

Nazal septal schwannoma ve endoskopik cerrahi tedavisi: Olgu sunumu

Endoscopic surgical management of nasal septal schwannoma: a case report

Dr. Bülent Veli AĞIRDİR, Dr. Murat TURHAN, Dr. Alper DERİN

Nazal kavite epitelinden kaynaklanan benign tümörler sık görülür; fakat, bu yerleşimde periferik sinir kılıfından kaynaklanan benign tümörler oldukça nadirdir. Bu yazıda, 45 yaşında bir kadın hastada görülen ve sağ nazal kaviteyi tamamen dolduran nazal septal schwannomanın transnazal endoskopik cerrahi girişimle başarılı tedavisi sunuldu. Üç yıllık izlem süresince hastada herhangi bir nüks görülmedi.

Anahtar Sözcükler: Endoskopi/yöntem; nörofibroma/cerrahi; burun neoplazileri/cerrahi; bilgisayarlı tomografi.

Although benign tumors arising from the nasal cavity are common, those of the peripheral nerve sheath seen in this localization are unusual. We presented a 45-year-old woman with a nasal septal schwannoma filling the whole nasal cavity. She was treated successfully by transnasal endoscopic surgery. No recurrence was detected within a three-year follow-up period.

Key Words: Endoscopy/methods; neurofibroma/surgery; nose neoplasms/surgery; tomography, X-Ray computed.

Nazal kavite epitelinden kaynaklanan benign tümörler sık görülür, ancak nazal kavitenin periferik sinir kılıfından kaynaklanan benign tümörler ise oldukça nadirdir. Periferik sinir kılıfının benign tümörleri olan schwannomalar ve nörofibromaların schwann hücrelerinden orijin aldığına inanılır.^[1] Ekstrakraniyal schwannomaların %25-45'i baş-boyun bölgesinde görülür.^[2] Baş-boyun schwannomaları içerisinde paranazal sinüs ve nazal kavite schwannomaları oldukça nadir görülen (%4'den az) benign tümörlerdir.^[2-8] Olfaktör ve optik sinirler dışında (schwann hücreleri içermezler) skalp, yüz, oral kavite, larenks, farenks, parafarengeal mesafe, parotid gland, paranazal sinüsler, orta kulak, internal audituvar kanal ve boyun, baş-boyun schwannomalarının görüldüğü diğer alanlardır.

OLGU SUNUMU

2-3 yıldır devam eden burun tıkanıklığı ve burun akıntısı yakınmasıyla kliniğimize baş vuran 45 yaşındaki kadın hastanın anterior rinoskopisinde; sağ nazal kaviteyi tamamen dolduran, septumu karşı lateral duvara ileri derecede iterek sol nazal kaviteyi de oblitere eden üzeri düzgün, soluk gri renkte, orta sertlikte, polipoid görünümde kitle izlendi. Kitle önde nares'e, arkada koana'dan nazofarenkse kadar uzanmaktaydı.

Hastanın koronal ve aksiyal planda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası paranazal bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri sağlandı ve kitleden alınan biyopsi sonucu "periferik sinir kılıfı tümörü" ile uyumlu bulundu (Şekil 1, 2). Diğer kulak burun bo-

♦ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı (Department of Otolaryngology, Medicine Faculty of Akdeniz University), Antalya, Turkey.

♦ Dergiye geliş tarihi - 27 Mart 2003 (Received - March 27, 2003). Düzeltme isteği - 6 Mayıs 2004 (Request for revision - May 6, 2004). Yayın için kabul tarihi - 7 Mayıs 2004 (Accepted for publication - May 7, 2004).

♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Bülent Veli Ağırdir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya, Turkey. Tel: +90 242 - 227 43 43 / 24106 Faks (Fax): +90 242 - 241 95 53 e-posta (e-mail): abulent@akdeniz.edu.tr

ğaz sistemik muayeneleri ve rutin hemotolojik incelemeleri normal olan hastadan, genel anestezi altında transnazal endoskopik yolla kitle total olarak çıkarıldı. Sağ nazal septum posterior-süperiorundan kaynaklanan lezyonun nazal kaviteyi tamamen oblitere etmesi nedeniyle, frontal ve maksiler sinüslerin ampiyem ile dolu olduğu görüldü.

Schwannoma ile nazal kavitede sıkça görülen nazal polipler, inverted papillom, fungal kitleler, benign ve bazen de malign kitleler ile karışabilir. Bu nedenle ameliyat öncesi kitlenin natürünü değerlendirmek üzere biyopsi alınıp histopatolojik olarak değerlendirildi.

Schwannoma kitlesi tamamen transnazal endoskopik ameliyat ile çıkartıldı. Nazal kaviteyi tamamen dolduran kitlenin dikkatli endoskopik muayenesiyle nazal septum posterosüperiorundan kaynaklandığı ve çevre dokulara invazyon göstermediği izlenerek transnazal endoskopik yolla 0°-4 mm çapında nazal rijit endoskop ve through-cutting forseps yardımıyla birkaç parça halinde total olarak, tutunduğu bölgedeki septal kartilaj ile birlikte çıkarıldı. Spesimen ameliyat sonrası histopatolojik olarak değerlendirildi; mikroskobik olarak spindle hücrelerin oluşturduğu yer yer palizatik yapılar oluşturan, benign görünümde periferik sinir kılıfı tümörü saptandı (Şekil 3). İmmünohistokimyasal olarak ise S-100 pozitifliği görüldü ve patolojik olarak "Ancient Schwannoma" ile uyumlu bulundu (Şekil 4).

Kontrolleri devam eden hastanın ameliyat sonrası üçüncü yılında herhangi bir nükse rastlanmadı.

TARTIŞMA

Schwannomalar periferik sinir, kranial veya otonomik sinir kılıflarının schwann hücrelerinden köken alan nadir görülen benign enkapsüle neoplazmlardır. Tüm schwannomaların %25 ile %45'i baş ve boyun bölgesinde ortaya çıkarken, bunların sadece %4'ü burun ve paranasal sinüs yerleşimlidir.^[2-7] İlk kez Verocay tarafından ayırt edilmiş iki histolojik tipi bildirilmiştir: Antony Tip A (miksoid komponent yokluğu) ve Antony Tip B,^[9] Antony Tip A ve Antony Tip B arasındaki hücresel farklılıkların prognostik önemi olmamasına rağmen geleneksel olarak bildirilmektedir.

Makroskobik olarak Schwannomalar jelatinöz veya kistik iyi enkapsüle kitlelerdir. Kistik, ancient, pleomorfik gibi değişik tipleri görülmektedir.^[3] Bizim olgumuz ancient schwannoma ile uyumludur. Nazal septal schwannomaların olası üç kaynağı vardır. İlki great palatal sinir vastasıyla septuma ulaşan septal kan damarlarının sempatik sinirleri, ikincisi yine great palatal sinir yoluyla septuma ulaşan septal müköz glandları inerve eden parasemptomatik sinirler, üçüncüsü de maksiller sinirin bir dalı olan nazal septumun sensöriyel inervasyonunu sağlayan nazopalatin sinirlerdir.^[10] Nazal ve paranasal sinüs



Şekil 1 - Nazal septal schwannoma ameliyat öncesi aksiyal bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



