Olgu Sunumu /Case Report

Ege Tıp Dergisi/ Ege Journal of Medicine 2026; 65 (3):603-607

Alt konkadan gelişen nadir görülen nazal mukoza kaynaklı adenokarsinoma

A rare case of adenocarcinoma of the nasal mucosa arising from the inferior turbinate

Ahmet Aksoy[1] Barış Şapcı[2] Fikret Özdil[3]

[1]Cumhuriyet Universitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas-Türkiye

[2]Sivas Devlet Hastanesi, Sivas-Türkiye

[3] Kilis Devlet Hastanesi, Kilis-Türkiye

ÖZ

Burun tıkanıklığı, nazal kitlelere bağlı olarak gelişebilen bir semptomdur. Bu olgu sunumu, alt konka kaynaklı nadir bir patolojiye odaklanmaktadır. Uzun süredir tek taraflı burun tıkanıklığı ve epistaksis şikâyeti olan 43 yaşında bir kadın hastada görülen sinonazal düşük dereceli intestinal olmayan tipte alt konka adenokarsinomunun ayırıcı tanısı, tedavisi ve takibi tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Alt konka, burun tıkanıklığı, adenokarsinom, epistaksis

ABSTRACT

Nasal obstruction is a common condition caused by enlargement of the inferior turbinates. This report focuses on a rare pathology that contributes to this enlargement. The differential diagnosis, treatment, and follow-up of sinonasal low-grade non-intestinal-type adenocarcinoma of the inferior turbinate in a 43-year-old woman with long-standing unilateral nasal obstruction and epistaxis are discussed.

Keywords: *İnferior turbinate, nasal obstruction, adenocarcinoma, epistaxis*

GİRİŞ

Alt konka kaynaklı burun tıkanıklığı kulak burun boğaz kliniklerinde sık görülen bir başvuru sebebidir. Alt konkalar, rinoskopi ve endoskopi ile hızlı ve ayrıntılı olarak değerlendirilen internal nazal valvi etkileyebilen bir yapıdır. Alt konka hastalıklarının çoğu iyi huylu olsa da klinikte kötü huylu patoloji de görülebilir. Etiyolojide enfeksiyöz, inflamatuar, vasküler ve neoplastik süreçler rol oynamaktadır. Semptomlar hastalığın seyrine göre değişiklik gösterir (1). Lezyonun boyutuna veya alt konka durumuna bağlı olarak asemptomatik olabilir veya burun tıkanıklığı, rinore, epistaksis ve koku alma bozukluğu gibi semptomlara yol açabilir (1,2).

Paranazal sinüs ve nazal kavite kanserleri, baş ve boyun kanserlerine göre daha az yaygındır. En yaygın formu skuamöz hücreli karsinom iken, adenokarsinom daha az görülür.

Adenokarsinomlar, odun ve toz parçacıklarına maruz kalan meslek grupları arasında daha yaygındır (3). Adenokarsinomlar, intestinal adenokarsinoma ve non-intestinal adenokarsinoma olarak ikiye ayrılabilir. İntestinal olmayanlar, gözlemlenen spesifik histopatolojik örüntülere göre düşük gradeli ve yüksek gradeli olarak alt gruplara ayrılabilir. Düşük gradeli non-intestinal hastalar, yüksek gradeli hastalara kıyasla daha düşük metastaz riskiyle daha olumlu bir prognoza sahiptir (3, 4). Adenokarsinomlar tipik olarak maksiller sinüs, nazal kavite ve etmoid sinüs kaynaklı olabilir (5). Ahşap tozu ve partikül maddeye maruz kalma gibi çevresel risk faktörlerinin düşük gradeli non-intestinal adenokarsinoma (DG n-İAK) gelişiminde rol oynamadığı gösterilmiştir (3).

