



Sfenoid sinüs kaynaklı juvenil anjiyofibrom: Olgu sunumu

Juvenile angiofibroma originating from the sphenoid sinus: a case report

Dr. İbrahim Gürkan Keskin, Dr. Kadri İla

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

Anjiyofibromlar, histolojik olarak benign, fakat lokal destrüktif etkisi olan kapsülsüz, oldukça vasküler tümörlerdir. Anjiyofibromlar çoğunlukla nazofarenks arka-yan duvardan köken alır. Ekstranasofarengeal anjiyofibromlar ise, son derece nadir olup, en sık maksiller ve etmoid sinüste izlenir. Bu makalede, baş ağrısı yakınmasıyla kliniğimize başvuran ve sfenoid sinüs kaynaklı anjiyofibrom izlenen 21 yaşında erkek bir olgu sunuldu.

Ahtar Sözcükler: Anjiyofibrom; sfenoid; cerrahi.

Angiofibromas are histologically benign, but unencapsulated and highly vascular tumors with a potential of local destructive effect. Angiofibromas predominantly originate from the posterolateral wall of the nasopharynx. Extranasopharyngeal angiofibromas are extremely rare and mostly seen in maxillary sinus and ethmoid sinus. In this article, we report a 21-year-old male case who was admitted with headache and diagnosed with an angiofibroma originating from the sphenoid sinus.

Key Words: Angiofibroma; sphenoid; surgery.

Anjiyofibrom histolojik olarak benign fakat lokal destrüktif etkisi olan kapsülsüz, oldukça damarlı bir tümördür.^[1] Tüm baş boyun tümörlerinin %0.05-0.5'ini oluşturur.^[2] Çoğunlukla nazofarenks arka yan duvardan kaynaklanır.^[1] En sık ergen erkeklerde görülmesine rağmen, 10 yaş altı çocuklarda, yaşlı, kadın ve hamilelerde de görüldüğü bildirilmiştir.^[3] Kliniğe başvuru nedenleri arasında burun tıkanıklığı, tekrarlayan burun kanaması, nazal septum, yüz ve damakta progresif deformite ve burundan konuşma yer alır. Ekstranasofarengeal anjiyofibrom son derece nadir görülür.^[3] Bu makalede son derece nadir olan sfenoid sinüs kaynaklı anjiyofibrom olgusunu sunmayı amaçladık.

