



İNVERTED PAPİLLOM VE CERRAHİ TEDAVİSİ

İNVERTED PAPILLOMA AND ITS SURGICAL MANAGEMENT

Dr. Ahmet Ömer İKİZ* Dr. Semih SÜTAY*
Dr. Tamer Kemal EDAĞ* Dr. EnisAlpin GÜNERİ*

ÖZET

İnverted papillom nedeniyle 10 hasta opere edilerek 2'sine intranasal eksizyon, 4'üne medial maksillektomi, 4'üne ise endoskopik cerrahi uygulanmıştır. İntranazal eksizyon ve endoskopik cerrahi yapılan gruplarda birer olguda olmak üzere toplam 2 hastada 3 rekürrens görülmüştür. İntranazal eksizyon sonrası rekürrens görülen olguya kurtarma cerrahisi olarak orta konkayı koruyan inferior medial maksillektomi yapılmış ancak bu operasyon sonrası tekrar rekürrens gelişmesi üzerine revizyon cerrahisinde orta konka alınmıştır. Endoskopik cerrahi sonrası gözlenen rekürrens ise ikinci endoskopik cerrahi sonrası kontrol altındadır. Kanımızca inverted papillomda endoskopik cerrahi lateral nazal duvar ile sınırlı tümörler için uygun bir alternatif teşkil etmemektedir ancak maksiller sinusun medial duvarı dışındaki uzanımlar, orbita uzanımı, malignite varlığı ve izleme gelemeyecek olgularda standart yöntem olan medial maksillektomi tercih edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Inverted papillom, medial maksillektomi, endoskopik cerrahi, rekürrens

SUMMARY

Ten patients were operated for inverted papilloma and surgical procedures were intranasal excision in 2, medial maxillectomy in 4 and endoscopic surgery in 4 patients. Two patients, one in the intranasal excision group and the other in the endoscopic group, had a total of 3 recurrences. Inferior medial maxillectomy was performed with preservation of the middle turbinate for the recurrence encountered after intranasal surgery, but as a second recurrence also occurred, middle turbinate was excised in a second revision surgery. The recurrence seen after endoscopic surgery was controlled with a second endoscopic surgery. In our opinion endoscopic surgery constitutes a suitable alternative for inverted papillomas limited to the lateral nasal wall but extensions into the maxillary sinus other than its medial wall, orbital extensions, presence of malignancy and patients who are poor candidates for follow-up should undergo standart medial maxillectomy.

Key Words: Inverted papilloma, medial maxillectomy, endoscopic surgery, recurrence

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı - İZMİR

Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : Dokuz Eylül Tıp Fak. Hast. KBB Kliniği

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 15.06.2001

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih : 22.08.2001

Yazışma Adresi : Dr. Ahmet Ömer İKİZ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı

