

Inverted papillomda farklı cerrahi yaklaşımlar

Tanju GÖKÇEER (*), Adil ÇINAR AKKAYNAK (**), Sema ZER TOROS (***),
Hülya KAHVE NOSHARİ (****), Atılay YAYLACI (*****), Osman KARAASLAN (*****)

SUMMARY

Inverted papilloma and new surgical approaches

Inverted papilloma is a benign tumor of the nasal cavity and paranasal sinuses. Its recurrence rate is frequently evaluated in literature and new surgical approaches are performed to decrease this rate. In this paper, two patients (2 males) with inverted papilloma are presented. Their ages are 67 and 57 years. We performed medial maxillectomy and anterior posterior ethmoidectomy by lateral rhinotomy and midfacial degloving approaches due to wide extension of the tumor. No recurrences were detected in the regular clinical and radiological controls.

Key words: Inverted papilloma, surgical approach

Anahtar kelimeler: İverted papillom, cerrahi yaklaşım

İverted papillom burun ve paranasal sinüslerin nadir görülen selim bir tümörüdür (1,2). İverted papillom terimi, histolojik olarak burun ve paranasal sinüs epitelinin altındaki stromaya doğru invazyonunu tanımlar (3-6). Histolojik olarak selim tümör olmasına rağmen lokal agresifliği, nüks eğilimi ve habisleşme potansiyeli mevcuttur. Hastalığın nüks riski tümörün cerrahi olarak tam eksize edilmemesine bağlıdır (3,6).

İverted papillom çoğunlukla lateral nazal duvardan kaynaklanır. Etmoid sinüs, maksiller sinüs ve septum diğer gelişim yerleridir (1-4,6,7). İverted papillom genelde tek taraflı görülür, ancak literatürde % 4 iki taraflı olgu sunulmuştur. Lezyonun iki taraflı ve çok merkezli olması, komşu mukozaya yaptığı metaplazi ve yayılımına bağlıdır (3).

İverted papillomlu hastalarda en sık izlenen şikayet tek taraflı burun tıkanıklığıdır. Bununla birlikte, hastalarda burun kanaması, burun akıntısı, proptosis, infra orbital

hipoestezi, yüzde ödem ve epifora izlenir (1,3,5,7-9). Bütün yaş gruplarında görülmesine rağmen en sık 5-7 dekadlar arasındadır. Erkeklerde kadınlardan 3 ile 5 kat daha siktir (1,4). Etiyolojisinde kronik inflamasyon, alerji, viral infeksiyon ve çevresel karsinojenlerin yer aldığı düşünülür. Ancak, bu faktörlerle kesin ilişkisi saptanmamıştır (1,6,7,9).

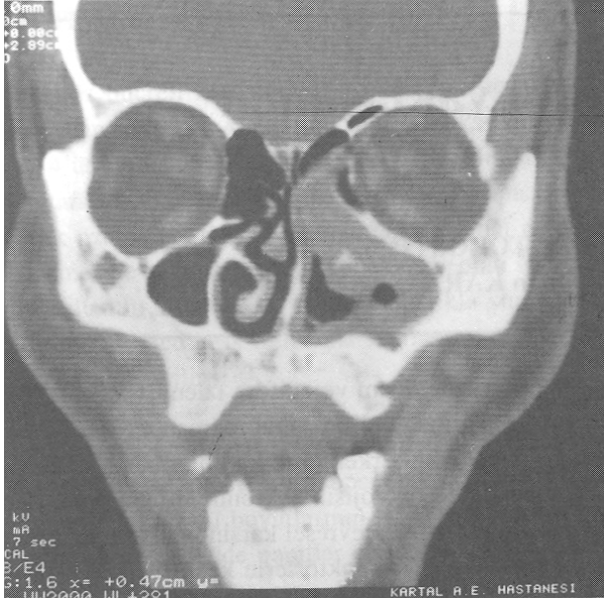
İverted papillom klinikte nazal poliplerle karışır. Tek taraflı görülen nazal poliplerde inverted papillom ayırıcı tanıda düşünölmelidir. Makroskopik olarak poliplere göre daha vasköler düzgün sınırlı translüsent olmayan polipoid kitlelerdir. Mikroskopik olarak neoplastik epitelin içeriye doğru yayıldığı görülür. Poliplerde epitel dışarıya doğru yayılmıştır ve mikroskopilerinde görülen eozinofiliyle stromal ödem inverted papillomda görülmez (1).

Kliniğimizde inverted papillom tanısı ile opere ettiğimiz iki olguyu sunduk.