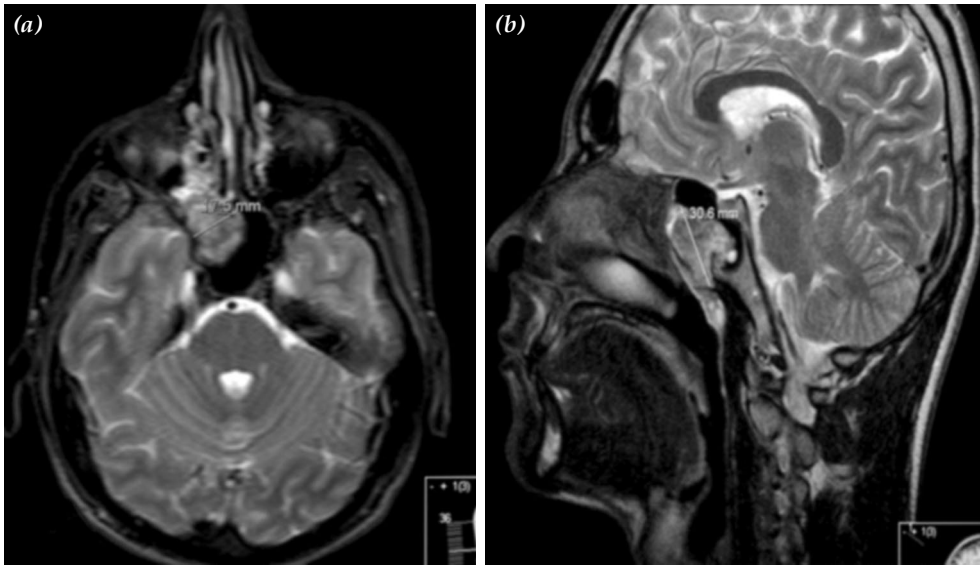
OLGU SUNUMU

Yirmi bir yaşında erkek hasta bir yıldır devam eden baş ağrısı nedeniyle dış merkez kulak burun boğaz kliniğine başvurmuş. Burada çekilen paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sfenoid sinüs içerisinde 4 cm boyutunda kitle izlenmesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiştir. Yapılan muayenesinde sfenoid sinüs kaynaklı kahverenkli akıntı izlendi. Kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sfenoid sinüs içerisinde yerleşik 30x18 mm boyutlu juvenil anjiyofibrom ile uyumlu kitle izlendi (Şekil 1). Yapılan selektif serebral anjiyografisinde sağ eksternal karotis arterin internal maksiller dalından beslenen kitle izlendi. Ameliyattan 24 saat



Available online at
www.kbbihtisas.org
doi: 10.5606/kbbihtisas.2013.22605
QR (Quick Response) Code

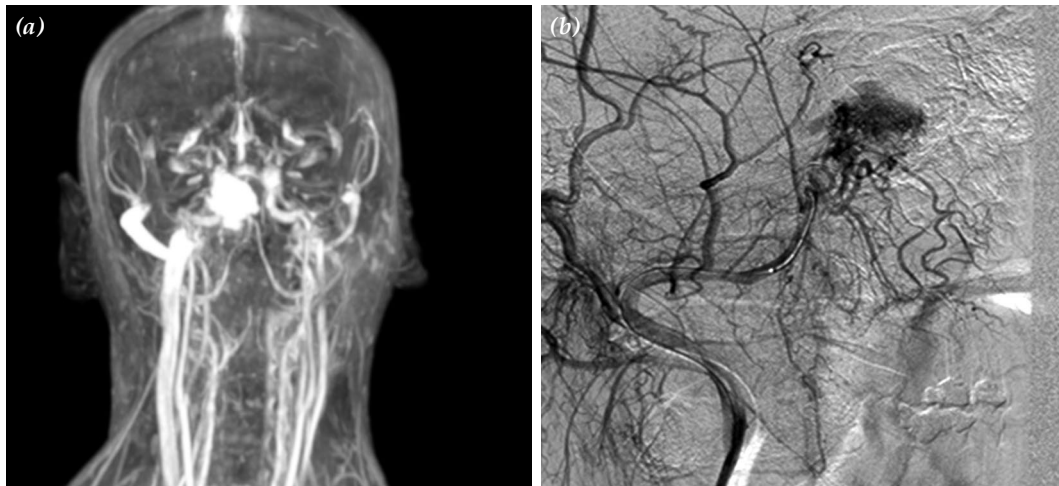
Geliş tarihi / Received: 26 Haziran 2012 Kabul tarihi / Accepted: 14 Ekim 2012
İletişim adresi / Correspondence: Dr. Kadri İla, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, 41380 Umuttepe, Kocaeli, Türkiye.
Tel: +90 262 - 303 73 05 e-posta (e-mail): dr.kila@yahoo.com.tr
8. Türk Ulusal Rinoloji Kongresi'nde sunulmuştur, 24-27 Mayıs 2012, Antalya. (Presented at the 8th Turkish National Congress of Rhinology, April 24-27, 2007, Antalya, Turkey).



