

Sfenoid sinüs ön duvarından köken alan Schneiderian papillom

İ. Çukurova, M.D. Özkul, E. Ciğer, İ.B. Arslan, P. Koçdor

Schneiderian papilloma originating from sphenoid sinus

Fungiforme type Schneiderian papilloma which originated from the sphenoid sinus is a very rare encountered disease. In this report, we are aiming to show a case, which originated from the anterior wall of the sphenoid sinus primarily, with clinical, radiological, histopathological and surgical aspects. At the examination of a 42 years old male who applied with the complaint of nasal obstruction and rhinorrhea from one side, a mass which was filling the right choanal region and nasopharynx was determined. It was resected totally with endoscopy assistance. Pathological research of the mass, which originated from and eroded the right sphenoid sinus anterior wall, revealed as Schneiderian papilloma exofytic type. There was not any evidence of recurrence at the end of 11th month after intranasal endoscopic sphenoethmoidectomy. In conclusion, fungiforme type Schneiderian papilloma which originated from sphenoid sinus primarily is very rare and satisfactory results may be obtained when it is operated by intranasal endoscopic sphenoethmoidectomy.

Key Words: Schneiderian papilloma, endoscopic surgery, sphenoid sinuses.

Turk Arch Otolaryngol, 2006; 44(2): 99-102

Özet

Primer sfenoid sinüs fungiform tip Schneiderian papillomu oldukça nadirdir. Bu makalede sfenoid sinüs ön duvarından köken alan fungiform tip Schneiderian papillomlu bir olguyu klinik, radyolojik, histopatolojik ve cerrahi yaklaşım açısından sunmayı amaçladık. Tek taraflı burun tıkanıklığı ve akıntı yakınmaları ile başvuran 42 yaşındaki erkek olgunun incelemeleri sonucu nazofarenks ve sağ burun boşluğunu dolduran tümöral kitle, transnazal endoskopik yaklaşımla total olarak çıkarıldı. Sağ sfenoid sinüs ön duvarından köken alan ve bu duvarı erode eden kitlenin histopatolojisi, Schneiderian papillom eksofitik tip olarak rapor edildi. Olgunun 11 aylık takibinde rekürrens görülmedi. Sfenoid sinüsten kaynaklanan Schneiderian papillom oldukça nadir görülmekte ve tedavisinde endoskopik intranasal sfenoetmoidektomi ile başarılı sonuç alınabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Schneiderian papillom, endoskopik cerrahi, sfenoid sinüs.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2006; 44(2): 99-102

Giriş

Schneiderian papillomlar malign potansiyeli olan, lokal agresif seyir gösteren, benign epitelyal tümörlerdir.¹ Tüm burun tümörlerinin %0.5 ile %4'ünü oluştururlar.² Histolojik olarak fungiform, inverted ve silindirik tiplere ayrılırlar.³ Fungiform papillom eksofitik, diğer ikisi ise endofitik formlardır. Inverted ve fungiform tipler en sık görülen tipleridir.³ Schneiderian papillomların üç önemli özelliği, tekrarlama eğilimi, lokal destüksiyon potansiyeli ve malignite ilişkisidir.⁴

Dr. İbrahim Çukurova, Dr. M. Doğan Özkul, Dr. Ejder Ciğer, Dr. İlker Burak Arslan, Dr. Pelin Koçdor
Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, İzmir

Inverted ve silindirik formlar klasik olarak lateral nazal duvarda, fungiform (ekzofitik) lezyon tipik olarak septumdan kaynaklanır. Hastaların %5'inde sinüs tutulumu görülmez.⁴ Primer sfenoid sinüs tutulumu oldukça nadir görülür.⁵ Bu makalede sfenoid sinüs ön duvarı iç yüzünden köken alan fungiform tip Schneiderian papillomlu bir olgu; klinik, radyolojik, histopatolojik bulguları ve cerrahi yaklaşım açısından tartışıldı.

