



Olgu Sunumu

Nazal Dorsum Yerleşimli Ekstranazofarengal Anjiofibrom: Bu Tümör İçin Nadir Bir Yerleşim

Bilge Türk,¹ Özlem Ünsal,¹ Meltem Akpınar,¹ Şermin Tülay Başak,² Berna Uslu Coşkun¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Özet

Nadir görülmesine rağmen burun kitlelerinin ayırıcı tanısında ekstranazofarengal anjiofibrom tanısı da akılda tutulmalıdır. Nazal tip ve lateral nazal bölgede yerleşimli nadir görülen bir ekstranazofarengal anjiofibrom olgusu sunduk.

Nazal tip sol tarafında kitlesi olan 43 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Burun tıkanıklığı ve burun ucunda şişlik şikayeti olan hastanın kitlesi cerrahi olarak eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu ekstranazofarengal anjiofibrom olarak raporlandı. Olgu hastaliksız olarak takip edilmektedir.

Ekstranazofarengal anjiofibromlar (ENA) nadirdirler ve klinik ve radyolojik özellikler açılarından nazofarengal anjiofibromlardan farklıdır. Dolayısıyla nadir görülmesine rağmen tek taraflı nazal kitlelerde ve dirençli epistaksis vakalarında hastanın yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Anjiofibrom; benign tümör; burun; ekstranazofarengal anjiofibrom.

Atıf için yazım şekli: "Türk B, Ünsal Ö, Akpınar M, Başak ST, Uslu Coşkun B. Extranazofaryngeal Angiofibroma Localized in the Nasal Dorsum: A Rare Location for This Tumor. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2018;52(3):229-231".

Juvenil nazofarengal anjiofibrom (JNA) histolojik olarak benign, kapsülsüz ve vasküler kaynaklı bir tümör olup, nazofarenksten gelişerek çevre dokulara tüm yönlerde yayılma eğilimi gösterir. Genellikle 7-19 yaşları arasındaki adolesan erkek hastalarda görülür ve lokal destrüksiyon yapar.^[1,2]

Ekstranazofarengal anjiofibromlar (ENA) nadirdirler ve klinik ve radyolojik özellikler açılarından nazofarengal anjiofibromlardan farklıdır; tüm yaş gruplarında ve kadınlarda görülebilirler. Daha az vaskülerdirler ve değişik bölgelerden kaynaklanabilirler. Semptomlar bulunduğu bölgeye göre farklılıklar gösterir. En sık maksiller sinüs, sonra sırasıyla etmoid sinüs ve nazal septumda görülürler. Semptomlar lokalizasyona göre değişir.^[3,4]

Bu yazıda burun tipinde ve lateral nazal bölgeye yerleşimli nadir görülen bir ekstranazofarengal anjiofibrom olgusu sunduk.

Olgu Sunumu

43 yaşında erkek hasta 7-8 aydır burun sol tarafından nefes alamama ve aynı tarafta burun ucunda birkaç aydır zamanla büyüyen şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 17 yıl önce burun travması geçirdiğini ifade eden hastanın yapılan fizik muayenesinde nazal dorsumda solda cilt altında palpe edilen, ciltte kabarıklığa yol açan yaklaşık 3x3 cm'lik kitlesel lezyon ele geliyordu. Kitlesel lezyonun solda septum ile alar kartilaj bileşkesinden

Yazışma Adresi: Bilge Türk, MD. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Turkey

Telefon: +90 532 286 82 13 **E-posta:** drbilgeturk@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 20.04.2017 **Kabul Tarihi:** 08.05.2017 **Online Yayınlanma Tarihi:** 28.09.2018

©Telif hakkı 2018 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfalthip.org

