

Inverted Papillomada Cerrahi Tedavi Yaklaşımları

Surgical Treatment Approaches In Inverted Papilloma

Dr. Halit AKMANSU*, Dr. Engin DURSUN*, Dr. Ayşe İRİZ*, Dr. Güleser S. KILIÇ*, Dr. Aydın ACAR*,
Dr. Muharrem DAĞLI*, Dr. Salih TANRIKULU*, Dr. Adil ERYILMAZ*
*S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kulak Burun Boğaz Kliniği

ÖZET

Inverted papilloma (İP) burun ve paranasal sinüsün nadir görülen tümörlerindedir. Benign olmasına rağmen rekürrens oranı yüksektir. İP'da cerrahi tedavi yaklaşımları transnazal endoskopik cerrahi eksizyondan, açık radikal cerrahi prosedürlere kadar değişmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde 2000-2003 yılları arasında cerrahi tedavi uygulanan 7 İP olgusunun sonuçları değerlendirilmiştir. Cerrahi yaklaşımın şeklini belirleyen ana faktör hastalığın yaygınlığıdır. İP'un bilinen yaygın tedavisi ekstranasal cerrahi olsa da, endoskopik cerrahinin sınırlı yerleşim gösteren tümörlerde tercih edilebilir ve yaygın tümörlerde de gerektiğinde ekstranasal prosedürlerle birlikte kullanılabilmesini vurgulamak isteriz.

Anahtar Kelimeler

Inverted papilloma, ekstranasal cerrahi, endoskopik cerrahi.

ABSTRACT

Inverted papilloma (IP) is a rare tumor of the nasal cavity and paranasal sinuses. Although IP is a benign tumor, it has a high rate of recurrence. Treatment modalities of IP range from transnasal endoscopic surgical excision to open radical procedures. In this article, postoperative results of 7 inverted papilloma cases operated in our clinic between 2000 and 2003 were evaluated. The major factor determining the surgical approach is the extension of the disease. We recommend that endoscopic surgery can be preferred in limited tumors and also used together with extranasal procedures in extensive tumors.

Keywords

Inverted papilloma, extranasal surgery, endoscopic surgery.

Bu çalışmanın tamamı, 27. Türk Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresinde poster olarak sunulmuştur, 4-9 Ekim 2003, Kemer-Antalya.
Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kulak Burun Boğaz Kliniği
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 18.03.2004 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 14.05.2004

Yazışma Adresi

Dr. Engin DURSUN

S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. K.B.B. Kliniği Şef Yardımcısı ANKARA
Tel : 0-532-291 4207 e-mail: engindursun@superonline.com

GİRİŞ

Inverted papilloma (İP), burun ve paranasal sinüslerin benign epitelial tümördür. Villiform kanser, schneiderian papilloma, Ewing's papilloma, transiyonel hücreli papilloma, silindirik hücreli papilloma ve papiller sinüzitis olarak da adlandırılabilir (4). Tüm nazal tümörlerin %0.5-7'sini oluşturur (13). Genellikle burun lateral duvarından veya orta meandan kaynaklanır ve komşu paranasal sinüslere veya orbita ve kafa tabanı gibi diğer komşu vital yapılarla yayılabilir (4,11,21). Benign bir tümör olmasına karşın yüksek rekürrens oranlarına sahiptir ve başta yassı hücreli karsinoma olmak üzere %1-56 olguda malignensi ile ilişkilidir (2,4,11,21).

Tedavisi cerrahidir. En çok kabul gören yaklaşım ekstranasal (lateral rinotomi) yaklaşımla geniş en-blok cerrahi eksizyondur. Fakat son yıllarda, endoskopik sinüs cerrahisinin gelişimine paralel olarak, endoskopik cerrahi (EC) önemli bir alternatif olmaya başlamıştır (2,4,11,14,22).

Bu çalışmada 2000-2003 yılları arasında kliniğimizde cerrahi tedavi uyguladığımız İP'lu hastaların sonuçları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Bu çalışmada 2000-2003 yılları arasında, kliniğimizde İP tanısı ile opere edilen 7 olgunun sonuçları retrospektif değerlendirilmiştir.

Tüm olgularda endoskopik muayene yapılmış ve paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT)'si çekilmiştir. Lezyonların yaygınlığı Krouse'nin (10,11) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir.