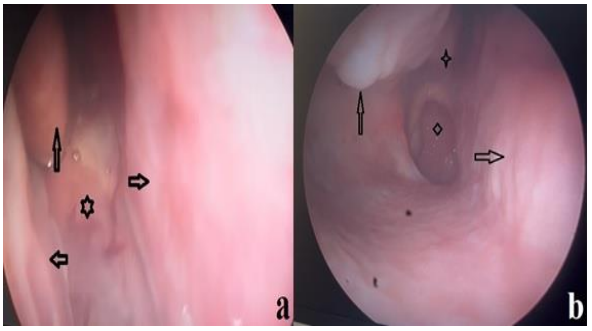
Sorumlu yazar: Barış Şapcı
Sivas Devlet Hastanesi, Sivas-Türkiye
E-posta: *barissapci@cumhuriyet.edu.tr*
Başvuru tarihi: 07.02.2026 Kabul tarihi: 20.04.2026

Bilgilendirilmiş Onam: Hasta, verilerinin ve fotoğraflarının yayınlanmasına ilişkin bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve olgu sunumunun yayınlanmasına onay vermiştir.

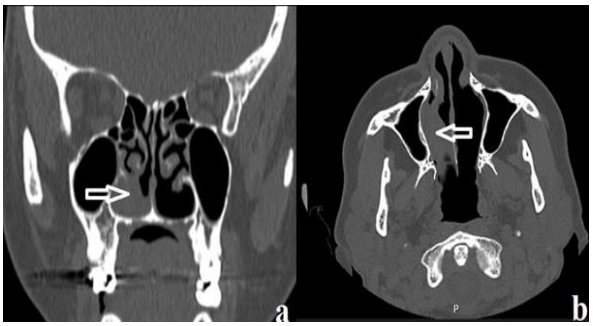
OLGU SUNUMU

Yaklaşık iki yıldır sağ taraflı burun tıkanıklığı ve burun akıntısı şikâyeti geçmeyen, paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi (PNSBT) sonrası tanı amaçlı sağ alt konkadan iki kez tanısal biyopsi yapılmış olan, ancak tanı konulamayan 43 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ tarafta giderek kötüleşen burun tıkanıklığı, geniz akıntısı ve ara sıra olan burun kanaması şikâyetleri vardı. Kronik hastalık öyküsü, odun ve toza maruz kalma ve olumsuz yaşam tarzı alışkanlıkları yoktu.

