyonu ve malign transformasyon göstermesi önemli özelliklerindedir. Skuamöz metaplazi, yüksek mitotik indeks, epitelyal akantoz ve nazal epitelin hiperplazisi gibi histolojik özelliklere sahiptir. % 16- 60 oranında cerrahi sonrası rekürrens, % 5 - 13 oranında malign transformasyon göstermektedir. İverted papillom olgularında % 3,6 metakron % 7,1 senkron karsinom görülebilmektedir. İP erkeklerde kadınlara oranla 4-5 kat daha sık görülmektedir⁸. Tek taraflı burun tıkanıklığı, epistaksis, koku alma bozukluğu ve rekürren rinosinüzit şeklinde semptomlar verir⁸. Bilateral İP zemininde senkron olarak gelişen yassı hücreli karsinom (YHK) literatürde bildirilmemiştir. Bilateral lateral rinotomi insizyonu ile yaklaşımda çok nadir uygulanan bir yöntemdir.

Bilateral İP zemininde gelişmiş bilateral YHK'un bilateral lateral rinotomi yaklaşımı ile tedavisi literatür eşliğinde sunulmuştur.

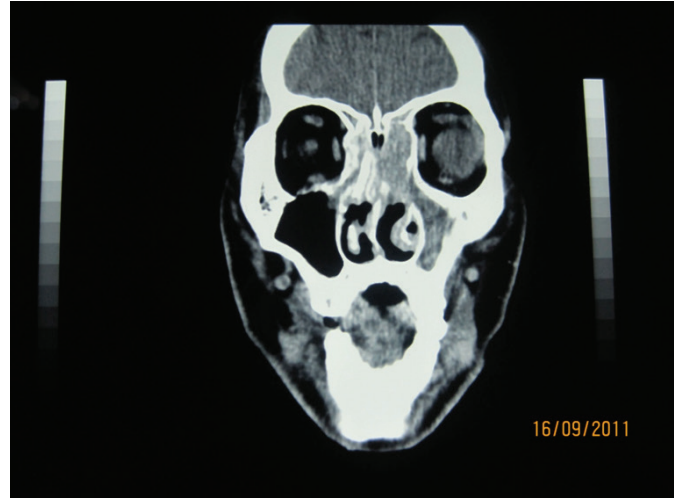
Olgu Sunumu

45 yaşında erkek hasta 8 aydır olan ve son 2 aydır artış gösteren bilateral burun tıkanıklığı, koku alma bozukluğu ve burun akıntısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Otorinolaringolojik muayenesinde bilateral nazal pasajı tama yakın tıkayan polipoid kitle ve pürülan sekresyon izlendi. Endoskopik muayenesinde bilateral nazal pasajı dolduran lobüle polipoid kitle ve pürülan sekresyon izlendi.

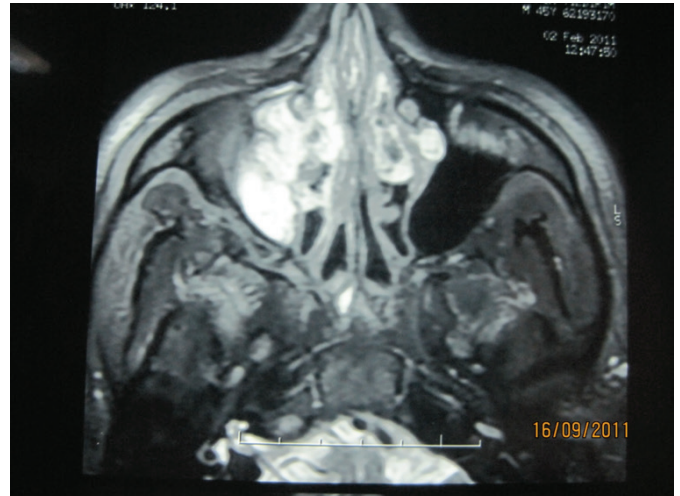
Paranasal BT'sinde Bilateral frontal sinüslerde yumuşak doku değerleri izlendi. Bilateral arka etmoid hücreler kısmen, ön etmoid hücreler ve bilateral maksiller sinüsler tamamen kitle ile oblitereydi. Sağ lamina papiraceada defekt mevcuttu. Orbital içerik laterale itiliyordu. Nazal kavite önde bilateral oblitereydi. (Resim 1)

