



Frontal Sinüs Inverted Papillomasına Osteoplastik Flep Yaklaşımı

Osteoplastic Flap Approach to Inverted Papilloma of the Frontal Sinus

Tolgar Lütü Kumral, Yavuz Uyar, Güven Yıldırım, Güler Berkiten, Cemil Yurtseven

Okmeydanı Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Inverted papilloma benign bir hastalık olmasına rağmen lokal olarak agresif özellik gösterir. Hastalar klinik olarak en sık tek taraflı burun tıkanıklığı ile başvurur. İzole frontal sinüs inverted papilloma uzun zaman bulgu vermeden gizli seyredebilir. Frontal sinüsü tutan inverted papillomanın cerrahi olarak eksizyonunda zorluklar vardır. Endoskopik sinüs cerrahisindeki gelişmelere rağmen frontal sinüse açık cerrahi yaklaşım gerekebilmektedir. Bu olguda yüzde ileri derecede kozmetik bozukluk yaratan ve intrakraniyal uzanım gösteren 67 yaşında kadın hastaya osteoplastik frontal sinüs cerrahisi yapıldı. Daha önce de iki defa yetersiz cerrahi olan hastaya yapılan bu cerrahi yaklaşımın endikasyonları literatür eşliğinde sunuldu. (*Haseki Tıp Bülteni 2014; 52: 67-70*)

Anahtar Kelimeler: Frontal sinüs, inverted papilloma, osteoplastik frontal sinüs cerrahisi

Abstract

Inverted papilloma is a locally aggressive benign disease. Patients most commonly present with unilateral nasal obstruction. Isolated frontal sinus inverted papilloma may remain asymptomatic for a long time. Surgical management of frontal sinus inverted papilloma is challenging. Despite advances in endoscopic sinus surgery, open frontal sinus approach may be required. In this case report, we present a 67-year-old female patient who underwent osteoplastic frontal sinus surgery due to frontal sinus inverted papilloma with intracranial extension causing severe cosmetic deformity. The patient had previously experienced two inefficient surgical procedures. The indications for the surgical approach performed in our clinic is presented with the recent literature. (*The Medical Bulletin of Haseki 2014; 52: 67-70*)

Key Words: Frontal sinus, Inverted papilloma, osteoplastic frontal sinus surgery

Giriş

Inverted papilloma (İP) sinonazal sistemde bulunan tüm nazal tümörlerin sadece %0,5-%4'ünü oluşturan benign bir tümördür (1). İP benign bir hastalık olmasına rağmen lokal olarak agresif özellik gösterir. Rekürrens sıklığı ve kemik destrüksiyonu yapabilir.

İP etiolojisinde sigara, alerjenler, kimyasal kirlenmeler, kronik sinüzit ve insan papilloma virüs ve EBV öngörülmekle birlikte henüz kesin neden bilinmemektedir.

Hastalar klinik olarak en sık tek taraflı burun tıkanıklığı şikayeti ile başvurur. Diğer belirti ve bulgular burun kanaması, burun akıntısı, yüz basıncı, baş ağrısı ve polipler içerir (2). İzole frontal sinüs İP uzun zaman bulgu vermeden gizli seyredebilir.

Frontal sinüsü tutan İP'nin cerrahi olarak eksizyonunda zorluklar vardır. Endoskopik sinüs cerrahisindeki gelişmelere rağmen frontal sinüse açık cerrahi yaklaşım gerekebilmektedir (3). Biz burada yüzde ileri derecede kozmetik bozukluk yaratan ve intrakraniyal uzanım gösteren osteoplastik frontal sinüs cerrahisi yapılan İP tanısı konulmuş bir hastayı literatür verileri eşliğinde sunduk.

Olgu

Altmış yedi yaşında kadın hasta baş ağrısı, yüzde şekil bozukluğu şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 2003 yılında ilk defa gözde propitozis nedeniyle beyin cerrahisi tarafından opere olmuş. Beş yıl sonra da nazal polip nedeniyle KBB



Resim 1. Koronal kesitli paranazal sinus tomografisinde frontal sinüsü tamamen dolduran gözü deplase eden ve bilateral orta meatusu kapatan yumuşak doku dansitesi mevcut



Resim 2. İntraoperatif olarak frontal sinüsü tamamen dolduran enfekte vejetan polipoid dokular

tarafından endoskopik sinüs cerrahisi geçiren hastanın her iki patolojisi de inverted papillom olarak rapor edilmiş.

