

# Onkositik Schneiderian Papillom: Olgu Sunumu

## Oncocytic Schneiderian Papilloma: Case Report

**Dr. Alper Nabi ERKAN\*, Dr. Nebil BAL\*\*, Dr. Fulya ÖZER\*, Dr. Özcan ÇAKMAK\*\*\***

\*Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Kulak Burun Boğaz Bölümü

\*\*Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Patoloji Bölümü

\*\*\*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

### ÖZET

Schneiderian papillomlar, nazal kavite ve paranasal sinüsleri çevreleyen yüzey epitelinden köken alan, iyi huylu, nadir görülen tümörlerdir. Histomorfolojik olarak; inverted, fungiform ve onkositik schneiderian papillom olmak üzere 3 gruba ayrılırlar. Onkositik schneiderian papillomlar bu 3 grup içinde en nadir görülen ve malignite potansiyeli yüksek olan tümörlerdir. Altmış üç yaşında bir erkek hasta, yaklaşık 6 aydır varolan tek taraflı burun tıkanıklığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan KBB muayenesinde, sol orta meayı doldurup nazal pasajı kapatan, pembemsi renkte, frajil polipoid doku saptandı. Çekilen paranasal sinüs tomografisinde; sol maksiller sinüsü, nazal hava pasajını, etmoid hücreleri dolduran, kemiklerde şekil değişikliği ve genişlemelere neden olan yumuşak doku kitlesi saptandı. Transnazal endoskopik cerrahi ile kitle total olarak eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu; onkositik schneiderian papillom şeklinde rapor edildi. Hastanın postoperatif 1 yıllık takiplerinde, herhangi bir nüks görülmedi. Bu makalede onkositik schneiderian papillom olgusu, literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

### Anahtar Kelimeler

*Nazal kavite neoplazmları, papillom, onkositik schneiderian papillom*

### ABSTRACT

Schneiderian papillomas are rare benign tumors that arise from the surface epithelium that lines the paranasal sinuses and nasal cavity. Histomorphologically they are classified into 3 groups; inverted, fungiform and oncocytic schneiderian papillomas. Of these three, oncocytic schneiderian papilloma is the rarest and has a high malignancy potential. A 63-year-old man applied to our clinic with a 6 months complaint of unilateral nasal obstruction. ENT examination revealed a pinkish fragile polypoid mass which was arising from the middle meatus and obstructing the nasal airway. Paranasal sinus tomography revealed soft tissue mass which was filled the left maxillary sinus, nasal airway, ethmoid cells and formed remodelling and expansile changes in the bones. Transnasal endoscopic surgery was performed and the mass was excised totally. Histopathologic examination revealed oncocytic schneiderian papilloma. No recurrence was determined throughout the one year follow up. This article discusses the oncocytic schneiderian papilloma case along with the relevant literature.

### Keywords

*Nasal cavity neoplasms, papilloma, oncocytic schneiderian papilloma*

Bu olgu sunumu 14-17 Nisan 2005 tarihinde İzmir'de yapılacak olan Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı 3. Akademi toplantısında poster olarak sunulmuştur.

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): **Başkent Üniversitesi KBB ve Patoloji Anabilim Dalı**  
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **12.04.2005** · Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **01.12.2005**

Yazışma Adresi

**Dr. Alper Nabi ERKAN**

Başkent Seyhan Hastanesi Kulak Burun Boğaz Bölümü Baraj Yolu 1. Durak Seyhan/Adana  
Cep Tel: 0 532 567 04 40 Tel: 0 322 458 68 68/ 2302-09 Faks: 0 322 459 99 49 E-mail: alpernabierkan@yahoo.com

## GİRİŞ

Schneiderian papillomlar, nazal kavite ve paranasal sinüslerin nadir görülen benign tümörleridir. Tüm nazal neoplazmların %0,5-4'ünü oluştururlar (1). Bu tümörler, ilk olarak, 1854 yılında, Ward tarafından tariflenmiştir (2). Nazal kavite ve paranasal sinüsleri çevreleyen yüzey epitelinden (Schneiderian mukozaya) köken alırlar (3,4). Lokal olarak agresif seyrederek ve malign transformasyon gösterebilirler (5). Bu yazıda, etmoid ve maksiller sinüslerden kaynaklanıp nazal pasajı dolduran ve septal perforasyona neden olan bir onkositik schneiderian papillom (OSP) vakası sunulmuştur.