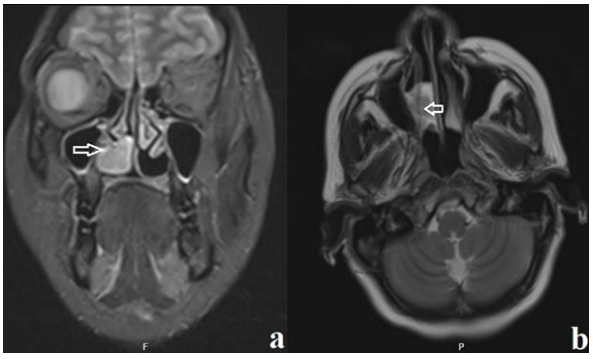
Detaylı kulak burun boğaz ve baş boyun muayenesi, anterior rinoskopi ve endoskopik burun muayenesinde sağ alt konkadan kaynaklanan ve septum ile alt konka arasından koanaya kadar uzanan mukoza benzeri renkte polipoid lezyon mevcuttu (Şekil-1a). Yapılan görüntülemelerinde; PNSBT'de sağ inferior konkadan kaynaklanan yumuşak doku dansitesinde, nazal pasajı oblitere eden bir kitle izlenmiştir. Kemik yapılarda kortikal destrüksiyon ya da erozyon saptanmamıştır. Düşük dereceli non-intestinal tip adenokarsinomlar, glandüler diferansiyasyon ve müsin içeriğine bağlı olarak fasiyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de genellikle T1 ağırlıklı sekanslarda izointens, T2 ağırlıklı sekanslarda ise hiperintens görünüm sergilemektedir. Kontrast sonrası orta derecede heterojen kontrastlanma paterni izlenebilir. Düşük proliferatif indeksli olgularda nekroz ve agresif kemik invazyonu genellikle erken dönemde beklenmez. Maksiller sinüs, orbita ve kafa tabanına uzanım ya da komşu yapılara invazyon bulgusu saptanmamıştır (Şekil-2-3). Cerrahi eksizyonu planlandı. Kitle genel anestezi altında endoskopik olarak çıkarıldı. Sağ alt konkanın sadece ön 1/3'lük kısmı bırakıldı ve geri kalanı kitleyle birlikte tamamen çıkarıldı. Ameliyat sonrası 4. ayda yapılan endoskopik muayenede, sağ burun deliğinde tekrarlayan lezyon görülmedi (Şekil-1b). Cerrahi müdahale sonrası spesmenin histopatolojik incelemesinde; tek katlı, üniform kolumnar epitelyal hücrelerden oluşan, sırt sırta tübüler ve papiller yapılar oluşturan bir neoplazi izlenmiştir. Tümör hücrelerinde eozinofilik sitoplazma ve bazal yerleşimli çekirdekler dikkati çekmiş; mitoz ve nekroz saptanmamıştır. İmmünohistokimyasal incelemede tümör hücreleri CK7 ile fokal pozitif, CK20, CDX2, S100, p16, TTF-1 ve p53 ile negatif bulunmuştur. Ki-67 proliferasyon indeksi %2–3 olarak değerlendirilmiştir. Histokimyasal incelemede müsin pozitifliği saptanmıştır. Bulgular sinonazal DG n-İAK tanısını desteklemiş olup tanı bir diğer üst düzey üçüncü basamak bir merkezde yapılan konsültasyon ile doğrulanmıştır. Hastaya cerrahi sonrası takip önerildi. Kontrol PNSBT ve eş zamanlı olarak yüz MRG çekildi. Görüntüleme ve muayenesinde rezidüel veya tekrarlayan lezyon izlenmedi (Şekil-4). Hastanın yaklaşık bir yıldır kliniğimizde takipleri devam etmekte olup, bugüne kadar herhangi bir rinolojik semptom veya nüks gözlenmemiştir. Hasta, tekrarlayan burun akıntısı ve kanama şikâyetlerinin ameliyat sonrası düzeldiğini ve tedaviden fayda gördüğünü belirtmiştir. Olgu, multidisipliner tümör konseyinde değerlendirilmiştir. Yapılan tüm vücut görüntülemelerinde metastatik hastalık ya da ikinci primer tümör saptanmamıştır. Cerrahi sınırların negatif olduğu raporlanmıştır. Düşük dereceli histoloji, nodal veya uzak metastaz bulgusu olmaması ve tam cerrahi rezeksiyon sağlanmış olması nedeniyle adjuvan radyoterapi veya kemoterapi önerilmemiştir. Tümör, Amerikan Kanser Ortak Komitesi (American Joint Committee on Cancer, AJCC) tarafından yayımlanan 8. Baskı TNM nazal kavite evreleme sistemine göre klinik olarak cT1N0M0 evresinde değerlendirilmiştir.



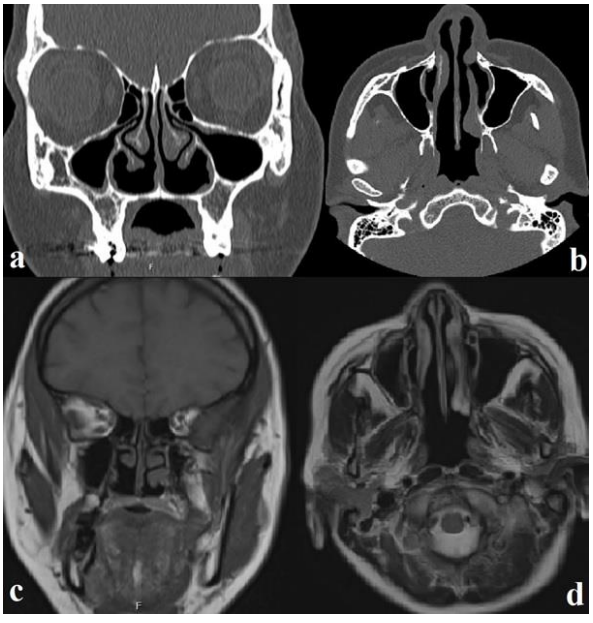
Şekil-1. Sağ nazal pasajdaki kitlenin ameliyat öncesi endoskopik muayenesi **[a, (⇦ alt konka, ⇧ orta konka, ⇨ nazal septum, ☆ intranazal kitle)]**, Sağ nazal pasajdaki kitlenin ameliyat sonrası endoskopik muayenesi **[b, (⇧ alt konka, ⇨ nazal septum, ✧orta konka, ◇ nazofarenks)]**



