

OLGU SUNUMU

Olfaktör nöroblastomun subfrontal kraniofasyal ve midfasyal degloving yaklaşımlarla tedavisi: Olgu sunumu

Treatment of olfactory neuroblastoma via subfrontal and midfacial degloving approaches: a case report

Dr. Ahmet KUTLUHAN, Dr. Nebi YILMAZ¹, Dr. Fatih YAKUT, Dr. Veysel YURTTAŞ, Dr. Serdar UĞRAŞ²

On iki yaşında kız çocuğu burun tıkanıklığı ve sağ gözkapağı altında şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ nazal pasajdan alınan biyopsi sonucu olfaktör nöroblastom olarak bildirildi. Tümör subfrontal kraniofasyal ve midfasyal degloving yaklaşımlarla çıkarıldı. Hastanın üç yıllık takibinde tümör nüksüne rastlanmadı.

Anahtar Sözcükler: Olfaktör nöroblastom/cerrahi; burun neoplazileri/cerrahi; olfaktör sinir.

A 12-year-old girl presented with complaints of nasal obstruction and a right infraorbital swelling. A biopsy obtained from the right nasal passage revealed olfactory neuroblastoma. The tumor was completely excised via subfrontal craniofacial and midfacial degloving approaches. No recurrence was observed during a three-year follow-up.

Key Words: Esthesioneuroblastoma, olfactory/surgery; nose neoplasms/surgery; olfactory nerve.

Olfaktör nöroblastoma, nazal kavitenin üst kısmına yerleşmiş olan olfaktör epitelden kaynağını alan malign bir tümördür. Paranasal sinüs tümörleri içerisinde oldukça nadir görülen bu tümör estesionöroblastoma veya olfaktör nöroepiteliyoma olarak da adlandırılmaktadır. İlk olarak 1924'de Berger ve Luc tarafından tanımlanmıştır ve, 1997 yılına kadar yaklaşık 250 olgu olarak literatürde bildirilmiştir.^[1,2] Bu tümör sıklıkla 10-20 veya 50-60 yaş gruplarında görülür ve cinsiyet farkı gözetmez. Bu yazıda subfrontal kraniofasyal ve degloving yaklaşımlarla tedavi edilen bir olfaktör nöroblastoma olgusu bildirdik.

OLGU SUNUMU

On iki yaşında kız çocuğu sağ gözünün altında ele gelen şişlik ve burun tıkanıklığı yakınmaları ile

kliniğimize baş vurdu. Hastanın muayenesinde sağ gözkapağı altında, iç kantal bölgeye yakın alanda cilt rengini değiştirmiş ve kemiği erode etmiş kitle palpe edildi (Şekil 1). Nazal muayenede sağ nazal kaviteyi dolduran tek, kırmızı ve üzerinde vasküler yapının belirgin olduğu polipoid kitle görüldü. Bilgisayarlı tomografide sağ nazal kaviteyi dolduran, nazal septumu sola itmiş, sağ maksiller sinüs ön üst duvarda erozyon ve ön kafa tabanı-dura invazyonu yapmış kitle saptandı (Şekil 2). Kitleden topikal anestezi eşliğinde punch biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucu olfaktör nöroblastoma olarak bildirildi. Olgunun diğer sistem bulguları normaldi. Olgu nöroşirürji yönünden konsülte edildi ve kombine cerrahiye karar verildi. Olguya subfrontal kraniofasyal yaklaşım için bikoronal alın-saç hattına yakın

- ♦ 28. Türk Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur, 21-26 Mayıs 2005, Antalya (Presented at the 28th National Congress of Turkish Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, May 21-26, 2005, Antalya, Turkey).
- ♦ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, ¹Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı (Departments of Otolaryngology, ¹Neurosurgery, and ²Pathology, Medicine Faculty of Yüzüncü Yıl University), Van, Turkey.
- ♦ Dergiye geliş tarihi - 21 Ekim 2005 (Received - October 21, 2005). Yayın için kabul tarihi - 7 Ocak 2006 (Accepted for publication - January 7, 2006)
- ♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ahmet Kutluhan. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 06890 Ankara. Tel: +90 312 - 291 25 25 / 4329 Faks (Fax): +90 312 - 291 27 26 e-posta (e-mail): ahkutluhan@hotmail.com



Şekil 1. Sağ gözkapağı altında kitle.

yerden insizyon ve midfasiyal degloving için üst gingivabukkal hatttan (her iki taraf sonmolar diş hizasına kadar) insizyon yapıldı. Alın derisi her iki orbitanın tavanını ortaya çıkarana kadar indirildi. Frontal sinüs içinde kalacak şekilde frontal kemik nazal kemikle birlikte dural injüriye neden olmadan kaldırıldı (Şekil 3). Tümörün olfaktör plate ile ilişkisi görüldü. Olfaktör kemik plate dural dokuyu içeren rezeksiyonla çıkarıldı (Şekil 4). Geriye kalan tümör sağ taraf maksiller kemiğin frontal çıkıntısını da içeren kesi ile orta-üst konkalar ve ön etmoid hücrelerle birlikte total çıkarıldı. Septumun olfaktör alanları perikondral diseksiyonla spesme dahil edildi. Dural tamiri takiben frontal kemik tekrar yerine yerleştirildi. Ameliyat sonrası olguda herhangi bir komplikasyon görülmedi. Olgunun aylık kontrolleri yapıldı. Ameliyat sonrası kontrollerde üçüncü yılını tamamlayan hastanın bu süre içerisinde iki kez bilgisayarlı tomografik incelemesi yapıldı. Tümör nüksü saptanmadı (Şekil 5, 6). Bilgisayarlı tomografide operasyona bağlı olarak sağ maksiller sinüsün oblitere olduğu görüldü. Ameliyat sonrası birinci yılda nazal endoskopi eşli-



Şekil 3. Bikoronal insizyon sonrası kraniyotominin yapılışı.



