

Inverted Papillomda Medial Maksillektomi Yaklaşımı

Medial Maxillectomy Approach In Inverted Papilloma

Dr. Sinan KOCATÜRK, Dr. Nurettin ÖZDEMİR, Dr. Halit UZUN, Dr. Aykut BABILA, Dr. Ünsal ERKAM
SSK Ankara Eğitim Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği - ANKARA

ÖZET

Inverted papillom nedeniyle medial maksillektomi uygulanan 9 hastada elde ettiğimiz onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar tartışılmıştır. Ortalama 3.2 yıl takip süresince 3 hastada nüks görülmüştür. Nüks görülen hastalarda endoskopik kurtarma cerrahisi uygulanmıştır. Bu hastalar içinde yassı hücreli kanser gelişimi tespit edilen 1 hastaya adjuvan radyoterapi uygulanmıştır. Medial maksillektomiye bağlı kalıcı komplikasyon olmamıştır ve estetik açıdan tatminkar sonuç alınmıştır. Kanımızca medial maksillektomi yaklaşımı uygun vakalarda hem onkolojik sonuçları hem de düşük komplikasyon oranı ile tercih edilecek yöntemdir.

Anahtar Kelimeler

Inverted papillom, medial maksillektomi, komplikasyon, nüks

ABSTRACT

In the study, the functional and oncologic results of 9 inverted papilloma cases who operated by medial maxillectomy approach was discussed. Three recurrences was detected during the mean 3.2 year follow up. In the recurrences, endoscopic salvage surgery was achieved. One of 3 recurrences whom detected squamous cell carcinoma was given radiotherapy. No major complications was seen and satisfaccional results was achieved esthetically. So, medial maxillectomy approach is preferred technique in the suitable cases with low complication rate and good oncologic results.

Keywords

Inverted papilloma, medial maxillectomy, complication, recurrences

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): SSK Ankara Eğitim Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği -ANKARA
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 09.08.2002 - Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 17.12.2002

Yazışma Adresi

Dr. Sinan KOCATÜRK

İlgaz sok. 3/5 GOP/ Ankara E-posta : sinankocaturk@yahoo.com

GİRİŞ

Inverted papillom (IP); burun ve paranasal sinüsleri döşeyen mukozasının (schneiderian membran) neoplastik gelişimi olarak tanımlanabilir. Mukozadaki neoplastik gelişim tipik olarak epitelin alttaki stromaya doğru proliferasyonu şeklinde (14).

IP, tipik olarak lateral nasal duvarda orta konuya da ethmoid recess bölgesinden kaynaklanmakta, sekonder olarak maksiller sinüs ve ethmoid sinüslerine yayılmakta, % 8 vakada septum kaynaklı olarak, % 4 vakada ise bilateral görülmektedir (7). Ancak nasal kavitede tutulumu olmayan izole sinüs tutulumlu vakalar da bildirilmiştir (7). Burun ve paranasal sinüs bölgesi dışında schneiderian membranın embriyolojik gelişim sırasında komşu dokulara migrasyonuna bağlı olarak orofarenksde, posterior farengeal duvarda, lakrimal kesede ve brankial kist duvarında aberran olarak IP gelişimi görülebilmektedir (14).

IP'un en dikkat çeken özelliği kemik invazyonu yapmadan basınç yoluyla kemik erozyonu yaratması ve komşu mukozadaki metaplazi yoluyla yayılmasıdır. Bu yüzden hastalıklı mukozaların tam çıkarılamaması durumunda nüks sık görülmektedir (14).

IP'un yassı hücreli kanser (YHK) ile olan ilişkisi çok iyi bilinmekte ve YHK insidensi %1.7- 56 gibi değişik oranlarda verilmektedir (13,15,20,23). Ancak hangi mekanizma ile tümör gelişimi olduğu açık değildir. Primer vakalarda IP ile YHK birlikte bulunabileceği gibi rekürren IP vakalarında maling transformasyon görülebilir (25). YHK yüksek oranda birliktelik görülmesinden dolayı güvenli cerrahi sınırlarda çevre mukozasının tam olarak çıkarılması hem IP hem de tümör nükslerinin önlenmesi bakımından önem taşımaktadır.