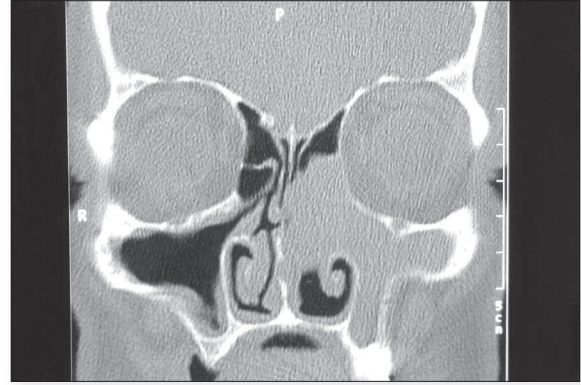
## OLGU SUNUMU

Altmış üç yaşında bir erkek hasta, yaklaşık 6 aydır burun sol tarafından rahat nefes alamama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden, daha önce, yaklaşık 3-4 ay aralıklı medikal tedavi (antibiyotik, steroidli nazal sprey, dekonjestan) aldığı, şikayetin geçmemesi üzerine operasyon önerildiği öğrenildi. Hastanın allerjisi, herhangi bir sistemik hastalığı veya çevresel bir toksine maruziyeti yoktu. Yapılan endoskopik nazal muayenede; sol orta meayı dolduran ve nazal pasajı kapatan pembemsi renkte polipoid doku mevcuttu. Hastanın laboratuvar testlerinde anormal bir bulgu saptanmadı. Çekilen paranasal sinüs tomografisi; sol maksiller sinüsü, nazal hava pasajını, etmoid hücreleri dolduran, kemiklerde şekil değişikliği ve genişlemelere neden olan, yumuşak doku kitlesi olarak rapor edildi (Resim 1). Hastaya, tek taraflı, transnazal endoskopik cerrahi yapıldı. Endoskopide; kitlenin, sol maksiller sinüs medial duvarından kaynaklanıp, maksiller sinüsü tamamen doldurarak nazal kavite ve etmoid sinüslere uzandığı ve septumda yaklaşık 4 mm'lik düzgün sınırlı perforasyona neden olduğu gözlemlendi. Operasyon esnasında, maksiller sinüs medial duvarı alınarak maksiller sinüs içi ve nazal kavitede bakiye kitlenin bırakılmadan tamamen temizlendi. Eksize edilen spesmenin hematoksilin eozin boyalı preparatlarının ışık mikroskopik incelenmesinde; ekzofitik papiller yapılar ile fibröz stroma içerisine invajine olan endofitik gelişim gösteren adalar yuvalanmalar oluşturan oval yuvarlak nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı onkositik hücrelerden meydana

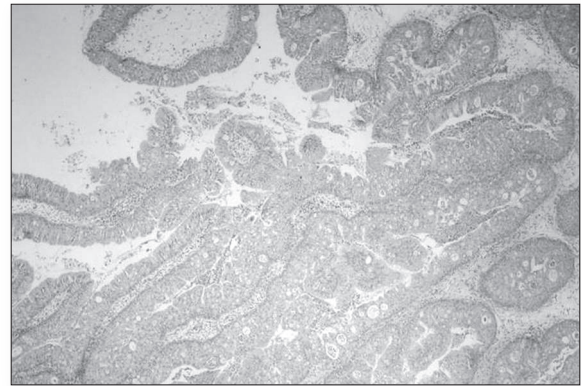
na gelen gelişim izlendi ve histopatolojik inceleme sonucu OSP olarak rapor edildi (Resim 2,3). Postoperatif dönemde düzenli olarak kontrollere gelen hastanın 1 yıllık takibinde herhangi bir nükse rastlanmadı (Resim 4).