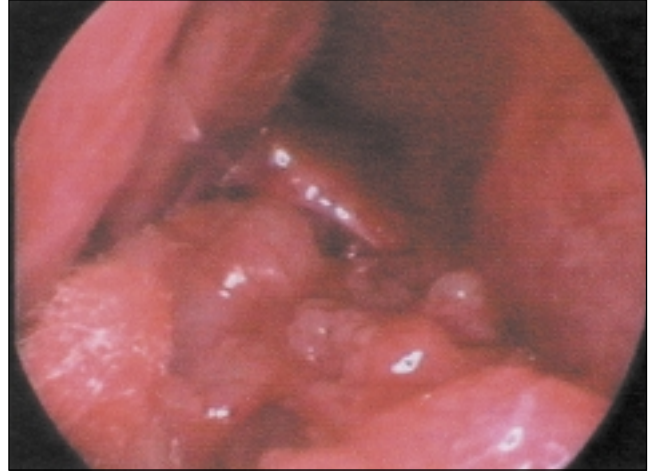
Olgu Sunumu

Altı aydır burun sağ tarafında tıkanıklık ve burun akıntısı yakınmaları ile kliniğimize baş vuran 42 yaşındaki erkek hastanın yapılan nazal endoskopisinde sağ nazal pasajda koanayı kapatan, orta konka posteriorundan, alt konkaya doğru ilerleyen kirli beyaz polipoid kitle görüldü (Resim 1). Koranal ve aksiyel planda çekilen paranasal sinüs BT'sinde nazofarenksi, sağ burun boşluluğunu dolduran, üstte sfenoid sinüsü tutan yumuşak doku kitlesi görüntüsü tespit edildi (Resim 2). Lokal agresif tümör veya mikoz bulguları vermeyen olguya total eksizyonel biyopsi amaçlı transnazal endoskopik cerrahi planlandı.



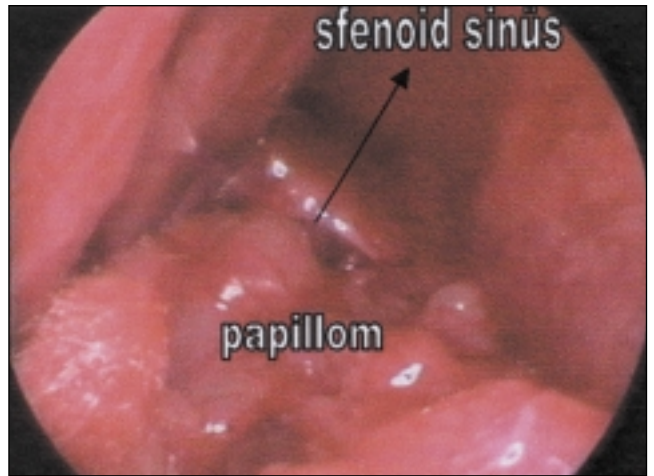
Resim 1. Sağ nazal pasajda koanayı kapatan kitle.

Gerekirse genel anesteziye dönülebileceği düşünülerek uygun şartlar oluşturularak lokal anestezi altında operasyona başlandı. 0° ve 30° rijit endoskoplara sağ nazal pasajdaki kitlenin üst konka alt seviyesinden sfenoid sinüs ön duvarına yapışık olduğu görüldü. Anterior



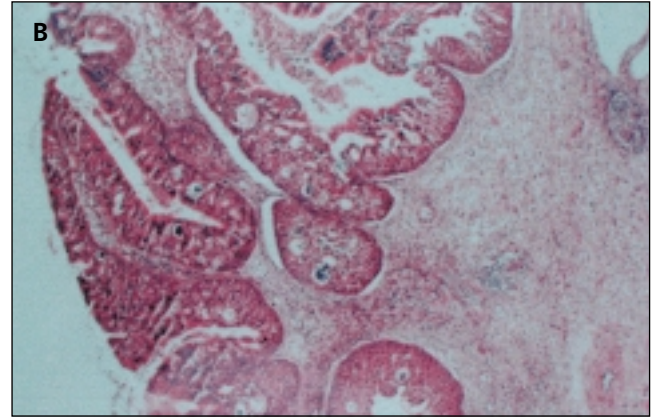
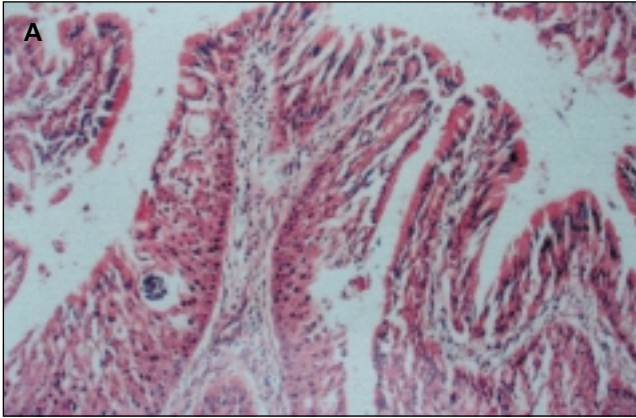
Resim 2. Kitlenin BT görünümü.

ve posterior etmoidektomi yapıldı. Kitle ekarte edildiğinde, lateral nazal duvarla bağlantısının olmadığı, sfenoid sinüs ön duvarı iç yüz mukozasından kaynaklandığı, sfenoid sinüs ön duvarını erode ederek ostiumu genişlettiği görüldü ve total sfenoetmoidektomi yapılarak kitle çıkarıldı (Resim 3).



Resim 3. Sfenoid sinüsten köken alan papillom.

