

Juvenil Nazofarengeal Anjiofibrom Yönetimi; İki Olgu Sunumu

Zahide Mine Yazıcı¹, Mustafa Çelik¹, Yakup Yegin¹, Burak Olgun¹, Fatma Tülin Kayhan¹

ÖZET:

Juvenil nazofarengeal anjiofibrom yönetimi; iki olgu sunumu

Amaç: Juvenil nazofarengeal anjiofibrom (JNA), hemen her zaman genç erkeklerde görülen benign bir tümördür. Nazofarenksin en sık görülen benign tümörü olmasına karşın, baş boyun tümörlerinin sadece %0,05-0,5'ini oluşturmaktadır. Tedavisinde farklı yöntemler bulunmaktadır. Son zamanlarda cerrahi öncesinde embolizasyon yapılması en çok kabul gören tedavi yaklaşımıdır. Embolizasyon yapmak için farklı ajanlar kullanılabilir.

Olgu: Bu makalede nazofarengeal anjiofibrom nedeniyle preoperatif polivinil alkol (PVA) embolizasyonu sonrasında endonazal endoskopik yöntemle opere olan iki olgu tanı, takip ve tedavi yönetimi literatür güncel bilgileri ışığında sunuldu.

Sonuç: Preoperatif PVA embolizasyonu, JNA tedavisinde efektif, uygulaması kolay ve etkin bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Anjiofibrom, embolizasyon, nazofarenks, polivinil alkol

ABSTRACT:

Management of juvenile nasopharyngeal angiofibroma; report of two cases

Objective: Juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) is a benign tumor that most commonly affects males in adolescent age. Although it is the most common tumor of nasopharynx, it accounts for 0.05-0.5% of all the head and neck neoplasms. Several treatment modalities are used. Surgery with preoperative embolization is the recently preferred management. Different agents may be used for preoperative embolization.

Case: Hereby, we reported diagnosis, follow-up and treatment management of two patients with nasopharyngeal angiofibroma who were operated by nasal endoscopic surgical approach following preoperative polyvinyl alcohol (PVA) embolization, in the light of the contemporary literature.

Conclusion: The preoperative PVA embolization in treatment of JNA is safe, easy to perform and valid.

Keywords: Angiofibroma, embolization, nasopharynx, polyvinyl alcohol

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2016;50(2):159-62



Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Mustafa Çelik,
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail:
dr.mcelik@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
29 Mayıs 2015 / May 29, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
30 Haziran 2015 / June 30, 2015

GİRİŞ

Juvenil nazofarengeal anjiofibrom (JNA), sıklıkla genç erkek popülasyonunda görülen nadir benign bir tümördür (1). Nazofarenksin en sık görülen benign tümörü olup baş-boyun tümörlerinin yaklaşık %0.5 ini oluşturmaktadır (2). Genellikle sfenopalatin foramenin süperior kenarında yer almakla beraber, nazofarenkste ve nazal kavitede herhangi bir lokalizasyonda görülebilmektedir. Histolojik olarak benign bir tümör olmasına rağmen lokal agresif davranarak çevre dokularda ve kemiklerde destrüksiyon yapabilmektedir (1). Bu makalede nazofarengeal anjiofibrom

rom tanısı alan ve preoperatif polivinil alkol (PVA) embolizasyonu sonrasında endonazal endoskopik yaklaşımla tedavi edilen iki olgu literatür bilgileri ışığında sunuldu.

OLGU 1

18 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 yıldır burun tıkanıklığı şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde burun tıkanıklığı şikayeti dışında ara sıra burun kanaması şikayeti olduğu bilgisi alındı. Özgeçmişte ve soygeçmişte özellik yoktu. Hastaya yapılan nazal endoskopik muayenede sol nazofa-



Resim-1a-c: Birinci olgunun PNS BT aksiyel ve koronal kesiti; sol nazofarenks lateral süperior tavanından koanaya doğru uzanan, sol sfenoid sinus duvarını erode ederek kaviteyi dolduran yaklaşık 35x45mm boyutlu kitle



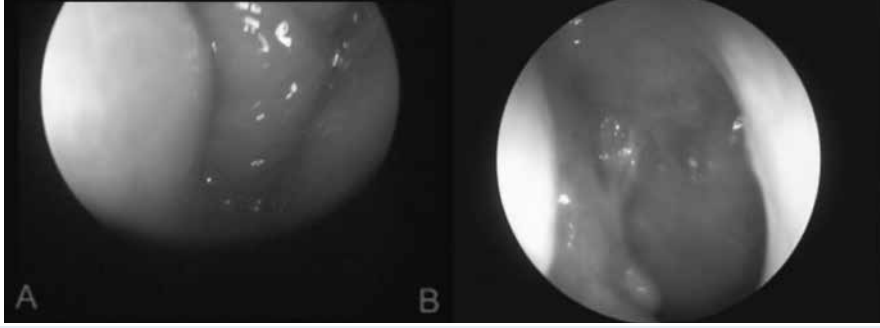
Resim 2: Birinci olgunun operasyonda çıkarılan kitlesi

