

Bölüm 39

TEMPORAL KEMİK TÜMÖRLERİ

Murat KILIÇ¹

GİRİŞ

Temporal kemik tümörleri oldukça nadir görülür ve geniş histolojik çeşitliliğe sahiptir (1). Bu bölge tümörleri primer olarak burada gelişebileceği gibi komşu yapılardan (parotis, temporomandibuler eklem, vb.) ve uzak organ metastazı (meme, böbrek, prostat, akciğer, vb.) şeklinde de olabilir (1,2). (Tablo 1)

Glomus tümörleri

Glomus tümörleri baş boyun bölgesinde yerleşim gösteren paragangliomalar olarak kabul edilir. Orta kulak ve mastoid kemikte sınırlı olduğu durumlarda “Glomus timpanikum”, juguler bulbus-tan köken aldığı durumlarda “Glomus jugulare” olarak adlandırılır. Glomus timpanikum glossofarengeal sinirin timpanik dalından (Jacobson siniri) ya da nervus vagus’un dalı olan Arnold siniri boyunca seyreden nöral crest orjinli paragangliolardan köken alır (3). Glomus timpanikum orta

kulakta en sık izlenen tümöral oluşumdur. Glomus jugulare ise temporal kemiğin en sık izlenen ikinci tümörüdür. %90 sporadik geri kalanı ailesel geçiş gösterir. Kadınlarda erkeklere oranla 4-6 kat fazla görülmektedir (4).

Klinikte sıklıkla pulsatil tinnitus şikayeti ile (%80) karşılaşılır. İşitme kaybı tümörün tutulumuna göre değişik oranlarda görülür. Semptom vermeden yavaş ve progresif büyüme gösterebilirler. Kranial sinir tutulumuna bağlı ses kısıklığı, disfaji, vb eklenebilir. Malign dönüşüm oldukça nadir izlenir (5). Woods ve ark. glomus timpanikum tümörlerinde en sık saptanan semptomları pulsatil tinnitus (%76), iletim tipi işitme kaybı (%52), kulakta dolgunluk ve basınç hissi (%18) ile vertigo (%9) olarak bildirmiştir (6). Fizik muayenede olguların %70’inde orta kulakta pulsatil kit- le izlenir. Radyoloji tümör lokalizasyonu ve yaygınlığının değerlendirilmesinde önemlidir. Fizik muayene ve radyoloji sıklıkla tanı için yeterlidir

Tablo 1: Temporal kemik tümörleri sınıflaması

Primer temporal kemik tümörleri

- Benign tümörler: Glomus timpanikum, glomus jugulare, fasial nörinom, hemanjiom, intratimpanik menenjiom, osteom, kolesterol granülomu, gliom, fibröz displazi, vb.
- Malign tümörler: Squamöz hücreli karsinom, adenokarsinom, bazal hücreli karsinom, adenoid kistik karsinom, kondrosarkom, osteosarkom, rabdomyosarkom, vb.

Sekonder temporal kemik tümörleri

- Nazofarenks karsinomu, parotis maligniteleri, vb.

Metastatik temporal kemik tümörleri

- Meme, akciğer, prostat ve böbrek maligniteleri, lösemi, lenfoma, histiositozis, vb.

¹ Uzman Dr, Yalova Devlet Hastanesi, muratkilic.ent@gmail.com

çalışmalar karotis tutulumu olan vakalarda karotis arter rezeksiyonunun sağ kalımı etkilemediğini göstermiştir (14,15).

Cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar arasında işitme kaybı, fasiyal paralizi, BOS kaçağı ve menenjit gibi komplikasyonların yanı sıra pulmoner emboli, miyokard enfarktüsü gibi komplikasyonlarda gelişebilir (1). Cerrahiye uygun hasta seçimi bu bakımdan çok önemlidir. Parotis bezi tutulumu genellikle kitlenin Santorini fissürlerinden direk invazyonuyla olmaktadır. Parotis içeri-sindeki lenf nodlarına metastaz da olabilmektedir. Morris ve ark. 72 temporal kemik karsimonu hastasının %35'inde parotis bezi tutulumu olduğunu göstermiştir (16). Gidley ve ark. serilerinde 157 temporal kemik karsimonu hastasının %11'inde parotis bezi tutulumu saptamışlardır (2). Bu nedenlerden dolayı lateral temporal kemik rezeksiyonu yapılan hastalara en az yüzeyel parotidektomi yapılması önerilmektedir. Temporal kemik karsinomları nadiren boyuna metastaz yapmaktadır. Yapılan çalışmalarda boyun lenf nodu metastaz oranı yaklaşık %10 seviyesindedir. Sıklıkla level 2 ve 3 etkilenmektedir. Lenf nodu diseksiyonu ve parotidektomi evreleme açısından önem taşımasının yanında serbest flep rekonstrüksiyonu için kolaylık sağlar (1,2).

