



NAZAL SEPTUMDA DEV LOBÜLER KAPİLLER

HEMANJİOM

GIANT LOBULAR CAPILLARY HEMANGIOMA OF THE NASAL SEPTUM

SAYI

1

CILT

2

Bayram A¹, Akay E², Kaya A¹, Kalkan M¹, Özcan İ¹

¹KBB Kliniği, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Kayseri, Türkiye
²Patoloji Kliniği, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Kayseri, Türkiye

Bayram A, Akay E, Kaya A, Kalkan M, Özcan İ. Nazal septumda dev lobüler kapiller hemanjiom. ISJMS 2016;2(1):14-16.

ABSTRACT

A lobular capillary hemangioma originated from nasal septum presented in a 17-year-old male patient. A 2x1.5 cm lobular capillary hemangioma which was filling the right anterior nasal cavity was excised with cold knife and electrocautery. The treatment of giant lobular capillary hemangioma filling the nasal cavity is possible with the accurate determination of the origin of the mass and excision with negative surgical margins.

Key Words: Hemangioma, Lobular capillary, Nasal septum, Nasal obstruction

ÖZET

Burada, 17 yaşında erkek hastada, nazal septumdan kaynaklanan bir lobüler kapiller hemanjiom (LKH) olgusu sunulmuştur. Sağ nazal pasaj anteriorunu dolduran 2x1.5 cm boyutlarında LKH soğuk bıçak ve elektrokoter kullanılarak eksize edildi. Nazal kaviteyi dolduran dev LKH'ların tedavisi, kitlenin kaynaklandığı bölgenin doğru tespiti ve sağlam cerrahi sınırla eksizyonu ile mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiom, Lobüler kapiller, Nazal septum, Nazal obstrüksiyon

Geliş Tarihi:11 Kasım 2015

Kabul Edildiği Tarih:22 Kasım 2015

Giriş

Lobüler kapiller hemanjiomlar (LKH), hızlı büyüyen, fibrovasküler benign lezyonlardır (1). Fizik muayenede genellikle kırmızı renkli, üzeri ülserle, kanamalı, birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında boyutlara ulaşabilen, saplı veya sapsız kitle olarak gözlenirler. En fazla üçüncü dekatta görülmekle beraber tüm yaşlarda ortaya çıkabilir ve kadınlarda daha fazla izlenmektedir (2).

Bukkal mukozaya, gingiva, dudaklar ve dil LKH'un en fazla görüldüğü bölgelerdir (3). Nazal kavitede LKH'lar nadiren görülürler (4-7). Burada, 17 yaşında erkek hastada, nazal septumdan kaynaklanan bir LKH olgusu sunulmuştur.

Sorumlu Yazar: Dr. Ali Bayram
KBB Kliniği, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi,
Kayseri, Türkiye
Email: dralibayram@gmail.com

Olgu Sunumu

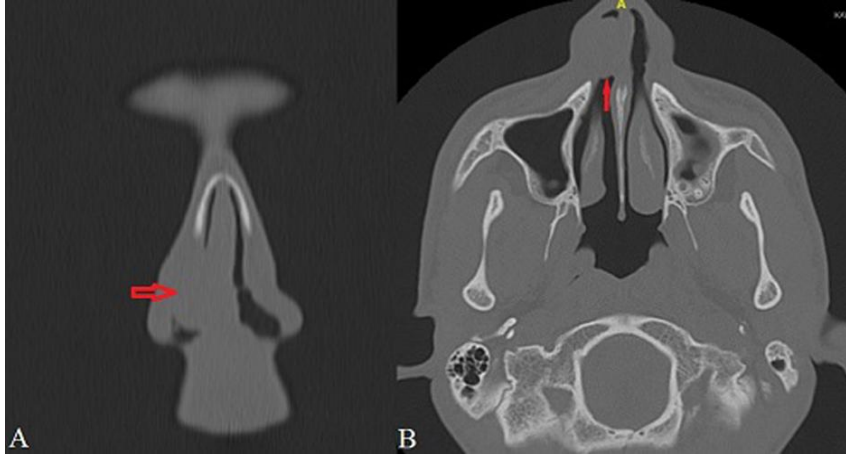
On yedi yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden burun tıkanıklığı ve aralıklı olarak devam eden burun kanaması şikayeti ile başvurdu. Hastanın burun muayenesinde, sağ nazal pasaj anteriorunu dolduran, bordo renkli ve yer yer kanamalı alanlar içeren kitle tespit edildi. Endoskopik muayenede kitlenin orta konka ön sınırına kadar uzandığı görüldü.

