K.B.B. ve BBC Dergisi, (9) : 110-113, 2001

OLGU SUNUMU

PARANAZAL SİNÜS OSTEOMLARI

PARANASAL SINUS OSTEOMAS

Dr. Aydın ACAR* Dr. E.Evrim ÜNSAL**
Dr. Gürsel DURSUN***

ÖZET

Osteomlar paranazal sinüslerin sık görülen benign tümörleridir ve frontal sinüs en fazla etkilenen bölgedir. Bunlar yavaş büyüyen, iyi sınırlı tümörlerdir ve rutin sinüs grafisinde %1 oranında bulunurlar. Frontal, etmoid ve maksiller sinüsde osteom tespit edilen ve 10 tanesine cerrahi tedavi uygulanan 12 hasta incelenmiştir. Bu tümörlerin semptomları, hastaların kliniği, radyolojik bulguları, tanısı ve cerrahi tedavileri tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Osteom, paranazal sinüs tümörleri

SUMMARY

Osteoma is the most common benign tumor of the paranasal sinuses, and the frontal sinus is its most frequent location. They are slowly growing and well-defined tumor, and found in 1% routine sinus radiographs.Twelve patients with an osteoma of the frontal, etmoid or maxillary sinuses have been stutied and 10 cases treated surgically. The presenting symptoms of tumor this tumor, patient examination, radiographic evaluation, diagnosis and surgical management are discussed.

Key words: Osteoma, paranasal sinus neoplasms

*Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi 3.K.B.B. Kliniği - ANKARA
**Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi 2.K.B.B. Kliniği - ANKARA
*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı - ANKARA
Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : Ankara Tıp Fak. KBB Kliniği
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 30.06.2001
Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih : 28.08.2001
Yazışma Adresi : Dr. Aydın ACAR, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. KBB Kliniği
e-posta : acara66@yahoo.com

GİRİŞ

Osteom terimi genellikle paranazal sinüs, mandibula ve kafa tasındaki osseos dokudan gelişen ve yavaş büyüyen iyi sınırlanmış tümörler için kullanılır. Osteomlar paranazal sinüslerin benign tümörleridir ve rutin sinüs grafisinde %1 oranında bulunurlar. En fazla frontal sinüsde, daha az sıklıkla etmoidlerde ve nadiren de maksiller sinüsde görülür. Sfenoid sinüsde son derece nadirdir (6,7).

Paranazal sinüs osteomları sinüs duvarından kaynaklanır ve lümene doğru büyür. Genellikle kaynaklandıkları sinüsün değil invaze ettikleri sinüsün adı ile isimlendirilirler (6).

Paranazal sinüs osteomlarının histopatolojik natürü Fu ve Perzin (9) tarafından yapılan çalışmada açıklanmıştır. İki histolojik tipi vardır: (a) Fildişi osteoma belirgin fibrovasküler stroma olmadan kompakt kemikten meydana gelen homojen yapıdadır. (b) Matür veya fibröz osteomda belirgin fibröz stroma ince trabeküller ile ayrılmıştır (3,18).

Osteomların tanısında paranazal sinüslerin fibröz displazisi ve ossifying fibroma gibi diğer fibroosseoz lezyonları göz önüne alınmalıdır. Bu lezyonlar benzer radyografik görünümdedirler, fakat osteom kadar iyi sınırlı değildirler (18).

Osteomlar x-ray ile tespit edildiklerinde sıklıkla semptomatik ve büyüktürler. Bazen rutin çekilen filmlerde rastlantısal olarak da bulunabilirler. Bilgisayarlı tomografi ise daha sensitiftir ve asemptomatik küçük lezyonlarda görülebilir (6,10).

Klinik şikayetler sıklıkla frontal sinüs kaynaklıdır. En sık baş ağrısı, yüzde, alında ağrı ve şişliktir(3,6,7,10,18).

Bu çalışmada, paranazal sinüs osteomlarının tanısı, kliniği, cerrahi tedavisi ile ilgili kendi hastalarımızın bilgileri sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalında 1993 ile 1997 yılları arasında 12 hastaya paranazal sinüs osteomu tanısı konulmuştur. Bu hastaların hepsine waters grafisi ve paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi yapılmıştır. Olgulardan 10 tanesine cerrahi tedavi uygulanmıştır.

