

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Nazal septumun dev Schneiderian papillomu: Acil bir vaka

R. Tahamiler, Ö. Peker

Huge Schneiderian papilloma of nasal septum: an emergency case

Schneiderian papilloma remains a controversial nasal disease. Although it is a benign pathology inverted type is associated with aggressive local destruction, recurrence after removal and malignancy. The management at present consists of surgical resection. The best method of resection is still undetermined. This paper is about a huge fungiform type of Schneiderian papilloma which cause to an emergency condition.

Key Words: Invert papilloma, Schneiderian papilloma, emergency case.

Özet

Schneiderian papillom tartışmalı bir burun hastalığı olarak kalmaya devam etmektedir. Benign bir patoloji olmasına rağmen invert tipi agresif lokal destrüksiyon, tümör eksizyonu sonrasında nüks ve habaset ile ilişkilidir. Güncel tedavi cerrahi rezeksiyondur. En iyi rezeksiyon metodu halen belirlenmiş değildir. Bu yayın acil bir durum oluşturan bir dev fungiform Schneiderian papilom bildirimidir.

Anahtar Sözcükler: Invert papillom, Schneiderian papillom, acil vaka.

Türk Arch Otolaryngol, 2009; 47(1): 39-42

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2009; 47(1): 39-42

Giriş

Nazal ve paranasal sinüsleri kaplayan Schneiderian epitel papilomların farklı mikroskopik özelliklerinin oluşmasına yol açmıştır. Ana tipleri inverted, noninverted (fungiform) ve onkositik Schneiderian papilomlardır. Bütün nazal tümörlerin %0.5-4'üne karşılık gelen benign neoplazmlardır.¹ Nazal vestibülün skuamöz hücreli papilomları cildin sigillerine karşılık gelirler ve Schneiderian papilomlardan ayrılmalıdırlar.² Nazal septumdan çıkan fungiform papilomlar nadir vakalardır. Literatürde hipofaringeal yayımlı dev fungiform papillom hakkında herhangi bir belgelenmiş bildirim bulamadık.

Dr. Rauf Tahamiler

Kozyatağı Central Hastanesi KBB Kliniği, İstanbul

Dr. Önder Peker

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

Olgu Sunumu

40 yaşında bir erkek hasta acil polikliniğimize 36 saattir devam eden aşırı boğulma, nefes darlığı hissi, dispne, terleme ve çarpıntı şikayeti ve 3 seneden fazla zamandır devam eden sağ burun tıkanıklığı şikâyetiyle başvurmuştur. Acil muayene ve kan tetkik sonuçları, dakika solunum sayısı 22, kan basıncı 160/110 mmHg, kalp hızı 130/dak, PaO₂ 65 mmHG, PaCO₂ 59 mmHg, pH 7.24, SaO₂ %85, P(A-a)O₂ 11 idi. Bu sonuçlar ekstrakorporeal solunum sıkıntısını göstermekteydi. Kulak burun boğaz muayenesi sağ burun deliğinde vestibülün hemen arkasında görülebilen dev nazal polipoid bir tümör görülmüştür. Tümörün diğer tarafı oral kavite muayenesi ile tespit edilebiliyordu. Diğer bir ucu hipofarenkse kadar sarkıyordu. Bütün nazofarenks, orofarenks ve hipofarenks bölgeleri tutulmuştu. Solunum için ileri decede dar bir yol kalmıştı (Resim 1).