## TARTIŞMA

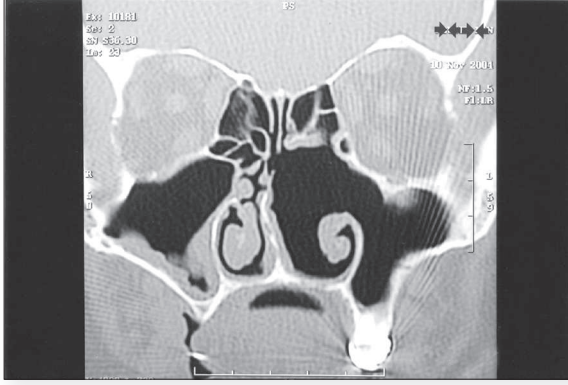
Schneiderian papillomlar histomorfolojik olarak; inverted, fungiform ve onkositik schneiderian papillom olmak üzere 3 gruba ayrılırlar (6,7). OSP'ler, daha önceleri, silindirik hücreli papillom olarak bilinmekteyken, Barnes ve Bedetti'nin histokimyasal çalışmaları sonucu onkositik karakteristikleri gösterilerek bu adı almışlardır (8). Bu grup içerisinde, OSP'ler en az görülen form olup, tüm Schneiderian papillomların %3-5'ini oluştururlar



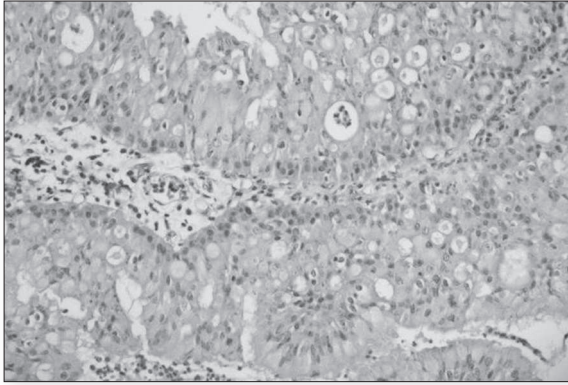
**Resim 1.** Preoperatif, koronal kesit paranasal sinüs tomografisinde sol maksiller sinüsü, nazal hava pasajını, etmoid hücreleri dolduran, kemiklerde şekil değişikliği ve genişlemelere neden olan yumuşak doku kitlesi görülüyor.



**Resim 2.** Onkositik epitel ile döşeli Schneiderian Papillom (H&E x 40).



**Resim 3.** Onkositik hücreler ve arada mürin içeren hücrelerden oluşan epitel tabakası (H&E x 200).



**Resim 4.** Postoperatif 6. aydaki koronal kesit paranasal sinüs tomografisinde operasyona sekonder değişiklikler görülüyor.

(7,8). İverted papillomlar, tüm grup içinde en sık görülen form olup malignite potansiyeli onkositik papillomlardan daha yüksektir. Fungiform papillomlarda rekürrens görülürken, malignite potansiyelleri yoktur (6,7,8,9,10,11). İverted ve onkositik papillomlar lateral nazal duvardan kaynaklanırken, fungiform papillomlar daha çok septumdan köken alırlar (9).

OSP'lerin etyolojileri, henüz tam olarak bilinmemektedir. Viral enfeksiyonlar özellikle human papilloma virüs, kronik inflamasyon, alerjik proliferasyon ve çevresel karsinojenlere maruz kalma gibi farklı faktörler etyolojide rol oynayabilir (12,13). Bizim olgumuzun öyküsünde, bilinen bir çevresel karsinojene maruz kalma, allerji ya da kronik inflamasyon yoktu.