35340 İnciraltı-İZMİR

e-posta: ahmet.ikiz@deu.edu.tr



GİRİŞ

Burun içini döşeyen ektodermal kökenli mukoza, Schneiderian membran olarak bilinir. Bu mukozadan köken alan papillomlar tüm sinonazal tümörlerin %0.4- 4.7'sini oluştururlar. Fungiform, inverted ve silendirik olmak üzere 3 tipleri vardır. Fungiform tip daha çok septumdan köken alırken, diğer iki tip lateral nazal duvar kaynaklıdır. Inverted papillom (İP) sinonazal papillomların %47'sini oluşturur ve hiperplastik epitelin stroma içine doğru proliferasyonu ile karakterizedir (7,16). Bası sonucu yaptığı kemik destrüksiyonu nedeniyle lokal agresif seyri, tam olmayan rezeksiyonlar sonrası yüksek rekürrens oranı ve malignite ile birlikte bulunabilmesi İP'nin bilinen özellikleridir. Literatürde farklı cerrahiler sonrası rekürrens oranı %10 ile 76 arasında bildirilmektedir (10,16). Klasik intranazal girişimlerin çoğunlukla rezidüel tümör bırakılmasına sebep olarak yüksek oranda rekürrensle sonuçlanması nedeniyle lateral nazal duvar ile tümörün bir bütün olarak çıkarıldığı medial maksillektomi tedavide standart cerrahi yöntem olmuştur (10). Bu yöntem dışında nazal kavitede sağladığı görüş üstünlüğü ve genişleyen endikasyon sınırları ile son zamanlarda endoskopik cerrahi de bu hastalığın tedavisinde artan oranda kullanılmaya başlamıştır (3,14,15,17). Günümüzde medial maksillektomi, İP tedavisinde uzun yıllar boyunca başarısı kanıtlanmış ve çeşitli tedavi metodlarının sonuçlarının karşılaştırılmasında referans olarak kullanılan altın standart tedavi yöntemi olmaya devam etmesine karşın (10,16), uygun olgularda endoskopik cerrahi ile de başarılı sonuçlar alındığı ve daha az morbidite yaratıldığı bildirilen yayınlar da mevcuttur (3,14,15,17).

Çalışmamızda son 15 yılda kliniğimizde İP tanısı ile opere edilen olgular retrospektif olarak incelenerek farklı cerrahi yöntemler ile elde edilen sonuçlar ve rekürrens gözlenen olgulardaki olası nedenler araştırılmış; cerrahi tedavilerin seçiminde yol gösterici olabilecek kriterler irdelenmiştir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Anabilim dalımızda 1.1.1985-31.12.2000 tarihleri arasında İP tanısı ile cerrahi tedavi gören 10 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Olguların yaş ortalaması 54.4 (46-61) olup, 9'u (%90) erkek, 1'i (%10) kadındır. İP 6 hastada sol, 3 hastada sağ tarafta olmak üzere toplam 9 hastada unilateral, bir hastada ise bilateral lokalizasyonlu olarak saptanmıştır.

Hastaların başvuru semptomları ve bunların süreleri, önceki operasyonları, fizik muayene bulguları, kullanılan görüntüleme teknikleri, operasyon tipleri ve özellikleri, histopatolojik tanıları, izlem süreleri ve rekürrens görülen olgularda rekürrenslerin görüldüğü yerler ve yapılan kurtarma cerrahilerinin özellikleri kaydedilerek değerlendirilmeye alınmıştır.

BULGULAR

Hastaların semptomlarının tanıdan 2 ay ile 37 yıl (ortalama 10.9 yıl) öncesine kadar uzandığı ve burun tıkanıklığı yakınmasının tüm hastalar için ortak olduğu saptanmıştır. Başvuru esnasındaki semptomlar sıklık sırasına göre Tablo'da görülmektedir.

TABLO : Başvuru semptomları

Semptom	Hasta sayısı (Yüzde)
Burun tıkanıklığı	10 (%100)
Kötü kokulu burun akıntısı	6 (%60)
Koku alma azlığı	5 (%50)
Yüz ağrısı	3 (%30)
Epistaksis	2 (%20)

Hastaların özgeçmişlerinde 5'ine İP tanısı öncesi 2-8 kez (ortalama 4.6) nazal polipektomi yapıldığı ve tanının son polipektomi materyalinin parafin kesitlerinde konulduğu, kliniğimiz dışında yapılan bu cerrahilerde hastaların üçüne daha önceki operasyonlarında histopatolojik inceleme yapılmadığı; daha önce cerrahi geçirmeyen 5 olgudan 2'sinin polipektomi ve Caldwell-Luc (CWL) operasyonu, birinin ise endoskopik cerrahi materyalinin parafin kesitlerinden tamamı alındığı, iki hastada ise endoskopik cerrahi esnasındaki frozen çalışma sonucu İP tanısı konduğu ve bu tanının daha sonra parafin kesitlerde de doğrulandığı saptanmıştır.