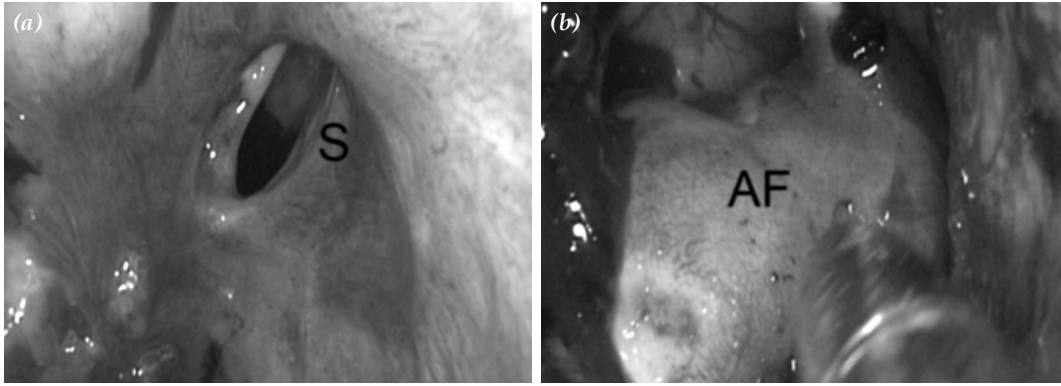
Şekil 1. Kraniyal manyetik rezonans incelemesinde (a) aksiyel ve (b) sagittal kesitlerinde sfenoid sinüs içerisinde yerleşik, önde maksiler ve etmoid sinüse uzanan, kavernöz sinüs ve internal karotis artere ön ve altta yakın temas gösteren fakat invaze etmeyen 30x18 mm boyutlu juvenil anjiyofibrom ile uyumlu kitle.

önce sağ internal maksiller arter embolize edildi. Endoskopik olarak ameliyata başlandı. Sağ orta konka parsiyel rezekte edildi. Ön ve arka etmoidektomi yapıldı. Sağ sfenopalatin arter ortaya konarak klips ile bağlandı. Sfenoid sinüs ön duvarı eksize edilerek kitle ortaya konuldu. Embolizasyona rağmen sfenopalatin arterden kanama oluştu. Kanamanın durmaması üzerine sağ eksternal karotis arter bağlandı. Hastaya ameliyat esnasında üç ünite eritrosit süspansiyonu ve bir ünite taze donmuş plazma verildi. Ameliyat ileri bir tarihe ertelendi. Altı ay sonra ameliyat

amacıyla hasta kliniğimize yatırıldı. Yapılan MR anjiyografisinde sağ internal karotis arter kavernöz segmentten beslenen vasküler kitle izlendi (Şekil 2). Bunun üzerine hastaya embolizasyon uygulanmadı. Ameliyat sırasında endoskopik olarak ortada rostrum, üstte arka etmoid hücreler açılarak kitlenin sınırlarına hakim olundu. Sağ sfenoid sinüsü tamamen dolduran ve sfenoid sinüs alt yan duvardan kaynaklanan 3x3 cm boyutlu kitle koter yardımıyla eksize edildi (Şekil 3). Kaviteye iki adet nasapore eriyebilen tampon yerleştirildi ve ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası komp-



Şekil 2. (a) Manyetik rezonans anjiyografide sağ internal karotis arter kavernöz segmentten beslenen yaklaşık 2 cm'lik damarlı kitle. (b) Kitlenin anjiyografi görüntüsü.



Şekil 3. (a) Endonazal endoskopik olarak sfenoid sinüsü (S) görüntüsü. (b) Sfenoid sinüsü içerisine girdikten sonra anjiyofibrom (AF) görüntüsü.

likasyon izlenmedi. Patoloji raporunda anjiyofibrom tanısı konulan hastanın 1.5 yıllık takibinde nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA

Juvenil anjiyofibromlar nazofarenksin arkasında sfenopontin foramen çevresinden kaynaklı, yoğun damarlanan lezyonlardır.^[4] En sık 14-25 yaş arasında görülür.^[2] Ekstranazofarengeal anjiyofibromlar literatürde nadir olarak bildirilmiştir.^[3] Vincentiis ve Pinelli'nin yaptıkları bir çalışmada 704 anjiyofibrom olgusunun 13'ünde ekstranazofarengeal anjiyofibrom saptanmıştır.^[5] Windfuhr ve Remmert'in^[3] yaptıkları literatür taramasında 65 ekstranazofarengeal anjiyofibrom olgusu (48 erkek, 17 kadın) gözden geçirilmiştir. En sık maksillada daha sonra sırasıyla etmoid, nazal kavite ve larenkste gözlenmiştir.