Fizik muayenede anterior rinoskopide nazal mukoza hiperemik ve nazal kavitede pürülan sekresyon izlendi. Endoskopik nazal muayenede orta meadın kaynaklanan polipoid dokular mevcuttu. Koronal kesitli paranazal sinüs tomografisinde etmoid sellüleri ve her iki maksiller sinüsü destrükte eden, sağ orbita tavanından retrobulbar mesafeye invaze olan ve intrakraniyal uzanım düşündürülen ekspansil şekilde büyüyen, sağ orbital yapıları deplase eden heterojen hiperdens kitle rapor edildi (Resim 1). Kraniyal MRG'de beyne invazyon izlenmedi.



Resim 3. Post operatif tomografide frontal hücre açılmış ve gözdeki bası ortadan kalkarak normal seviyesine gelmeye başlamış erken evre ödemin olduğu görüntüleme. Orta meatus bilateral polipoid dokulardan temizlenmiş olarak görülmektedir



Resim 4. Post-operatif "frontal recess" in endoskopik olarak görünümü

Hastaya genel anestezi altında osteoplastik flep yaklaşımı ile frontal sinüs cerrahisi planlandı. Frontal kemik duvarı enfekte dokular tarafından erode durumdaydı. Frontal sinüs ön duvarı iz düşümüne denk gelecek şekilde osteoplastik flep oluşturuldu. Frontal sinüs içi polipoid ve enfekte dokular ile doluydu (Resim 2). Bu dokular kemik duvardan sıyrılarak kaldırıldı. Ancak sağlam frontal mukoza bırakıldı. Böylelikle frontal sinüs mukozası tekrar havalanması planlandı. Sağ tarafta orbitayı, posteriora kranyumu erode ettiği gözlemlendi. İntrakraniyal uzanım

görülmediği için bu erode alana sadece temporal kas fasyası konarak kapatıldı. Fonksiyonel bir frontal sinüs planlandığından oblitere edilmedi. Sağ frontal sinüs içinde etiyojiye sebep olabileceği düşünölen kapalı hücre tur ile açıldı. Endoskopik olarak nazal kavitedeki polipler temizlendi ve frontal "recess" açıldı. Frontal kemik yerine yatırıldı ve tur yardımı ile açılan deliklerden geçirilen ipek sütün ile flep yerine sabitlendi ve operasyona son verildi.

Postoperatif dönemde komplikasyon görölmüdi (Resim 3,4). İmmünohistokimyasal inceleme sonrasında patoloji tarafından schneiderian papillom olarak rapor edildi.

Tartışma

Shneiderian papillomalar histolojik olarak fungiform, onkositik ve invrted papilloma olarak 3 alt tipe ayrılır (2). Onkositik papillomalar en nadir görölen form olup %3-%5'ini oluştururlar. İnvrted papillomalar tüm grup içinde en sık göröleni ve malign dönüşüm potansiyeli en yüksek olanıdır. Etiyojisi bilinmemektedir ancak çevresel faktörlerle viral ajanlar sorumlu tutulmaktadır.

Genellikle 50 yaş civarında görölür ve kadın erkek ayrımı yoktur. Genellikle tek taraflı burun tikanıklığı ile başvururlar. Ancak frontal sinüsü tutan hastalıklar uzun zaman bulgu vermeden klinik olarak gizli kalabilir. Bizim bu olgumuz da on yıl önce gözde proptozis şikayeti ile ilk defa beyin cerrahisine başvurmuştur.

Fizik muayenede pembe ya da mavi görünümlü enflamatuvar polipoid kitle ile uyumludur. Herhangi bir sinüsten köken alabildiği gibi nazal duvar veya septum orijinli de olabilir.

Radyolojik olarak köken aldığı yere göre değişiklik gösterir. Çevre dokularda destrüksiyon görülebilir. Frontal sinüs kapalı bir bölge olduğundan görüntöleme yöntemleri özellikle tomografi çok önemlidir. Lezyonun lokalizasyonu, uzanımı, göz ve ön kafa çukurunun durumu ve cerrahi yaklaşımı hakkında bilgi verir (4). MRG ise intrakraniyal tutulum hakkında daha iyi bilgi vermektedir. Bu olgumuzda gözü deplase eden frontal sinüsten kaynaklanan ancak intrakraniyal yapılara invaze olmayan yumuşak doku dansitesi görölmüştür.

IP tanısı kesin olarak biyopsi ile konur. Bu olgumuzda preoperatif alınan nazal biyopsi sonucu daha önceki ameliyatlarındaki patoloji raporuyla uyumluuydu.