BULGULAR

Hastaların 7' si erkek ve 5'i kadındır ve erkek kadın oranı 1.4/1 dir. Yaşları 19 ile 55 arasında değişmekte ve ortalama yaş 31 dir. En fazla görülme yaşına göre 3' er olgu hayatlarının ikinci ve üçüncü dekatlarındadırlar.

Frontal sinüs 9 vaka (%75) ile en sık etkilenen sinüsdür. İki hastada (%16.5) anterior etmoid sinüsde ve bir olguda da (%8.5) maksiller sinüsde tespit edilmiştir.

RESİM 1 :

Frontal sinüs osteomlarında en sık semptom hastaların 6' sında (%67) baş ağrısıdır ve süresi 2 ay ile 3 yıl arasında değişmekte olup ortalama 1,4 yıldır. Bunu 2 hasta (%22) ile alın ağrısı şikayeti takip etmiştir. Diğer vaka asemptomatiktir. Etmoid sinüs osteomunda bir hastanın şikayeti burun yan tarafında şişliktir ve diğer hasta asemptomatiktir. Maksiller osteomlu vakanın şikayeti ise yanakta ağrıdır. On iki hastanın 4' ünde (%33.3) kronik sinüzit hikayesi mevcuttur. Mukosel, piyosel, propitosis, aerosel ve serebral enfeksiyon gibi daha ileri komplikasyonlar hastalarda görülmemiştir.

Orjin aldığı alan 9 frontal sinüs vakasının 4'ünde (% 44) frontal sinüs anterior etmoid birleşim yerindedi r(Resim 1). Bunlardan bir tanesi çok büyüktür ve orbita medial duvarına doğru uzanmıştır (Resim 2). Diğer 3 vakada (%33) frontal sinüs tabanındadır ve 2' sinin de (%22) septal lezyonu vardır.

Osteomların en büyüğü 25 mm, en küçüğü 3mm ve ortalama büyüklükleri 11.5 mm dir.

Hastalardan 6'sına frontoetmoidektomi, 2' sine tek taraflı osteoplastik flep ve osteom eksizyonu yapıldı. Bu olgularda sinüs oblitere edilmedi. Diğerlerinden bir vakaya eks-

RESİM 2 :

ternal etmoidektomi, diğer vakaya da caldwell-luc ve osteom eksizyonu uygulandı. Asemptomatik iki olgu opere edilmedi.

Postoperatif dönemde komplikasyon ile karşılaşılmadı. Sekiz hastanın en az 3 ve en fazla 5 yıllık takibinde bir vakada baş ağrısı şikayeti tekrarladı. Nüks frontal sinüs osteomu tespit edildi ve frontoetmoidektomi uygulandı.

TARTIŞMA

Paranazal sinüs osteomları göreceli olarak sıktır ve %80 frontal sinüsde meydana gelir. Bunların da %37' si frontal sinüs ostiumu çevresinde gelişir.

Osteomaların sebebi tam olarak kesinleşmemiştir ve travmatik, enfektif, embriyonik olmak üzere 3 ayrı teori vardır. Fasial travma öyküsü olabilir, fakat direk sebebi olduğuna dair ilişki saptanmamıştır ve pek çok vakada uygun öykü açıklanmamıştır. Osteom oluşmasının kronik sinüzit ile ilişkisi açık değildir, buna rağmen bazıları kronik inflamasyonun osteoblastik aktiviteyi sitimüle ettiğine inanırlar.Vakalarımızın 4'ünde(%33.3) kronik sinüzit hikayesi mevcuttu. Gelişimsel teori pek çok osteomun, hayatın erken dönemlerinde membranöz ve kartilajenöz yapıların bulunduğu frontoetmoid sütür hattından kaynaklandığından dolayı ortaya atılmıştır, fakat bunun karşı görüş olarak pek çok osteomun bu gibi embriyonik bileşkelerden kaynaklanmadığındandır (2,6,8,11, 13,20).

Otozomal dominant geçiş gösteren Gardner Sendromunda multipl osteomların ,intestinal polipler, fibromlar lipomlar, norofibromlar epidermoid kistler ve pigmente cilt lezyonları ile birlikte olduğu durumlar mevcuttur (18,20).