Bu tümörler, sıklıkla, 50 yaş üstünde görülürler. Kadın ve erkekte eşit sıklıkta rastlanırlar (7). Has-

aların başlıca başvuru semptomları, genellikle, tek taraflı burun tıkanıklığı, burun kanaması, ağrı ve nadiren de diplopidir. Semptomların başlangıcı, aylar, yıllar öncesine dayanabilir. Fizik muayenede, sıklıkla inflamatuvar polip ile karışabilen pembe ya da kırmızı renkte, irregüler yüzeyli, polipoid kitlerle görülür (14). Olgumuz 63 yaşında, erkek ve aylar öncesine dayanan burun tıkanıklığı şikayeti mevcuttu. Endoskopik muayanedeki görünüm ile daha çok nazal polip olabileceği düşünülerek biyopsi yapılmadı. Operasyon esnasında kitlenin sinüs medial duvarından kaynaklanması ve papilloma benzer görüntüsü nedeniyle maksiller sinüs medial duvarı ile birlikte enblok rezekt edildi.

Radyolojik olarak, hastalığın yayılımına göre değişik bulgular görülür. Genellikle bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme lateral nazal duvardan ya da maksiller sinüsten köken alan yumuşak doku kitlesi görünümü mevcuttur. Çevre dokulara doğru bası, invazyon ve kemik destrüksiyonu görülebilir. Kemik destrüksiyonunun saptanması daha çok maligniteyi düşündürür. Cerrahi planlanırken hem bilgisayarlı tomografi hem de manyetik rezonans görüntüleme yararlanılmalıdır (15). Olgumuzda paranasal sinüs tomografisinde sol maksiller sinüsü, nazal hava pasajını, etmoid hücreleri dolduran, kemiklerde şekil değişikliği ve genişlemelere neden olan ve septumda perforasyona yol açan yumuşak doku kitlesi mevcuttu.

Mikroskopik olarak OSP'nin en önemli özelliği, eksofitik ve endofitik büyüme paternine sahip olması ve çok katlı eozinofilik epitel ile çevrili olmasıdır (16). Olgumuzun spesmeninde, ışık mikroskopik incelemede histomorfolojik bulgular OSP ile uyumlu idi. Ayırıcı tanıda OSP'ler en sık olarak adenokarsinom ve rhinosporidiosis ile karışır (16,17). Rhinosporidiosis sporları ile onkositik schneiderian papillomun mürinöz mikrokistleri birbirine çok benzerler. Adenokarsinomdan çok katlı epitel ile sahip olmaları yönünden ayırt edilebilirler (16,17). OSP'lerin klinik davranışları inverted papillomlarla çok yakın paralellik gösterir (8). Rekürrens oranları %25-35 arasında değişmektedir. Rekürrenste en büyük etken, yetersiz cerrahi eksizyon ve yeniden büyümedir (8). Eşzamanlı kanserler görülebilir (11). OSP'lardan %14-19 oranında malignite gelişme riski mevcuttur (7,8,9,11). Kapadia (18) ve arkadaşları onkositik papillomdan, karsinom gelişen 9 olguyu incelemişler ve bunlardan 6'sından skuamöz

hücreli karsinom, 2'sinden yüksek grade mukoe-pidermoid karsinom ve 1'inden de sinonazal undiferansiye karsinom geliştiğini bildirmişlerdir. Barnes ve Bedetti (8)'nin 6 olguluk OSP serisinde bir olguda mukoe-pidermoid karsinom gelişmiştir. Maitra (5) ve arkadaşlarının OSP ile ilişkili biri küçük hücreli karsinom, diğeri sinonazal undiferansiye karsinom gelişen iki olgu sunumları mevcuttur. Ward (11) ve arkadaşları, OSP' lı olgularda, kanser gelişiminde displastik epitelin sorumlu olduğunu ve buradan invaziv karsinom geliştiğini savunmuşlar ve kendi olgularında displastik epitle kanser odağı arasında devamlılığı göstermişlerdir.

Bu tümörlerin esas tedavisi, cerrahi olarak total eksizyondur. Cerrahi eksizyon, genellikle lateral rinotomi yoluyla medial maksillektomi ya da midfasiyal degloving yaklaşımı ile yapılır (19). Son yıllarda, sinonazal papillomlarda, özellikle sınırlı

tümörlerde, transnazal endoskopik cerrahiden de faydalanılmaktadır (20,21,22). Radyoterapi, primer tedavi olarak önerilmeyip genellikle kanser odağı saptandığında yardımcı bir tedavi olarak kullanılabilir (8). Olgumuzda, transnazal endoskopik cerrahi ile kitlenin kaynaklandığı yer olan maksiller sinüs medial duvarı ile maksiller sinüs içi ve nazal kavitedeki papillomlar total eksize edilebildi. Patoloji sonucunun OSP olarak gelmesi üzerine hasta yakın takibe alındı.