Paranasal bilgisayarlı tomografide, sağ nazal kavite anteriorunu dolduran, düzgün kontürlü, yumuşak doku dansitesinde lezyon izlendi (Resim 1). Bu bulgularla hastaya genel anestezi altında total kitle eksizyonu planlandı.

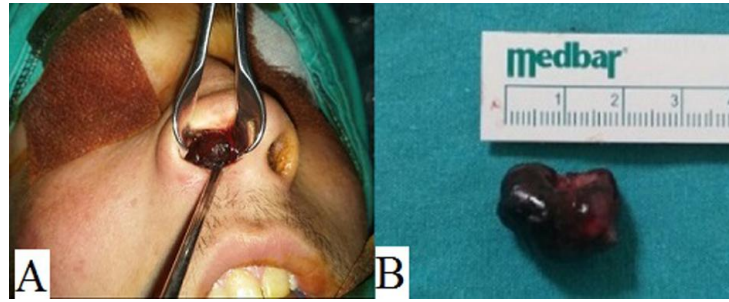
Nazal vestibülün yaklaşık bir cm gerisinde süperiorde yaklaşık 3x3 mm'lik bir alandan kaynaklanan yaklaşık 2x1.5 cm boyutlarında kitle yaklaşık 5 mm sağlam sınırla elektrokoter ve soğuk bıçak kullanılarak eksize edildi (Resim 2).

Kitlenin histopatolojik incelemesi LKH olarak rapor edildi (Resim 3). Hastanın kliniğimizde yapılan bir yıllık takiplerinde

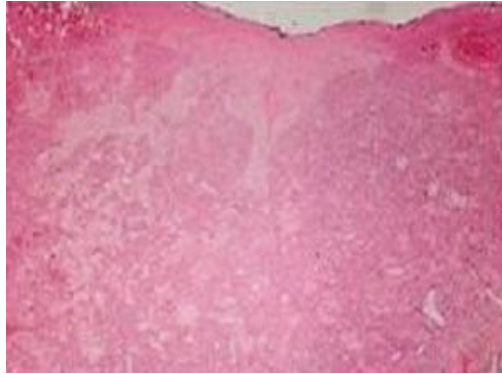
rezidü ya da nüks bulgusuna rastlanmadı.



Resim 1: Sağ nazal kavite anteriorunu dolduran yumuşak doku dansitesindeki kitle (kırmızı ok)
A.Koronal BT incelemesi B. Aksiyal BT incelemesi.



Resim 2: A. Sağ nazal pasajı kapatan kitle görülmekte B. Çıkarılan kitlenin makroskopik görünümü.



Resim 3: Yüzeği ülserle, stroması ödemli ve hemorajik dokuda proliferen kapiller damarların lobulasyon şeklinde dizilimi görülmekte (HEx40).

Tartışma

LKH ciltte ve mukoz membranlarda görülen benign bir vasküler tümördür. Genellikle enfekte alanların komşuluğunda görüldüğünden piyojenik granülom olarak da adlandırılmıştır. LKH gelişme mekanizması henüz tam olarak belirlenememiştir. Patogenezinde hormonal faktörler, travma, viral onkojenler, mikroskobik arteriovenöz malformasyonlar, damarsal büyüme faktörleri suçlanmıştır (2).

Nazal LKH'lar genellikle septum, konkalar ya da maksiller sinüsten kaynaklanır (4). Epistaksis, burun tıkanıklığı, rinore, baş ve yüzde ağrı en sık görülen semptomlardır. LKH anterior nazal kavitede saptandığında tanısı genellikle anterior rinoskopi ile bazen de endoskopi ile konulabilir. Bu lezyonlar genellikle 10 mm'den küçük, kırmızı renkli lezyonlardır ve sıklıkla nazal kavite anteriorunda saptanırlar (5, 6).