renkte yer kaplayan, koanayı tama yakın tıkayan frajil, kırmızı renkli kitlesel lezyon izlendi. Diğer kulak burun boğaz muayenesinde ve sistemik muayenesinde özellik yoktu. Hastadan paranazal sinus (PNS) bilgisayarlı tomografisi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemesi istendi. PNS BT’de sol nazofarenks sol lateral süperior tavanından köken alarak sol koanaya doğru uzanan, sol sfenoid sinüs duvarını erode ederek, sol sfenoid sinüs kavitesini dolduran yaklaşık 35x45mm boyutlu kitle saptandı (Resim-1a-c). Hastanın kliniği ve radyolojik görüntülemesi göz önüne alınarak anjiofibrom düşünüldü ve biyopsi önerilme-

di. Girişimsel radyoloji kliniğine yönlendirildi. Girişimsel radyoloji kliniğinde lokal anestezi altında kitlenin kanlanmasını sağlayan sol internal maksiler arter (IMA) 500 mikron boyutlarda PVA partikülleri ile embolize edildi. Bu işlemden 24 saat sonra genel anestezi altında endonazal endoskopik yöntemle kitle tamamen en-blok eksize edildi (Resim-2). Nazal kaviteye tampon uygulaması yapılmadı ve postoperatif dönemde vital bulgular stabil seyredip kanama görülmedi. Postoperatif ikinci günde taburcu olan hastanın alınan materyalinin patolojik incelemesinde kitle anjiofibromla uyumlu olarak rapor edildi. Hastanın 6 aylık takiplerinde komplikasyon gelişmedi ve BT nin radyasyon yan etkileri düşünülerek MR çekildi, MR görüntülemesinde nüks saptanmadı.

OLGU 2

16 yaşında erkek hasta 3 aydır burun tıkanıklığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Anamnezinde şikayetin bu sürede artarak devam ettiği saptandı. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Nazal endoskopik muayenede sağ nazal kaviteye doğru uzanan koanayı tama yakın kapatan frajil, kırmızı-pembe renkli kitle izlendi (Resim-3a). Diğer kulak burun boğaz muayenesinde ve sistemik muayenesinde özellik yoktu. Hastadan paranazal sinüs BT’si ve MR istendi. BT’de sağ nazal kavitede orta konka düzeyinden koanaya uzanan yaklaşık 2x2 cm boyutlu kitle tespit edildi. Klinik ve radyolojik bulgularla hastada anjiofibrom düşünüldü ve biyopsi önerilmedi. Hasta girişimsel radyolojiye yönlendirildi. Girişimsel radyolojide sağ IMA süperselektif olarak 300-500 mikron boyutlarında PVA partikülleri ile emboli-



Resim-3a-b: İkinci olgunun pre- ve postoperatif nazal endoskopik görüntüsü

ze edildi. Embolizasyon sonrası 24. saatte genel anestezi altında endonazal endoskopik yöntemle kitle en-blok eksize edildi. Birinci olguda olduğu gibi bu hastada nazal kaviteye tampon uygulaması yapılmadı ve serviste takipleri sırasında komplikasyon gelişmedi. Postoperatif ikinci günde taburculuğu yapılan hastanın, materyalin histopatolojik incelemesi anjiofibrom olarak rapor edildi. Hastanın 6 aylık takiplerinde komplikasyon gelişmedi, nazal endoskopik muayenesinde kitlesel lezyon saptanmadı (Resim-3b). BT'nin radyasyon yan etkileri düşünülerek MR çekildi, MR görüntülemesinde nüks saptanmadı.

Aydınlatılmış onam: Bu makalede yer alan hastalardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

TARTIŞMA

JNA, histolojik olarak benign, lokal agresif, kapsülsüz ve vasküler kaynaklı bir neoplazmdır (2). Hastalar en sık tek taraflı burun tıkanıklığı, tekrarlayan burun kanaması şikayeti ile hekime başvururlar (1). Tümörün lokalizasyonuna ve yayılımına bağlı olarak farklı kliniklerle ortaya çıkabilmektedir. Tanıda birçok baş boyun kanserinden farklı olarak biyopsinin yeri tartışmalıdır. Atipik görümlü kitle veya hasta anamnezi olağandışı ise ameliyathane şartlarında biyopsi düşünülebilir (3). Tanı fizik muayene, klinik şüphe ve radyolojik görüntüleme ile konulmaktadır. Tümörün evrelemesinde radyolojik bulgular ön plandadır. JNA evrelemesinde birçok evreleme bulunmakla beraber en çok Fisch evrelemesi kullanılmaktadır (4). Fisch'in yaptığı evrelemeye göre birinci olgumuz evre 3 ve ikinci olgumuz evre 2 olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi tedavinin belirlenmesin-

de evreleme büyük önem taşımaktadır.