Cerrahi sınır pozitifliği, fasiyal sinir tutulumu, boyun lenf nodu metastazı varlığı, ekstraparotidal yayılım en önemli kötü prognoz göstergeleridir. Higgings ve ark. yapmış oldukları çalışmada fasiyal paralizisi olan olguların beş yıllık sağ kalım oranını %19.1, fasiyal paralizi olmayan olguların beş yıllık sağ kalım oranını %59.4 olarak hesaplamıştır (17). Morris ve ark. boyun lenf nodu metastazı olan olguların beş yıllık sağ kalımını %19, metastaz olmayan olguların sağ kalımını %81 olarak saptamışlardır. Cerrahi sınır pozitif olan olguların beş yıllık sağ kalımı %50, cerrahi sınır negatif olguların beş yıllık sağ kalımı %81.7 oranında bulunmuştur (16).

SONUÇ

Temporal kemik maligniteleri oldukça nadir görülen tümörlerdir ve sıklıkla periauriküler cilt veya parotis kaynaklı tümörün temporal kemiğe uzanımı şeklinde görülürler. Klinikte kulak akın-

tısı, ağrı ve işitme azlığı gibi spesifik olmayan semptom ve bulgularla ortaya çıkar. Tedaviye yanıt alınamayan bu olgularda maligniteden şüphelenmek gereklidir. En sık skuamöz hücreli kanser tipi görülür. Cerrahi prensipte negatif cerrahi sınırı çok önemlidir. Erken evre (T1,T2) tümörlerde genellikle lateral temporal kemik rezeksiyonu tercih edilir. Cerrahiye yüzeyel parotidektomi ve boyun diseksiyonunda sıklıkla eklenir. İleri evre tümörlerde subtotal veya total temporal kemik rezeksiyonları uygun hastalarda tercih edilir. T2 ve üzerindeki tümörlerde adjuvan radyoterapi tedavi planında mevcuttur. Bu hastaların tedavi planlanmasında multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Temporal kemik, malign tümör, dış kulak yolu

KAYNAKLAR

1. Gidley PW, Thompson CR, Roberts DB, et al. The oncology of otology. Laryngoscope 2012;122(2): 393-400.
2. Gidley, P. W., & DeMonte, F. (2013). Temporal Bone Malignancies. Neurosurgery Clinics of North America, 24(1), 97-110.
3. Sweeney, A. D., Carlson, M. L., Wanna, G. B., & Bennett, M. L. (2015). Glomus Tympanicum Tumors. Otolaryngologic Clinics of North America, 48(2), 293-304.
4. Pollak N, Soni RS. Endoscopic excision of a tympanic paraganglioma: Training the next generation of ear surgeons. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2017 Sep 22;3(3):160-162.
5. Killeen DE, Wick CC, Hunter JB, et al. Management of Middle Ear Paragangliomas: A Case Series. Otol Neurotol. 2017 Mar;38(3):408-415.
6. Woods CI, Strasnick B, Jackson JG. Surgery for glomus tumors: The Otolaryngology Group Experience. Laryngoscope 1993;103(suppl.60):65-70.
7. Devuyst L, Defreyne L, Praet M, Geukens S, Dhooge I. Treatment of glomus tympanicum tumors by preoperative embolization and total surgical resection. Am J Otolaryngol. 2016 Nov Dec;37(6):544-551.
8. Sanna M, Shin SH, De Donato G, et al. Management of complex tympanojugular paragangliomas including endovascular intervention. Laryngoscope. 2011 Jul;121(7):1372-82.
9. Gidley PW, Roberts DB, Sturgis EM. Squamous cell carcinoma of the temporal bone. Laryngoscope 2010;120(6):1144-51.
10. Kuhel WI, Hume CR, Selesnick SH. Cancer of the external auditory canal and temporal bone. Otolaryngol Clin North Am. 1996 Oct;29(5):827-52.
11. Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, et al. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990;99(9 Pt 1):714-21.
12. Gurgel RK, Karnell LH, Hansen MR. Middle ear

cancer: a population-based study. *Laryngoscope* 2009;119(10):1913-7

13. Dean NR, White HN, Carter DS, et al. Outcomes following temporal bone resection. *Laryngoscope* 2010;120(8):1516-22.
14. Jimbo H, Kamata S, Miura K, et al. En bloc temporal bone resection using a diamond threadwire saw for malignant tumors. *J Neurosurg* 2011;114(5):1386-9.
15. Okada T, Saito K, Takahashi M, et al. En bloc petrosectomy for malignant tumors involving the external auditory canal and middle ear: surgical methods and long-term outcome. *J Neurosurg* 2008;108(1): 97-104.
16. Morris LG, Mehra S, Shah JP, et al. Predictors of survival and recurrence after temporal bone resection for cancer. *Head Neck* 2011;34(9):1231-9.
17. Higgins TS, Antonio SA. The role of facial palsy in staging squamous cell carcinoma of the temporal bone and external auditory canal: a comparative survival analysis. *Otol Neurotol* 2010;31(9):1473-9.