

Nazal Pasajda Obstrüksiyona Yol Açan Alt Konkanın Kavernöz Hemanjiomu

Hemangioma of the Inferior Turbinate Causing Obstruction of the Nasal

Başvuru: 05.07.2015

Passage

Kabul: 23.10.2015

Tıbbi Patoloji

Yayın: 03.11.2015

Gülay Bulut¹, Mehmet Deniz Bulut¹, Deniz Yılmaz², Mahfuz Turan¹, İrfan Bayram¹

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Genellikle şiddetli burun kanamasına sebep olan burnun kavernöz hemanjiomları nadirdir. Çoğunlukla yetişkinlerde ve nazal kavitede Kisselbach pleksusuna yakın, nazal septumun anterior kısmında görülürler. Sinüs mukozalarında daha az sıklıkla rastlanmaktadır. Konkalarda görülmesi ise oldukça nadirdir. Hemanjiomların tedavisinde standart yaklaşım cerrahi rezeksiyondur. Biz burada nazal pasajda obstrüksiyona sebep olan, alt konkanın kavernöz hemanjiomu vakasını sunmaktayız. Postoperatif dönemde 6 aylık periyotta, komplikasyon ve rekürrens gelişmedi.

Anahtar kelimeler: *Alt konka, Nazal pasaj Kavernöz hemanjiom*

Abstract

Cavernous haemangioma of the nose is rare lesion, but when it occurs it usually presents with intra-nasal bleeding. This nasal pathology is mostly seen in adult patients. Standard approach to dealing with such haemangiomas is surgical resection. In nasal cavity they are most commonly seen on anterior part of the septum near Kisselbach's plexus. They are unusually seen on sinus mucosas. It is very rare to see them on turbinates. In this report we present a case of cavernous hemangioma of the inferior turbinate causing obstruction of the nasal passage. Postoperative period was not complication and no recurrence was seen in a period of 6 months.

Keywords: *Inferior turbinate, Nasal passage Cavernous haemangioma*

Giriş

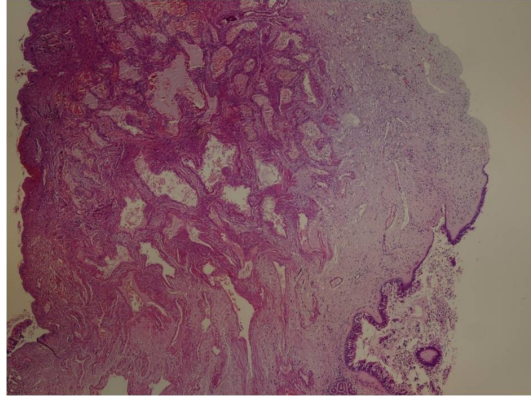
Hemanjiomlar genellikle lokalize olarak görülen benign vasküler tümörlerdir. Sıklıkla baş veya boyun bölgesinde yüzeysel lezyonlar olarak yerleşir¹. Baş-boyun bölgesinde sık rastlanmalarına rağmen, sinonazal kavite, nazofarinks ve paranazal sinüslerde oldukça nadir görülürler. Nazal kavitede en sık Little alanı ya da Kiesselbach pleksusu olarak adlandırılan bölgede, daha az sıklıkla da sinüs mukozasında görülürler. Konkalarda yerleşimi ise oldukça nadirdir^{2,3}. Nazal kavitenin kavernöz hemanjiomları ergenlik çağına kadar genellikle görülmezler. Ortalama görülme yaşı 40'tur⁴. Hemanjiomlar, mikroskopik olarak baskın olan damarların genişliklerine göre kapiller ve kavernöz olarak ikiye ayrılırlar^{5,6}. Nazal konkada görülen hemanjiomlar, kendilerini sıklıkla burun kanaması ya da burun tıkanıklığıyla belli ederler^{2,5}. Bu makalede, 16 yaşındaki bayan hastada uzun zamandır nazal obstrüksiyon ve kanamaya yol açan, alt konkadan kaynaklanıp hipertrofiye neden olan ve nadir görülen kavernöz hemanjiom olgusu sunulmuş ve histopatolojik özellikleri tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