Olgularımıza eksternal (lateral rinotomi-medial maksillektomi) ve/veya endoskopik cerrahi ile kitle eksizyonu uygulanmıştır. Olguların hepsinde postoperatif dönemde endoskopik kontroller yapılmış, şüpheli olgularda BT çektilmiştir. En az 6 ay takibi yapılan olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan İP' lu olguların %85.7'si (6/7) erkek, %14.3'ü (1/7) kadındı. Olguların en küçüğü 41, en büyüğü 62 yaşında olup ortalama yaş 54'tü.

Olgularda en sık belirlenen semptom burun tıkanıklığı idi (Tablo 1). Olguların %57.1'ine (4/7) preoperatif endoskopik muayene ve biyopsi ile tanı koyul-

Tablo 1. Olguların semptomları, n: olgu sayısı.

Semptomlar	n=7	%
Burun tıkanıklığı	6	85.7
Baş ağrısı	4	57.1
Burun akıntısı	5	71.4
Postnazal akıntı	2	28.6
Burun kanaması	2	28.6

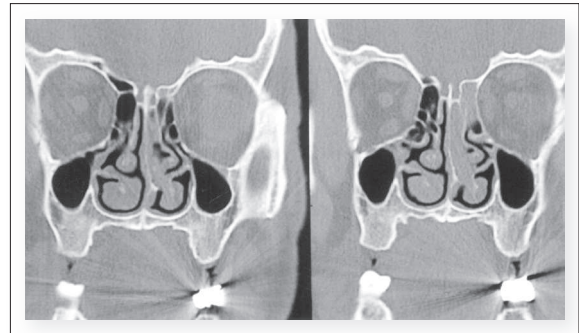
du. Diğer %42.9 (3/7) olguda ise kesin tanı operasyon spesmeninin değerlendirilmesi sonucunda koyuldu.

Olguların %14.3'ünde (1/7) T1, %28.6'sında (2/7) T2 ve %57.1'inde (4/7) T3 lezyon belirlendi. Olguların %57.1'ine (4/7) EC (Şekil-1) ve %42.9'una (3/7) ekstranasal cerrahi (lateral rinotomi ve medial maksillektomi) (Resim 2) uygulandı.

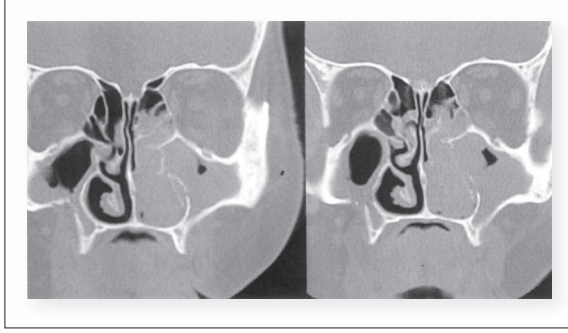
Hastalar postoperatif ortalama 12 ay (6 ay-18 ay) takip edildi. Takipler sırasında EC uygulanan bir olguda operasyondan 1 yıl sonra (Resim 3a) rekürrens belirlendi. Daha sonra genişletilmiş Caldwell-luc insizyonu ve EC ile medial maksillektomi prosedürü uygulandı. İkinci operasyondan yaklaşık 6 ay sonra tekrar rekürrens tanısı koyulan hastaya (Resim 3b) lateral rinotomi ile genişletilmiş parsiyel maksillektomi uygulandı. Bu hastanın son operasyondan 4 ay sonraki, muayenesinde herhangi bir rekürrens bulgusuna rastlanılmadı.

TARTIŞMA

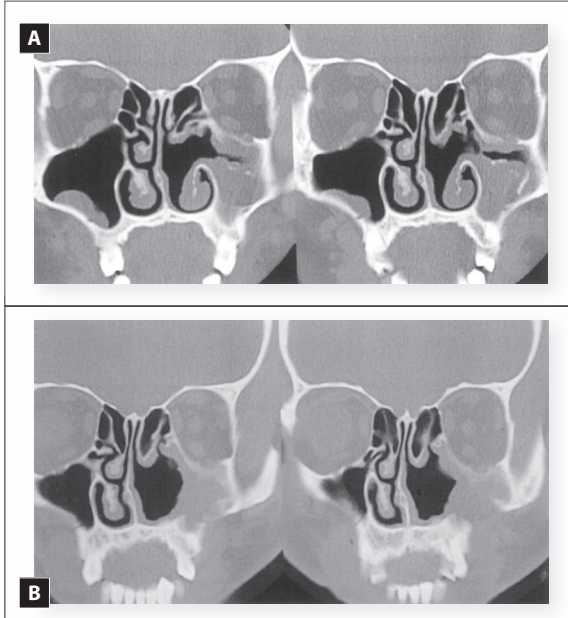
İP'un standart tedavisi cerrahidir. Cerrahi sonrası rekürrens, tümörün lokalizasyonunu, yaygınlığını, histolojisini, multisentritesini ve biyolojik davranışı-



Resim 1. ESC planlanan bir olgunun preoperatif BT görüntüsü.