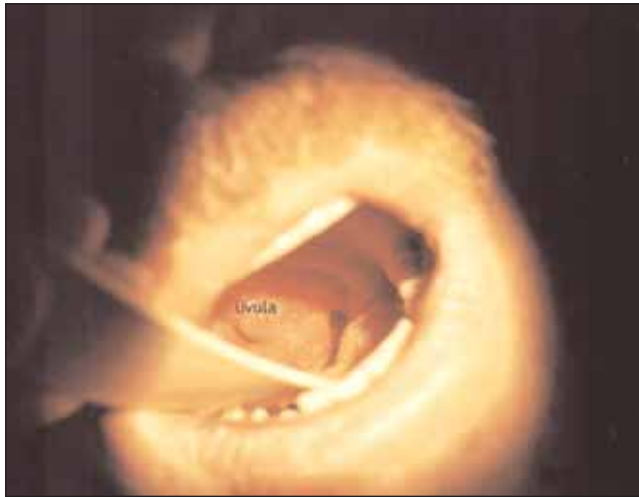
Paranasal sinüslerin BT görüntülemesi bütün sağ nazal kavite, sağ frontal sinüs ve etmoid hücrelerde bir opasite ortaya koymuştur. Sağ maksiller sinüste hava sıvı seviyesi mevcuttu. Sağ sfenoid sinüs ve bütün sol paranasal sinüsler ve sol nazal kavitede özel-

lik yoktu ve nazal osseöz destrüksiyon tespit edilmemiştir (Resim 2). Tümörün hipofaringeal ucu hemen epiglottisin üzerinde scanogramda görülebiliyordu (Resim 3).

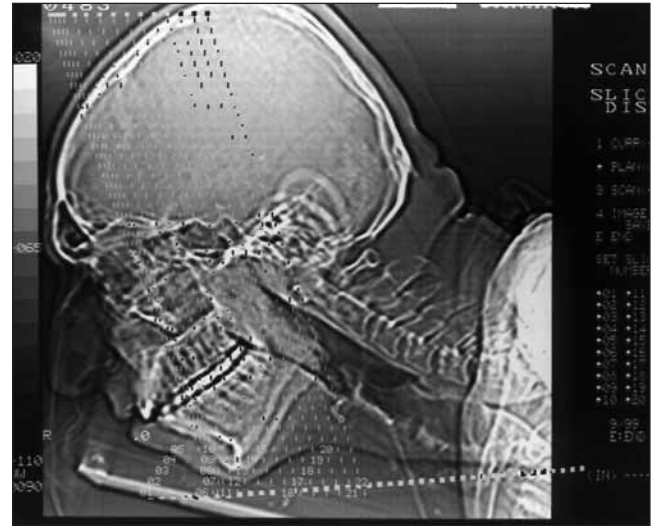
Tümöral kitlenin mikroskop yardımı ile endoskopik rezeksiyonunu yaptık. Nazal kavitenin sol tarafı normaldi. Sağ taraf polipoid tümör kitlesi ile to-



Resim 2. Hastanın preoperatif paranasal sinüs BT'si.



Resim 1. Kitlenin farengeal kısmı uvulanın arkasında kolaylıkla görülebiliyordu. [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 3. Tümörün hipofaringeal ucu epiglottisin üzerinde scanogramda görülebiliyordu.

tal olarak blokeydi. Tümörün nazal septuma olan tutunma bölgesini bulduk ve mikroskop altında lezyonsuz kenar ile tutunma noktasını rezeke ettik. Tümörün tutunma bölgesinin rezeksiyonu ile bütün tümör kitlesi serbestleşmiştir. Farengeal bölümü dev idi ve burundan tahliye edilemiyordu. Bu yüzden tümör kitlesi iki parçaya bölmeye karar verdik. Nazal bölümü burundan ve farengeal bölümü oral kaviteden tahliye ettik. Tümörün boyu 14 cm idi. Tutunma bölgesi Resim 4'te görülebilmektedir.

Tahliye prosedürü sonrasında tutunma bölgesinin kırıldık, perikondrium ve mukozal dokularını rezeke ettik. Rezeksiyon bölgesi tutunma bölgesini çevreleyen 1 cm'lik normal dokuydu. Bütün nazal kavite ve sinüsleri endoskopik olarak muayene ettik ve hiçbir tümör veya rest bulgusu saptamadık.

