

Bölüm 18

BURUN VE PARANAZAL SİNÜS TÜMÖRLERİ

Leman VEZİROĞLU BİRDANE¹

EPİDEMİYOLOJİ

Sinonazal traktusun malign tümörleri (Paranasal sinüsler ve nazal kavite) tüm kanserlerin %0,3'ünü ve baş boyun kanserlerinin ise yaklaşık %3'ünü oluşturur (1,2). Bazı meslek gruplarında sinonazal kanserler daha sık görülür. Mobilya, nikel işçileri, izopropil alkol üreticileri riskli gruptadır. En sık görülen histopatolojik tip yassı hücreli karsinomdur. Nikel işçilerinde primer olarak yassı hücreli karsinom, ağaç işçilerinde ise daha sıklıkla adenokarsinom görülür (3).

Lokalizasyon olarak görülme sıklığı; maksiller sinüs (%55), nazal kavite (%35), etmoid sinüs (%9) ve %1 diğer sinüsler olarak bildirilmiştir (4).

KLİNİK

Sinonazal tümörler diğer bölge kanserlerine göre ender görülmekle beraber tanı konulduğunda tümör genelde ilerlemiş evrededir. Bunun nedeni tümörün sinüs ve burun gibi kapalı bir boşluğun içinde büyümesi ve ancak kemiğe invazyon yaptıktan veya burun tıkanıklığına sebebiyet verdikten sonra varlığının anlaşılmasıdır. İlk belirtilerin başlamasıyla tanı koyma arasındaki süreyi Harrison ortalama 6-8 ay kadar bulmuştur, ancak günümüzde bilgisayarlı tomografi ve endoskopik bakının yaygınlaşması bu süreyi kısaltmıştır (5). Klinik belirtiler çok değişikdir görülme sıklığına göre sıralandığında; burun tıkanıklığı, yanakta şişlik, pürülan burun akıntısı, temporal bölgede ağrı, diş ağrıları, epistaksis, gözün iç yanında şişlik ve göz hareketlerinde kısıtlılık sayılabilir (6). Etmoid tümörlerde sfenopalatin sinir ve dallarının tutulmasına bağlı damak mukozası ve burun boşluğunda anestezi ortaya çıkabilir. Sert damakta kitle etkisine bağlı şişme veya ülserler görülebilir bu hastalar daha önce tam oturan protezlerin artık ağızlarına uymadığından

¹ Eskişehir Şehir hastanesi KBB kliniği lemanvezir@yahoo.com

ve uzun süreli sağ kalım oranı %80-100 iken lokal ileri olgularda oran %50-80'e düşer.

İleri evre nazal kavite ve etmoid ve maksiller sinüs tümörlerinde seçilecek tedavi cerrahi ve sonrasında radyoterapidir. Sfenoid sinüs tümörlerinde genellikle küratif radyoterapi tercih edilir.

Nazal kavite karsinomları için cerrahi sonrası radyoterapi olan hastalarda 5 yıllık lokal kontrol oranları %60-80, sağ kalım %40-70 arasında değişir. Etmoid sinüs karsinomları için bu oran %50-80 ve %40-60, maksiller sinüs için %50-80 ve %30-70 olarak bildirilmiştir. T1 -T2 olgular için 5 yıllık sağ kalım oranı %60-70 iken T3-T4 olgular için bu oran %30-40, inoperable olup yüksek doz radyoterapi ile tedavi olan olgularda ise bu oran %10-15'e düşmekte. Medikal nedenlerle opere olamayan veya operasyonu kabul etmeyen ve küratif radyoterapi uygulanan serilerde 5 yıllık sağ kalım %20-40 arasındadır.

Radyoterapiye bağlı komplikasyonlar körlük, frontal lob nekrozu, osteoradyonekroz, burunda sineşi sayılabilir (30-35).

KEMOTERAPİ

Hastalık evresine göre uygun olarak hasta düzeyinde özelleştirerek primer tedaviye yardımcı olarak planlanabilir. Cerrahi ve radyoterapi öncesi neoadjuvan kemoterapi ile tümörde lokal yanıt oluşturarak irrezektable bir tümör rezektable hale getirilebilir, radyoterapi sahası küçülebilir, mikrometastaz eradike edilebilir. Ağır cerrahi gerektiren tümörlerde intraarteriyel kemoterapi lokal kontrolü sağlama açısından umut vericidir. Uzak organ metastazı ve rekürrenslerde kemoterapi uygulanabilir (36-38).

KAYNAKLAR

1. Alvarez I, Suarez C, Rodrigo JP, Nunez F, et al. Prognostic factors in paranasal sinus cancer. Am J Otolaryngol 16:109-114, 1995.
2. Baier G, Volter C, Steigerwald I, et al. Malignant paranasal sinus tumors. Diagnosis, therapy and results. HNO 53:957-965, 2005.
3. Myers EN, Carrau RL. Neoplasms of the nose and paranasal sinuses. Bailey BJ. Head and neck surgery- otolaryngology. Philadelphia: Lipincott Comp, 1091-6 1993
4. Goldenberg D, Golz A, Fradis M, et al. Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses. Ear nose Throat J 80: 272-5, 2001.
5. Harrison DF. The management of malign tumors of the nose and paranasal sinuses. Otolaryngol Clin N Am 159-68, 1971.
6. Bailey CM: Surgical anatomy of the skull base : Gleeson M, Scott Brown's otolaryngology. Philadelphia: WB Saunders 1-15 1997.
7. Karcı B, Günhan O, Övül İ, et al Nasomaxillary osteotomy in lesions of the central compartment of the middle cranial base. Rhinology 39: 1-15, 2001.
8. Günhan Ö, Karcı B, Uluöz Ü ve ark. Paranasal malign tümörlerin kliniği. Sağlık Hastanesi Dergisi, 12-6 1995.