Maksillofasial MR' ında; Bilateral ön ve sağ arka etmoid hücrelerde, sağda nazal kaviteye doğru sarkan, solda maksiller sinüs ve osteomeatal birime doğru ekspansiyon gösteren in-

verted papillom ile uyumlu kitle lezyonları izlendi. Sağda lamina papiraceaya doğru ekspansiyon oluşturup orbita medialine doğru minimal uzanım göstermekteydi. Bilateral frontal sinüs içerisinde de benzer özelliklerde polipoid dokular izlendi. (Resim 2)



Resim 1: Koronal paranasal CT'de bilateral lezyonun görüntüsü



Resim 2: Maksillofasial MR görüntülemesinde T2 sekansda axial kesitte bilateral lezyonun görüntüsü

Hastaya biyopsi amaçlı bilateral endoskopik sinüs cerrahisi yapıldı. Sağ tarafta nazal kaviteyi dolduran nazal pasajda multilobüle özellikli, düzensiz yüzeyle inverted papillom düşündürülen kitle mevcuttu. Etmoid kaviteyi dolduran geniş lamina papiracea defektine neden olan kitle tespit edildi. Kitleden biyopsiler alındı. Sol tarafta da sağ tarafta olduğu gibi üzeri

düzensiz multilobüle kısmen sert kıvamlı kitle mevcuttu. Orta meadan maksiller sinüs içine doğru daha gri-beyaz renkli fragil komponentinin olduğu da tespit edildi. Kitleden biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu sol nazal kaviteden gönderilen materyal inverted papillom zemininde gelişen orta derecede diferansiye yassı hücreli karsinom, sağ nazal kaviteden gönderilen materyal inverted papillom olarak rapor edildi. CT ve MR bulguları sağda da YHK transformasyonu geliştiğini düşündürdüğü için sağ tarafa endoskopik olarak girildi. Etmoid hücrelerdeki şüpheli dokulardan frozen alındı frozen inceleme sonucu malign gelmesi üzerine bilateral lateral rinotomi yaklaşımıyla bilateral medial maksillektomi sağ eksternal etmoidektomi, sağ eksternal frontai sinüs cerrahisi, sol eksternal etmoidektomi, sol endoskopik frontal sinüs cerrahisi ve nazal septum parsiyel rezeksiyonu yapıldı.

Sağ modifiye lateral rinotomi insizyonu ile sağ parsiyel maksillektomi yapıldı bu sırada maksiler sinüs inferior, posterior ve lateral duvardan gönderilen frozen materyaller negatif gelmesi üzerine parsiyel maksillektominin yeterli olduğu düşünüülerek sağ lateral rinotomi insizyonu kaş içine doğru lynch insizyonu ile uzatıldı. Eksternal etmoidektomi yapıldı. Lamina papiraceada 1,5x1cm'lik defekt izlendi. Orbital içerik tutulu değildi. Lamina papiracea komşuluğunda ve anterior kafa tabanı boyunca posteriora devam eden fragil dokular eksize edildi. Frontal sinüs ön duvarı turlanarak pencere açıldı ve frontal sinüs içerisindeki papillomatöz dokular temizlendi. Frontal intersinüs septum defektif izlendi. Frontal sinüs içerisinden gönderilen frozen materyali inverted papillom olarak geldi. Takiben sol lateral rinotomi insizyonu yapılarak parsiyel maksillektomi yapıldı. (Resim 3) Maksiler sinüs tabanı lateral ve posterior duvar mukozasının normal olduğu izlendi. Takiben eksternal etmoidektomi yapıldı. Lamina papiracea intakt izlendi. Etmoidektomi kavitesinden endoskop yardımıyla frontal sinüs ostiumu bulundu. Frontoetmoid resesi tamamen dolmayan papillomatöz dokular temizlendi. Frontal sinüs ostiumu genişletildi. Septum üst kısım rezeksiyonu yapılarak frontal sinüsten nazal kaviteye geniş bir açıklık sağlandı. Bu açıklıktan ve frontal intersinüs septum defektif olması nedeniyle sağ frontal sinüs içinden sol frontal sinüsteki patolojik dokular temizlendi. Papillomatöz dokular nedeniyle septum kuadrangüler kartilaj orta kesiminin tutulu olduğu izlendi. Emniyet marjı ile birlikte kartilaj septum bilateral mukozasıyla eksize edildi.

