

Sinonazal İnvertid Papillom Cerrahisi ve Sonuçlarımız*

Sinonasal Inverted Papilloma Surgery and Our Results

Dr. Çağatay Han ÜLKÜ, Dr. Mehmet Akif DÜNDAR, Dr. Yavuz UYAR, Dr. Hakan KELEKÇİ

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Meram, Konya

ÖZET

Amaç: İnvertid papillom tedavisinde uyguladığımız klasik ve endoskopik cerrahi tekniklerin endikasyon ve sonuçlarını analiz etmek.

Yöntem ve Gereçler: Ocak 1999 – Ocak 2007 tarihleri arasında kliniğimizde sinonazal invertid papillom tanısı ile tedavi edilen 9 olgu çalışma kapsamına alındı. Anterior rinoskopi / endoskopi + punch biyopsi ile tanı konuldu. Tüm olgular preoperatif dönemde bilgisayarlı tomografi ile incelendi. Lezyonun genişliğine göre cerrahi teknik planlandı. Olgular, komplikasyon, morbidite ve nüks yönünden değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 2'si kadın, 7'si erkekti. Ortalama yaş 51.6 (18 – 62) idi. En sık tutulan alanlar; lateral nazal duvar (%88.9), maksillar sinüs (%77.8), etmoid sinüs (%66.7) idi. İki olguda orbitaya uzanım mevcuttu. Olguların 5'inde midfasiyal degloving, 2'sinde lateral rinotomi, 2'sinde ise endoskopik cerrahi teknik uygulandı. Komplikasyon ve takip sürelerinde nüks izlenmedi. Morbidite olarak nazal krutlanma, cilt skarı ve epifora gelişti.

Sonuç: İnvertid papillom, erken evre lezyonlarda endoskopik, ileri evre lezyonlarda ise kombine ya da klasik cerrahi teknikler ile tüm olgularda tam olarak çıkarıldı. Literatür ile kıyaslandığında nüks oranımızdaki farklılığın, olgu sayıları ve takip sürelerine bağlı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Sözcükler

İnvertid papilloma, sinonazal bölge, endoskopi, cerrahi

ABSTRACT

Objective: To analyse the indications and results of classical and endoscopic surgical techniques performed for inverted papilloma treatment.

Material and Methods: Between January 1999 – January 2007, nine cases with sinonasal inverted papilloma treated in our clinic are included in this study. Diagnosis was made by anterior rhinoscopy / endoscopy + punch biopsy. All cases were examined by computed tomography in the preoperative period. Depending on the tumor extension, surgical technique was determined. The cases have been evaluated regarding complication, morbidity, and recurrence.

Results: Two of the cases were females, 7 were males. The average age was 51.6 (range, 18 to 62). The most frequently affected areas were lateral nasal wall (88.9%), maxillary sinus (77.8%), ethmoid sinus (66.7%). Orbital invasion was detected in two cases. In five of these cases midfacial degloving, in two of them lateral rhinotomy, and in the other two endoscopic surgical technique were performed. There was no complication and recurrence during the follow up period. Nasal crusting, skin scar and epiphora occurred as morbidity.

Conclusion: Total resection was achieved in all cases by endoscopic technique for early stage lesions and classic or combined technique for advanced stage lesions. When compared to the literature, the difference in our recurrence rate is thought to be related to the case number and the follow up period.

Keywords

Inverted papilloma, sinonasal area, endoscopy, surgery

*Bu çalışma, 26-31 Mayıs 2007 tarihinde Antalya'da düzenlenen 29.Ulusal Türk Otolaringoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 17.03.2008

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 09.05.2008

≈

Yazışma Adresi

Dr. Çağatay Han ÜLKÜ

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı,

42100 Meram, Konya

Tel: 0 332 2237250 / 0 532 3171765

Faks: 0 332 3232643

E-posta: chanulku@yahoo.com

GİRİŞ

Sinonazal papillomalar, burun ve paranasal sinüslerde gelişen nadir benign epitelial tümörlerdir. Genel olarak, polipoid yapı gösterirler ve tek taraflı ortaya çıkarlar.¹ Histopatolojik olarak 3 formu vardır; 1. Ekzofitik, 2. İnvrted, 3. Kolumnar hücreli papillom.²

Ekzofitik papillom, çoğunlukla nazal septum, invrted papillom (İP) ise tipik olarak lateral nazal duvardan kaynaklanır.³ Malign dönüşüm, invrtid ve kolumnar hücreli papillomda %11'e varan oranlarda, ekzofitik formda ise çok nadirdir.⁴

İP için, en sık rastlanan semptom burun tıkanıklığıdır. Bununla birlikte bazı olgular semptomsuz olabilir. Operasyon öncesi nazal endoskopi ve radyolojik değerlendirme lezyon yaygınlığını belirlemede önemlidir. Başarılı sonuçlar uygun cerrahi yöntemler ile sağlanabilir.