Nazofarengeal anjiyofibromu olan hastalar kliniğe genellikle burun tıkanıklığı, tekrarlayan burun kanaması, yüz ve damakta progresif deformite semptomları ile başvururlar.^[3] Ekstranazofarengeal anjiyofibrom olgularında ise kliniğe başvuru semptomu çeşitlilik gösterir.^[1] Sfenoid sinüs kaynaklı anjiyofibrom son derece nadir olup literatürde dört olguya rastlanmıştır.^[2,6,7] Bu hastalar görme bozukluğu, burun tıkanıklığı, horlama, yüksek ateş ve trismus yakınmasıyla kliniğe başvurmuşlardır.^[7] Bizim olgumuzda yaklaşık bir yıldır süren baş ağrısı yakınması vardı.

Karotis anjiyografi, BT ve MR görüntüleme yöntemleri ekstranazofarengeal anjiyofibrom tanısında değerli görüntüleme yöntemleridir.^[1] Bizim olgumuzda kranial MR ve anjiyografi görüntüleme yöntemi uygulandı ve cerrahi sonrası patoloji sonucuyla doğrulandı. Nazofarengeal anjiyofib-

romda prognoz iyi olmasına karşın %10-61 oranında nüks izlenir. Nükslerin çoğu ise ilk yıl içinde görülür. Bizim olgumuzun 1.5 yıllık takibinde nüks izlenmedi.

Nazofarengeal anjiyofibrom etyolojisi henüz açıklığa kavuşmamıştır fakat ergen erkeklerde daha sık izlenmesi seks hormonları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir, bazı çalışmalarda anjiyofibrom ile androjen spesifik reseptör ilişkisi bulunmuştur.^[3]

Sınırlı anjiyofibromlarda cerrahi, geniş ve çıkarılamayan anjiyofibromlarda ise radyoterapi kabul edilen tedavi yöntemleridir.^[3] Diğer tedavi seçenekleri kriyoterapi, embolizasyon, hormon terapi, kemoterapi, arteriyel ligasyondur. Spontan regresyon gösteren anjiyofibrom olgusu da literatürde bildirilmiştir.^[3]

Bizim olgumuzda transnazal endoskopik yaklaşımla ameliyat uygulandı. Embolizasyona rağmen kanama izlendi ve eksternal karotis arter bağlanmak zorunda kalındı. Ameliyat sonrası 6. ay anjiyografisinde kitlenin internal karotis arterden beslendiği izlendi. İkinci kez ameliyata alınan hastada tümör endoskopik olarak çıkarılabildi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Sonuç olarak, ekstranazofarengeal anjiyofibromda standart bir sınıflama ve tedavi yaklaşımı olmayıp her olguda tümörün yeri ve büyüklüğüne göre tedavinin belirlenmesi esastır.

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. Huang RY, Damrose EJ, Blackwell KE, Cohen AN, Calcaterra TC. Extranasopharyngeal angiofibroma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;56:59-64.
2. Schick B, Kind M, Draf W, Weber R, Lackmann GM. Extranasopharyngeal angiofibroma in a 15-month-old child. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;43:99-104.
3. Windfuhr JP, Remmert S. Extranasopharyngeal angiofibroma: etiology, incidence and management. *Acta Otolaryngol* 2004;124:880-9.
4. Pamir MN, Özduman K. Cavernous sinus tumors. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3:31-9.
5. De Vincentiis G, Pinelli V. Rhinopharyngeal angiofibroma in the pediatric age group. Clinical-statistical contribution. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1980;2:99-122.
6. Reddy JB, Farb S. Angiofibroma of the sphenoid sinus. A case report *Laryngoscope* 1963;73:108-19.
7. Tsunoda A, Kohda H, Ishikawa N, Komatsuzaki A. Juvenile angiofibroma limited to the sphenoid sinus. *J Otolaryngol* 1998;27:37-9.