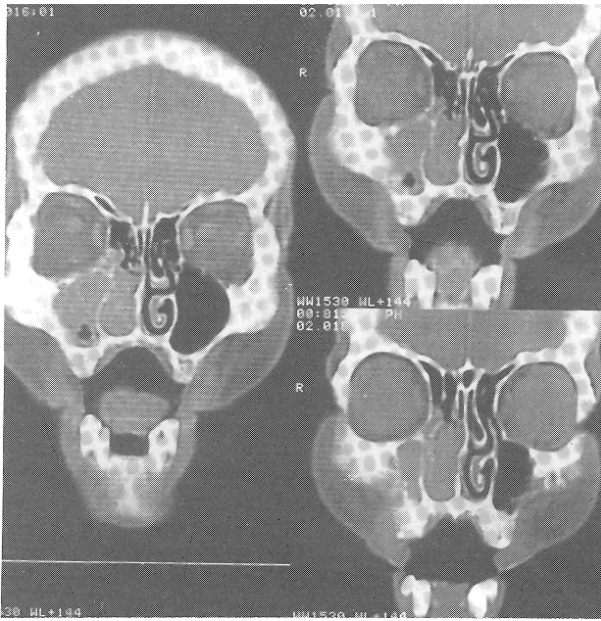
OLGULAR

Olgu 1: 57 yaşında erkek hasta, sol burun pasaj tıkanıklığı ve zaman zaman tekrarlayan yüz ve frontal baş ağrıları şikayeleriyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede, sol lateral nazal duvardan köken alan ve kaviteyi dolduran pembe polipoid kitle tespit edildi. Endoskopi yolla alınan biyopsi inverted papillom olarak bildirildi. Paranasal sinüs tomografisinde sfenoid sinüs hariç sol nazal kaviteyi doldurup maksiller ve etmoid sinüslere uzanan kitle saptandı (Resim 1). Hastaya genel anestezi altında lateral rinotomi yoluyla medial maksillektomi ve anterior posterior etmoidektomi yapıldı. Cerrahi sonrası kitlenin yeniden histopatolojik değerlendirilmesi ile inverted papillom tanısı bir kez daha doğrulandı. Postoperatif gelişen fasial ödem 1 hafta, nazal krutlanmaysa 2 ay içerisinde düzeldi. 3 yıllık takiplerde klinik ve radyolojik olarak rekürrense rastlanmadı.

Olgu 2: 67 yaşında erkek hasta son 6 aydır burun tıkanıklığı-



Resim 1. Preop paranazal sinüs tomografisi.



Resim 2. Preop paranazal sinüs tomografisi.

nın artması koku almadaki güçlük ve tekrarlayan burun kanamaları şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Endoskopi altında kitlenin sağ lateral nazal duvardan geliştiği görüldü ve biyopsi alındı. Biyopsi sonucu inverted papillom geldi. Paranasal sinüs tomografisinde sağ nazal kavitedeki kitle maksiller ve etmoid sinüslere uzanım gösteriyordu (Resim 2). Hastaya midfasial degloving yöntemiyle medial maksillektomi ve anterior posterior etmoidektomi yapıldı. Kitlenin histopatolojik tetkikiyle inverted papillom tanısı doğrulandı. Postoperatif dönemde 2 ay süresince infraorbital bölgede parestezi ve 3 ay süren nazal krutlanma şikayetleri dışında komplikasyon görül-

medi. Sık irrigasyonlarla kavite temizliği yapıldı. 18 aylık düzenli klinik takiplerde nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

Cerrahi, inverted papillomda kabul gören tedavi seçeneğidir. Amaç, erken agresif cerrahiyle tümörün tamamen çıkarılmasıdır (8). Tümörün geniş cerrahi sınırlar bırakılarak çıkarılması ve postoperatif incelemeler için uygun görüşün sağlanması önemlidir. Lateral nazal duvarın bütün tekniklerde alınması gereklidir (8).

Literatürde birçok yazar lateral rinotomi veya midfasial degloving yaklaşımlarıyla tümörün blok halinde rezeksiyonunu önerir. Çünkü, tümör tek merkezli olmasına rağmen, yeterli çıkarılmazsa ve hastalıklı mukoza bırakılırsa çok merkezli hale dönüp nüks problemi yaşanabilir. Ameliyat sırasında oluşan kavite nüksleri erken saptamak amacıyla greft, flep veya dolgu malzemesiyle doldurulmaz (10). Bazı yazarlarsa konservatif cerrahinin yeterliliğini savunurlar. 1990 yılında endoskopların gelişmesiyle konservatif yaklaşımlar önem kazanmıştır. Burun içi yaklaşımların maksiller sinüs lateral duvar tutulumları, frontal sinüs tutulumları ve çok büyük tümörler hariç yapılabileceği belirtilmiştir. Bu şekilde opere edilen hastalarda cerrahin yeterli deneyime sahip olması önemlidir (11). Konservatif yaklaşım düşünülen hastalarda preoperatif endoskopi ve radyoloji önemlidir (1).

Her iki olgumuzda da tümör lateral nazal duvardan köken almış olup, maksiller ve etmoid sinüslere yayılmıştı. Bundan dolayı, konservatif cerrahi düşünmeyerek bir olguya lateral rinotomi diğerine midfasial degloving yöntemiyle medial maksillektomi ve anterior posterior etmoidektomi uyguladık. Oluşan kaviteye greft, flep gibi dolgu malzemesi uygulamadık. Konservatif kalmadığımız her iki olguda da 18 ay ve 3 yıllık takiplerde klinik ve radyolojik olarak nükse rastlamadık.