Şekil-2. Paranazal sinüslerin bilgisayarlı tomografisinin (PNSCT) koronal (a) ve aksiyel (b) kesitlerinde, sağ alt konkadan kaynaklanan ve nazal pasajı tıkayan bir kitlenin (beyaz ok) varlığı görülmektedir.



Şekil-3. Koronal (a) ve aksiyel (b) görünümlerdeki T2 ağırlıklı MR görüntüleri, sağ alt konkadan kaynaklanan ve nazal pasajda tıkanıklığa yol açan bir kitleyi (beyaz okla gösterilmiştir) göstermektedir.



Şekil-4. Ameliyattan dört ay sonra, koronal (a) ve aksiyel (b) paranazal sinüs BT (PNSBT) ve intravenöz kontrast madde uygulandıktan sonra koronal (c) ve aksiyel (d) T2 ağırlıklı PNS MRI'da nüks veya rezidüel lezyonlara dair bir kanıt görülmedi.

Zaman Çizelgesi:

- 23.05.2023 Lokal anestezi altında Punch Biyopsi
- 21.11.2023 Endoskopik nazal cerrahi (alt konkanın arka 2/3 kısmının total eksizyonu)
- 08.12.2023 Histopatolojik rapor sonucu
- 19.01.2024 Kontrol PNSBT ve MR raporlarında herhangi bir patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA

Literatürde inferior konka kaynaklı lezyonların klinik serilerinde benign patolojilerin daha sık bildirildiği belirtilmektedir (2,6). Nitekim 34 hastalık bir retrospektif seride lezyonların %67.6'sının benign, %32.4'ünün malign olduğu gösterilmiş; benign grupta en sık hemangiom saptanırken, diğer benign lezyonlar inverted papillom, skuamöz papillom ve soliter fibröz tümör olarak bildirilmiştir. Malign grupta ise en sık non-Hodgkin lenfoma görülmüş, bunu skuamöz hücreli karsinom, melanom ve undiferansiye karsinom izlemiştir. Olguların büyük çoğunluğu unilateral yerleşimli olup en sık başvuru semptomu nazal obstrüksiyondur. Bu bulgular, inferior konka kaynaklı kitlelerin çoğunlukla benign karakterli olduğunu, ancak klinik benzerlikler nedeniyle malignitelerin ayırıcı tanıda mutlaka dışlanması gerektiğini göstermektedir (2). Sinonazal düşük gradeli non-intestinal adenokarsinoma, alt konka gibi atipik yerlerden köken alabilen nadir görülen bir malignitedir. Sinonazal maligniteler tüm kanserlerin %1'inden azını oluşturur ve adenokarsinomlar tipik olarak maksiller veya etmoid sinüslerden veya nazal pasajdan kaynaklanır. Alt konkadan kaynaklanan tümörler son derece nadirdir ve yavaş büyüme paternleri yanında, iyi huylu lezyonlara histopatolojik benzerlikleri nedeniyle tanısı zorlaşmaktadır (1-3). Hasta, geçmeyen tek taraflı burun tıkanıklığı ve epizodik epistaksislere rağmen iki yıllık uzun bir sürede tanı alamamıştır. Daha önce yapılan iki biyopside elde edilen kesin olmayan sonuçlar, nadir malignitelerde küçük örneklemli histopatolojik değerlendirmenin zorluklarını yansıtmaktadır. Bu durum DG n-İAK'ların klinik ve histolojik olarak iyi huylu burun lezyonlarını taklit ettiğine dair önceki raporlarla uyumludur (4,5). Geçmeyen nazal semptomlarda yanlış tanıları önlemek için kapsamlı tanı protokolleri kullanılmalıdır. PNSCT ve MR gibi gelişmiş görüntüleme yöntemleri, tümörlerin kesin yerini ve yaygınlığını belirlemede etkilidir.