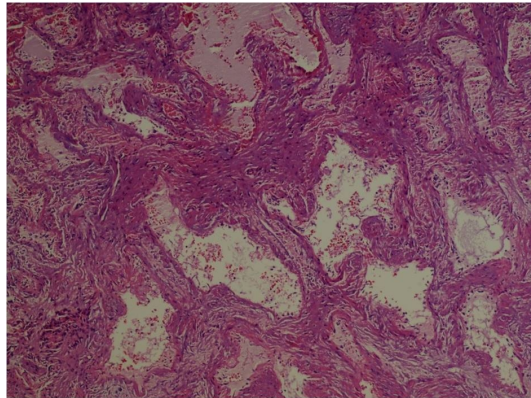
Yaklaşık iki yıldır rahat nefes alamama, horlama, burun kanaması ve ağzı açık uyuma şikayetleri olan 16 yaşındaki bayan hasta hastanemize başvurdu. Nazal endoskopi ile yapılan fizik muayenede, her iki nazal pasajda yoğun seröz sekresyon, her iki alt konkada ileri derecede hipertrofi ile sağ alt konkanın polipeştiği ve nazal obstrüksiyona yol açtığı izlendi. Yapılan paranazal bilgisayarlı tomografi incelemede sağ alt konka belirgin

hipertrofik ve polipoid görünümde idi ve nazal pasajı daraltmaktaydı. Hastaya lokal anestezi altında endoskopik olarak polip rezeksiyonu yapıldı.

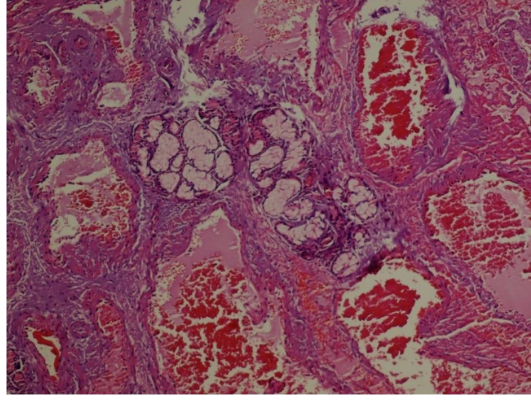
Sağ alt konkadan eksize edilen polipoid yapı, makroskopik olarak 1,5 x 0,8 x 0,6 cm ölçülerinde idi. Kesit yüzü solid bej-bordo renkte olup, yer yer hemorajik görünümde izlendi. Histopatolojik olarak; psödostratifiye silli silindirik solunum epiteli ile döşeli, subepitelyal alanda yer yer kronik inflamasyon bulgularının gözleendiği gevşek bir bağ dokusundan oluşan stromada, endotel hücreleriyle döşeli ince bir duvara sahip, bir araya gelmiş içi eritrositle dolu çok sayıda genişlemiş vasküler boşluk (Şekil 1-2) ile yer yer müköz bezler izlendi (Şekil 3). Bu polipoid yapı, alt konkanın kavernoöz hemanjiomu olarak rapor edildi. Postoperatif dönemdeki alt aylık dönemde hastada herhangi bir komplikasyon ve nüks gelişmedi.



Şekil 1 : Yüzeyi solunum epiteli (ok) ile döşeli ve epitel altındaki alanda gevşek bir bağ dokusundan oluşan stromada, bir araya gelmiş içi eritrositle dolu genişlemiş çok sayıda vasküler boşluk izlenmektedir (H-E boyası, x40).



Şekil 2 : Gevşek bir bağ dokusundan oluşan stromada düzleşmiş endotel hücreleriyle döşeli, fibrotik bir duvara sahip, bir araya gelmiş içi eritrositle dolu, genişlemiş çok sayıda vasküler boşluk izlenmektedir (H-E boyası, x200).



Şekil 3 : Fotoğrafta müköz bezler ile bir arada bulunan, içi eritrositle dolu çok sayıda genişlemiş vasküler boşluk izlenmektedir (H-E boyası, x200).

Tartışma ve Sonuç

Nazal kavitenin non-epitelyal tümörleri nadir görülen tümörler olup, sıklıkla benign karakterdedir ⁷. Fu ve arkadaşlarının 256 vakalık nazal kavitenin non-epitelyal tümörleri serisinde, 165 vakanın benign karakterde olduğu ve en çok vasküler ile osseöz neoplazmlara rastlandığı bildirilmiştir ⁸.

Hemanjiomlar vasküler kaynaklı benign tümörlerdir ⁵. Baş ve boyun bölgesinde sık rastlanmalarına rağmen, sinonazal kavite, nazofarinks ve paranazal sinüslerde oldukça nadir görülürler ²⁻³. Nazal kavite, paranazal sinüsler ve nazofarinksin mukozal hemanjiomları, tüm baş ve boyun hemanjiomlarının % 10'unu oluşturur. Hemanjiomlar bu anatomik bölgelerin non-epitelyal neoplazmlarının yaklaşık olarak % 25'ini kapsar ⁵.