Resim 2. Ekstranasal (Lateral rinotomi) yaklaşım ile medial maksillektomi planlanan bir olgunun preoperatif BT görüntüsü.



Resim 3. ESC uygulanan bir olgunun 1. yılda (a) ve rekürrens cerrahisi (ekstranasal medial maksillektomi) sonrası 6. aydaki ikinci rekürrensünün (b) BT görüntüleri.

nı, cerrahi yaklaşımın şeklini, primer veya ikincil rezeksiyon olmasını, takibi, demografik ve sosyal faktörleri içeren multifaktöriyal bir süreçtir (4,14). Bununla birlikte cerrahi yaklaşımın şekli, dolayısıyla tümörün inkomplet eksizeyonu en önemli faktör olarak kabul edilmektedir (4,11,14).

1980 yılından beri değişik cerrahi yaklaşımlar ve teknikler bildirilmiştir (4). Başlangıçta İP, transnazal ve/veya Caldwell-Luc ile eksize ediliyordu. Fakat, bu yaklaşımın %40-80 gibi yüksek rekürrens oranları vardı (14-17). Bu nedenle %0-50 gibi daha az rekürrens oranlarına sahip lateral rinotomi ile geniş en-blok rezeksiyon sıklıkla önerilmeye başlanmıştır (3,4,11,13,14). Daha sonra rekürrens oranları %3-13

gibi çok da farklı olmayan, eksternal skar ve lateral rinotominin morbiditesinden kaçınılabilen midfasial degloving ve sublabial yaklaşımlar geliştirilmiştir (4,11).

İlk kez Lawson ve arkadaşları (12) maksiller antrum ve etmoid labirent içerisinde lateral nasal duvar ile sınırlı olgularda konservatif cerrahi prosedürlerin uygun olacağını savunmuştur. Endoskopların paranazal sinüs cerrahisinde kullanılmaya başlanmasını takiben de, bazı otörler, seçilmiş olgularda %0-33 rekürrens oranları ile EC deneyimlerini bildirmeye başlamışlardır (1,4-9,13-24) (Tablo 2).

Raveh ve arkadaşları (17), 1970-1994 yılları arasında yayınlanan 19 seride 1036 olgunun sonuçlarını değerlendirmişler, transnazal veya Caldwell-Luc ile rekürrens oranını %61, lateral rinotomi ile %13 olarak belirtmişlerdir. Lund (15) da, 1977-1998 yılları arasında yayınlanan 1287 olgunun metaanaliz de-

Tablo 2. İnverted papillomanın endoskopik cerrahi sonrası rekürrens oranları, n: rekürrens olgu sayısı, N: endoskopik cerrahi uygulanan toplam olgu sayısı.

Otörler	Rekürrens % (n/N)
Chee ve Sethi (1)	6 (1/18)
Han ve arkadaşları (4)	10 (2/19)
Kamel (7)	0 (0/17)
Lawson ve arkadaşları (13)	20 (3/15)
Lawson ve arkadaşları (14)	12 (5/41)
Lund (15)	8 (1/13)
McCary ve arkadaşları (16)	0 (0/7)
Raveh ve arkadaşları (17)	22 (2/9)
Schlosser ve arkadaşları (18)	19 (4/21)
Sham ve arkadaşları (19)	27 (6/22)
Stankiewicz ve Girgis (20)	33 (5/15)
Sukenik ve Casiano (21)	21 (4/19)
Thorp ve arkadaşları (14)	0 (0/2)
Tomenzoli ve arkadaşları (14)	0 (0/38)
Tufano ve arkadaşları (22)	15 (5/33)
Waitz ve Wigand (23)	17 (6/35)
Winter ve arkadaşları (24)	22 (15/67)
Ikiz ve arkadaşları (5)	25 (1/4)
Karlıdağ ve arkadaşları (8)	20 (1/5)
Keleş ve Değer (9)	23 (3/13)
Akmansu ve arkadaşları	25 (1/4)