IP'da primer tedavi seçeneği cerrahidir ve lokal olarak geniş rezeksiyon önerilmektedir. Klasik intranasal girişimlerde rezidü tümöre bağlı nüks riskinin yüksek olması sebebiyle lateral nasal duvar ile birlikte tümörün en blok olarak çıkarıldığı medial maksillektomi tedavide uzun yıllar standart tedavi olmuştur (8,24). Klasik olarak medial maksillektomi; lateral rinotomi veya sublabial degloving yaklaşımıyla yapılabilir (5,11,16,17). Son yıllarda gelişen teknolojiye bağlı olarak transnasal endoskopik medial maksillektomi yaklaşımında seçilmiş vakalar-

da önerilmektedir (9). Endoskopik yaklaşımın en önemli avantajı çok iyi büyütme sağlaması ve bu sayede mukozal hastalığı çok iyi inceleme olanağı vermesidir. Deneyimli ellerde frontal lateral reses, sfenoid sinüs, maksiller sinüs gibi bölgelerinde değerlendirilmesi mümkün olduğu ve daha az morbidite yaratıldığı bildirilmektedir (3,19,21,22).

Çalışmamızda lateral duvarda sınırlı kalmayıp, maksiller sinüse ve/veya ethmoid hücrelere yayılım gösteren vakalarda lateral rinotomi - medial maksillektomi tekniği ile elde ettiğimiz onkolojik sonuçlar, komplikasyonlarımız ve cerrahi tedavi seçim kriterleri güncel literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

1994- 2000 yılları arasında nasal ve paranasal sinüsde inverted papillom tanısıyla kliniğimizde lateral rinotomi-median maksillektomi yaklaşımıyla tedavi edilen 12 hastadan, minimum 2 yıl - maksimum 4.5 yıl (ortalama 3.2 yıl) takip süresi olan 9 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların tamamı erkek olup yaş ortalaması 51 dir.

Hastalar; başvuru sırasındaki semptomları, lokalizasyonları, önceki operasyonları, ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi, nüksleri, kurtarma cerrahilerinin özellikleri bakımından değerlendirmeye alınmıştır.

Postoperatif 1. ayda yapılan ilk kontrolden sonra, ilk yıl 3 ayda bir daha sonra 6 ayda bir kontrolleri yapılmıştır.

Hastaların tamamında görüntüleme yöntemi olarak aksiyel ve koronal planda bilgisayarlı tomografi (BT) yöntemi kullanılmıştır. Postoperatif takiplerinde skuamoz hücreli kanser gelişimi tespit edilen hastada BT'ye ek olarak manyetik rezonans (MR)incelemesinde yaptırılmıştır.

BULGULAR

Unilateral nasal obstrüksiyon hastaların tamamında olup ilk ortaya çıkan semptomdu. Nasal obstrüksiyon yakınması 4 ay ile 6 yıl arasında ortalama 1 yıl olduğu belirlendi. Koku alma azlığı 8 hastada, yüzde ağrı yakınması 5 hastada, kötü kokulu burun akıntısı 4 hastada, epistaksis yakınması 2 hastada, izole sinüzit 1 vakada tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların semptomatik dağılımı

Semptomlar	Hasta	%
Nasal obstrüksiyon	9	100
Koku alma azlığı	8	88
Yüzde ağrı	5	55
Kokulu burun akıntısı	4	44
Epistaksis	2	22
İzole sinüzitis	1	11

6 hastada tümörün sağ tarafta, 3 hastada ise sol tarafta yerleşimli olduğu tespit edildi. Bilateral inverted papilloma bizim serimizde rastlanmadı. Tümörün orijin aldığı yer her zaman kolay belirlenmesede 7 hastada hastada tümörün lateral nasal duvarda orta meatus ve ethmoid kompleksden, 2 hastada maksiller sinüsden kaynaklandığı tespit edildi.