Tedavisi cerrahi, eksternal radyoterapi, kriyoterapi, elektrokoagülasyon, brakiyoterapi, embolizasyon, hormon terapisi ve kemoterapiden oluşmaktadır (1). JNA tedavisinde en çok kabul gören yöntem cerrahi eksizyondur. Ancak tümörün vasküler orjinli olması cerrahi müdahale sırasında abondan kanamalara yol açarak hastanın hayatını riske atabilir. Bu yüzden cerrahi öncesi kanama riskini azaltmaya yönelik yöntemler araştırma konusu olmuştur (5). Kanama riskini azaltmaya yönelik sistemik östrojen tedavisi, tümoral dokuya sklerozan madde enjeksiyonu, eksternal karotid arterin ligasyonu ve 30 Gy dozda preoperatif düşük doz radyasyon tedavisi uygulanmıştır (5).

Günümüzde JNA tedavisinde cerrahiyle birlikte en çok kabul gören yöntem tümörün preoperatif embolizasyonudur (5,6). Embolizasyon yönteminde transfemoral yolla mikrokaterler aracılığıyla, önce radyopak madde ile diagnostik selektif anjiyografi (DSA) yapılır. DSA ile tek taraflı internal ve eksternal karotid arterlere radyopak madde verilip, tümörün kanlanması incelenir. Sonra aynı kateterden 300-710 mikron boyutlarında embolik ajan partikülleri kullanılarak selektif embolizasyon yapılır. Embolizasyonun sonunda tekrar anjiyogram alınır ve tümörün kanlanmasındaki değişiklikler gözlemlenir. Embolik ajan olarak silastik küreler, dura mater, trombin, gelfoam, polivinil alkol (PVA) kullanılabilir (5). Gelfoam, kateterin içinden kolay reabsorbe olan bir ajan iken, PVA gelfoama göre daha uzun süreli damar oklüzyonu yapar ve birkaç haftada rezorbe olur. PVA uygulanması kolay olduğu gibi bazı dezavantajlara sahiptir. Bu dezavantajlar arasında; radyopak olmaması, partiküllerin küme oluşturması, mural anjionekroza

neden olması ve mikrokaterleri tıkanması sayılabilir (5,7,8). Olgularımızda reabsorbsiyonu daha zor olan PVA kullanılmıştır. Embolizasyon sonrası cerrahi tedavi zamanı hakkında literatürde net bir zamanlama bulunmamaktadır (7,8). Embolik ajan olarak kullanılan maddenin reabsorbsiyon zamanı bize cerrahi zamanı hakkında ipucu verebilir. Reabsorbsiyonu kolay olan ajanlar kullanıldığında tümörü besleyen ana damarın rekanalize olma olasılığından dolayı cerrahi müdahale 48 saati aşmamalıdır (5). Olgularımızda kullanılan embolik ajanın reabsorbsiyon zamanının kısa olması, oklüze damarların rekanalize olma olasılığı göz önüne alınarak, embolizasyon cerrahi müdahaleden 24-48 saat önce yapılmaktadır. Literatür bilgileri cerrahiden 24-72 saat önce yapılan bir embolizasyonun ameliyatta kan kaybını azalttığı-

nı göstermektedir (2,5). Olgularımıza cerrahiden 24 saat önce embolizasyon uygulandı ve ameliyat sırasında kan transfüzyonu gerektirecek bir kanama olmadı.

SONUÇ

JNA'nın cerrahi öncesinde uygulanan PVA embolizasyonu intraoperatif kanama olasılığını azaltacak ve cerrahi müdahalenin daha kontrollü yapılmasına olanak sağlayacaktır. Kliniğimizde rutin olarak uyguladığımız bu yöntemin etkili ve uygun bir yöntem olduğu kanaatindeyiz. Embolizasyona rağmen, JNA'ların yine de kanama olasılığı akılda tutulmalı ve preoperatif hazırlıklarda kan transfüzyonu ihtiyacı göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gaillard AL, Anastacio VM, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. A seven-year experience with patients with juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 76: 245-50. [CrossRef]
2. Tyagi I, Syal R, Goyal A. Staging and surgical approaches in large juvenile angiofibroma-study of 95 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 1619-27. [CrossRef]
3. Burkey B, Kopman CF, Brunberg J. The use of biopsy in the evaluation of pediatric nasopharyngeal masses. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1990; 20: 169-79. [CrossRef]
4. Fisch U, Mattox D. *Microsurgery of skull base*. New York: Thieme Medical Publishers; 1988, p350.
5. Siniluoto TM, Loutonen JP, Tikkakoski TA, Leinonen AS, Jokinen KE. Value of pre-operative embolization in surgery for nasopharyngeal angiofibroma. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 514-21. [CrossRef]
6. Korcum AF, Ağırır BV, Aksu G, Güney K, Dinç O. Nazofarenks anjiofibromlarında tedavi yaklaşımları. *Kulak burun Boğaz İhtis Derg* 2008; 18: 263-7.
7. Pryor SG, Moore EJ, Kasperbauer JL. Endoscopic versus traditional approaches for excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Laryngoscope* 2005; 115: 1201-7. [CrossRef]
8. Lloyd G, Howard D, Phelps P, Cheesman A. Juvenile angiofibroma: the lesson of 20 years of modern imaging. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 127-34. [CrossRef]