Şekil 2. Koronal kesitli paranasal sinüs bilgisayarlı tomografide kitlenin intrakraniyal yayılım göstermediği görülmüyor.

ğinde dural plate alanı hariç diğer şüpheli yerlerden kontrol biyopsileri alındı. Bu biyopsiler normal nazal mukoza olarak bildirildi.

TARTIŞMA

Olfaktör nöroblastomlar, yavaş ve sessiz büyüdükleri için büyük boyutlara gelmeden genellikle belirti vermezler. Tümörün semptomları arasında burun tıkanıklığı ve burun kanaması ön plandadır. Tümör intrakraniyal yayılım gösterdiğinde baş ağrısı, görme bozuklukları; orbital yayılımda proptozise neden olabilir.^[3,4] Olgumuzda tümörün ilk belirtisi sağ gözkapağı altında ağrısız şişlik idi. Bu da olfak-



Şekil 4. Kribriform plaklarla birlikte kitle eksizyonu sonrası.



Şekil 5. Ameliyat sonrası kontrol tomografisi.

tör nöroblastomaların sessiz, yavaş ve kemik erozyonu ile geliştiklerini gösterir.

Nadir malign tümör olan olfaktör nöroblastomların tedavi ve prognozunu değerlendirmek için evrelendirme çalışmaları yapılmıştır. İlk evrelendirmeyi Kadish ve ark.^[5] 1976 yılında yapmışlardır. Onlara göre, evre A tümör; nazal kavitede sınırlı, evre B tümör; nazal kavite ve sinüslere invaziv, evre C tümör ise; nazal kaviteden orbita, kafa kaidesi, kafa içine ulaşmış, servikal ve uzak metastaz yapmış tümörlerdir. Tanı konduğunda hastaların çoğu evre C (%56) ve evre B (%40) tümör olup çok azı evre A (%4) tümördür.^[5] Olgumuzda intrakraniyal yayılım, orbital invazyon veya servikal-uzak metastaz tespit edilmedi. Bu yüzden evre B olarak kabul edildi.

Olfaktör nöroblastomaların tedavisinde multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Kulak burun boğaz ve nöroşirürji uzmanları, radyasyon onkologları ve medikal onkologlar arasında işbirliği gerekmektedir. Tümörün evresi bu tedavilerin birlikte ya da ardışık kullanılmasını gerektirmektedir. Amaç lokal, regional ve uzak reküransları önlemektir. Bununla birlikte seçilmiş olgularda tek başına cerrahi girişim başarılı olabilir. Biller ve ark.^[6] ekstrakraniyal



Şekil 6. Ameliyat sonrası birinci yılda hastanın görünümü.

yerleşimli 20 hastalık çalışmalarında radyoterapisiz sadece kraniofasial rezeksiyonla yüksek başarı elde ettiklerini bildirmişlerdir. Biz de bu bilgiyi paylaşıyoruz. Çünkü olgumuzda tümör olfaktör plate altında; nazal kavite tarafında, yerleştiği ve eksize edildiği kribriform kemikte ve dural dokuda histopatolojik olarak tümör tespit edilmediği için yapılan cerrahinin yeterli olduğuna inanıyoruz. Ayrıca Feiz-Erfan ve ark.nın^[7] bildirdiği gibi olgumuzda tek seansta yüzde kesi yapmadan mükemmel kozmetik sonucun alınması büyük bir avantaj olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Morita A, Ebersold MJ, Olsen KD, Foote RL, Lewis JE, Quast LM. Esthesioneuroblastoma: prognosis and management. *Neurosurgery* 1993;32:706-14.
2. Bhattacharyya N, Thornton AF, Joseph MP, Goodman ML, Amrein PC. Successful treatment of esthesioneuroblastoma and neuroendocrine carcinoma with combined chemotherapy and proton radiation. Results in 9 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:34-40.
3. Dulguerov P, Calcaterra T. Esthesioneuroblastoma: the UCLA experience 1970-1990. *Laryngoscope* 1992;102:843-9.
4. Rakes SM, Yeatts RP, Campbell RJ. Ophthalmic manifestations of esthesioneuroblastoma. *Ophthalmology* 1985;92:1749-53.
5. Kadish S, Goodman M, Wang CC. Olfactory neuroblastoma. A clinical analysis of 17 cases. *Cancer* 1976;37:1571-6.
6. Biller HF, Lawson W, Sachdev VP, Som P. Esthesioneuroblastoma: surgical treatment without radiation. *Laryngoscope* 1990;100:1199-201.
7. Feiz-Erfan I, Han PP, Spetzler RF, Porter RW, Klopfenstein JD, Ferreira MA, et al. Exposure of midline cranial base without a facial incision through a combined craniofacial-transfacial procedure. *Neurosurgery* 2005;56(1 Suppl):28-35.