Bu çalışmada, sinonazal İP olgularında uyguladığımız cerrahi teknikler ve sonuçlarımız özetlendi.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Ocak 1999–Ocak 2007 tarihleri arasında kliniğimizde invrtid papillom tanısı ile opere edilen 9 olgu, dosyaları retrospektif olarak incelenerek çalışma kapsamına alındı. Anterior rinoskopi / endoskopi + punch biyopsi ile tanı konuldu. Tüm olgularda operasyon öncesi BT incelemesi yapılarak lezyon genişliği belirlendi. Gereklı olgularda Göz Hastalıkları konsültasyonu istendi. Erken evre lezyonlarda endoskopik, ileri evre lezyonlarda klasik cerrahi yaklaşımlar tercih edildi. Olgular, komplikasyon, morbidite ve nüks yönünden değerlendirildi.

BULGULAR

Olguların 2'si kadın, 7'si erkekti. Yaşları 18 – 62 (ortalama 51.6) arasında idi. En sık tutulan alanlar; la-

teral nazal duvar (%88.9), maksiller sinüs (%77.8), etmoid sinüs (%66.7) idi. İki olguda orbitaya uzanım mevcuttu. Bu olguların yapılan göz muayenesinde patoloji saptanmadı. En sık rastlanan semptomlar, burun tıkanıklığı, mukopürülan burun akıntısı ve yüz ağrısı idi (Tablo 1). Krouse sınıflamasına⁵ (Tablo 2) göre, 1 olgu evre I, 1 olgu evre II, 5 olgu evre III, 2 olgu evre IV olarak değerlendirildi. Beş olguda midfasiyal degloving, 2 olguda lateral rinotomi, 2 olguda ise endoskopik cerrahi uygulandı. Morbidite olarak olguların tümünde nazal kavitede krutlanma, lateral rinotomi yapılan 2 olguda cilt skarı ve 1 olguda epifora gelişti. Ortalama 43.6 ay olan takip süresinde olgularımızda nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

İnvrtid papillom, sinonazal bölgenin benign fakat lokal olarak ağırsiv bir tümördür.⁶ Nazal tümörlerin < %3 bölümünü oluşturur. İnsidans, 0.2-0.6 / 100 000 dır. Erkeklerde daha sık görülür [3/1-5/1]. Ortalama yaş 53'tür [6 - 89].⁷ Etiyolojide, HPV, alerji, kronik enflamasyon, ve çevresel karsinojenler suçlanmıştır. Nüks etme eğilimi ve skuamöz hücreli karsinomla beraber görülebilmesi tam rezeksiyonu gerektirir.⁶ En sık rastlanan semptom burun tıkanıklığıdır. Burun akıntısı, yüz ağrısı ve epistaksis daha az görülür. Bazı olgular semptomsuz olabilir.⁸

İP, çoğunlukla lateral nazal duvar orjinlidir. Sık görüldüğü diğer alanlar, maksiller ve etmoid sinüsler-

Tablo 1. Semptomlar.

Semptom	Görüldüğü Olgu Sayısı
Burun tıkanıklığı	9
Mukopürülan burun akıntısı	6
Yüz ağrısı	5
Burun kanaması	2
Epifora	1

Tablo 2. Krouse Evrelemesi.⁵

T1 lezyonlar	Tamamen nazal kavitede sınırlıdır. Sinüsler ve ekstranasal yapılar normaldir.
T2 lezyonlar	Maksiller sinüs medial ve süperior bölümlerinde ve/veya etmoid sinüslerde sınırlıdır. Nazal kavite tutulumu ile beraber ya da izole olabilir.
T3 lezyonlar	Maksiller sinüs lateral, inferior duvarı, sfenoid sinüs ya da frontal sinüs tutulumu vardır. Etmoid sinüs ya da nazal kavite tutulumu ile beraber ya da izole olabilir.
T4 lezyonlar	Burun ve/veya paranasal sinüs sınırlarının dışına uzanım söz konusudur. Orbita, intrakraniyal alan ya da pterigomaksillar bölge invazyonu görülebilir.