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



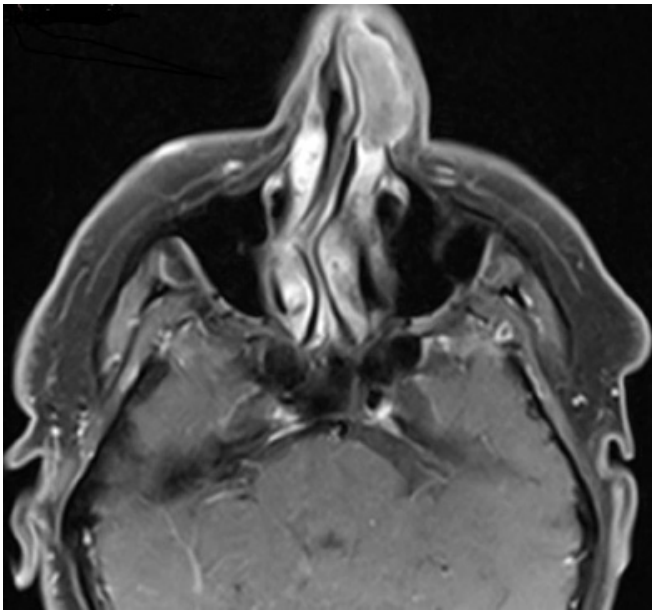
başladığı, laterale döndüğü ve alar kartilajda kabarıklığa yol açtığı, internal nazal valvi kapattığı ve nazal dorsumda solda kabarıklık şeklinde devam ettiği görüldü. Baş boyun muayenesinde solda üst juguler bölgede milimetrik lenfadenopatiler palpe edildi.

Paranasal sinüslerin manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol nazal vestibülü ve pasajı tama yakın oblitere eden, septum alar kartilajı içine alan 33x10 mm boyutlarında benign kitlesel lezyon gözlendi (Şekil 1, 2).

Boyunda bilateral sferik konfigürasyonlu lenf nodları görülmesi üzerine çekilen pozitron emisyon tomografi (PET) görüntülemesinde sol anterior nazal kaviteyi dolduran, septumu da içine alarak septumda sağa deviasyon oluşturan cilt-cilt altı doku ile lateralde kemik dokuyu invaze eden, 31x19 mm aksiyel boyutlarında malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu gösteren (SUV max: 4.3) kitlesel lezyon izlendi.

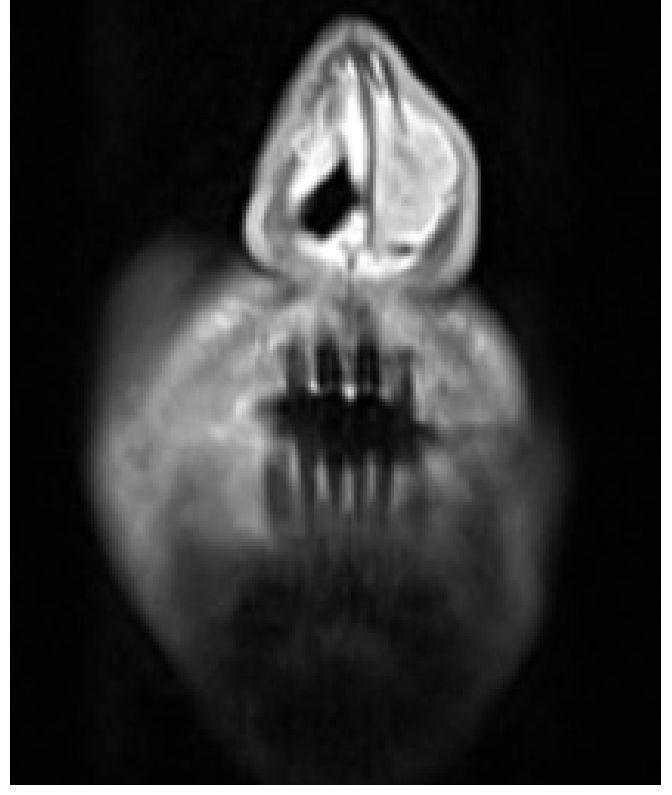
Paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde sol anterionazal pasajı tamamen oblitere eden, septumun anterior kartilaj komponentinden köken alıp eksternal naresi superiordan çevreleyerek alar loja doğru uzanan geniş yumuşak doku kitle lezyonu gözlendi.

