

# Maksiller Sinüste Kavernöz Hemanjiom: Bir Olgu Sunumu

## Cavernous Hemangioma of Maxillary Sinus: A Case Report

\*Dr. Özgül TOPAL, \*\*Dr. Hilal ERİNANÇ, \*Dr. Şakir Bilge ÇELİK, \*Dr. Selim Sermed ERBEK

\* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi AD,  
\*\* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Ankara

### ÖZET

Sinonazal kavite, baş boyun bölgesi hemanjiomlarının nadir görüldüğü bir bölgedir. Ellidokuz yaşında bayan hastada sağ maksiller sinüsten köken alan bir kavernöz hemanjiom olgusu sunulmuştur. Maksiller sinüs medial kemik duvarını erode ederek nazal kaviteye doğru bombeleştiiren bu lezyon endoskopik yaklaşımla total olarak eksize edildi. Cerrahi sırasında ya da sonrasında masif bir kanama olmadı. Histopatolojik inceleme kavernöz hemanjiom olarak rapor edildi. Bu olguda hayatı tehdit edici kanama problemi yaşanmamakla beraber, cerrahi öncesi dönemde kontrastlı bilgisayarlı tomografi ve/veya magnetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılarak vasküler kitleler ayırt edilmeye çalışılmalıdır. Hipervasküler lezyonlarda, operasyon öncesi dönemde yapılacak anjiyografi tanısal öneme sahiptir. Besleyen arterin selektif anjiyografik embolizasyonu sonrası uygulanacak endoskopik cerrahi güvenli ve etkili bir tedavi yaklaşımıdır.

#### Anahtar Sözcükler

Paranasal sinüs tümörleri; hemanjiom, kavernöz

### ABSTRACT

Hemangiomas of head and neck region are rarely seen in sinonasal cavity. In this case, we report a cavernous hemangioma originating from right maxillary sinus. The mass eroded the bone of medial maxillary wall and it was totally excised by endoscopic approach. No massive bleeding was noted during the surgery and postoperative period. Histopathologic examination of the mass was consistent with cavernous hemangioma. Although not life threatening bleeding had occurred in this case, differential diagnosis of the vascular lesions should be made by performing preoperative contrast enhanced computed tomography and/or magnetic resonance imaging. In the hypervascular lesions, preoperative angiography has a diagnostic value. Endoscopic surgery, which is performed after preoperative application of selective angiographic embolization, is a safe and effective treatment modality.

#### Keywords

Paranasal sinus neoplasms; hemangioma, cavernous

**Bu olgu sunumu "5. Ulusal Rinoloji Kongresi" nde basılı poster olarak sunulmuştur.**

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **08.01.2010**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **04.05.2010**

≈

Yazışma Adresi

**Dr. Özgül TOPAL**

Başkent Üniversitesi Konya Araştırma ve Uygulama Merkezi,

Selçuklu, Konya

E-posta: ozgultopal75@yahoo.com

## GİRİŞ

Baş boyun bölgesinde sık rastlanmasına rağmen, nazal kavite ve paranasal sinüslerde hemanjiom oldukça nadirdir.<sup>1</sup> Histolojik olarak hemanjiomlar mikroskopide hakim olan damar genişliklerine göre kapiller ve kavernöz olarak ikiye ayrılırlar. Kapiller hemanjiomlar ince kapiller damarlardan gelişirken, kavernöz hemanjiomlar endotelle dōşeli geniş vasküler boşluklardan oluşur.<sup>1</sup> Bu lezyonlar bazen tekrarlayan burun kanamalarına ve komşu kemiklerde destrüksiyona yol açarak, paranasal sinüs yerleşimi daha sık olan malign epitelyal tümörlerle karışabilir. Tedavide birçok metod kullanılmasına rağmen en başarılı yaklaşım geniş cerrahi rezeksiyon olarak görülmektedir.<sup>2</sup> Burada transnazal endoskopik yaklaşımla total eksizyon uygulanan ve maksiller sinüsten köken alan bir kavernöz hemanjiom olgusu sunulmuştur.

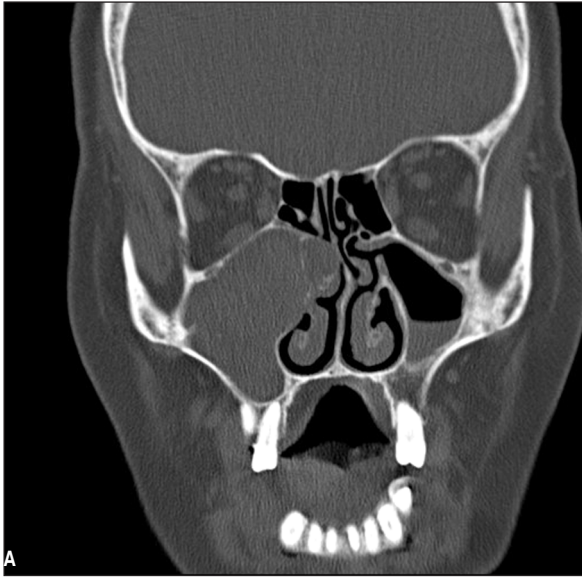
## OLGU SUNUMU

Ellidokuz yaşında bayan hasta sağ maksiller bölgede lokalize ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Endoskopik nazal muayenede, lateral nazal duvarda mediale bombeleşme sonucu orta meanın tıkalı olduğu izlendi. Çekilen kontrastlı paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) sonucu “sağ maksiller sinüsü dolduran,