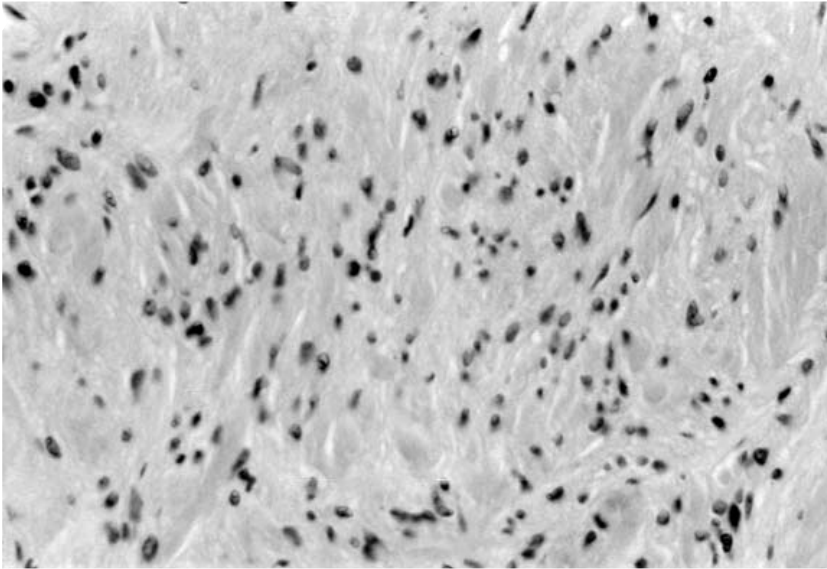
Şekil 2 - Nazal septal schwannoma ameliyat sonrası koronal bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

schwannomalarında yakınmalar lezyonun lokalizasyonuna ve boyutlarına göre değişmektedir. Sıklıkla burun tıkanıklığı, burun kanaması, burun akıntısı, yüz veya baş ağrısı ya da yanakta şişlik yakınmaları görülebilir.^[7] Orbita uzanımında proptozis bulbi, göz hareketlerinde sınırlılık ve diplopiye rastlanabilir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleriyle tümörün boyutları ortaya çıkarılabilir, tanı ise biyopsi ile konulmaktadır.

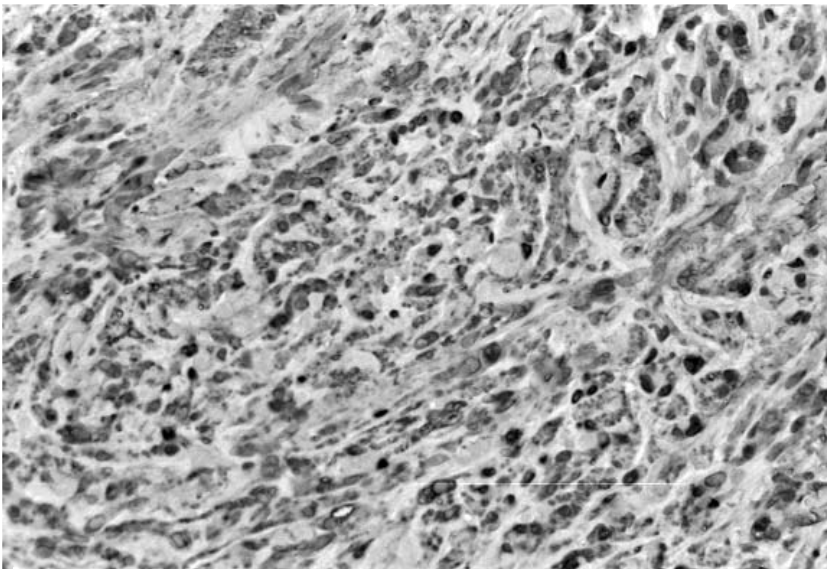
Schwannomalar tamamen eksize edildiğinde nüks etmezler. Klinik seyir olarak nörofibromalarla kıyaslandığında tekrar etmemelerine rağmen bir olguda benign schwannomadan gelişen malign

schwannoma ve intrakraniyal yayılım bildirilmiştir.^[9,11] Burun ve paranasal sinüslerin malign schwannomu çok nadir görülür. Günümüze kadar literatürde 10 olgu bildirilmiştir. Baş-boyun bölgesinde genellikle son dört kafa çiftinden gelişir ve agresif seyrederler. Tedavisinde parsiyel ya da total maksillektomi ve/veya ameliyat sonrası radyoterapi uygulanmaktadır.^[8]

Tümörün uygun tedavisi tam bir cerrahi eksizyondur. Bu tür kitlelerin cerrahi tedavisinde tümörün yeri ve yayılımına göre lateral rinotomi, Caldwell-Luc, midfasiyal degloving, kombine transpalatal-transmaksiller girişimler ve endonazal eksizyon



Şekil 3 - Spindle hücrelerde immünohistokimyasal olarak S-100 pozitifliği (S-100 x 40).