dir. Nazal septum, frontal ve sfenoid sinus daha nadir etkilenir.⁷

1106 invertid papillom olgusu analizinde, lateral nazal duvar tutulumu %82, maksiller sinüs %53.9, etmoid sinüs %31.6, septum %9.9, sfenoid sinüs %6.5 ve frontal sinüs %3.9 rapor edilmiştir. Lezyonların %95.1'i unilateral, %4.9'u bilateral yerleşim gösterirken, olguların %9.1'inde malignite saptanmıştır.⁷

İnvertid papillom, sinüslerden, orbita, kafa tabanı, dura ve pterigomaksiller alana uzanabilir.^{4,6}

Olgularımızın, %88.9'unda lateral nazal duvar, %77.8'inde maksiller, %66.7'sinde etmoid sinüs tutulumu saptandı. İki olgumuzda orbitaya uzanım belirlendi. Krouse evrelemesine⁵ göre, olgulardan 1'i evre I, 1'i evre II, 5'i evre III, 2'si evre IV olarak değerlendirildi.

Operasyon öncesi, nazal endoskopi ve radyolojik inceleme lezyon yaygınlığını belirlemede önemlidir. Ancak ileri evre olgularda, tümör orijin ve uzanımlarını belirlemede yetersiz kalabilir. BT'de, kafa tabanı veya orbita invazyonu maligniteye işaret eder. MR, sinüzit - tümör ayırımında yardımcıdır, ancak operasyon sonrası skar ya da inflamatuvar dokuyu nüksten ayırt edemeyebilir.^{8,9}

Olgularımızda BT incelemesinde en sık rastlanan bulgu maksiller ve / veya etmoid sinüslere uzanım ile birlikte olan nazal kavitede tek taraflı kitle oldu. Kemik erozyonu (Resim 1a, 1b) 2 olguda saptandı.

İnvertid papillom tedavisi, geniş lokal rezeksiyon ile yapılır. Hastalık çoğunlukla, lateral nazal duvardan kaynaklandığı için medial maksillektomiyi içeren uygulamalar en iyi sonucu verir.⁶ Tartışma uygulanacak olan cerrahi teknik üzerine olmaktadır. Radikal eksternal cerrahi ve endoskopik endonazal cerrahiye savunanlar arasında tam bir uzlaşma yoktur.⁷

Genel olarak T1 ve T2 lezyonlar endoskopik olarak opere edilebilir. Bu teknikle, medial maksillektomi ve etmoidektomi kolayca yapılabilir. T3 lezyonlar için cerrah yeterli görüş sağlanabileceğini ve total rezeksiyon yapılabileceğini düşünüyor ise endoskopik teknik uygun olabilir. Maksiller, sfenoid ve frontal sinüs periferik disseksiyonunda ve temiz cerrahi sınır elde etmede herhangi bir zorluk varsa eksternal yaklaşımla medial maksillektomi yapılır. T4 lezyonlar ekstranasal yaklaşımla tedavi edilmelidir. Bu uygulamalar orbita eksplorasyonu ya da kraniyofasiyal rezeksiyonu gerektirebilir.^{5,7}

Lateral rinotomi, paranazal sinüs ve nazal kavite tümör cerrahisi için klasik bir yaklaşımdır. Burun kavi-



Resim 1a. Krouse Evre 4 olgusunun preoperatif koronal plan BT kesiti.



Resim 1b. Lateral rinotomi tekniği ile opere edilen olgunun postoperatif koronal plan BT kesiti.

tesi, lateral nazal duvar ve maksilla ortaya konur.¹⁰ Mid-fasiyal degloving tekniği, kozmetik deformiteye neden olmadan, maksilla, paranazal sinüsler, nazofareks ve nazal kavite gibi yüzün 1/3 orta bölümünün bilateral ortaya konmasını sağlar. Fonksiyonel doku bütünlüğü de mümkün olduğunca korunmaktadır.¹¹

Waitz ve Wigand, geniş İP olgularında endoskopik rezeksiyonu göstermişlerdir. Endoskopik operasyonlar sırasında elmas delgilerin kullanımı ile tümörün orijin aldığı alan geniş ve güvenli bir şekilde ortaya konmaktadır.^{12,13}

Minovi ve ark.,¹⁴ endonazal mikroendoskopik cerrahideki gelişmelerin, İP tedavisinde düşük morbidite ile birlikte etkin ve güvenli rezeksiyona izin verdiğini vurgulamışlardır. Bu nedenle uygun olgularda ilk tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Ancak lateral yerleşimli İP olgularında endonazal cerrahinin osteoplastik yaklaşım ile kombinasyonu uygundur.¹⁴⁻¹⁶

Endoskopik teknikte, olguların dikkatli seçilmesi, tümör kaynağı alanın subperiostal plan boyunca geniş rezeksiyonu ve altında yer alan kemiğin turlanması cerrahi başarı için gereklidir.¹⁵

Lateral rinotomi uygulanan 2 olguda orbita invazyonu ve ileri derecede displazi mevcuttu. Her iki olgu da Krouse 4 evresinde idi. Degloving yaklaşımı, Krouse 3 evresindeki 5 olguda, endoskopik yaklaşım

ise Krouse 1 ve Krouse 2 evresindeki 2 olguda uygulandı.