Paranazal sinüs osteomlarının doğru insidansını söylemek mümkün değildir, çünkü çoğu osteom asemptomatik kalır ve gözden kaçar. Atallah ve Jay (1) paranazal sinüs osteomu olan 23 hasta ve bunlarında 13 tanesinin frontal sinüsde olduğunu söylemişlerdir. Hallberg ve Begley (11) 51, Handausa (12) 12 vaka bildirmişler ve ayrıntılı istatikler yeni literatürlerde söylenmiştir (1,4-6,9,11). Bu otörlere göre insidansı %0.002 ile %0.98 arasında değişmektedir. Childrey (5) 3510 x-ray' de insidansı %0.42 olarak vermiştir. Earwaker (6) serisinde 2.- 4. dekadlarda %2-3 ve 7. dekadda %5.7 oranında değişmektedir.

Serilerde görülme yaşına bakıldığında üçüncü ve dördüncü dekadlarda pik görülürken (11,12,16) bir seride (6) beşinci ve altıncı dekatlarda sık gördüklerini söylemişlerdir. Atallah ve Jay (1) orta doguda batıya göre yaş insıdansnın düşük olduğunu belirtmişlerdir. Biz çalışmamızda hastaların çoğu ikinci ve üçüncü dekadlardadır.

Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür ve erkek kadın oranı 1.3/1 (6) 3/1 (15) arasında bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran 1.4/1 dir.

Osteomlarda frontal sinüs en sık etkilenen yerdir ve etmoid sinüse göre görülme oranı

8.5/1 (8) ile 1.2/1 (19) arasında değişen oranlar verilmiştir (4, 6, 8, 9,12,19). Boysen (4) orjin aldığı sinüsden çok invaze ettiği sinüs ile isimlendirilmesini söylemiştir. Earwaker' ın (6) serisinde osteomların %80 frontal sinüsde, %20 etmoid sinüsde görülmüştür. Serilerde maksiller sinüsde görülme sıklığı %4 ile %17 arasında verilmiştir (5,8,9,11,19). Bizim calışmada frontal sinüsler %75 ile en sık etkilenen sinüsdür ve bunların da % 44'ü frontal sinüs anterior etmoid birleşim yerindedir. İki hastada (%16.5) anterior etmoid sinüsde ve bir olguda da (%8.5) maksiller sinüsde tespit edilmiştir.

Sinüs osteomlu hastaların çoğu asemptomatiktir. Eğer semptom mevcutsa genellikle non spesifiktir ve sinüzit tipi baş ağrısı ve yüz ağrısı şeklindedir. Leibermann ve Tovi (14) küçük osteomların drenaj yollarını tıkadığını ve barotravmadakine benzer vakum baş ağrısına neden olduğunu yazmışlardır. Bu etkilenen sinüslerin radiografide opasitesine ve aynı anda eşlik eden obstrüksiyon baş ağrısına neden olur. Bazen drenaj yollarını tıkamadan da belirgin baş ağrısı olabilir. Lezyonun büyüklüğü arttıkça mukosel, piyosel, propitosis, aerosel ve serebral enfeksiyon gibi daha ileri komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu çalışmada en sık semptom baş ağrısıdır ve hastaların yarısında görülmüştür. Hastaların hiçbirisinde ileri komplikasyon görülmemiştir.

Osteomaların tedavisinde Dragoslav (7) serisinde cerrahi yaptığı 45 hastanın 34' üne osteoplastik flep ve 4' üne Reidel operasyonu, 3'üne lateral rinotomi ve diğer 4 hastaya da anterior etmoidektomi uygulamıştır. Smith ve Calcaterra (18) serisinde 2 hastaya frontoetmoidektomi, 21 hastaya da osteoplastik flep uygulamış ve 13' ünde frontal sinüsü oblitere etmiştir. Bir hastada rekürrens görmüşler ve frontoetmoidektomi operasyonunu tekrarlamışlardır. Bizim çalışmamızdaki hastalardan 6'sina frontoetmoidektomi, 2' sine tek taraflı osteoplastik flep ve osteom eksizyonu yapıldı. Bir vakaya eksternal etmoidektomi, diğer vakaya da caldwell-luc ve osteom eksizyonu uygulandı. Asemptomatik iki olgu opere edilmedi. Bir vakada frontal sinüs osteomu nüks etti ve frontoetmoidektomi uygulandı.