Şekil 4 - Schwannom olgusunda spindle hücrelerin görünümü (H-E x 40).

yöntemlerinin literatürde uygulandığı bildirilmektedir. Olgumuzda genel anestezi altında transnazal endoskopik ameliyat ile kitle, total olarak eksize edildi ve aralıklı kontrolleri nüksüz devam etmektedir.

Burun ve paranazal sinüslerde nadir olarak gelişen schwannomalar Hirao ve ark.^[12] ile Sirinivasan ve ark.^[13] tarafından da bildirildiği gibi endonazal endoskopik cerrahi bir yöntemle de başarılı bir şekilde tedavi edilmekte ve kontrolleri sağlanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Fisher ER, Vuzevski VD. Cytogenesis of schwannoma (neurilemoma), neurofibroma, dermatofibroma, and dermatofibrosarcoma as revealed by electron microscopy. *Am J Clin Pathol* 1968;49:141-54.
2. Acikan OK, Tuna EÜ, Koç C, Beriat K, Özdem C. Baş ve boyun schwannomaları. XXVI. Ulusal Türk Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı; 22-26 Eylül 2001; Antalya, Türkiye. 2001. s. 98.
3. Myers E. Unusual tumors. In: *Cancer of the head and neck*. 3rd ed. Philadelphia. Pennsylvania: W. B. Saunders Company; 1981. p. 645-6.
4. Shugar JM, Som PM, Biller HF, Som ML, Krespi YP. Peripheral nerve sheath tumors of the paranasal sinuses. *Head Neck Surg* 1981;4:72-6.
5. Hasegawa SL, Mentzel T, Fletcher CD. Schwannomas of the sinonasal tract and nasopharynx. *Mod Pathol* 1997;10:777-84.
6. Dublin AB, Dedo HH, Bridger WH. Intranasal schwannoma: magnetic resonance and computed tomography appearance. *Am J Otolaryngol* 1995;16:251-4.
7. Erdağ TK, Güneri A, Güneri EA, İkiz AÖ, Sarıoğlu S. Maksiller sinüs kistik schwannomu. XXVI. Ulusal Türk Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı; 22-26 Eylül 2001; Antalya, Türkiye: Turgut Yayıncılık; 2001. s. 122.
8. Eryılmaz A, Özeri V, Köseli İ, Samim E, Akmansu H, Göçmen H, Şafak MA. Burun ve paranazal sinüslerin malign Schwannom'u. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1993;1:79-82.
9. Yousem SA, Colby TV, Urich H. Malignant epithelioid schwannoma arising in a benign schwannoma. A case report. *Cancer* 1985;55:2799-803.
10. Batsakis JG. Tumors of the peripheral nervous system. In: Batsakis JG, editor. *Tumors of the head and neck*. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1979. p. 313-33.
11. Zovickian J, Barba D, Alksne JF. Intranasal schwannoma with extension into the intracranial compartment: case report. *Neurosurgery* 1986;19:813-5.
12. Hirao M, Gushiken T, Imokawa H, Kawai S, Inaba H, Tsukuda M. Solitary neurofibroma of the nasal cavity: resection with endoscopic surgery. *J Laryngol Otol* 2001;115:1012-4.
13. Srinivasan V, Deans JA, Nicol A. Sphenoid sinus schwannoma treated by endoscopic excision. *J Laryngol Otol* 1999;113:466-8.