İnce iğne aspirasyon biyopsi sonucu nondiagnostik idi. Yapılan insizyonel biyopsi tanısının fibrozis olarak tespit edilmesi üzerine genel anestezi altında kitle cerrahi olarak total eksize edildi. Operasyon sırasında kitlenin medialde nazal tip ve septuma, lateralde apertura priformise, süperiorda upper lateral kartilaj ve nazal kemiğe uzandığı, inferiorda alar kar-

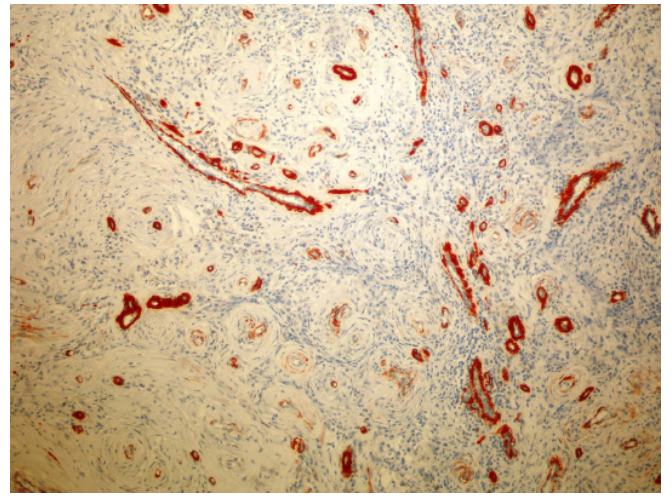


Şekil 1. Olgunun paranasal sinüs MR görüntülemesinde sol nazal vestibülü ve pasajı tama yakın oblitere eden, septum alar kartilajı içine alan 33x10 mm boyutlarında benign kitlesel lezyon, aksiyel kesit.

tilaj lateral krusunu çevrelediği gözlendi. Kitle cilt altına yerleşimli, sarı renkli ve semisolid kıvamdaydı. Histopatolojik incelemede özel CD34 immünohistokimyasal boya ile belirgin artmış vasküler yapılar gösterildi ve anjiofibrom (Şekil 3) olarak raporlandı. Olgu hastaliksız olarak izlenmektedir.



Şekil 2. Olgunun paranasal sinüs MR görüntülemesinde sol nazal kaviteyi oblitere eden kitlesel lezyonun koronal kesit bir görüntüsü.



Şekil 3. Histopatolojik incelemede zeminde belirgin ve yoğun fibröz stromadaki artmış vasküler yapılar özel CD34 immünohistokimyasal boya ile gösterilmiştir. Büyütme X100.

Tartışma

Juvenil nazofarengal anjiofibrom (JNA) nazofarenksten gelişerek çevre dokulara tüm yönlerde yayılma eğilimi gösteren, histolojik olarak benign, kapsülsüz ve vasküler kaynaklı bir tümördür. Genellikle 7-19 yaşları arasındaki adolesan erkek hastalarda görülür ve lokal destrüksiyon yapar.^[1, 2] Baş boyun kanserlerinin %0.5 lik bir bölümünü oluşturur. Asıl kaynaklandığı bölge sfenopalatin foramen arka üst kısım çevresindeki yapılarıdır ve yavaş ve sessiz ilerleyen bir tümördür. Etioloji tam olarak bilinmemektedir. Güçlü yaş ve cinsiyet korelasyonu pitüiter-androjen-östrojen sisteminin hormonal bir bozukluğu olabileceğine işaret eder fakat halen bu hipotezi kanıtlayan bir delil yoktur.^[3] İlerleyen nazal obstrüksiyon ve rekürren epistaksis en sık görülen semptomlardır.^[5]

Anjiofibromlar sporadik olarak ekstranazofarengal yerleşimli olarak bildirilmişlerdir. Nomura ve arkadaşları alt konkadan, Huang ve arkadaşları orta konkadan kaynaklanan anjiofibrom olgusu bildirmişlerdir.^[1, 2] Szymanska ve arkadaşları^[3] 1 larengeal, 1 oral, 1 infratemporal fossa ve 7 tane nazal septumdan kaynaklanan 10 olguluk ENA bildirmişlerdir.