Hastaların fizik muayenelerinde saptanan poliplerin, 5 hastada orta meatusta, 4 hastada tüm nazal kaviteyi dolduran tek taraflı, 1 hastada ise bilateral yerleşimli oldukları saptanmıştır. Üç hastada polipoid kitlelerin frajil özellikte olduğu dikkati çekmiştir.

Görüntüleme yöntemi olarak çalışmanın başlangıç dönemindeki bir hastada yalnız konvansiyonel radyolojik inceleme yapılmış olup, diğer hastaların tümüne aksiyel ve koronal planda bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapılmıştır. Biyopsi sonucu İP+karsinoma insitu olarak bildirilen bir hastada ise BT'ye ek olarak manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) de yapılmıştır.

Primer cerrahi tedavi olarak 2 hastaya intranazal eksizyon ve CWL, 4 hastaya medial maksillektomi ve 4 hastaya da endoskopik sinus cerrahisi uygulanmıştır. Histopatolojik tanı 9 hastada İP, 1 hastada ise İP+karsinoma in situ olarak bildirilmiştir. Post-operatif izlem süreleri konvansiyonel cerrahi uygulanan hastalarda 1-10 yıl (ortalama 5.7 yıl); endoskopik cerrahi uygulanan hastalarda ise 3-11 ay (ortalama 6.5 ay) dir. İzlem süresi boyunca 2 hastada toplam 3 rekürrens görülmüştür. Rekürrens görülen hastalardan biri intranazal eksizyon ve CWL yapılan hastalardan olup, ameliyat sonrası 4. yılında gözlenen rekürrens nedeni ile orta konka salim olarak değerlendirilerek, olguya midfasyal degloving yöntemi ile in-



ferior medial maksillektomi yapılmıştır. Hastada bu operasyondan 2 yıl sonra vestibul bölgesi arkasındaki yumuşak dokuda ve orta konka hizasında rekürrens görülmüş ve lateral rinotomi ile infraorbital sinir, rekürrensin olduğu yumuşak doku ve orta konkayı eksizyona dahil edilecek şekilde genişletilmiş medial maksillektomi yapılmıştır. Bu son operasyonu takiben hasta 2 yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir. Rekürrens gözlenen olgulardan bir diğeri de İP'nin ilk operasyonda orta meatusta sınırlı olduğu görülen ve endoskopik olarak tedavi edilen hastadır. Bu hastada post operatif 4.ayda görülen rekürrens tekrar endoskopik cerrahi, alt konka eksizyonu ve CWL ile kontrol altına alınmıştır. Olgu ikinci cerrahi sonrası 5 aydır hastaliksız olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA

İP en sık 50-60 yaşlarında ve daha sık olarak erkeklerde görülmektedir (8-10,18). Görülme sıklığı olarak erkek/kadın oranı 1/1-5/1 arasında bildirilmektedir; ancak tüm olguların erkeklerden oluştuğu seriler de mevcuttur (4,6,8-10,14,18). Çeşitli serilerde hastayı hekime getiren esas yakınma nazal obstrüksiyon olup bunu sırası ile burun akıntısı, yüz ağrısı ve epistaksis izlemektedir. Semptomların hekime gelmeden önce 2 hafta ila 45 yıl arasında değişen sürelerde var olabildiği ve hastaların %47-72'sinin uzun süreli öyküleri boyunca bir veya birkaç nazal polipektomi geçirdiği bildirilmektedir (4,8-11,18). Bizim olgu serimizde de, İP'nin ortalama görülme yaşı 54.4, erkek/kadın oranı ise 9/1 olarak saptanmıştır. Serimizdeki tüm olgularda nazal obstrüksiyon ortak semptom olup, bunu burun akıntısı ve koku alma azlığı izlemektedir (Tablo). İP tanısı öncesi olgularımızın semptomlarının ortalama 10.9 yıldır var olmasına ve 5'inin daha önce 2-8 kez arası değişen nazal polipektomi öyküsü olmasına karşın, 3 hastaya kliniğimiz dışında yapılan önceki nazal polipektomilere ait spesmenlerin histopatolojik incelemeye gönderilmemiş olması dikkat çekicidir. Tüm cerrahi spesmenler gibi nazal polipektomi materyallerinin de rutin olarak histopatolojik incelemeye tabi tutulması ile gerek lokal invazif potansiyeli gerekse malignite ile birlikte bulunma olasılığı taşıyan İP'nin daha erken bir dönemde tanısına ulaşmak mümkün olabilecektir.