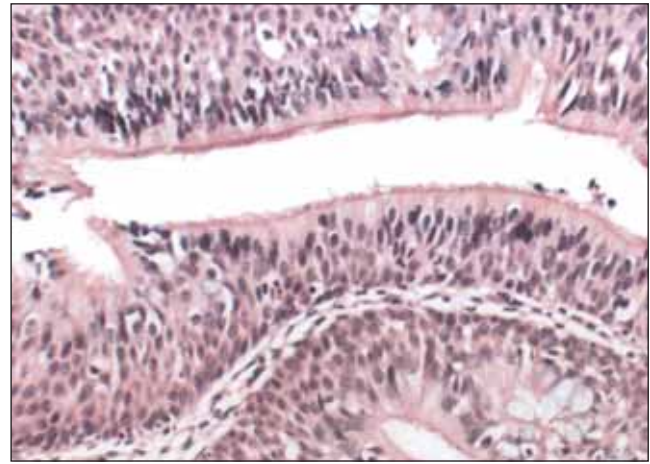
Histolojik değerlendirme itina ile yapılmış ve noninverted fungiform Schneiderian papillom tanısı koyulmuştur. Solunumsal epiteli kaplayan papiller uzantılar immatür skuamöz metaplaziye sahipti. Papilomatöz lezyonun derin invajinasyonları olan yayılma eğilimli bir konfigürasyonu vardı. Piyeste senkron neoplazm yoktu (Resim 5 ve 6). Cerrahiden 18 ay sonra takip endoskopik muayene ve paranazal sinüslere yönelik BT inceleme tümör nüksünü düşündürcek belirtiler göstermemiştir.



Resim 4. Bütün tümör (14 cm).
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 5. Skuamöz epitel ile kaplı papiller yapı ve invajinasyonlar (HE x40). [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 6. Solunumsal epitel ile kaplı papiller projeksiyon immatür skuamöz metaplazi gösteriyordu (HE x200). [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

Tartışma

Tümör ve paranazal sinüslerin papilomları arasında matür skuamöz epitel ile kaplı lezyonlar ve histolojik olarak farklı Schneiderian papilomlar vardır. Bu papilomlar sıklıkla ciltten, burnun vestibülünde gelişmektedirler. Yaygın juvenil papilomatosis olan hastalarda nadiren nazofarenks tutulmuştur. Vakaların %82.9'unda ünilateral polipoid kitle

ve obstrüksiyon en önemli belirtidir.³ Boğulma yaratacak derecede yer kaplayan kitle ve dispne sadece bizim vakamızda meydana gelmiştir. Schneiderian papilomların 5'ten fazla eşanlı olması vardır.⁴ Vrabec inverted Schneiderian papilom terimi kullanımını teklif etmektedir ancak fungiform (noninverted) tipi kapsamamaktadır.⁵ "Schneiderian" terimi 1927'de Ewing tarafından sinonazal trakta yayılan Schneiderian membrana atıfta bulunarak Victor Conrad Schneider onuruna icat edilmiştir.⁶ Bu membranın ektodermal kaynağı vardır.⁷ Histolojik olarak, Kramer 1847'de ilk vakayı bildirmiştir.⁸ Ward 1854'te burun ve paranazal sinüslerde papilomların ortaya çıkışını ilk olarak tarif etmiştir.⁵ Ringernetz 1938'de epitelin alttaki stromaya aşağıya doğru büyümesinin klasik patolojik bulgusunu detaylarını tarif etmiştir.⁹ Hyams 1971'de Schneiderian papilomları inverted, fungiform ve silindirik hücre tiplerine ayırmıştır.¹⁰ Schneiderian papilom terimi diğer anatomik olarak yerleşimli papilomlarla karışmayı önler ve nazal vestibül cildinden uzanan hiperkeratotik skuamöz hücreli hiperkeratotik papilomları hariç tutar.^{2,6,11} Schneiderian papilomlarla ilgili majör klinik ve tedavi problemleri nüks eğilimi ve papilomun skuamöz hücreli karsinom ile olan ilişkisi ile bağlantılıdır.^{10,11} Septal papilomların nüksü lateral duvar papilomlarından daha azdır. Septal papilomların nüks oranı %44 olarak bildirilmiştir.¹² Schneiderian papilomların çoğunun nüksü ilk tedaviden sonra iki yıl içinde meydana gelir ancak bazı hastalarda tümör çıkarılmasından 10-24 yıl sonra bildirilmiştir.^{10,13,14} Bizim vakamızda çıkarılma sonrasındaki 18 ayda nüks kanıtı yoktur. Yeterli eksizyon nüks önlenmesinde en büyük öneme sahiptir. Septuma olan tümör tutunma yerini geniş ve derin bir şekilde eksize ettik. Bölge-