ğerlendirmesinde, konservatif eksizyonla %58, radikal eksizyonla %14 ve EC ile %18 rekürrens oranları bildirmiştir. Krause'un (11), yaptığı diğer bir metaanalizde, agresif eksternal cerrahi ile %18, konservatif cerrahi ile %44, standart intranasal yaklaşımla %67.3, ve EC ile %11.8 rekürrens belirlemiştir. İstatistiksel açıdan agresif eksternal cerrahi yaklaşımla EC arasında rekürrens açısından anlamlı fark tespit etmemiştir. Konservatif yaklaşımların başlangıçtaki yüksek rekürrens oranlarının ana nedeninin agresif lezyonlara uygulanmaları olduğu düşünülmüştür. EC ile seçilmiş olgularda elde edilen rekürrens oranlarının ise kabul edilebilir olduğu görülmektedir (14).

Geçmişte, tümörün komplet eksizyonu için transfasial yaklaşımların tercih edilmesi, tümörün transnazal yaklaşımla yeterince vizualize edilememesi ve preoperatif inceleme yöntemleriyle de tam olarak lokalize edilememesine bağlıydı. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) tekniklerinin sağladığı avantajlarla, seçilmiş olgularda, EC ile İP'un komplet eksizyonu düşük rekürrens oranları ile mümkün olabilmektedir (4).

Hangi olgularda EC'nin uygulanacağı ise İP'un lokalizasyonu ve cerrahın deneyimi ile direkt ilişkili olarak görülmektedir. Kamel (6), EC'nin, tek taraflı, orijin bölgesi sınırlı, aynı tarafta ekstansiyonu sınırlı, malignensinin eşlik etmediği ve rekürrens olmayan olgularda uygulanmasını önermiştir. Krouse (11), önerdiği evreleme sistemine göre T1, T2 ve endoskopik olarak yeterli görüşün sağlanabileceği T3 olgularda, EC'nin uygulanabileceğini, EC ile komplet eksizyonun başarılmadığı T2 ve T3 olgularla T4 olgularda eksternal cerrahinin tercih edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Yani, frontal sinüs veya maksiller sinüs lateral duvarının tutulu ve tümörün tamamının endoskopik olarak vizualize edilemeyeceği kadar büyük olduğu olgularda da EC zordur (4,11,14,20,22).

Maksiller sinüs lateral duvarının tutulu olduğu olgularda, transantral EC uygulanarak zorluk aşılabılır (4,11,16,22). Frontal sinüsün tutulu olduğu olgularda ise, diğer paranazal sinüslere göre yüksek rekürrens oranları nedeniyle, EC uygulamak daha zordur (4). Ancak, Stankiewicz ve Girgis (20), fron-

tal sinüsün tutulu olduğu olguda endoskopik modifiye Lothrop yaklaşımı uygulamışlardır. Han ve arkadaşları (4) da, endoskopik modifiye Lothrop yaklaşımının deneyim kazanıldıktan sonra medial frontal sinüs tutulumu olan seçilmiş olgularda uygulanabileceğini, frontal sinüsün lateral ve süperior kısımlarının tutulu olduğu olgularda ise eksternal yaklaşımın gerekebileceğini belirtmişlerdir.

Rekürrens İP olgularında da EC tercih edilebilir. Ancak bazı otörler bu olgularda rekürrensin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (4,22). Bu olgulardaki başarısızlık nedeni olarak da anatomik belirleyicilerin kaybı, skar ve reaktif kemik sklerozu gösterilmiştir (14).

Bizim 7 olguluk serimizde, eksternal cerrahi uygulanan 3 hastanın hiçbirinde rekürrense rastlamadık. EC uyguladığımız 4 hastanın ise sadece birinde rekürrense rastladık. Bu olguda da tümörün maksiller sinüs lateral duvarına uzanmasının ve gerek birinci gerekse ikinci operasyonda komplet çıkarılmamasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Bu nedenle özellikle nazal kavite dışına yayılan İP olgularında EC endikasyonun dikkatli koyulması ve deneyimli cerrahlar tarafından uygulanması gerektiğini vurgulamak isteriz.