OSP' ların, nadir görülmeleri ve değişik histomorfolojik yapıya sahip olmaları en önemli özellikleridir. Bu tümörler yüksek rekürrens ve malignite riskine sahip oldukları için, tam bir cerrahi eksizyon yapıp, eksize edilen spesimende kanser odakları dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır. Bu tümörlerin postoperatif dönemde de yakın takip edilmeleri gereklidir.

#### KAYNAKLAR

- Skolnik CM, Loewy A, Friedman JE. Inverted papilloma of the nasal cavity. Arch Otolaryngol. 1966;84:61-67.
- Ward N. A mirror of the practice of medicine and surgery in the hospitals of London: London Hospital. Lancet. 1854;480-482.
- Batsakis JG. Squamous cell "papillomas" of the oral cavity, sinonasal tract and larynx. In: Batsakis JG, ed. Tumors of the head and neck. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1979;130-143.
- Batsakis JG. Nasal (Schnederian) papillomas. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1981;90:190-191.
- Maitra A, Baskin LB, Lee EL. Malignencies arising in oncocytic schnederian papillomas: A report of 2 cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2001;125:1365-1367.
- Christensen WN, Smith RRL. Schnederian papillomas: a study of 67 cases. Hum Pathol. 1986;17: 393-400.
- Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses: a clinicopathological study of 315 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1971; 80:192-207.
- Barnes L, Bedetti C. Oncocytic Schnederian papilloma: a reappraisal of cylindrical cell papilloma of the sinonasal tract. Hum Pathol. 1984;15:344-351.
- Barnes EL: Surgical pathology of the Head and Neck. Vol 1. New York: Dekker; 1985; 411-416.
- Philips PP, Gustafson RO, Facer GW. The clinical behavior of inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses: Report of 112 cases and review of the literature. Laryngoscope. 1990;100: 463-469.
- Ward BE, Fechner RE, Mills SE: Carcinoma arising in oncocytic schnederian papilloma. Am J Surg Pathol. 1990;14:364-369.
- Majumdar B, Beck S. Inverting papilloma of the nose: some aspects of aetiology. J Laryngol Otol. 1984; 98: 467-470.
- Frenkiel S, Mongiardo FD, Tewfik TL, Mendelsohn M. Viral implications in the formation of multicentric inverting papilloma. J Otolaryngol. 1994; 23: 419-422.
- Fechner RE. Pathologic quiz case 2:cylindrical cell papilloma. Arch Otolaryngol. 1981;107: 454-457.
- Cunningham MJ, Brantley S, Barnes L, Schramm VL Jr. Oncocytic schnederian papilloma in a young adult: a rare diagnosis. Otolaryngol Head Neck Surg. 1987; 97: 47-51.
- Liu CY, Tsai TL, Hsu CY, Lin CZ. Oncocytic Schnederian Papilloma. J Chin Med Assoc. 2004; 67(5): 255-257.(abstract)
- Lasser A, Smith HW. Rhinosporidiosis. Arch Otolaryngol. 1976; 102: 308-310.
- Kapadia SB, Barnes L, Pelzman K, Mirani N, Heffner DK, Bedetti C. Carcinoma Ex oncocytic schnederian (cylindrical cell) papilloma. Am J Otolaryngol. 1993;14:332-338.
- Kennedy KS. Cylindrical Cell papilloma of the maxillary sinus. Am J Rhinol. 1990; 4: 185-188.
- Keleş N, Deger K. Endonasal endoscopic surgical treatment of paranasal sinus inverted papilloma- first experiences. Rhinology. 2001; Sep39(3):156-159.
- Waitz G, Wigand ME. Results of endoscopic sinus surgery for the treatment of inverted papillomas. Laryngoscope. 1992;102: 917-922.
- Stankiewicz JA, Girgis SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;109: 988-995.