deki mukoza, perikondrium ve kıkırdak tümör yeri etrafında 1 cm'lik serbest kenar ile çıkarılmıştır. Skuamöz hücreli karsinom ve Schneiderian papilom aynı anatomik bölgede eşzamanlı olarak ortalama %8 insidansla, %0-56 aralığında meydana gelmektedir.⁴ Nazal papilomların tedavisinde ve nükslerin önlenmesinde radyoterapi etkisizdir.

Kaynaklar

1. **Mansell NJ, Bates GJ.** The inverted schneiderian papilloma: a review and literature report of 43 new cases. *Rhinology* 2000; 38: 97-101.
2. **Batsakis JG.** Pathology consultation. Nasal (schneiderian) papillomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981; 90: 190-1.
3. **Pelusa EO, Fortier MAG.** Schneiderian papilloma of the nose and paranasal sinuses: the University of Ottawa experience. *J Otolaryngol* 1992; 2: 9-15.
4. **Kristensen S, Vorre P, Erbrond O, Soggard H.** Nasal Schneiderian papillomas: a study of 83 cases. *Clin Otolaryngol* 1985; 10: 125-34.
5. **Vrabec DP.** Inverted schneiderian papilloma: a clinical and pathologic study. *Laryngoscope* 1975; 85: 186-220.
6. **Ewing J.** Some phases of intra - oral tumors with special reference to therapy by radiation. *Radiology* 1927; 9: 359-70.
7. **Eavey RD.** Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses in childhood and adolescence. *Laryngoscope* 1985; 95: 17-22.
8. **Kramer R, Som ML.** True papilloma of nasal cavity. *Arch Otolaryngol* 1935; 22: 22-43.
9. **Ringertz N.** Pathology of malignant tumors arising in nasal and paranasal cavities and maxilla. *Acta Otolaryngol* 1938; 27: 31-42.
10. **Hyams VJ.** Papillomas of nasal cavity and paranasal sinuses: a clinico-pathologic study of 315 cases. *Ann Otol* 1971; 80: 192-206.
11. **Ridolfi RL, Lieberman PH, Erlandsan RA, Moore OS.** Schneiderian papillomas: a clinicopathological study of 30 cases. *Am J Surg Pathol* 1977; 1: 43-53.
12. **Kelly JH, Joseph M, Carroll E, et al.** Inverted papilloma of nasal septum. *Arch Otolaryngol* 1980; 106: 767-71.
13. **Suh KW, Facer GW, Devine KD, Weiland LH, Zuiko RD.** Inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Laryngoscope* 1971; 87: 35-46.
14. **Lawson W, Biller HF, Jacobsen A, Som P.** The role of conservative surgery in the management of inverted papilloma. *Laryngoscope* 1983; 93: 148-55.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Rauf Tahamiler

TUS KBB Merkezi, Şehit Evliya Sok. No: 22/7

Suadiye Kadıköy 34740 İSTANBUL

Tel: +90 216 362 72 72

e-posta: tahamiler@gmail.com