Görüntüleme bulguları, özellikle tümör ile bitişik anatomik yapılar arasındaki ilişkiyi değerlendirerek cerrahi planlama için kritik bilgiler sağlar (7,8). Histopatolojik değerlendirme sonucunda; minimal nükleer pleomorfizm ve düşük mitotik aktivite ile seyreden, iyi diferansiye glandüler yapılarla karakterize DG n-İAK tanısı doğrulanmıştır. Literatürde yer alan geniş ölçekli retrospektif seriler, düşük dereceli tümörlerin yüksek dereceli varyantlara kıyasla daha yavaş progresyon gösteren, nispeten daha indolent bir klinik seyirle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (5,7,9,10).

Uygun hasta seçiminin sağlandığı olgularda endoskopik rezeksiyonun güvenli ve etkili bir cerrahi yaklaşım olduğu gösterilmiştir. Bu yöntem, tümörün tam eksizyonuna olanak tanırken nazal ve paranazal sinüs fonksiyonlarının korunmasını mümkün kılmaktadır (3,7). Bu vakada tümör başarıyla rezeke edilmiş ve bir yıllık takipte nüks gözlenmemiştir. Ancak, özellikle ameliyat sonrası ilk yıllarda geç nüks riski nedeniyle uzun süreli takip şarttır. Düşük metastatik potansiyeline rağmen, sağaltımı optimize etmek için dikkatli takip gereklidir. İntestinal adenokarsinomların aksine, DG n-İAK' nın ahşap tozu veya tütün kullanımı gibi mesleki maruziyetlerle kanıtlanmış bir ilişkisi yoktur. Tanımlanabilir risk faktörlerinin eksikliği, geçmeyen tek taraflı nazal semptomlara dair klinik şüphenin önemini vurgulamaktadır (5,8). IDH2 mutasyonları ve SWI/SNF ile ilişkili belirteçler üzerine yapılan çalışmalar da dahil olmak üzere moleküler patolojideki son gelişmeler, sinonazal adenokarsinomların tümör oluşumuna dair öngörüler sağlayarak potansiyel olarak hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarının önünü açmıştır (10). Nadir görülmeleri nedeniyle, DG n-İAK'ların tanı ve tedaviye yönelik en uygun yaklaşımın multidisipliner bir konsey çerçevesinde planlanması gereklidir. Bu bağlamda karar süreci; klinik, radyolojik ve histopatolojik verilerin bütüncül ve entegre bir yaklaşımla değerlendirilmesine dayanmalıdır (1,7). Bu vaka, atipik bölgelerden kaynaklanan sinonazal adenokarsinomlar hakkındaki büyüyen literatüre katkıda bulunarak erken tanı ve kapsamlı hasta yönetimi ihtiyacını vurgulamaktadır. Bununla birlikte, yaklaşık bir yıllık takip süresi uzun dönem nüks ve sağkalım sonuçlarını değerlendirmek açısından önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Sinonazal adenokarsinomlarda geç dönem rekürrens olasılığı göz önünde bulundurularak daha uzun süreli takip gereklidir. Literatürde inferior konka kaynaklı non-intestinal tip sinonazal adenokarsinom olguları son derece sınırlı sayıda bildirilmiştir ve mevcut yayınların büyük çoğunluğu tekil olgu sunumları düzeyindedir (3,4,9). Geniş retrospektif serilerde adenokarsinomların çoğunlukla maksiller sinüs ve etmoid hücrelerden köken aldığı, inferior konka yerleşiminin ise istisnai düzeyde kaldığı vurgulanmaktadır (5,7). Bu yönüyle sunulan olgu, anatomik lokalizasyon açısından literatürde nadir bildirilen bir yerleşimi temsil etmektedir. Ayrıca olgumuzda iki ayrı biyopsiye rağmen tanı konulamamış olması, DG n-İAK'ların benign polipoid lezyonları taklit edebilme özelliğini ve küçük örneklemli biyopsilerde tanısal güçlükleri göstermesi açısından öğreticidir. Bunun yanında erken evrede saptanması, kemik invazyonunun olmaması ve cerrahi sınırların negatif olması nedeniyle adjuvan tedavi gereksinimi olmadan yönetilebilmiş olması da klinik açıdan dikkat çekici bir özelliktir. Gelecekteki araştırmalar, erken teşhisi iyileştirmek ve bu nadir maligniteler için yeni tedavi stratejileri geliştirmek amacıyla moleküler yolların aydınlatılmasına odaklanmalıdır.