Hemanjiomlar klinik olarak sıklıkla tek taraflı burun kanaması ya da burun tıkanıklığıyla kendilerini belli ederler. Burun kanaması her zaman görülmeyebilir. Makroskobik olarak lezyonlar ortalama olarak 1,5 cm çapından küçük olup, 5 cm'e kadar bir çapa ulaşabilirler. Yüzeyi sıklıkla ülser, kırmızı-mavi renkli yumuşak submukozal, düz ya da polipoid bir lezyon şeklinde görülürler ⁵. Hastamızda da primer şikayet burun tıkanıklığı olup, nazal endoskopi ve bilgisayarlı tomografide konkanın hipertrofiye olduğu ve polipleştiği izlendi. Bu nedenle burun tıkanıklığı şikayeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda hemanjiomlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Hemanjiomlar, mikroskopik olarak baskın olan damarların genişliklerine göre kapiller ve kavernöz olarak ikiye ayrılırlar ^{5,6}. Kapiller hemanjiomlar endotelle döşeli ince ve küçük kapiller damarlardan oluşurken, kavernöz hemanjiomlar endotelle döşeli geniş vasküler boşluklardan meydana gelirler ⁹.

Hemanjiomlar histolojik olarak, kapsülsüz ve iyi sınırlı tümörler olup, birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişen çaplarda ve parlak kırmızı ile mavi renkte olurlar. Kavernöz hemanjiomlar ise kapiller hemanjiomlara gibi regresyon göstermezler, genellikle deride ve vücudun mukozal bölgelerinde düzensiz kırmızımsı-mavi renkte, yumuşak, süngerimsi, 1-2 cm çapında lezyonlar şeklinde ortaya çıkarlar ¹.

Tanıda bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans gibi görüntüleme teknikleri ve nazal endoskopik muayene önemli yer tutar. Kullanılan bu yöntemler ile kitlenin köken aldığı yapı, etraf dokularla olan ilişkisi değerlendirilmektedir ^{7,10}. Bu yöntemlerle, burun pasajını dolduran nazal polipler, lobüler kapiller hemanjiom, sinonazal papillom, osteoma, hemanjioperisitoma, histiositoma, leiomyom, skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom, melanom, anjiosarkom, yabancı cisim, sarkoidoz ve Wegener granüloatozisi gibi lezyon ve tümörlerin ayırıcı tanısı yapılabilir ¹⁰. Ancak kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Histopatolojik incelemede kavernöz hemanjiomlar, genellikle düzleşmiş bir endotelle döşeli, sıklıkla fibrotik bir duvara sahip, içi

eritrositle dolu büyük, genişlemiş vasküler boşluklar şeklinde görülürler. Tromboz ve kalsifikasyon sık görülen bulgular olup, nadiren osseöz metaplazi de izlenebilir ¹.

Tedavide cerrahi eksizyon yapılır, işlem öncesi kanama riskinden dolayı gerekli önlemler alınmalıdır. Tedavi edilmeyen hastalarda lezyon büyüyerek septum ve burun lateral duvarlarında kemik destrüksiyonuna yol açabilir. Bazen de hemodinamik problemler ve koagülasyon bozuklukları ortaya çıkabilir. Cerrahi sonrası prognozları iyidir ⁷.

Sonuç olarak, nazal kavitede tıkanıklığa neden olan kitlelerin ayırıcı tanısında nadir görülen kavernöz hemanjiomun genç yaşlarda da görülebileceği her zaman akılda tutulmalı ve ayırıcı tanılar arasında olmalıdır. Kesin tanı için histopatolojik inceleme mutlaka gereklidir.

Kaynaklar

1. Uğraş S. Kan damarları. 7. baskı. Sav A, Özdamar ŞO. (Çev.Ed). Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temeli. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2009. p. 545-7.
2. Wenig BM, Richardson M. Nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx. 2nd ed. Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss ML, editors. Modern Surgical Pathology. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2009. p. 148-9.
3. Topal Ö, ve ark. Maksiller sinüste kavernöz hemanjiom. KBB ve BBC Dergisi. 2011;19(3): 156-9.
4. Sarkar S, Roychoudhury A, Roychaudhuri BK. Intractable anemia: a case of bleeding nasal cavernous hemangioma. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;63(Suppl 1):23-4.
5. Barnes L, et al. Tumours of the nasal cavity and paranasal sinuses. Barnes L, Eveson J.W, Reichart P, Sidransky D, editors. World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press; 2005. p. 46-9.
6. Knudsen JS, Bailey BJ. Midline nasal masses. Bailey BJ, editor. Head and Neck Surgery Otolaryngology. Philadelphia: J.B.Lippincott; 1993. p. 36.
7. Yılmaz MD ve ark. Nazal obstrüksiyona yol açan alt konka hemanjiomu. Kocatepe Tıp. 2003;1: 75-7.
8. Fu YS, Perzin KH. Non-epithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx: A clinico-pathologic study. Cancer. 1980; 45: 2616-26.
9. Çukurova İ ve ark. Nazal septumdan köken alan tümörler. Bidder Tıp Bilimleri. 2010;2(3): 22-5.
10. Bebek Aİ , ve ark. Orta konkanın lobüler kapiller hemanjiomu. KKB-Forum. 2006;5(4): 171-3.