İP'nin bilateral görülme insidansının %2-13.3 arasında olduğu bildirilmektedir (4,9,14,15,18). Malignite ile birlikte bulunma veya sekonder olarak malignite gelişme insidansı ise çeşitli serilerde %4.5-33 arasında değişen oranlarda saptanmıştır (4,5,8,10,11,14,15,18). Nachtigal (11) multisentrik tümörlerde malignitenin daha yüksek oranda bulunduğunu ve bu olguların malignite açısından dikkatle incelenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bizim serimizde bir olguda bilateral İP, farklı bir olguda da karsinoma in situ görülmüş olup, oranımız her ikisi için de %10'dur ve saptanan bu oran literatür ile uyumlu bulunmuştur.

ratür ile uyumlu bulunmuştur.

İP'nin cerrahi tedavisi zaman içinde farklı aşamalardan geçmiştir. Yayınlar kronolojik sırada bakıldığında 1950-1960'lara ait kitaplarda küçük İP'lerde elektrokoter ile tedavi önerildiği görülmektedir (1,2). Daha sonra ise pek çok serinin ilk dönemlerinde intranasal eksizyonlar yapılmıştır. Ancak klasik intranasal girişimlerdeki görüş yetersizliği nedeniyle rezeksiyonların yetersiz kalması sonucu yüksek rekürrens oranlarının görülmeye başlanması bu tip cerrahilerin uygun olmadığını göstermiştir (4,11, 18). Myers'in (10) daha önceden yapılmış sınırlı rezeksiyona ait 7 yayını analiz ettiği çalışmasında, bu tip cerrahi uygulanan serilerdeki rekürrens oranı ortalama %59.84 (%0-78) bulunmuştur. Serimizin ilk yıllarında da 2 olguya intranasal eksizyon ve CWL tarzında sınırlı cerrahi yapılmıştır. Bu olgularımızdan bir tanesinde rekürrens gözlenmiş olup daha sonra hastaya medial maksillektomi operasyonu yapılmış, diğer olgu ise postoperatif 2. yılda kontrolden çıktığı için rekürrens gelişimi açısından yeterli bir süre izlenememiştir. Bu gruba giren iki hastamızdan birinde rekürrens gözlenmiş olması, diğer hastamızın da takipten çıkması ve literatürde sınırlı eksizyonlarda belirtilen yüksek rekürrens oranları nedeni ile, daha sonraki hastalarımıza klasik intranasal eksizyon uygulaması yapılmamıştır.

Medial maksillektominin İP'de cerrahi yöntem olarak uygulanmaya başlaması ile rekürrenslere önemli azalma sağlanmış olup, bu girişim ile rekürrensleri %0-18 oranına indirebilmek mümkün olmuştur (4,8-11,18). Medial maksillektomi için çoğunlukla lateral rinotomi insizyonu tercih edilmekle birlikte, uygun olgularda eksternal insizyon skarından kaçınmak için midfasyal degloving insizyonu da ikinci bir seçenek teşkil etmektedir (12,13). Kliniğimizde medial maksillektomi, primer tedavi yöntemi olarak 4 olguda, intranasal+CWL cerrahisi sonrası rekürrens gözlenen bir olguda ise sekonder olarak uygulanmak üzere toplam 5 olguda kullanılmıştır. İnsizyon seçimi 4 olguda lateral rinotomi bir olguda ise midfasyal degloving şeklinde olmuştur. Olgularımızdan birinde rekürrens gözlenmiş olup, medial maksillektomi sonrası rekürrens oranımız %20 olarak saptanmıştır. Bu grupta rekürrens gözlenen olguya ait özellikler incelendiğinde, hastaya midfasyal degloving insizyonu yapıldığı ve rekürrensin alt konka ve orta meaa ile sınırlı olduğu görülerek geniş bir kavite yaratmamak amacı ile orta konka ve etmoid labirentin bir bölümünü koruyacak şekilde inferior medial maksillektomi operasyonu yapıldığı gözlenmiştir. Bu operasyonu takiben 2 yıl sonra gözlenen rekürrensin, ikinci girişim esnasında düşünülen daha yaygın olan tümörün orta konka bölgesinde de bulunmasına veya multisentrik olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu olguda gelişen nüks