insizyonlar suture edilerek operasyona komplikasyonsuz son verildi. (Resim 4)



Resim 3: İntraoperatif olarak bilateral lateral rinotomi insizyonu ile eksternal cerrahi yaklaşımımız



Resim 4: İntraoperatif olarak bilateral lateral rinotomi insizyonun suture sonrası

Patoloji sonucu sağ etmoid sinüs, sağ üst konka, sağ maksiller sinüs ostiumu lamina papiracea komşuluğu kafa tabanı komşuluğu orta derecede diferansiye YHK olarak raporlandı.

Her iki frontal sinüsten gönderilen materyaller inverted papillom; her iki medial maksillektomi materyali ve septum inverted papillom; sol etmoid sinüs inverted papillom olarak raporlandı. Postoperatif radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası 6. ayında problemi olmayan hastanın takiplerine devam edilmektedir. (Resim 5)



Resim 5: Postoperatif 7. ay hastanın görünümü

Tartışma

İnverted papillom %5-13 oranında malign transformasyon göstermektedir³⁻⁹. İP zemininde senkron olarak gelişmiş bilateral YHK literatürde bildirilmemiştir. Bizim vakamızda solda etmoid hücrelerden maksiller sinüs içine uzanan sağda ise tüm etmoid hücreleri doldurarak lamina papiraceada defekt oluşturup kafa tabanına uzanan İP zemininde gelişmiş YHK tespit ettik.

Tek taraflı burun tıkanıklığı, epistaksis, koku alma bozukluğu ve rekürren rinosinüzit şeklinde semptomlar verir [8]. Bizim hastamız da 8 aydır olan ve son 2 aydır artış gösteren bilateral burun tıkanıklığı, koku alma bozukluğu ve burun akıntısı şikayetleri ile başvurdu.

İP'li hastaların değerlendirilmesinde paranasal BT, tümörün boyutu ve yaygınlığını, sinüs, kafa tabanı ve orbita gibi komşu dokulara invazyon ve kemik destrüksiyonunun olup olmadığının değerlendirilmesinde oldukça değerlidir. BT, inverted papillomlu olguların tanı ve takibinde özellikle endoskopik muayene ile değerlendirmenin zor olduğu sfenoid, maksiller sinüs lateral duvarı ve fontal sinüsün değerlendirilmesinde endoskopiye göre daha iyi bilgi vermektedir [10]. Bizim vakamızda bilateral arka etmoid hücreler kısmen, ön etmoid hücreler ve bilateral maksiller sinüsler tamamen kitle ile oblitereydi. Sağ lamina papiraceada defekt mevcuttu. Orbital içerik laterale itiliyordu. Nazal kavite önde bilateral oblitereydi.

İP'de malign transformasyon sıklıkla skuamöz hücreli karsinomaya olmakla birlikte, adenokarsinom ve papiller karsinoma da transformasyon olabilir [11-14]. Malign transformasyon izlenen olgular geniş radikal cerrahi yaklaşımlarla tedavi edilmektedir.

Bilateral görülme sıklığı %0-13 olarak rapor edilmistir [15-18]. Bilateral nazal tutulum, nazal kavitenin bir tarafındaki tümörün nazal septumu invaze ederek karşı taraf nazal kaviteye geçtiği düşünülmektedir [19]. Han ve ark. [16] ise bilateral tutulumu olan olgularında karşı taraf invazyonunun nazal septum yolu ile olmadığını ve paranasal sinüs tomografisinde septum destrüksiyonunun gözlenmemesinin bunu desteklediğini bildirmişlerdir.

