

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Nadir görülen tek taraflı burun kitlesi olgusu: Kafa tabanı miksonoma

K. S. Orhan

A rare cause of unilateral nasal mass: Skull base myxoma

Myxoma of the nose, which is originating from mesenchymal tissue, is a rare tumor. In examination it can mimic sinonasal polyps, inverted papilloma and sarcomas. Surgical excision with free margin is a golden standart technique for treatment of this tumor which has local aggressive pattern. We present a 53 year-old case with a mass, which is originating from anterior skull base, of his right nasal cavity. After detailed radiologic evaluation, the tumor resected endoscopically and histopathologic examination revealed a myxoma. No recurrence occurred in 18 months of follow-up after surgery. Myxoma should be kept in mind in differential diagnosis of the unilateral mass in nasal cavity.

Key Words: Myxoma, nasal mass, skull base.

Turk Arch Otolaryngol, 2011; 49(2):36-39

Özet

Paranasal sinüs miksomaları mezenkimal dokudan gelişen, nadir görülen tümörlerdir. Fizik muayenede sinonazal polip, inverted papillom ve sarkomlarla karışabilir. Lokal agresif seyreden bu tümörlerde primer tedavi sağlam sınırlardan geçilen cerrahidir. Bu makalede sağ nazal kavitede ön kafa tabanından kaynaklanan kitlesi nedeniyle 53 yaşında erkek hasta sunuldu. Kitle radyolojik incelemeyi takiben endoskopik olarak çıkartıldı. Histopatolojik inceleme sonucu miksonoma olarak geldi. Operasyon sonrası 18 aylık takibinde nüks görülmedi. Tek taraflı burun kitlelerinde miksonoma akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Miksonoma, kafa tabanı, nazal kitle.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2011; 49(2):36-39

Giriş

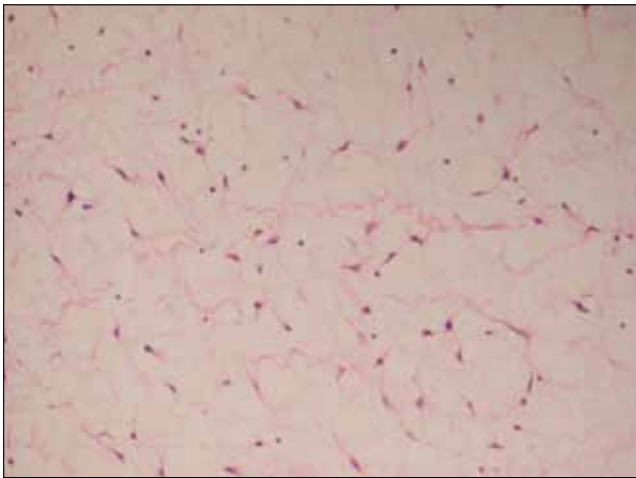
Miksonoma, mesenkimal dokudan gelişen, nadir görülen bir tümördür. Histolojik olarak benign olmakla birlikte lokal agresif davranış gösterir. Kalp, cilt, cilt altı dokularda sık görülürken, nazal kavitede nadiren görülmektedir. Bu makalede tek taraflı burun kitlesi ile başvuran, preoperatif biyopsi incelemesinde birkaç odakta atipik hücreler tespit edilip kesin tanı konulamayan ve endoskopik olarak çıkartılan bir miksonoma olgusu sunuldu.

Olgu Sunumu

Elli üç yaşında erkek hasta, bir yıldır var olan burun tıkanıklığı, koku alamama ve burun akıntısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yetmiş paket/yıl sigara kullanan hastanın aile öyküsünde özellik yoktu. Muayenesinde sağ nazal kaviteyi dolduran, orta konkayı laterale iten ve atrofiye eden, üst ve orta meatusu dolduran polipo-



Resim 3. Tumorün makroskopik görüntüsü.



Resim 4. Tumorün histopatolojik görüntüsü (Hemotoksilen Eosin X40 büyütme).

olabilir. Kemik miksomaları kadın ve erkeklerde eşit görülür. Sıklıkla 20-40 yaşlar arasında ve en sık da çenede görülmektedir. Kemik miksomalarına karşın yumuşak doku miksomaları daha az agresiftir ve çoğunlukla da kas içinde görülmektedir.³

Andrews ve ark.⁴ 1970-1994 yılları arasında Houston bölgesindeki iki klinikte yaptıkları bir çalışmada baş ve boyun miksomalı yedi olgu bildirmişlerdir. Bunlardan biri sfenoid, diğeri ise maksiler sinüsten kaynaklanmış olup bu iki vakada da tam rezeksiyon yapılamamıştır.