Dört hastanın IP tanısı almadan önce 1-4 kez (ortalama 3 kez) klasik nasal polipektomi geçirdiği ve bu operasyonlarında histopatolojik inceleme yapılmamış olduğu tespit edildi. Sadece 5 hastada ilk muayene sırasında biopsi alındığı ve tanının bu şekilde konulmuş olduğu anlaşıldı.

Postoperatif erken evrede ödem, epifora, medial kantusun tespit yerine bağlı göz hareket bozukluğu, kanama, hissiyet kaybı, kanama gibi komplikasyon oranlarımız tablo 2'de verilmiştir. Ancak bu komplikasyonlar geçici olup kalıcı defisit yaratmamıştır. Lateral rinotomi ensizyonuna bağlı skar izi postoperatif 3. aydan sonra büyük oranda gerilemiş ve estetik problem olmamıştır.

Tablo 2: Postoperatif komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Hasta	%
Ödem	9	100
Epifora	1	11
Göz hareket bozukluğu	1	11
Kanama	1	11
Hissiyet kaybı	1	11
Cilt altı amfizemi	1	11
Yara enfeksiyonu	1	11

Tablo 3: Nüks görülen hastalar ve operasyonları

2 hasta	inferior medial maksillektomi
1 hasta	total medial maksillektomi
Toplam 3 hasta	

Toplam 3 (3/9, %30) hastada postoperatif 6-26 aylar arasında nüks izlendi. Nüks görülen hastalardan 2'si inferior medial maksillektomi yapılan ve IP'un maksiller sinüsü doldurduğu hastalardı. Nüks görülen diğer hasta ise orta meatus ile ethmoid kompleks tutulumu olan ve total medial maksillektomi yapılan hastaydı. Bu hastada YHK tespit edildi. Her 3 hastaya da kurtarma cerrahisi olarak endoskopik yaklaşımla sınırlı girişim yapıldı. YHK gelişimi olan hastaya ilave RT verildi. Bu hasta 16 aydır hastaliksiz takiptedir. Diğer 2 hastadan birinde 7 ay sonra tekrar nüks görüldü. Tekrar endoskopik yaklaşımla hastalıklı mukoza temizlendi. Bu hasta 21 aydır hastaliksiz takiptedir. Diğer hasta ise kurtarma cerrahisinden sonra 6 aydır tümörsüz izlenmektedir.

TARTIŞMA

IP sıklıkla 50-70 yaşları arasında sık görülmekte, görülme sıklığı erkek/kadın olarak 1/1 den 9/1'e değişen oranlar verilmektedir (2,4). Bizim vaka serimizde literatürle uyumlu olarak ortalama yaş 51 bulundu. Vaka serimizin tamamını erkek hastalar oluşturdu.

IP; klinik olarak nasal obstrüksiyon, burun akıntısı, koku alma problemi, yüz ağrısı, epistaksis ve sinüs ostiumlarının tıkandığında izole sinüzit yakınmalarıyla ortaya çıkabilir. Epistaksis yakınmasının özellikle SCC ile birliktelik olan vakalarda sık olduğu bildirilmektedir (8,2). Bizim vaka serimizde burun tıkanıklığı en sık karşılaşılan (%100) semptom olup bunu koku alma problemi (%88) izlemektedir. Bu bakımdan unilateral nasal tıkanıklığı ya da sinüs hastalığı olan vakalarda IP'dan şüphelenilmesi ve biopsi alınması yerinde olacaktır.

Bir diğer önemli nokta da nasal polipektomi specimenlerinin rutin patolojik incelemeye tabi tutulması gerekliliğidir. Yayınlanmış serilerde; hastaların %47-72' sinde daha önceden bir veya birkaç kez nasal polipektomi operasyonu geçirdiği ve histopatolojik incelemenin yaptırılmaması sonucu tanı ge-

çikmesi olduğu belirtilmektedir (4,25). Bizim vaka serimizde daha önce nasal polipektomi ön tanısıyla opere edilen hastalardan 4 tanesinde (%44) histopatolojik incelemenin yaptırılmadığı, bu hastalardan 2 tanesinin birden fazla polipektomi operasyonu geçirdiği hasta anamnezlerinden tespit edilmiştir.