9. Tran L, Sidrys J, Horton D, et al. Malignant salivary gland tumors of the nose and paranasal sinuses and nasal cavity . UCLA experience. Am J Clin Oncol 12: 387-92, 1989.
10. Wu TH, Huang JS, Wang HM, et al. Long term survival after surgery for stage 3-4 maxillary sinus carcinoma. B-ENT, 6 (1): 35-41, 2010.
11. Mosesson RE, Sam PM. The radiographic evaluation of sinonasal tumors . Otolaryngol Clin N Am 28: 1097-115, 1995.
12. Messerklinger W, Naumann HH, Surgery of paranasal sinuses. Naumann HH. Head and neck surgery. Newyork Thieme medical publication Inc, 550-2, 1995.
13. Tatekawa H, Shimono T, Ohsawa M, Imaging features of benign mass lesions in the nasal cavity and paranasal sinuses according to the WHO 2017 classification. Japanese Journal of Radiology 36:361–381 2017.
14. Dragonetti A, Gera R, Sciuto A, et al. Sinonasal inverted papilloma : 84 patients treated by endoscopy and proposal for a new classification. Rhinology 49 (2): 207-13 2011.
15. Moon IJ, Lee DY, Suh MW, Cigarette Smoking increases risk of recurrence for sinonasal inverted papilloma. Am J Rhinol Allergy 24 (5): 325-9 2010.
16. Gomez JA, Mendelhall WM, Tannehill SP, et al. Radiation Therapy in inverted papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. Am J Otolaryngol 21;174-78 2000.
17. Krespi YE, Levine TM. Tumors of the nose and paranasal sinuses. Paparella MM Editor. Otolaryngology Philadelphia WB Saunders Company 3: 1951-6 1991.
18. Thompson LDR, Bullerdiek J, Flucke et al. Benign soft tissue tumour. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: IARC Press; 47–50 2017.
19. Blount A, Riley KO, Woodworth BA. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. Otolaryngol Clin North Am. 44 (4) 989-1004 2011.
20. Resto VA, Deschler DG. Sinonasal malignancies. Otolaryngol Clin North Am 37:473-487 2004.
21. Moran CA, Wenig BM, Mullick FG. Primary adenocarcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. Ear Nose Throat 70 821-8 1990
22. Franquemont DW, Fechner RE, Mills SE. Histologic classification of sinonasal intestinal type adenocarcinoma. Am J Surg Pathol 15: 368-75 1991
23. Wenig BM, Harpaz N, Delbridge C. Polymorphous lowgrade adenocarcinoma of seromucous glands of the nasopharynx a report of a case and a discussion of the morphologic and immunohistochemical features. Am J Clin Pathol 92 104-9 1989.
24. Daele JJ, Vander Poorten V, Rombaux P. Cancer of the nasal vestibule, nasal cavity and paranasal sinuses. B ENT 1:87-94 2005.
25. Levine PA, Gallagher R, Cantrel RW. Esthesio neuroblastoma: reflections of a 21-year experience. Laryngoscope 109:1539-1543 1999
26. Llorella-Trulli J, Mackay B, Troncoso P. Et al. Neuroendocrine tumors of the nasal cavity: an ultrastructural and morphometric study of 24 cases. Ultrastruc Pathol 16:165-75 1992
27. Gerçeker M. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. Karcı B. Paranasal Sinüslerin Malign Tümörleri. Medikal Network Nobel. 451-62 2014.
28. Stelow E, Bishop J. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Nasal Cavity, Paranasal Sinuses and Skull Base. Head and Neck Pathol 11:3–15 2017.
29. American Joint Committee on Cancer. Maxillary Sinus. AJCC cancer staging manual 5th Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers 47-52 1997.
30. Lydiatt WM, Patel SG, O'sullivan B. et al. Head and Neck Cancers—Major Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual. CA Cancer J CLIN 67:122–137 2017
31. Weymuller EA. Neoplasms. Cummings CW editör, Otolaryngology head end neck surgery . Newyork: Mosby Year Book 1: 941-53 1993.
32. Parsons JT, Mendenhall WM, Stringer SP. Et al. Nasal cavity and paranasal sinuses. Perez CA, Brady LW editör. Principles and practice of radiation oncology. 3rd ed, Philadelphia: Lippincott-Raven 941-59 1997

33. Ang KK, Garden AS, Morrison WH. Sinonasal cancer Gunderson LL editör. Clinical radiation oncology. Philadelphia: Churchill Livingstone 504-518 2000
34. Ang KK, Jiang GL, Frankenthaler RA. Et al. Carcinomas of the nasal cavity. Radiother Oncol 24;163-8 1992
35. Parsons JT, Bova FJ, Fitzgerald CR. Et al. Radiation optic neuropathy after megavoltage external beam irradiation analysis of time dose factors J Radiat Oncol Biol Phys 30: 755-63 1994
36. Stell PM, Adjuvant chemotherapy in head and neck cancer . Semin radiat Oncol 195-205 1992
37. Nishimura G, Tsudaka M, Mikami Y. et al. The efficacy and safety of concurrent chemoradiotherapy for maxiller sinus squamous cell carcinoma patients. Auris Nasus Larynx 5; 547-54 2009
38. Hanna EY Cardenas AD, Demonte F. Arch Induction chemotherapy for advanced squamous cell carcinoma of the paranasal sinuses. Otolaryngol Head Neck Surg. 137 (1): 78-81 2011.