İP'de medial maksillektomi uygulamasında lateral nazal duvar, etmoid labirent ve maksiller sinüs mukozasının tümüyle çıkarılmasının daha uygun olduğu görüşünü desteklemektedir (10).

Son yıllarda İP'nin endoskopik cerrahi ile tedavisine yönelik çalışmalar giderek artmıştır. Bu yöntemin avantajları arasında endoskop ile sağlanan iyi görüş altında tümör yayılımının daha iyi değerlendirilebilmesi sonucu gereksiz kemik eksizyonundan kaçınılması, medial maksillektomideki kadar geniş bir kavite yaratılmaması sonucu kavite bakımının gerekmemesi ve eksternal skarın olmaması sayılabilir (9,14,15,17). Endoskopik cerrahiye savunanlar bu yöntem sonrası rekürrens oranlarının %21-33 arasında olduğunu ve rekürrenslere de genellikle endoskopik cerrahi ile müdahale edilebildiğini, bazı olgularda ek olarak CWL gerektiğini ancak medial maksillektomiye gerek duyulmadığını bildirmektedirler (14,15,17). Öte yandan diğer bir grup araştırmacı ise endoskopik cerrahi sonrası rekürrenslerin medial maksillektomi sonrası görülenlerden belirgin oranda daha yüksek olduğunu ve malignite potansiyeli taşıyan bir hastalık için bu oranların kabul edilemeyeceğini, bazı olgularda yapılan sınırlı eksizyonlar sonrası dura ve periorbita gibi sorunlu alanlara ekimler olabildiğini, endoskopinin bu hastalıkta yayılım sınırlarını ve rekürrensleri belirlemek açısından faydalı olduğunu ancak cerrahi tedavide tümörü çıkarma şansının en fazla olduğu ilk operasyonda medial maksillektomi yapılması gerektiğini savunmaktadırlar (10,11,18). Endoskopik cerrahideki gelişmelere paralel olarak son 1.5 yıl içinde kliniğimizde de preoperatif tetkikler ve endoskopik muayene ile lateral nazal duvarda sınırlı İP'si olduğu saptanan 4 olguya endoskopik cerrahi uygulanmış olup, hastaların 1'inde (%25) rekürrens gözlenmiştir. Olgumuzda gözlenen rekürrensin endoskopik cerrahi ve CWL ile eksizyonu mümkün olmuş ve açık cerrahiye gerek olmamıştır.

Sonuç olarak endoskopik cerrahi İP tedavisinde uygun olgularda iyi bir tedavi alternatifi oluşturmaktadır, ancak endoskopik cerrahi serilerindeki izlem süreleri medial maksillektomi serilerindeki sürelerle ulaşana kadar, bu yöntemin iyi seçilmiş olgularda tercih edilmesi uygun olacaktır. Cerrahi yöntem seçimi konusundaki görüşümüz Sham (14) ve Stankiewicz (15) ile benzer olup, endoskopik cerrahinin orta meza ve maksiller sinusun medial duvarını aşmayan tutulumu olan hastalar için uygun olduğu; endoskopik olarak ulaşamayacak maksiller sinus uzanımları, orbita ve intrakranial uzanımlar, malign transformasyon gözlenen hastalar ve izleme gelebilecek hastalarda ise medial maksillektominin tercih edilmesinin daha doğru olacağı şeklindedir.