Frontal sinüs cerrahisinde yaklaşımlar endoskopik frontal sinüsotomi (EFS), endoskopik modifiye Lothrop (EML), osteoplastik flep yaklaşımı ve endoskopik trepanasyondur (5). Son yıllarda invrted papillom rezeksiyonu için daha az invazif bir yaklaşım olan

endoskopik cerrahi yönünde artış gösteren bir eğilim vardır (6). Ancak hastayı ve cerrahi yaklaşımı çok iyi değerlendirmek gerekmektedir (7). Burada daha önce gözde proptozis nedeniyle beyin cerrahisi tarafından bikoronal insizyonla kraniyotomi yapılarak opere olan hasta bir kez de endoskopik sinüs cerrahisi geçirmiştir. Her iki yaklaşım da yetersiz kalmış ve gerçek etiyojiye yönelik olan osteoplastik flep yaklaşımı yapılmıştır. Osteoplastik yaklaşımının en önemli dezavantajı kozmetik olarak kaş üzerine yapılan insizyondur. Bu olgumuzda hastamızın yaşlı olması ve ameliyat süresinin uzun olmaması için bikoronal insizyon tercih etmedik.

Osteoplastik flep yaklaşımı sonrası frontal sinüs oblitere edilebilir. Ancak bu nüksü ve takibi zorlaştırmaktadır. Obliterasyon daha çok travmada, frontal sinüs osteomasında ve mukosellerde uygulanmaktadır. Biz de bu olgumuzda fonksiyonel bir frontal sinüs olmasını istediğimizden ve takipleri kolay olması için obliterasyon yapmadık (Resim 3, 4).

İP cerrahi sonrası rekürrens %25-%35 arasındadır. Bu yüzden çok uzun yıllar takip etmek gerekir. Bizim bu olguda da yapılan cerrahi ile iki defa nüks gelişmiştir. İlk yıl görölen rekürrensler rezidü kitle kaldığını göstermektedir. İP'li hastalarda malignite görölmümesi %5-%15'dir. Bu yüzden kitlenin tam eksizyonu çok önemlidir (8). Radyoterapi önerilmemektedir.

Hayat kalitesi çalışmalarında hastaların üçte ikisi cerrahiden memnun kalmış ve %70'i iyileşme belirtmişlerdir (9,10). Bu da oluşan skarın çok da hastalar tarafından önemli olmadığını göstermektedir. Bu yüzden osteoplastik flep yaklaşımı uygun endikasyonlarda güvenilir ve etkili bir prosedürdür. Bizim olgumuzda hastamızın kaş insizyonu yönünden hiçbir şikayeti olmadı. Hastamızın kozmetik yönden daha çok gözdeki proptozun düzelmesi yönünden talepleri ve beklentisi vardı. Proptoz operasyon sonrası belirgin şekilde düzeldi.

Günümüzde bu tekniklerin kullanımı kesin çizgiler ile ayrılmamaktadır. Frontal sinüs cerrahisi hala paranazal sinüs cerrahisinde en zor olan basamaktır. Endoskopik cerrahinin gelişmesine rağmen ileri evre frontal sinüs patolojilerinde uzun dönem kanıtlanmış başarılarından dolayı makul bir seçenektir.

Kaynaklar

1. Myers EN, Fernau JL, Johnson JT, Tabet JC, Barnes EL. Management of invrted papilloma. Laryngoscope 1990;100:481-90.
2. Lawson W, Kaufman MR, Biller HF. Treatment outcomes in the management of invrted papilloma: an analysis of 160 cases. Laryngoscope 2003;113:1548-56.

3. Al-Qudah M, Graham SM. Modified osteoplastic flap approach for frontal sinus disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2012;121:192-6.
4. Woodruff WW, Vrabec DP. Inverted papilloma of the nasal vault and paranasal sinuses: Spectrum of CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 1994;162:419-23.
5. Gross WE, Gross CW, Becker D, Moore D, Phillips D. Modified transnasal endoscopic Lothrop procedure as an alternative to frontal sinus obliteration. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:427-34.
6. Busquets JM, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: A meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134:476-82.
7. Lombardi D, Tomenzoli D, Buttà L, et al. Limitations and complications of endoscopic surgery for treatment for sinonasal inverted papilloma: a reassessment after 212 cases. *Head Neck* 2011;33:1154-61.
8. Lawson W, Patel Z. The evolution of management for inverted papilloma: An analysis of 200 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140:330-5.
9. Hwang PH, Han JK, Bilstrom EJ, Kingdom TT, Fong KJ. Surgical revision of the failed obliterated frontal sinus. *Am J Rhinology* 2005;19:425-9.
10. Minovi A, Kollert M, Draf W, Bockmühl U. Inverted papilloma: Feasibility of endonasal surgery and long-term results of 87 cases. *Rhinology* 2006;44:205-9.