Az miktarda pürülan materyal aspire edildi. Fakat nekrotik debris izlenmedi. Hemostaz sağlandıktan sonra bir adet Merosel® yerleştirildi. Postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Kitlenin histopatolojik tanısı fungi-form tip schneiderian papillom olarak rapor edildi (Resim 4). Postoperatif ikinci gün tamponu alındı ve tabur-



Resim 4. Çok katlı değişici epitelle döşeli ekzofitik büyüme deseni gösteren papillom. A (HE x100), B (HE x40).

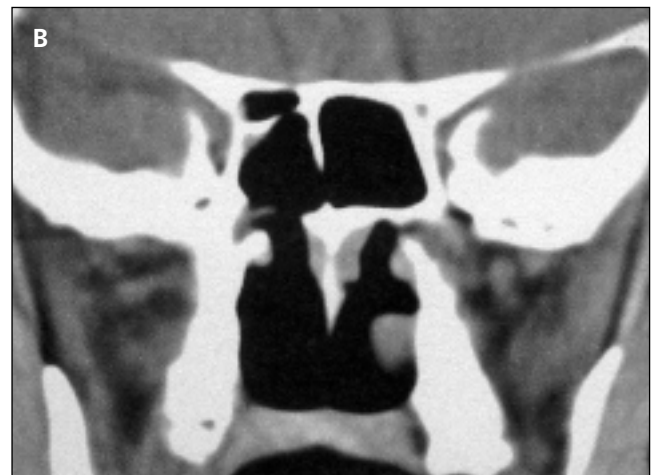
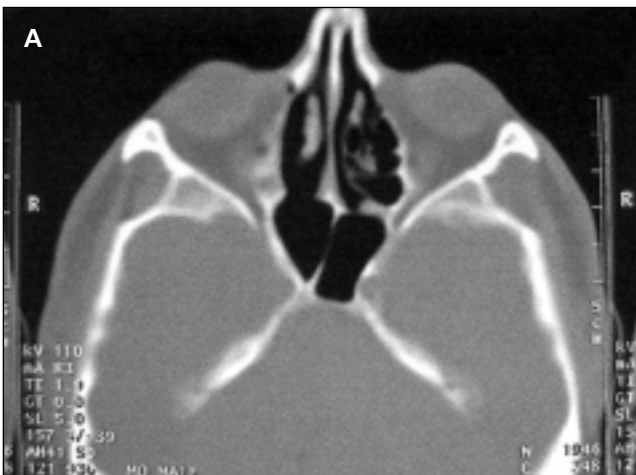
cu edildi. İki haftalık antibiyoterapi düzenlendi. Hastanın postoperatif 11. ayında yapılan kontrolünde rekürrens izlenmedi (Resim 5).

Tartışma

Schneiderian papillom paranasal sinüslerin malign potansiyeli olan lokal agresif benign epitelyal tümürüdür.¹ En sık lateral nazal duvar ve maksiller antrumdan kaynaklanmaktadır. Olguların %80'inden fazlasında hem sinüs hem de nazal kavite tutulur.⁴ Fungiform papillomlar klasik olarak septumdan kaynaklanır.⁵ Primer sfenoid sinüs Schneiderian papillomu oldukça nadirdir. İzole sfenoid sinüs papillomunu ilk olarak 1926'da Vo-

gel bildirmiştir.⁶ Edison 1971'de 65 yaşında bir kadın hastaya transpalatal sfenoidotomi yapmış, iki kez rekürrens gelişmiştir.⁷ McElveen ve Fee⁸ 1981'de 57 yaşındaki erkek hastaya transnazal sfenoidotomi yapmış, üç kez rekürrens gelişmiştir. Sethi,⁵ Nishio ve ark.,⁹ Yiotakis ve ark.,¹⁰ ikişer, Lee¹¹ ve ark. ise bir olgu bildirmişler ve endoskopik sfenoetmoidektomi uygulamışlardır.

Genelde lateral nazal duvardan kaynaklandıkları için Schneiderian papillomların en sık semptomları burun tıkanıklığı, burunda kitle ve akıntıdır.⁵ Olgumuzda da koanayı kapatan kitleden dolayı burun tıkanıklığı ve akıntısı şikayeti mevcuttu. Sfenoid sinüs duvarlarında ekspansiyon olursa kranial sinir ve görme fonksiyonlarında defektler oluşabilir.¹¹



Resim 5. Postoperatif paranasal BT görüntüleri.

Karakteristik radyolojik bulguları lateral nazal duvar ve paranasal sinüsleri tutan tek taraflı polipoid lezyonlardır.⁵ BT'de hastaların %70'inde kemik erozyonu bulunur.⁵ Bu bulgu kemik invazyonundan ziyade basınç atrofisine sekonder gelişir.⁵ Bizim hastamızda da sfenoid sinüs ön duvarı erode olmuştu, fakat BT'de saptanmamıştı.