medial sinüs duvarını erode ederek nazal kaviteye doğru bombeleşiren, belirgin kontrastlanma göstermeyen yumuşak doku görüntüsü” şeklinde rapor edildi (Resim 1A ve B). Tanı ve tedaviye yönelik yapılan fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisinde unsinat proçes ve medial maksiller duvarın mediale ekspansiyon olduğu ancak normal mukozal yapının korunduğu görüldü. Unsinektominin ardından maksiller sinüsü dolduran mavi-mor renkli düzensiz yüzeyli yumuşak kıvamlı süngerimsi kitle ile karşılaşıldı. Sinüs ostiumu kitle basısına bağlı olarak genişleşmişti. Anterior doğrultuda kemik yapıların yumurta kabuğu şeklinde ince lameller özellik kazandığı görüldü. Ostium öne doğru genişletilerek kitleye geniş ulaşım sağlandı. Kitle kaynaklandığı çevre sinüs mukozası ile birlikte tümüyle rezeke edildi. Bu esnada cerrahi yaklaşımı zorlaştıracak masif bir kanama olmadı. Histopatolojik kesitlerde ince konnektif stroma ile ayrılmış, kistik dilatasyon gösteren, kanla dolu geniş vasküler boşluklardan meydana gelen kapsülsüz lezyon izlendi (Resim 2). Patoloji spesmeni kavernöz hemanjiom olarak rapor edildi.

## TARTIŞMA

Sinonazal kavite baş boyun bölgesi hemanjiomlarının nadir yerleştiği bir bölgedir. Nazal hemanjiomların %80’i anterior septumda Little bölgesi veya Kiesselbach üçgeni denilen alanda yerleşen kapiller hemanjiomlar-



**Resim 1.** A) Koronal kontrastsız ve B) Aksiyal kontrastlı BT kesitlerinde maksiller sinüsü doldurarak medial maksiller sinüs duvarında itilmeye neden olan homojen olmayan minimal kontrastlanma gösteren yumuşak doku kitlesi görülmektedir.



**Resim 2.** Pseudostratifye kolumnar solunum yolu epiteli ile döşeli yüzey altında fibröz dokuda yerleşmiş kanla dolu, ince duvarlı geniş vasküler yapılardan oluşan kavernöz hemanjiom olgusu ( H&E, x 20).

dır. Nazal vestibül ve konkaların tip bölgesi diğer nadir kapiller hemanjiom lokalizasyonlarıdır. %15 hastada lateral nazal duvar tutulumu görülür ki, burada daha sıklıkla kavernöz hemanjiomlar yerleşir.<sup>1</sup> Paranasal sinüs yerleşimi ise nazal kaviteye nazaran daha da nadirdir.

Sinonazal bölge hemanjiomlarında komşu kemik yapılarda benign türde destrüksiyon sıklıkla rastlanmaktadır.<sup>3</sup> Bu patolojik süreç ekspansiyona ya da uzun süreli kemik yeniden şekillenmesine sekonder oluşabilir. Bilgisayarlı tomografide lezyonlar, iyi sınırlı, internal kalsifikasyon veya flebolitler içermeyen kitleler şeklinde görülür. Çoğunlukla, yoğun kontrast tutulumu gözlenir.<sup>3</sup> Ancak, Kim ve ark.,<sup>4</sup> sundukları iki olguya ait kontrastlı BT’de bazı küçük bölgelerde kontrast tutulumu olmakla beraber, tümör içinde yerleşen nekroz ya da kanama alanları nedeniyle yeterince geniş alanlarda tutulum saptanmadığını bildirmişlerdir. Dolayısıyla yazarlar, kavernöz hemanjiomların bir karakteristiği olan flebolitlerin paranasal sinüs yerleşimli olanlarda görülmeşi ve kontrast tutulumunun her olguda homojen olmayışı nedeniyle, hastalığa spesifik olmayan BT bulgularının ayırıcı tanıyı zorlaştırdığını ifade etmektedirler. Bizim olgumuzda da anlamlı bir kontrast tutulumu olmamıştır. Kavernöz hemanjiomların magnetik rezonans (MR) görünümelerini ilk olarak Itoh ve ark.<sup>5</sup> tanımlamıştır: Tipik olarak bu lezyonlar diğer vasküler malformasyonlarda olduğu kadar geniş damarlar içermediğinden hipervaskülarite ile ilişkili sinyal yokluğu (signal voids) çoğunlukla gözlenmez. Ayrıca flebolitlere ait hipointens sinyal odakları görülmez. Lezyonlar çoğunlukla pıhtılaşmamış kan sinyal özelliğinden kay-