Olgumuzda, septum antero-süperiorundan gelişen, burun tıkanıklığı ve epistaksise neden olan, bordo-kırmızı renkte, sağ nazal pasajı anteriorda tıkayan ancak çevre dokularda destrüksiyona neden olmayan kitle mevcuttu.

LKH'lar bilgisayarlı tomografi incelemesinde, iyi sınırlı, yoğun kontrast tutulumu gösteren, yumuşak doku dansitesinde kitle olarak saptanırlar. Nadiren de olsa kitle ile beraber kemik destrüksiyonu gözlenebilir. Manyetik rezonans görüntüleme de, postgadolinum yoğun kontrastlanan, T1 ağırlıklı kesitlerde orta, T2 ağırlıklı kesitlerde heterojen sinyal gösteren lezyonlar olarak ortaya çıkarlar (8). LKH'ların histopatolojik incelemesinde, fibromiksoid stroma içinde polipoid, eksofitik ve lobüler kapiller proliferasyonlar gözlenir. Lobüller; geniş damarlar ve küçük çaplı kapillerden oluşur ve üzerindeki epitel genelde ülser veya atrofik görünümdedir (4, 7). LKH'ların ayırıcı tanısında sarkoidozis, Wegener granülomatozu, sinonazal papillomlar, hemanjioperisitoma, osteoma, yassı hücreli karsinom, esteziyonöroblastom, anjiosarkom ve yabancı cisimler düşünülmelidir (4).

Nazal LKH'ların tedavisinde cerrahi eksizyon önerilmektedir. Eksizyon için elektrokoagülasyon, kriyoterapi, lazer ve embolizasyon sonrasında eksizyonel cerrahi önerilmektedir. Nazal LKH'ların cerrahi eksizyonu sonrası rekürrens nadir de olsa görülmektedir (4). Burada sunulan olguda, kitle soğuk bıçak ve elektrokoter yardımıyla total eksize edildi ve hastanın bir yıllık takiplerinde nüks ya da rezidü bulgusuna rastlanmadı. Nazal LKH'lar benign karakterli, ancak kitle içerisinde oluşabilen hemoraji odakları nedeniyle hızlı büyüme gösterebilen nadir burun kitleleridir. Nazal kaviteyi doldurarak dev boyutlara ulaşabilen LKH'ların tedavisi, kitlenin kaynaklandığı bölgenin doğru tespiti ve sağlam cerrahi sınırla eksizyonu ile mümkündür.

Kaynakça ve Notlar

1. Akyol MU, Yalciner EG, Doğan AI. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma) of the tongue. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;58:239-41.
2. Ozcan C, Apa DD, Görür K. Pediatric lobular capillary hemangioma of the nasal cavity. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261:449-51.
3. Pagliai KA, Cohen BA. Pyogenic granuloma in children. *Pediatr Dermatol* 2004;21:10-3.
4. Miller FR, D'Agostino MA, Schlack K. Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 783-4.
5. Puxeddu R, Berlucchi M, Ledda GP, Parodo G, Farina D, Nicolai P. Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity: a retrospective study on 40 patients. *Am J Rhinol* 2006; 20: 480-4.
6. Bhattacharyya N, Wenokur RK, Goodman ML. Endoscopic excision of a giant pyogenic granuloma of the nasal cavity caused by nasal packing. *Rhinology* 1997; 35: 44-5.
7. El-Sayed Y, Al-Serhani A. Lobular capillary haemangioma (pyogenic granuloma) of the nose. *J Laryngol Otol* 1997;111:941-5.
8. Patil P, Singla S, Mane R, Jagdeesh KS. Nasal Lobular Capillary Hemangioma. *J Clin Imaging Sci* 2013 Sep 30;3:40.

Çıkar Çatışması

Hiç bir yazarın açıklayacağı finansal ilişkisi veya beyanı yoktur.