

PARANAZAL BÖLGE TÜMÖRLERİ

*Mehmet Emin ÇAVUŞ¹***Vaka: Şikayet ve Hikaye:**

Polikliğimize 72 yaşında kadın hasta yaklaşık 6-7 aydır olan yüzün sol tarafında ve ağız çevresinde uyuma şikayeti ile başvurdu. Yüz sol yarıda his kaybı şikayeti de olan hastanın yüz hareketlerinde kısıtlılık şikayeti yoktu. Ayrıca sol kulağında ağrı ve dolgunluk hissi şikayeti de eşlik ediyordu. Özgeçmişinde hipertansiyon olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu.

Anamnezde öncelikle neler sorgulanmalıdır?

- Burun tıkanıklığı
- Burun kanaması
- Burun akıntısı (olağan dışı görünüm ve koku)
- Baş ve yüz ağrısı
- Hipoestezi ve fasial paralizi
- Görme bozukluğu
- Kulaklarda basınç ve işitme kaybı
- Çevresel ve mesleki maruziyetler

Fizik muayene:

Yapılan fizik muayenesinde otoskopik muayenesi, oral kavite, endoskopik nazal muayenesi ve nazofarinks normal izlendi. Yüz sol tarafta sağa göre duyu kaybı izlenen hastanın bilateral yüz hareketleri normal izlendi. Gag refleksi ve dil hareketleri normal olarak izlendi. Bilateral kord vokaller hareketli ve salim izlendi.

Fizik muayenede dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?

- Endoskopik nazal muayenede kitle olup olmadığı
- Nazal pasajlardaki kitlelerde kitlenin vaskülarizasyon durumu
- Göz hareketleri ve görme muayenesi
- Kranial sinirlerin muayenesi (Trigeminal ve fasial sinir muayenesi özellikle önemli)

Görüntüleme:

Hastanın çekilen kranial ve paranasal sinüs BT sonucunda sol infratemporal fossayı dolduran ve sol mastikatör alana uzanım gösteren yaklaşık 45x40 mm boyutlarında kemik destrüksiyona neden olan kitle lezyonu izlendi (Şekil 1). Bunun üzerine hastaya çekilen kontrastlı yüz MR'da solda infratemporal fossada lokalize 45x33 mm çapında T1 ve T2'de kas ile izointens, İVKM enjeksiyonu sonrasında yoğun heterojen kontrastlanan ve temporal

¹ Uzm. Dr. Mehmet Emin ÇAVUŞ, Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi / Ankara Kulak Burun Boğaz Bölümü
mehmetemincavus@hotmail.com

boşluklara erişim sağlandı. Septum, sinonazal duvar, posterior maksiller duvar gibi yapıların ekzizyonu sayesinde bu derin boşluklara transfasial yola ihtiyaç duymadan erişilebilir oldu. Endoskopik cerrahideki gelişim sayesinde kafa tabanına da geniş bir görüş alanı ile ulaşım sağlandı. Önden arkaya transfrontal, transkribriform, transplanar, transsellar, transklival ve transodontoid kafa tabanı cerrahileri endoskopik yolla yapılmaya başlandı. Bu gelişimler kraniyotomi olmaksızın intrakraniyal tümör ekzizyonlarına olanak sağladı (10).

Onkolojik cerrahide endoskopik transnazal cerrahinin kullanımı, enblok rezeksiyon yapmanın çok zor olmasından dolayı başta erken evre tümörlerde uygulandı. Fakat daha sonraki çalışmalar gösterdi ki güvenli cerrahi sınırlara ulaşıldığı takdirde enblok rezeksiyon yapmadan tümörü parça parça çıkarmak da onkolojik olarak başarılı sonuçlara ulaşılmasını sağladı. Bu gelişme sayesinde ileri evre sinonazal tümörlerin tedavisinde endoskopik transnazal cerrahi güvenli ve etkin şekilde uygulanır oldu (11).