Ekstranazofarengal anjiofibromlar (ENA) nadirdirler ve klinik ve radyolojik özellikler açısından nazofarengal anjiofibromlardan farklıdır; tüm yaş gruplarında ve kadınlarda görülebilirler. Daha az vaskülerdirler ve değişik bölgelerden kaynaklanabilirler. Semptomlar bulunduğu bölgeye göre farklılıklar gösterir. En sık maksiller sinüs, sonra sırasıyla etmoid sinüs ve nazal septumda görülürler.^[3, 4] Sunulan olgu 43 yaşında erkek hastaydı ve kitlenin yerleşimi bu tümörün yerleşimi için çok nadir olarak bildirilen nazal dorsumdaydı. Histopatolojik olarak tipik JNA'da, fibröz stroma içine gömülmüş, tek kat endotel hücrelerinden oluşan sayısız geniş, irregüler damarlar görülür. Vasküler komponent çok fazladır ve bu cerrahi ve biyopsi sonrası aşırı kanamalara neden olabilir.^[3, 6] Aynı zamanda bu vasküler içerik BT ve MR görüntülemesinde yoğun kontrast tutulumu ile karakterizedir. ENA ise histopatolojik olarak daha heterojen bir gruptur. Her zaman vasküler komponent dominant değildir. Dolayısıyla kontrast tutulumu fazla olmayabilir. Farklı lokalizasyonlardan dolayı radyolojik bulgular da değişiklik gösterir.^[7] Sunulan hastanın yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ve insizyonel biyopsisi sırasında aşırı kanama bulgusu saptanmadı.

Tedavide ENA'larda da JNA'da olduğu gibi cerrahi ilk seçenektir. Cerrahi yaklaşım tümörün bulunduğu lokalizasyona ve boyutuna göre belirlenir. Çıkarılmayan lezyonlarda radyoterapi uygulanabilir. Literatürde rekürren olgu bildirilmemiştir.

Bu yazıda nasal tip ve lateral nazal bölge yerleşimli nadir görülen bir ekstranazofarengal anjiofibrom olgusu sunuldu. Hastanın yaşı, kitlenin bulunduğu bölge ve insizyonel biyopsi sonucu her ne kadar anjiofibrom tanısından bizi uzaklaştırırsa da kitlenin histopatolojik incelemesi anjiofibrom olarak raporlandı. Bu tümör için son derece nadir bir lokalizasyon olmasına rağmen bu bölge tümörlerinde ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir.

Sonuç olarak ENA her yaş grubunda ve kadınlarda görülmesi, değişik bölgelerden kaynaklanması, daha az vasküler olması, orijin aldığı bölgeye göre değişik semptomlar oluşturabilmesi nedeniyle JNA'dan klinik ve radyolojik olarak ayrılır. Nadir görülmesine rağmen tek taraflı nazal kitlelerde ve dirençli epistaksis vakalarında hastanın yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görsellerin yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – B.T., Ö.U., M.A., Ş.T.B., B.U.C.; Tasarım – B.T., Ö.U., M.A., Ş.T.B., B.U.C.; Kontrol – M.A., B.U.C.; Materyal – B.T., Ş.T.B.; Veri toplama ve/veya işleme – B.T., Ö.U., M.A., Ş.T.B.; Analiz ve/veya yorumlama – Ö.U., M.A., B.U.C.; Kaynak taraması – B.T., Ö.U.; Yazan – B.T., M.A.; Kritik revizyon – M.A., B.U.C.

Kaynaklar

1. Nomura K, Shimomura A, Awataguchi T, Murakami K, Kobayashi T. A case of angiofibroma originating from the inferior nasal turbinate. *Auris Nasus Larynx* 2006;33:191–3.
2. Huang RY, Damrose EJ, Blackwell KE, Cohen AN, Calcaterra TC. Extranazofaryngeal angiofibroma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;56:59–64.
3. Szymańska A, Szymański M, Morshed K, Czekańska-Chehab E, Szczerbo-Trojanowska M. Extranazofaryngeal angiofibroma: clinical and radiological presentation. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270:655–60.
4. Correia FG, Simões JC, Mendes-Neto JA, Seixas-Alves MT, Gregório LC, Kosugi EM. Extranazofaryngeal angiofibroma of the nasal septum-uncommon presentation of a rare disease. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013;79:646.
5. Akbas Y, Anadolu Y. Extranazofaryngeal angiofibroma of the head and neck in women. *Am J Otolaryngol* 2003;24:413–6.
6. Garcia-Rodriguez L, Rudman K, Cogbill CH, Loehrl T, Poetker DM. Nasal septal angiofibroma, a subclass of extranasofaryngeal angiofibroma. *Am J Otolaryngol* 2012;33:473–6.
7. Lerra S, Nazir T, Khan N, Qadri MS, Dar NH. A case of extranasofaryngeal angiofibroma of the ethmoid sinus: a distinct clinical entity at an unusual site. *Ear Nose Throat J* 2012;91:E15–7.