Salomone ve ark. [8] burun tıkanıklığı, koku alma bozukluğu, mukopürülan burun akıntısı şikayetleriyle başvuran ve fizik mu-

ayenesinde inferior konka hipertrofisi, mukopürülan sekresyon görülen 51 yaşındaki erkek hastayı yayınladılar. Hastanın nazofaringoskopisinde bilateral nazal kavitenin lateral duvarlarından kaynaklanan lobüle polipoid kitle izlenmiş. Paranasal BT'sinde bilateral nazal kaviteyi, etmoid, frontal, sfenoid sinüsleri ve sağ maksiler sinüsü dolduran bilateral osteomeatal birimi genişleten nazofarinkse uzanan kitle görülmüş. Kemik destrüksiyonu izlenmemiş. Hastaya endoskopik yaklaşımla bilateral total etmoidektomi, frontal sinüzektomi, sfenoidektomi, maksiler antrostomi yapılmış ve bilateral lamina papiracea ile birlikte tümörü iki parça halinde çıkarmışlar. Patoloji sonucu da bilateral inverted papillom atipisiz hücre olarak raporlanmış [8].

Bizim vakamızda sol nazal kavite patolojisi inverted papillom zemininde gelişmiş YHK gelmesi sağ kavite patolojisinin de inverted papillom gelmesine rağmen MR ve BT bulgularının sağ tarafta da YHK düşündürmesi üzerine sağ nazal kaviteden frozen gönderildi. Frozen sonucunun malignite gelmesi üzerine bilateral lateral rinotomiyle bilateral medial maksillektomi sağ eksternal etmoidektomi, sağ eksternal frontal sinüs cerrahisi, sol eksternal etmoidektomi, sol endoskopik frontal sinüs cerrahisi ve nazal septum parsiyel rezeksiyonu yaptık. Hasta cerrahi sonrası RT ye yönlendirildi.

İnverted papillom ile burun ve paranasal sinüslerin skuamöz hücreli karsinomu % 3,6 metakron % 7,1 senkron izlenir. Bilateral senkron vakası literatürde bildirilmemiştir. Bizim vakamızda bilateral inverted papillom ve YHK senkron izlenmiştir. Literatürde değişik oranlarda İP rekürrensi bildirilmiştir. Cerrahi prosedürlerin rekürrens oranını belirleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Endoskopik yaklaşımla tedavi sonrası % 40-80 oranında; lateral rinotomi ile medial maksillektomi ve etmoidektomi yapılan cerrahi prosedür sonrası % 30 rekürrens bildirilmiştir¹.

Inverted papillom tedavisi cerrahidir. Geçmiş yıllarda lateral rinotomi midfasial degloving, medial maksillektomi kullanılıyordu. Endoskopinin gelişimiyle minimal invaziv yaklaşımlar tercih edilmeye başlandı. Stankiewicz ve ark. endoskopik cerrahiye malignensi olmayan unilateral olgularda tercih etmişler¹⁹. Nazal kavite etmoid sinüsler maksiler sinüs medial ve süperiorunda sınırlı tutulum olgularında endoskopik cerrahi önerilmiştir¹⁸.

Bizim vakamızda hem tüm nazal kavitenin ve paranasal sinüslerin kitleyle dolu olması sol nazal kavite patoloji sonucunun YHK sağ frozen sonucunun malign gelmesi nedeniyle bilateral lateral rinotomiyle eksternal cerrahiyi tercih ettik. Hastaya bilateral medial maksillektomi sağ eksternal etmoidektomi, sağ eksternal frontal sinüs cerrahisi, sol eksternal etmoidektomi, sol endoskopik frontal sinüs cerrahisi ve nazal septum parsiyel rezeksiyonu yaptık.

Bilateral lateral rinotomi insizyonu çok nadir olarak maksilla tümörleri cerrahisinde kullanılmaktadır²⁰. Supratroklear arter korunduğu sürece flep beslenmesi sorunsuz olacaktır. Bizim

hastamızda da bilateral lateral rinotomi sorunsuz olarak uygulanmış ve postoperatif estetik sonucunun iyi olduğu görülmüştür.