Daha sonra daha geniş rezeksiyonları yapıldığı endoskopik nazal cerrahiler tanımlandı. Sentripedal tümör diseksiyonu ile birlikte tümörün kaynaklandığı taban (mukozal, periosteal, osseoz ya da meningeal)tümüyle eksize edildi. Radikal etmoidektomi (transnazal kraniyektomi ile endoskopik rezeksiyon) 6 adımda gerçekleştirildi:

1. Tümör ekzizyonu
2. Nazal septum rezeksiyonu
3. Draff III frontal sinüzotomi ve subperiosteal diseksiyon ile sentripedal mukozal rezeksiyon,
4. Tümöre kontağı olan kemik ve/veya kartilaj (kafa tabanı, lamina paprisyeya, sfenoid anterior kısmı) rezeksiyonu
5. Tümör uzanımına bağlı olarak dura, olfaktör bulbus, periorbital bölge rezeksiyonu
6. Dura ve kafa tabanı onarımı

Bu sentripedal tümör diseksiyon tekniği endoskopik ve histolojik olarak kontrol altında "kontrollü fragmentasyon" ile güvenilir bir ekzizyona olanak sağladı. Endoskopik olarak normal görünen dokudan çalışılan intraoperatif donmuş kesit çalışması da hem tümöral dokunun yeterli rezeksiyonunu sağladı hem de normal dokunun aşırı ekzizyonlarını önledi. Transnazal kraniyektomi ile radikal etmoidektomi tekniği transkribriform yaklaşımın önünü açarak kraniyofasiyal rezeksiyona gerek olmadan kafa tabanına, meninkslere hatta beyin parankimi-

ne uzanım gösteren sinonazal tümörlerin ekzizyonuna olanak sağladı (12,13).

Endoskopik transnazal cerrahinin kraniyofasiyal rezeksiyona birçok avantajı vardır. En önemli avantajlarından biri de postoperatif skar ya da deformiteye sebep olmamasıdır. Ayrıca anatomik yapıların ve tümöral uzanımın intraoperatif vizüalizasyonu da çok daha iyidir. Ama asıl avantajı daha az cerrahi morbidite ve buna bağlı daha kısa hospitalizasyondur. Osteotomi ve serebral ekartasyon ile uygulanan geniş kraniyofasiyal rezeksiyondan sakınmanın komplikasyonları ve perioperatif mortaliteyi ciddi oranda düşürdüğü görülmüştür (14,15).

KAYNAKLAR

1. Day TA, Beas RA, Schlosser RJ, et al. Management of paranasal sinus malignancy. *Curr Treat Option Oncol*. 2005;6(1):3-18.
2. Youlden DR, Cramb SM, Peters S, et al. International comparisons of the incidence and mortality of sinonasal cancer. *Cancer Epidemiol* 2013;37:770-779.
3. Pierse JE, Stern A. Benign cysts and tumors of the paranasal sinuses..*Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2012 May;24(2):249-264.
4. Pasquini E, Sciarretta V, Frank G, et al. Endoscopic treatment of benign tumors of the nose and paranasal sinuses. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Sep;131(3):180-186.
5. Bossi P, Farina D, Gatta G, et al. Paranasal sinus cancer. *Rev Oncol Hematol*. 2016 Feb;98:45-61.
6. Robin TP, Jones BL, Gordon OM, et al. A comprehensive comparative analysis of treatment modalities for sinonasal malignancies. *Cancer*. 2017 Aug 15;123(16):3040-3049.
7. Stammberger H, Anderhuber W, Walch C, et al. Possibilities and limitations of endoscopic management of nasal and paranasal sinus malignancies. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1999;53:199-205.
8. Banhira W, Casiano RR. Endoscopic sinus surgery for benign and malignant nasal and sinus neoplasm. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;13:50-54.
9. Moya-Plana A, Bresson D, Temam S, et al. Development of minimally invasive surgery for sinonasal malignancy. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2016 Dec;133(6):405-411.
10. Ong YK, Solares CA, Carrau RL, et al. New developments in transnasal endoscopic surgery for malignancies of the sinonasal tract and adjacent skull base. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010 Apr;18(2):107-113
11. Wood JW, Eloy JA, Vivero RJ, et al. Efficacy of transnasal endoscopic resection for malignant anterior skullbase tumors. *Int Forum Allergy Rhinol* 2012;2(6):487-495.
12. Nicolai P, Battaglia P, Bignami M, et al. Endoscopic surgery for malignant tumors of the sinonasal tract and adjacent skullbase: a 10-year experience. *Am J Rhinol* 2008;22:308-316.
13. Nicolai P, Villaret AB, Bottazzoli M, et al. Ethmoid adeno-

carcinoma from craniofacial to endoscopic resections: a single institution experience over 25 years. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;145(2):330–337.

14. Castelnuovo P, Lepera D, Turri-Zanoni M, et al. Quality of life following endoscopic endonasal resection of anterior skullbase cancers. *J Neurosurg* 2013;119:1401–1409.
15. Grosjean R, Gallet P, Baumann C, et al. Transfacial versus endoscopic approach in the treatment of woodworker's nasal. *Head Neck* 2015;37(3):347–356.