SONUÇ

İP, burun ve paranasal sinüslerin nadir görülen bir tümördür. Tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi yaklaşımları endoskopik cerrahi eksizyondan, açık radikal cerrahi prosedürlere kadar değişmektedir. Cerrahi yaklaşımın şeklini belirleyen ana faktör hastalığın yaygınlığıdır. Standart tedavi, ekstranasal cerrahi ve medial maksillektomidir. Ancak bazı hastalarda morbiditeye de sebep olabilmektedir. Literatürde benzer rekürrens oranları tespit edilen EC'nin de İP tedavisinde uygulanabileceği görülmektedir. Endoskopik cerrahi yaklaşımın sınırlı yerleşim gösteren tümörlerde tercih edilmesini, yaygın frontal sinüs, infraorbital ve intrakranial uzanım gösteren tümörlerde de gerektiğinde ekstranasal prosedürlerle birlikte kullanılmasının rekürrens oranı ve morbiditeyi azaltacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Chee LW, Sethi DS. The endoscopic management of sino-nasal inverted papillomas. *Clin Otolaryngol*, 24: 61-66, 1999.
2. Çelik H, Samim E, Göçmen H, Dursun E, Bayız Ü, Korkmaz H, Özeri C. İverted papillomlu 13 olguda cerrahi yaklaşımlar. *K.B.B. ve B.B.C. Dergisi*, 6: 139-146, 1998.
3. Dolgin SR, Zaveri VD, Casiano RR, Maniglia AJ. Different options for treatment of inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses: a report of 41 cases. *Laryngoscope*, 102: 231-236, 1992.
4. Han JK, Smith TL, Loehrl T, Toohill RJ, Smith MM. An evolution in the management of sinonasal inverting papilloma. *Laryngoscope*, 111: 1395-400, 2001.
5. İkiz AÖ, Sütay S, Edağ TK, Güneri EA. İverted papillom ve cerrahi tedavisi. *K.B.B. ve B.B.C. Dergisi*, 9:134-138, 2002.
6. Kamel RH. Conservative endoscopic surgery in inverted papilloma. Preliminary report. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 118: 649-653, 1992.
7. Kamel RH. Transnasal endoscopic medial maxillectomy in inverted papilloma. *Laryngoscope*, 105: 847-853, 1995.
8. Karlıdağ T, Kaygusuz İ, Yalçın Ş, Gök Ü, Keleş E, Yıldız M. İverted papilomlu olgulara yaklaşım ve sonuçlarımız. *K.B.B. ve B.B.C. Dergisi*, 10: 140-144, 2002.
9. Keleş N, Değer K. Endonasal endoscopic surgical treatment of paranasal sinus inverted papilloma--first experiences. *Rhinology*, 39: 156-159, 2001.
10. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope*, 110: 965-968, 2000.
11. Krouse JH. Endoscopic treatment of inverted papilloma: safety and efficacy. *Am J Otolaryngol*, 22: 87-99, 2001.
12. Lawson W, Biller HF, Jacopson A, Som P. The role of conservative surgery in the management of inverted papilloma. *Laryngoscope*, 93: 148-155, 1983.
13. Lawson W, Ho BT, Shaarı CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope*, 105: 282-288, 1995.
14. Lawson W, Kaufman MR, Biller HF. Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases. *Laryngoscope*, 113: 1548-1556, 2003.
15. Lund VJ: Optimum management of inverted papilloma. *J Laryngol Otol*, 114: 194-197, 2000.
16. Mccary WS, Gross CW, Reibel JF, Cantrell RW. Preliminary report: endoscopic versus external surgery in the management of inverted papilloma. *Laryngoscope*, 104: 415-419, 1994.
17. Raveh E, Feinmesser R, Shpitzer T, Yaniv E, Segal K. Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses: a study of 56 cases and review of the literature. *Isr J Med Sci*, 32: 1163-1167, 1996.
18. Schlosser RJ, Mason JC, Gross CW. Aggressive endoscopic resection of inverted papilloma: an update. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 25: 49-53, 2001.
19. Sham CL, Woo JK, Van Hasselt CA. Endoscopic resection of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. *J Laryngol Otol*, 112: 758-764, 1998.
20. Stankiewicz JA, Gırgıs SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 109: 988-995, 1993.
21. Sukenık MA, Casiano R. Endoscopic medial maxillectomy for inverted papillomas of the paranasal sinuses: value of the intraoperative endoscopic examination. *Laryngoscope*, 110: 39-42, 2000.
22. Tufano RP, Thaler ER, Lanza DC, Goldberg AN, Kennedy DW. Endoscopic management of sinonasal inverted papilloma. *Am J Rhinol*, 13: 423-426, 1999.
23. Waitz G, Wigand ME. Results of endoscopic sinus surgery for the treatment of inverted papillomas. *Laryngoscope*, 102: 917-922, 1992.
24. Winter M, Rauer RA, Gode U, Waitz G, Wigand ME. Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. Long-term outcome of endoscopic endonasal resection. *HNO*, 48: 568-572, 2000.