Sonuç

Genellikle tek taraflı olsa da, bilateral sinüs tutulumu olan vakalarda da bilateral İP olabileceği akılda tutulmalıdır. Tüm İP vakalarında malign transformasyon olabileceği düşünülmeli, malign transformasyonun bir çok noktada ve bilateral olabileceği unutulmamalıdır. Her iki taraf PNS tutulumu olan lezyonlarda eksternal cerrahi uygulamasında, bilateral lateral rinotomi güvenli olarak kullanılabilir.

1. Rodriguez-Bruno K, Ali MJ, Wang SJ. Iatrogenic bilateral inverted papilloma: case report and literature review. *J Otolaryngol.* 2007;36(1):72-5.
2. Okuyucu Ş, Uzun H, Kocatürk S. İverted Papilloma Klinik Yaklaşım. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;27(2):47-50.
3. Özdemir İ, Katılmış H, Öztürkcan S, Adadan I, Uğurlu Ş. İverted Papillom zemininde gelişen ve orbital invazyon gösteren skuamoz hücreli karsinom. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2006;26:206-10.
4. Dolgin SR, Zaveri VD, Casiano RR, Maniglia AJ. Different options for treatment of inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Laryngoscope.* 1992;102:231-36.
5. Outzen KE, Grontveld A, Jorgensen K, Clausen PP, Ladefoged C. Inverted papilloma: incidence and late results of surgical treatment. *Rhinology.* 1996;34:114-8.
6. Vrabec DP. The inverted papilloma: a 25 year study. *Laryngoscope* 1994;104:582-605.
7. Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope.* 1995;105:282-8.
8. Salomone R, Matsuyama C, Giannotti Filho O, Alvarenga ML, Martinez Neto EE, Chaves AG. Bilateral inverted papilloma: case report and literature review. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74(2):293-6.
9. Yasumatsu R, Nakashima T, Kuratomi Y, et al. Serum squamous cell carcinoma antigen is a useful marker in patient with inverted papillomas of the sinonasal tract. *Cancer.* 2002;94:152-8.
10. Dolgin SR, Zaveri VD, Casiano RR, Maniglia AJ. Different options for treatment of inverting papilloma of 41 cases. *Laryngoscope.* 1992;102:231-6.
11. Bielomowicz S, Calcaterra TC, Watson D. Inverting papilloma of the head and the neck: UCLA update. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993;109:71-6.
12. Çelik O, Yalçın S, Yanık H, Gök Ü, Inan E, Hançer A. İverted papillomada malign transformasyon. *Türk Otolarengoloji Arsivi*1995;33:119-22.
13. Lawson W, Bengner JI, Som P. Inverted papilloma: An analysis of 87 cases. *Laryngoscope.* 1989;99:1117-23.
14. Ward B, Fechner R, Mills S. Carcinoma arising in oncocyctic Schneiderian papilloma. *Am J Surg Pathol.* 1990;14:364-9.
15. Chee LW, Sethi DS. The endoscopic management of sinonasal inverted papillomas. *Clin Otolaryngol.* 1999;24:61-6.
16. Han KJ, Smith TL, Loehrl T, Toohill RJ, Smith MM. An evolution in the management of sinonasal inverting papilloma. *Laryngoscope.* 2001;111:1395-400.
17. McCary WS, Gross CW, Reibel JF, Cantrell RW. Preliminary report: endoscopic versus external surgery in the management of inverting papilloma. *Laryngoscope.* 1994;104:415-9.
18. Sukenik MA, Casiano R. Endoscopic medial maxillectomy for inverted papillomas of the paranasal sinuses: value of the intraoperative endoscopic examination. *Laryngoscope.* 2000;110:39-42.
19. Stankiewicz JA, Girgis SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993;109:988-95.
20. Hosal SA, Freeman JL. Bilateral lateral rhinotomy for resection of bilateral inverted papilloma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996 ;114(1):103-5.