naklanan T1-ağırlıklı kesitlerde düşük, T2-ağırlıklı kesitlerde yüksek sinyal intensitesi gösterir. Anjiyografi ve transarteriyel embolizasyon bu lezyonların ayırıcı tanı ve cerrahi öncesi hazırlık aşamasında oldukça değerli yöntemlerdir. Anjiyografide kontrast materyalinin lezyon içinde göllenmesi hemanjiom tanısını doğrular.<sup>4</sup> Ancak, BT ve MR’da olduğu gibi, lezyonun içerdiği arteriovenöz şantların yoğunluğuna bağlı olarak anjiyografide elde olunan kontrastlanma da değişkenlik gösterebilir.<sup>3</sup>

Nazal hemanjiomların önerilen tedavisi geniş cerrahi rezeksiyondur. İşlem sırasında altta yatan mukozaya ait perikondriumun veya periostiumun da spesmeneye dahil edilmesi önerilmektedir.<sup>2</sup> Kavernöz hemanjiomlarda endoskopik yolla ilk rezeksiyon Kelley<sup>6</sup> tarafından frontoetmoid bölgede yerleşimli bir lezyonda uygulanmış ve ilk muayene ve endoskopik biyopsi sırasında meydana gelen şiddetli burun kanaması, burun içine konulan antibiyotikli nazal tamponlarla kontrol altına alınabilmiştir. Histopatolojik tanı sonrası yapılan embolizasyonun ardından endoskopik total eksizyon uygulanmıştır. Cerrahi müdahale sırasında oluşabilecek masif kanama riski nedeniyle anjiyografi ve transarteriyel embolizasyon özellikle kavernöz hemanjiomlarda oldukça değerlidir. Ancak bizim olgumuzda da diğer bazı vakalarda<sup>2,4,7,8</sup> olduğu gibi öncesinde bir embolizasyon yapılmamasına rağmen masif kanama problemi yaşanmamıştır. Cerrahi öncesi dönemde en sık semptom olan tekrarlayan burun kanamalarının olmaması veya cerrahi sırasında masif kanama probleminin yaşanmamış olması Kim ve ark.’nın<sup>4</sup> da belirttiği üzere bazı kitlelerde arteriel sirkülasyonun minimal düzeyde olmasına bağlanabilir. Nitekim, yazarlar sundukları olgulardan birinde operasyon öncesi anjiyografide belirgin bir dolum göstermemişlerdir.<sup>4</sup>

Bu tartışmalardan yola çıkarak, herhangi bir ilişkili semptom olmaması halinde bile tek taraflı nazal/paranasal yerleşimli ve kemik kontürlerde destrüksiyon yapan kitlelerde hemanjiom mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu tanının öngörüldüğü hastalarda kontrolsüz ve plansız eksizyonlar, bizim olgumuzda karşılaşılmamış olmakla beraber, masif kanama nedeniyle mortalitesi yüksek komplikasyonlara sebep olabilir. Kontrastlı MR ve/veya BT tetkikleri ışığında, vasküler nitelikte kitlelerden şüphe ediliyorsa anjiyografi mutlaka yapılmalıdır. Preoperatif olarak ayırıcı tanının aydınlatılması halinde besleyen arterin selektif anjiyografik embolizasyonu yapılacak biyopsi ve cerrahi tedaviler sırasında hayat kurtarıcı olabilir.

**KAYNAKLAR**

1. Batsakis JG, Rice DH. The pathology of head and neck tumors: vasoformative tumors, part 9A. *Head Neck Surg* 1981;3(3):231-9.
2. Iwata N, Hattori K, Nakagawa T, Tsujimura T. Hemangioma of the nasal cavity: a clinicopathologic study. *Auris Nasus Larynx* 2002;29(4):335-9.
3. Dillon WP, Som PM, Rosenau W. Hemangioma of the nasal vault: MR and CT features. *Radiology* 1991;180(3):761-5.
4. Kim HJ, Kim JH, Kim JH, Hwang EG. Bone erosion caused by sinonasal cavernous hemangioma: CT findings in two patients. *AJNR Am J Neuroradiol* 1995;16(5):1176-8.
5. Itoh K, Nishimura K, Togashi K, Fujisawa I, Nakano Y, Itoh H, Torizuka K. MR imaging of cavernous hemangioma of the face and neck. *J Comput Assist Tomogr* 1986;10(5): 831-5.
6. Kelley TF. Endoscopic management of an intranasal hemangioma: a case report and literature review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128(4):595-7.
7. Bektaş D, Ural A, Çobanoğlu Ü, Arslan S, Çaylan R. Yetişkinde karsinomu taklit eden maksiller sinüs kavernöz hemanjiomu. *KBB-Forum* 2008;7(1):43-5.
8. Katircioğlu OS, Dulundu H, Süoğlu Y, Akbari S, Ünal M, Bageri H. Maksiller sinüste kavernöz hemanjiom. *KBB BBC Derg* 1995;3(2):148-50.