Histolojik olarak fungiform ve inverted papillomların hücre tipleri aynıdır. Bunların iki farkı vardır: Biri orijin aldığı yer, diğeri kanser ile ilişkisidir. Fungiform papillomlar genelde septumdan kaynaklanırken inverted papillomlar lateral nazal duvar ve/veya paranasal sinüslerden kaynaklanır. Fungiform tipin kanserle ilişkisi yokken inverted tip %7 ile %15 arasında kanserle ilişkilidir.¹¹ En sık olarak yassı hücreli kanser ile gelişmektedir. Bunun için geniş cerrahi eksizyon gerekir. Fungiform papillomlar ekzofitik yapıda konnektif doku uzantıları oluştururken inverted papillomların epitel yüzeyinden stroma altına uzanan invajinasyonları bulunur. Fungiform ve inverted papillomların epiteli; yassı, silyalı kolumnar, intermediate ve mukus salgılayan hücrelerdir.¹²

Schneiderian papillomlarda rekürrens yapılan cerrahinin tipine göre %0 ile %71 arasında değişmektedir.^{1,11,13} Transnazal eksizyon, Caldwell Luc ve lateral rinotomi yaklaşımıyla medial maksillektomi prosedürlerinden rekürrens oranı en az olan sonuncusudur.^{1,12,13} Onun için birçok klinik en iyi tedavi yöntemi olarak lateral rinotomi yoluyla medial maksillektomi tercih eder. Bununla birlikte skar oluşmaması, morbiditesinin daha iyi ve konservatif olması nedeniyle sınırlı olgularda endoskopik yaklaşımı önerenler vardır. Biz endoskopun daha iyi görüş sağladığını, her geçen gün gelişen enstrumantasyon ve tecrübelerimizle, endoskopik yaklaşımın diğer tedavi yöntemlerinin önüne geçeceğini düşünmekteyiz.

Sonuç

Primer sfenoid sinüsden kaynaklanan Schneiderian papillomlar çok az sayıda görüldüğü için optimal bir tedavi bulunmamıştır. Endoskopik tekniklerin gelişimi ile bu hastalıkta sınırlı lezyonlar daha konservatif olarak rezeke edilebilmektedir. Bu olguda endoskopik yaklaşım olgunun daha az morbidite ile daha kısa sürede iyileşmesini sağlayarak başarı ile uygulanmıştır.

Kaynaklar

1. **Yoskovitch A, Braverman I, Nachtigal D, Frenkiel S, Rochon L, Black MJ.** Sinonasal Schneiderian papilloma. *J Otolaryngol* 1998; 27: 122-6.
2. **Lampertico P, Russel WO, MacComb WS.** Squamous papilloma of the upper respiratory epithelium. *Arch Patbol Lab Med* 1963; 7: 293-302.
3. **Schwerer MJ, Sailer A, Kraft K, Maier H.** Cell proliferation and p27 Kip1 expression in endophytic schneiderian papillomas. *Laryngoscope* 2002; 112: 852-7.
4. **Clarke SR, Amedee RG.** Schneiderian papilloma. *J La State Med Soc* 1997; 149: 310-5.
5. **Sethi DS.** Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 730-6.
6. **Vogel K.** Zur pathologischen Anatomie des harten Papilloms der Nase. *Beitr Anat Physiol Pathol Ther Obres* 1926; 23: 117-23.
7. **Edison BD.** Primary inverting papilloma of the sphenoid sinus. *Transect Otolaryngol Am Acad Otolaryngol Ophthbalmol* 1975; 80: 434-7.
8. **Mcelveen JT, Fee WE.** Inverting papilloma of the sphenoid sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89: 710-2.
9. **Nishio S, Samoto K, Takeshita I, Matsumoto K, Matsushima T, Fukui M.** Inverting papilloma of the sphenoid sinus: report of two cases. *J Clin Neurosci* 2001; 8: 168-70.
10. **Yiotakis I, Psarommatis I, Manolopoulos L, Ferekidis E, Adamopoulos G.** Isolated inverted papilloma of the sphenoid sinus. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 227-30.
11. **Lee JT, Bhuta S, Lufkin R, Castro DJ.** Isolated inverting papilloma of the sphenoid sinus. *Laryngoscope* 2003; 113: 41-4.
12. **Hyams VJ.** Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathologic study of 315 cases. *Ann Otol Rbinol Laryngol* 1971; 80: 192-207.
13. **Pelusa EO, Fortier MA.** Schneiderian papilloma of the nose and paranasal sinuses: the University of Ottawa experience. *J Otolaryngol* 1992; 21: 9-15.

İletişim Adresi: Dr. İbrahim Çukurova

1399 Sok. No: 11 D: 3

Alsancak-İZMİR

Tel: (0232) 464 36 26

Faks: (0232) 464 36 26

e-posta: cukurova@turk.net