IP'un YHK ile olan ilişkisi çok iyi bilinmekte ve YHK insidensi %1.7- 56 gibi (12,13,23) değişik oranlarda verilmektedir. Ancak hangi mekanizma ile tümör gelişimi olduğu açık değildir. Primer vakalarda IP ile YHK birlikte bulunabileceği gibi rekürren IP vakalarında maling transformasyon görülebilir (25). Bizim vaka serimizde literatürle uyumlu olarak 1 hastada (%30) metakaranoz YHK gelişimi olmuştur. YHK yüksek oranda birliktelik görülmesinden dolayı güvenli cerrahi sınırlarda çevre mukozasının tam olarak çıkarılması hem IP hemde tümör rekürrensünün önlenmesi bakımından önem taşımaktadır. IP, nasal kavite içinde farklı bölgelerden kaynaklansa da orijin aldığı yer sıklıkla lateral nasal duvardır ve bilateral görülme sıklığı değişik yayınlarda %2-%13.3 arasında verilmektedir (1,4,6,8,14, 19,25). Bizim serimizde de literatürle uyumlu olarak vakaların %77.7 sinde (7/9) tümörün lateral nasal duvar kaynaklı olduğu görülmüştür. Bilateral yerleşime yada nasal kavitede lateral duvar dışında (septum vs) yerleşime rastlanmamıştır.

IP vakarında optimal cerrahi tedavinin ne olduğu uzun zamandır tartışma konusudur ve cerrahiden sonra %3 - % 73'lere varan rekürrens oranları bildirilmektedir (10,18). Hangi tip cerrahi uygulanırsa uygulansın en önemli nokta; geniş cerrahi sınırların

sağlanması ve hastalıklı mukozanın tamamen çıkarılmasıdır. Medial maksillektomi yaklaşımı özellikle lateral nasal duvar tutulumlu olup endoskopik olarak ulaşılamayan maksiler sinüs uzanımlarında, orbita ve intrakranial uzanımlarda , YHK ile birlikte olan hastalarda, yakın takip imkanının olmadığı hastalarda önerilmektedir (8,19,21,24). Bu yaklaşım tarzının en önemli avantajı, çok iyi görüş sağlanması ve IP'un yayılım gösterebildiği orbita , kafa tabanı, frontal sinüs ve kontralateral ethmoid sinüs gibi bölgelere kolay ulaşılması ve tümörün en-blok çıkarımına imkan sağlamasıdır (24). Medial maksillektomi çoğunlukla lateral rinotomi insizyonu ile yapılmaktadır ancak eksternal ensizyon istenmeyen durumlarda midfasial degloving yöntemiyle de yapılabilir (16,17). Son yıllarda gelişen teknolojiye bağlı olarak transnasal endoskopik medial maksillektomi yaklaşımı da seçilmiş vakalarda önerilmektedir (9). Yayınlarda medial maksillektomi tekniği ile opere edilen hastalarda %0-%27 nüks oranları verilmektedir (4,8,23,25). Bizim vaka serimizde 3 hastada (%30) postoperatif 6-26 aylarda nüks görülmüştür. Her ne kadar rekürrensler sıklıkla cerrahiden sonraki 1-2 yıl içinde görülmesine rağmen 23 yıl sonra rekürrens gösteren vakalarda bulunmaktadır (18). Bu yüzden uzun süreli takip uygun olacaktır.