En sık rastlanan morbidite nazal kavitede kabuklanma idi. Lateral rinotomi tekniğine bağlı 2 olguda fasiyal skar ve 1 olguda epifora izlendi.

İP'da nüksler çoğunlukla ilk 2 yıl içerisinde gelişir. Ancak literatürde 9 yıl sonra nüks rapor edilen inverted papillom olguları da vardır. Waitz ve Wigand,¹³ eksternal ve edoskopik cerrahide nüks oranları sırasıyla %17 ve %19 olarak bildirilmiştir. Minovi ve ark.,¹⁴ endoskopik cerrahi uygulanan olgularda nüks oranını %9.4 olarak rapor etmişlerdir. İnvrtid papillomlar, nüks eğilimi ve malign dönüşüm potansiyeli nedeniyle, en az 5 yıl süre ile takip edilmelidir.¹⁴⁻¹⁷

Ortalama 43.6 ay olan takip süresinde olgularımızda nüks saptanmadı.

SONUÇ

İnvrted papillom tedavisinde, başarılı sonuçlar olgu evresine uygun seçilen cerrahi yöntemler ile sağlanabilir. Bu yaklaşımla opere ettiğimiz olgularımızın tümünde lezyon total olarak çıkarılmış ve takip sürelerinde nüks izlenmemiştir. Literatürle kıyaslandığında nüks oranımızdaki farklılığın, olgu sayıları ve takip sürelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Kraft M, Simmen D, Kaufmann T, Holzmann D. Long-term results of endonasal sinus surgery in sinonasal papillomas. *Laryngoscope* 2003;113:1541-7.
2. Shanmugaratnam K, Sobin LH. Histological typing of tumours of the upper respiratory tract and ear. World Health Organization International Histological Classification of Tumours, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1991.
3. Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses: a clinicopathological study of 315 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1971;80:192-206.
4. Bielamowicz S, Calcaterra TC, Watson D. Inverted papilloma of the head and neck: the UCLA update. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;109:71-6.
5. Weissler MC, Montgomery WW, Turner PA, Montgomery SK, Joseph MP. Inverted papilloma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1986;95:215-21.
6. Krouse JH. Endoscopic treatment of inverted papilloma: safety and efficacy. *Am J Otolaryngol* 2001;22:87-99.
7. Wormald PJ, Ooi E, van Hasselt CA, Nair S. Endoscopic removal of sinonasal inverted papilloma including endoscopic medial maxillectomy. *Laryngoscope* 2003;113:867-73.
8. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope* 2000;110:965-8.
9. Savy L, Lloyd G, Lund VJ, Howard D. Optimum imaging for inverted papilloma. *J Laryngol Otol* 2000;114:891-93.
10. Vrabec DP. The inverted Schneiderian papilloma: a 25-year study. *Laryngoscope* 1994;104:582-605.
11. Sachs ME, Conley J, Rabuzzi DD, Blaugrund S, Price J. Degloving approach for total excision of inverted papilloma. *Laryngoscope* 1984;94:1595-8.

12. McCary WS, Gross CW, Reibel JF, Cantrell RW. Preliminary report: endoscopic versus external surgery in the management of inverting papilloma. *Laryngoscope* 1994;104:415-19.
13. Winter M, Rauer RA, Göde U, Waitz G, Wigand ME. Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. Long-term outcome of endoscopic endonasal resection. *HNO* 2000;48: 568-72.
14. Minovi A, Kollert M, Draf W, Bockmühl U. Endonasal micro-endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma *Laryngorhinootologie* 2006;85:421-5.
15. Minovi A, Kollert M, Draf W, Bockmühl U. Inverted papilloma: feasibility of endonasal surgery and long-term results of 87 cases. *Rhinology* 2006;44:205-10.
16. Von Buchwald C, Larsen AS. Endoscopic surgery of inverted papillomas under image guidance--a prospective study of 42 consecutive cases at a Danish university clinic. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:602-7.
17. Bertrand B, Eloy P, Jorissen M, Rombaux P, Daele J. Surgery of inverted papillomas under endoscopic control. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2000;54:139-50.