KAYNAKLAR

1. ALTUĞ HM: Burun ve Paranasal Sinüs Hastalıkları, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1966.
2. BOURDIAL J. Tumeurs des fosses nasales (20400). In: LE-MAITRE F, BALDENWECK L, RICHIER J, (Eds): Encyclopédie Médico=Chirurgicale Oto-Rhino-Laryngologie. 10th ed. Paris: 18 rue Séguier; 1958. pp 1-5.
3. COOTER MS, CHARLTON SA, LAFRENIERE D, SPIRO J. Endoscopic management of an inverted nasal papilloma in a child. Otolaryngol Head Neck Surg 1998;118:876-9.
4. ÇELİK H, ERYILMAZ A, GÖÇMEN H, AKMANSU H, ÖZER H, SÜZEN A, ÖZERİ C. 13 olguda burun ve paranasal sinüslerin inverted papillomu. KAYTAZ A (Eds): 23. Ulusal Türk Otolarengoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi Tutanaqları. Erol Ofset Matbaacılık. İstanbul, 30 Eylül- 4 Ekim 1995, pp 201-4.
5. ÇELİK O, YALÇIN Ş, YANIK H, GÖK Ü, İNAN E, HANÇER A. İverted papillomada malign transformasyon. Türk Otolarengoloji Arşivi 1995;33:119-22.
6. GÜRSAN Ö, ERDOĞDU S. İverted papillom ve tedavisi. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 1992;3:31-3.
7. KRESPIY, LEVINE TM. Tumors of the nose and paranasal sinuses. PAPARELLA MM, SHUMRICK DA, GLUCKMAN JL, MEYERHOFF WL (Eds): Otolaryngology. 3rd ed. W.B. Saunders Company; Philadelphia, 1991. Vol 3, pp 1935-58.
8. LAWSON W, LE BENDER J, SOM P, BERNARD PJ, BILLER HF. Inverted papilloma: an analysis of 87 cases. Laryngoscope 1989;99:1117-24.
9. MC CARY WS, GROSS CH, REIBEL JF, CANTRELL RW. Preliminary report: endoscopic versus external surgery in the management of inverting papilloma. Laryngoscope 1994;104:415-9.
10. MYERS EU, FERNAU JL, JOHNSON JT, TABEL JK, BAR-NES L. Management of inverted papilloma. Laryngoscope 1990;100:481-90.
11. NACHTIGAL D, YOSKOVITCH A, FRENKIEL S, BRAVERMAN I. Unique characteristics of malignant schneiderian papilloma. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;121:766-71.
12. ÖNERCİ M, YILMAZ T. Paranasal sinüslere ve kafa kaidesine midfasiyal degloving yaklaşımı. K.B.B. Postası 1994;3:97-100.
13. ÖNERCİ M, YILMAZ T. Lateral rinotomi.K.B.B. Postası 1994;3:138-142.
14. SHAM CL, WOO JK, VAN HASSELT CA. Endoscopic resection of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. J Laryngol Otol 1998;112: 758-64.
15. STANKIEWICZ JA, GIRGIS SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. Otolaryngol Head Neck Surg 1993;109:988-95.
16. STERN SJ, HANNA E. Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. MYERS EU, SUEN JY (Eds): Cancer of the Head and Neck. 3rd ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1996. pp 205-33.
17. SUKENIK MA, CASIANO R. Endoscopic medial maxillectomy for inverted papillomas of the paranasal sinuses: value of the intraoperative endoscopic examination. Laryngoscope 2000;110:39-42.
18. VRABEC DP. The inverted schneiderian papilloma: a 25 year study. Laryngoscope 1994;104:582-605.