Sonuç olarak; lateral duvara sınırlı olmayan, maksiller sinüse ve ethmoid hücrelere vs. yayılım gösteren vakalarda medial maksillektomi yaklaşımının, düşük komplikasyon oranları ve literatürle uyumlu onkolojik sonuçlarıyla etkili bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. ABILGAARD-JENSEN J, GREISEN O. Inverted papillomas of the nose and paranasal sinuses. Clin Otolaryngol, 10:135-143, 1985.
2. BENNINGER MS, LAVERTU P, LEVINE H, TUCKER HM. Conservation Surgery For Inverted Papillomas. Head Neck 13:442-445, 1991.
3. COOTERS MS, CHARLTON SA, LAFRENIERE D, SPIRO J. Endoscopic management of an inverted nasal papilloma in a child. Otolaryngol Head Neck Surg 118:876-879, 1998.
4. ÇELİK H, ERYILMAZ A, GÖÇMEN H, AKMANSU H, ÖZER H, SÜZEN A, ÖZERI C. 13 olguda burun ve paranasal sinüslerin inverted papillomu. Kaytaz A(eds):23.
5. DOLGIN SR, ZEVEERİ VD, CASIANO RR, MANIGLIA AJ. Different options for treatment of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. Head Neck 14:92-98, 1992.
6. GÜRSAN Ö, ERDOĞDU S. Inverted papillom ve tedavisi. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 3:31-33, 1992.
7. HYAMS, VJ. Papillomas of the Nasal Cavity and paranasal sinuses. A Clinicopathological Study of 315 Cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 80:192-206, 1971.
8. İKİZ AÖ, SÜTAY S, EDAĞ TK, GÜNERİ E. Inverted Pap-

- illom ve Cerrahi Tedavisi. KBB ve BBC Dergisi (9):134-138, 2001.
9. KAMEL RH. Transnasal endoscopic medial maxilllectomy in inverted papilloma. *Laryngoscope* 105(8 Pt 1): 847-853, 1995.
 10. LAWSON W, BILLER HF, JACOPSON A, SAM P. The role of conservative surgery in the management of the inverted papilloma. *Laryngoscope* 93:148-155, 1983.
 11. LAWSON W, HO BT, SHAARI CM, BILLER HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope* 105:282-288, 1995.
 12. LEE K.J. *Essential Otolaryngology*. Seventh Edition, Appleton And Lange, Stamford, Connecticut 2000:pp 777.
 13. LESPERANCE MM, ESCLAMADO RM. Squamous cell carcinoma arising in inverted papilloma. *Laryngoscope* 105(2): 178-183, 1995.
 14. MYERS EN, FERNAU JL, JOHNSON JT, TABEL JC, Barnes EL. Management of Inverted Papilloma. *Laryngoscope* 100: 481-490, 1990.
 15. OSBORN, D.A.: Transitional Cell Growth of thr Upper Respiratory Tract. *J Laryngol Oto* 70:574-588, 1956.
 16. ÖNERCI M, YILMAZ T. Paranasal sinüslere ve kafa kaidesine midfasial degloving yaklaşımı. *K.B.B. Postası* 3:97-100, 1994.
 17. ÖNERCI M, YILMAZ T. Lateral rinotomi. *K.B.B Postası* 3:138-142, 1994.
 18. RIDOLFI RL, LIEBERMAN PH, ERLANDSON RA, Moore OS. Schneiderian papillomas: a clinicopathologic study of 30 cases. *Am J Surg Pathol*, 1:43-53, 1977.
 19. SHAM CL, WOO JK, VAN HASSELT CA. Endoscopic resection of inverted papiloma of the nose and paranasal sinuses. *J Laryngol Head Neck Surg*, 109:988-995, 1993.
 20. SKOLNIK, E.M., LOEWY, AAND FREIDMAN, J.E.: Inverted Papilloma of the Nasal Cavity. *Arch Otolaryngol*, 84:61-67, 1966.
 21. STANKIEWICZ JA, GIRGIS SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 109:988-95, 1993.
 22. SUKENIK MA, CASIANO R. Endoscopic Medial Maxillectomy for Inverted Papillomas of the Paranasal Sinuses: Value of the Intraoperative Endoscopic Examination. *Laryngoscope* 110:39-42, 2000.
 23. THORP MA, OYARZABAL-AMIGO MF, du PLESSIS JH, SELLARS SL. Inverted papilloma: a review of 53 patients. *Laryngoscope* 111(8):1401-1405, 2001.
 24. WEISMAN R. Lateral – rhinotomy and medical maxillectomy. *Otolaryngol Clin North Am* 28(6): 1145-1156, 1995.
 25. VRABEC, D.P.: The Inverted Schneiderian Papilloma: A Clinical and Pathological Study. *Laryngoscope* 85:186-220, 1975.