Lateral rinotomi 3-4 cm'den büyük, frontal, maksiller sinüs yayılımı olan, rekürren ve habaset riski olan hastalarda yapılır. Elde edilen görüş transnazal yollara göre çok daha iyidir. Ayrıca, maksiller sinüsün lateralinde elde edilen görüntü midfasial degloving gibi açık cerrahi girişimlerden de daha iyidir. Lateral rinotomi tekniğinin dezavantajı ise gelişen fasial skar dokularıdır. Bu amaçla midfasial degloving yöntemi geliştirilmiştir. Midfasial degloving tekniği ideal olarak inverted papillom, anjiyofibrom gibi selim patolojik durumlar için uygundur

(12). Lateral nazal duvar blok halinde çıkarılarak maksiller antrum ile etmoid ve gerekirse sfenoid sinüslere mükemmel ulaşım sağlanır. Lateralleşme güçlüğü nedeniyle orta hat lezyonlarında daha yaygın olarak kullanılır. Aynı insizyonla her iki tarafta uygun görüş sağlanması nedeniyle iki taraflı lezyonlarda ilk tercih olmalıdır. En büyük avantajı yüzde insizyon olmaması ve skar dokusu gelişmemesidir. Erken dönemde hematoma, ekimoz; geç dönemdeyse nadiren vestibül stenozu komplikasyonları gelişebilir (13). Ameliyattan sonra kavite tamamen epitelize oluncaya kadar krutlanma izlenir (14). İki olgumuzda da krutlanma 3 ay süreyle devam etti. Epitelizasyon oluşuncaya dek aralıklı irrigasyonlarla bu problemi ortadan kaldırdık.

KAYNAKLAR

1. Sanford R. Dolgin, Vijay D. Zaveri, Roy R. Casiano, Anthony J. Maniglia: Different Options for Treatment of Inverting Papilloma of the Nose and Paranasal Sinuses: A Report of 41 Cases Laryngoscope, 102:231-6, 1992.
2. Sefik A. Hosal, Jeremy L. Freeman: Bilateral lateral rhinotomy for resection of bilateral inverted papilloma, Otolaryngology Head And Neck Surgery, 114:103-5, 1996.
3. Joseph K. Han, Timothy L. Smith, Todd Loehrl, Robert J. Too-hill, Michelle M. Smith: An Evolution in the Management of Sinonasal Inverting Papilloma, Laryngoscope, 111:1395-00, 2001.
4. Steven Bielamowicz, Thomas C. Calcaterra, Deborah Watson: Inverting papilloma of the head and neck. The UCLA update, Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 109:71-6, 1993.
5. F. Dammann, P. Pereira, M. Laniado, P. Plinkert, H. Löwenheim, C. D. Claussen: Inverted Papilloma of the Nasal Cavity and the Paranasal Sinuses, AJR, 172:543-8, 1999.
6. Eyal Raveh, Raphael Feinmesser, Thomas Shpitzer, Eitan Yaniv, Karl Segal: Inverted Papilloma Of The Nose And Paranasal Sinuses: A Study Of 56 Cases And review Of The Literature, Isr J Med Sci, 32:1163-7, 1996.
7. Oakley Smith, Patrick Gullane: Inverting papilloma of the nose : Analysis of 48 patients, The Journal of Otolaryngology, 16:154-6, 1987.
8. Thorsten Klimek, E Atai, M. Schubert, H. Glanz: Inverted Papilloma of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses : Clinical Data , Surgical Strategy and Recurrence Rates, Acta Otolaryngol, 120:267-72, 2000.
9. M. A. Thorp, M. F. Oyarzabal-Amigo, J. H. Du Plessis, S. L. Sellars: Inverted Papilloma : A Review of 53 Cases, Laryngoscope, 111:1401-5, 2001.
10. Kazım Önal, Mustafa Zafer Uğuz, Hünkar Gökçe, Ali Deniz, Mine Tunakan: KBB İhtisas Dergisi, 9(1):66-9, 2002.
11. Nesil Keleş, Kemal Değer: Inverted Papillom tedavisinde Endoskopik Sinüs Cerrahisi, 25. Ulusal Türk Otorinoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi, Cilt:2 408-11, 1999.
12. M. Tınaz, İ. Aslan, B. Cevaşir, E. Üstündağ, D. Mirata: Midfasial Degloving Tekniği, KBB İhtisas Dergisi, 5:38-41, 1993.
13. John C. Price, Micheal J. Hollday, David W. Kennedy, Michael E. Johns, William J. Richtsmeier, Douglas E. Mattox: The Versatile Midface Degloving Approach, Laryngoscope, 98:291-5, 1998.
14. M. Önerci, T. Yılmaz: Paranasal Sinüslere ve Kafa Kaidesine Midfasial Degloving Yaklaşımı, KBB Postası, Volum:3 Sayı:2-3-4 97-100, 1994.