Radyolojik olarak yüksek rezolüsyonlu BT ile kemik destrüksiyonu ve tumorün sınırları gösterilebilir. MR'da

T1'de izointens veya hipointens, T2'de hiperintens görüntü elde edilir.⁵ Gadolinyum enjeksiyonu sonrası, lezyonun periferi ya hiç kontrast tutmaz ya da düşük kontrast tutar, veya hiç kontrast tutulumu saptanmaz.^{6,7} Ayırıcı tanıda miksomlar radyolojik olarak ossifiye fibrom, kondrom, kordoma, kondrosarkom, kondroid sarkom gibi diğer miksoid lezyonlarla karışabilirler. Düz grafiler, BT ve MR kadar tanı koydurucu değildir.⁵

Miksomalar gri, jelatin kaplı kitle şeklinde, oval veya sferik şekilli, mukoid görünümlü kitlelerdir. Yumuşak veya sert olabilirler. Kaba muayenede miksoma, düzgün sınırlı veya kapsüllü olarak görülürler. Fakat ayrıntılı muayenede genellikle fibröz kapsülün inkomplet olduğu çevre kas veya yağ dokusuna infiltre olduğu saptanır. Histolojik olarak stellate veya spindle görünümlü olup mukoid interselüler maddeden yoğun hücrelerdir. Stellate ve spindle hücreler fibroblast ve miyofibroblastlardan oluşur. Vimentin pozitif, S-100, nöron spesifik enolaz, nörofilamen glial fibriller asidik protein, keratin ve desmin negatif olarak boyanırlar.^{5,7-9} İmmünohistokimyasal boyama ayırıcı tanıda önemlidir.

Miksomada radyoterapinin rolü tartışmalıdır. Çoğu yazar miksomanın internal veya eksternal radyasyona duysuz olduğunu bildirmişlerdir.^{4,7,10} Zhang ve ark.⁷ ise gama-knife stereoradyoterapi yapılan bir kafa tabanı miksoma vakasında yedi aylık takiplerinde küçülme sağlamıştır.

Baş ve boyun miksomalarında sağlam sınır bırakılarak yapılan cerrahi eksizyon primer tedavi yöntemidir. Miksomalar, infiltran karakterde olup, yetersiz cerrahi sınır bırakıldığında nüks etme ihtimali yüksektir. Lezyonun sınırları her zaman net seçilemeyebilir. Kemik miksoması trabekülada gizlenmiş olabilir. Yumuşak doku miksomasında, cerrah kapsülü net seçemeyebilir. Ek olarak manipulasyon esnasında tumor sağlam dokuya yayılabilir. Sağlam sınır bırakılarak yapılan cerrahi nüks önler. Ancak vital yapılara yakın seyreden miksomalarda olduğu gibi, her zaman sağlam sınırlardan geçmek mümkün olmayabilir. Tam rezeksiyon yapılamayan vakalarda nüks kaçınılmazdır. Cerrahi teknik tumorün yerleşimine göre seçilmelidir. Vakamızda sağ nazal kaviteden rezeke edilen kitlenin kafa tabanı invazyonu göstermemesi en blok olarak çıkartılmasını sağlamıştır.

Sonuç olarak, nazal kavite miksomaları oldukça nadir görülen, tek taraflı burun kitlelerinde akılda tutulması gereken ve tedavisi sağlam sınırlarla cerrahi rezeksiyon olan selim fakat lokal agresif tümörlerdir.

Kaynaklar

1. **Batsakis JG.** Myxomas of soft tissues and the facial skeleton. *Ann Otol Rhinol Laryngo* 1987; 196: 618-9.
2. **Glazunov MF, Puchkov JG.** Human muscular myxoma and intracel-
lnlar inclusions. *Vopr Onkol* 1960; 6: 11-27.
3. **Barnes L.** Tumors and Tumor-like Lesions of the Soft Tissues.: In
Surgical Pathology of the Head and Neck. Editor: Barnes L. Marcel
Dekker New York 2001: 948-52.
4. **Andrews T, Kountakis SE, Maillard AA.** Myxomas of the head and
neck. *Am J Otolaryngol* 2000; 21: 184-9.
5. **Yin H, Cai BW, An HM, You C.** Huge primary myxoma of skull
base: a report of an uncommon case. *Acta Neurochir (Wien)* 2007;
149: 713-7.
6. **DeFatta RJ, Verrtet DJ, Ducic Y, Carrick K.** Giant myxomas of the
maxillofacial skeleton and skull base. *Otolaryngol Head Neck Surg*
2006; 134: 931-5.
7. **Zhang L, Zhang M, Zhang J, et al.** Myxoma of the cranial base.
Surg Neurol 2007; 68: 22-8.
8. **Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD.**
Odontogenic myxoma of the jaws: a clinical, radiologic, immunohis-
tochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Patbol
Oral Radiol Endod* 1996; 82: 426-33.
9. **Windfuhr JP, Schwerdtfeger FP.** Myxoma of the lateral skull base:
clinical features and management. *Laryngoscope* 2004; 114: 249-54.
10. **Charabi S, Engel P, Bonding P.** Myxoid tumours in the temporal
bone. *J Laryngol Otol* 1989; 103: 1206-9.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. K. Serkan Orhan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim
Dalı, İSTANBUL

Tel: (0533) 325 47 08

e-posta: ksorban@yahoo.com