SONUÇ

Bu olgu, geleneksel risk faktörleri olmasa bile, inatçı burun tıkanıklığı ve epistaksisli hastalarda malignite şüphesinin yüksek tutulmasının önemini vurgulamaktadır. Alt konka kaynaklı DG n-İAK'nın nadir görülmesi göz önüne alındığında, doğru tanı ve etkili tedavi sağlamak için kulak burun boğaz uzmanları, radyologlar ve patologların yer aldığı multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Bu nadir ancak önemli patolojinin yönetimi için takip sırasında her zaman dikkatli olmak kritik öneme sahiptir. Alt konka gibi atipik bölgelerden kaynaklanan nadir sinonazal adenokarsinomlu hastalarda olumlu sonuçlar elde etmek için erken tanı ve kapsamlı tedavi stratejileri esastır.

Çıkar Çatışması: Yazarların beyan edecekleri herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Goldfarb JM, Goldfarb D, Rosen MR. Update on nonmalignant lesions of the inferior turbinate. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;25(1):69-72. doi:10.1097/MOO.0000000000000325.
2. Wang Q, Xiao S, Qin Y: Tumors originated from the inferior nasal turbinates: clinical features in 34 patients. J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2014, 28:1050-2
3. Alrodiman OA, Alwadi FA, Almahdi M, Pharaon M. Low-grade sinonasal non-intestinal-type adenocarcinoma: A rare case report and literature review. J Surg Case Rep. 2023;2023(12):rjad646. doi:10.1093/jscr/rjad646.
4. Mizoguchi Y, Tanaka S, Kikuchi S. A Case of Sinonasal Low-Grade Nonintestinal Adenocarcinoma That Was Difficult to Diagnose Preoperatively. Int J Pract Otolaryngol. 2023;6(01):e31-e37. doi:10.1055/s-0043-1777428.
5. Yue C, Piao Y, Bai Y, Liu H, Zhang L. Sinonasal low-grade non-intestinal-type adenocarcinoma: A retrospective analysis and literature review. Ann Diagn Pathol. 2021;52:151709. doi:10.1016/j.anndiagpath.2021.151709.
6. Natsiopoulou O, Riga D, Giotakis EI, Giotakis AI. Bilateral Polypoid Degeneration of the Inferior Turbinates Mimicking Intranasal Neoplasia: A Case Report. Cureus. 2025;17(8):e89739. Published 2025 Aug 10. doi:10.7759/cureus.89739
7. Bignami M, Lepera D, Volpi L, et al. Sinonasal Non-Intestinal-Type Adenocarcinoma: A Retrospective Review of 22 Patients. World Neurosurg. 2018;120:e962-e969. doi:10.1016/j.wneu.2018.08.201
8. Weinreb, I. Low Grade Glandular Lesions of the Sinonasal Tract: A Focused Review. Head and Neck Pathol. 2010, 4: 77–83.doi.org/10.1007/s12105-009-0159-5
9. Alfadley AF, Alhajlah A, AlOsaimi N, Al-Otaibi SS, Dababo MA, Alokby G. Low-Grade Non-intestinal Type Sinonasal Adenocarcinoma: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(10):e70774. Published 2024 Oct 3. doi:10.7759/cureus.70774
10. Rooper LM, Thompson LDR, Gagan J, et al. Low-grade non-intestinal-type sinonasal adenocarcinoma: a histologically distinctive but molecularly heterogeneous entity. Mod Pathol. 2022;35(9):1160-1167. doi:10.1038/s41379-022-01068-w