Tercih edilecek görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografi olmalıdır. Osteomlar bazı düz grafilerde veya konvansiyonel tomografilerde saptanabilmelerine karşın bu tip yöntemler emniyetli cerahi girişim için yeteri kadar ayrıntı vermediklerinden uygun değillerdir. Aynı şekilde manyetik rezonans yönteminde kemik sınırları yetersiz gözüktüğünden frontal mukosellerin varlığı ve yokluğunun değerlendirilmesinde yanlış bilgi verebilir. Sintigrafinin tanıda çok önemli

bir rolü olmasa da Tc99 ile yapılacak çalışmalar prognoz açısından önem taşır ve tedavinin cerrahi veya konservatif olmasında yol gösterici olabilir (13, 17, 20).

Sonuç olarak; Paranazal sinüs osteomaları en sık frontal sinüsde ortaya çıkarlar ve frontal sinüs anterior etmoid birleşim yerinde daha sıktır. Bilgisayarlı tomografi tanısında son derece değerlidir ve cerrahi tedavinin şeçiminde yardımcıdır. Osteomun yerine göre seçilen uygun cerrahi tedavi ile osteom tamamen çıkarılabilir ve komplikasyon gelişmemiş olgularda prognoz iyidir.

KAYNAKLAR

1. ATALLAH N, JAY M. Osteomas of the paranasal sinus. J. Laryngol Otol, 95: 291-304,1981.
2. ATAMAN M, AYAS K, GÜRSEL B. Giant osteoma of the frontal sinus. Rhinology, 31: 185-7,1993.
3. BILTZER A, POST KD, CONLEY J. Craniofacial resection of ossifying fibromas and osteomas of the sinuses. Arch Otolaryngol, 115:1112-1115, 1989
4. BOYSEN M. Osteomas of the paranasal sInus. J Otolaryngol (Can), 7:366-70, 1978.
5. CHLLDREY JH. Osteomas of the sinus, the frontal and sphenoid bone. Arch Otolaryngol, 30: 63-72, 1939.
6. EARWAKER J. Paranasal sinus osteomas:a review of 46 cases. Skeletal radiol, 22: 417-23,1993.
7. DRAGOSLAV LJS, DRAGOSLAVA RD. Indications for the surgical treatment of osteomas of the frontal and ethmoid sinus. Clin Otolaryngol, 15:397- 404, 1990.
8. FETLSOFF AG. Pathogenesis of osteomas of the nasal accessory sinuses. Ann otol Rhinol Laryngol, 39:404-411, 1929
9. FU YS, PERZIN KH. Non-epithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx: a clinicopathological study. II. Osseous and fibro-osseous lesions, including osteoma, fibrous dysplasia, ossifying fibroma, osteoblastoma, giant cell tumor, and osteosarcoma. Cancer, 33: 1289-1305,1974.
10. GEORGE J, MERRY GS, JELLETT LB, BAKER JG. Frontal sinus osteoma with complicating intracranial aerocele. Aust. N.Z. J. Surg, 60:66-68,1990.
11. HALLBERG O¼, BEGLEY JW. Origin and treatment of osteomas of the paranasal sinus. Arch Otolaryngol, 51:750-60, 1950.
12. HANDOUSA AS. Nasal osteoma. J Laryngol Otol, 55:197-224 ,1940.
13. HOLNESS RO, ATTLA EL. Osteoma of the frontoethmoidal sinus with secondary brain abscess and intracranial mucocele: case report. Neurosurgery, 35: 796-7, 1994.
14. LELBERMANN, A, TOVL F. A small osteoma of the frontal sinus causing headaches. J Laryngol Otol, 98: 1147-1151, 1984
15. RAPPAPORT JM, ATTLA EL. Pneumocephalus in frontal sinus osteoma: a case report. J Otolaryngol, 23: 430-436, 1994
16. SAMMY LL, MOSTAFA H. Osteomas of the nose and paranasal sinuses with a report of 21 cases. J Laryngol Otol, 85: 449-69,1971
17. SHADY JA, BLAND LI, KAZEE AM, PILCHER WH. Osteoma of the frontoethmoidal sinus with secondary brain abscess and intracranial mucocele: case report. Neurosurgery, 34: 920-3, 1994.
18. SMITH ME, CALCATERRA TC. Frontal sinus Osteoma. Ann Otol Laryngol, 98: 896-900, 1989.
19. TEED RV. Primary osteoma of the frontal sinus. Arch Otolarygol 33:255-92,1941.
20. VOWLES RH, BLEACH NR. Frontoetmoid osteoma. Ann Otol Rhinol Laryngol, 108:522-524, 1999.