

## Juvenil nazal anjiofibrom

Levent SOLEY\*, Özden VURAL\*\*, Serdar KARAKÖSE\*\*\*, Akif ERYILMAZ\*

S.Ü.T.F. Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı\*, Patoloji Anabilim Dalı\*\*, Radyoloji Anabilim Dalı\*\*\*

### ÖZET

Nazal kavitede anjiofibromlar genelde burun tavanı arka yan duvarından gelişen juvenil nazofarengal anjiofibromların kavite içerisine yayılımı sonucu görülmektedir. Burun tabanı ve septumun ön bölümünden köken alan, süperior labial arterden kanlanan, embolizasyon ve cerrahi ekzizyonla tedavi ettiğimiz sağ nazal kavitede lokalize bir nazal anjiofibrom vakası sunularak literatür gözden geçirildi.

Anahtar kelime: Juvenil Nazal Anjiofibrom.

### SUMMARY

#### *Juvenile nasal angiofibroma*

Nasal angiofibromas are usually seen as an extension of the juvenile nasofaringeal angiofibroma originating from the posterolateral nasal roof in to the nasal cavity. We are presenting a nasal angiofibroma case originating from the floor and septum of the anterior nasal cavity and supplied by the superior labial artery and located in the right nasal cavity like a polyp.

Key Word: Juvenile Nasal Angiofibroma.

### GİRİŞ

Nadir görülen nazal kavite anjiomatöz tümörlerinin tanısı tartışma konusudur. Büyük bir çoğunluğu Juvenil Nasofarengal Anjiofibromlar (JNA) dır. Burun tavanı posterior lateral duvarından, sfenopalatin foremenin üst kenarı yakınından köken alan JNA lar ileri dönemlerinde nazal kavite içerisine ilerlemektedirler. Ancak nazal kaviteye özgü 6 JNA vakası bildirilmiştir (1-4).

Ochi ve arkadaşları nazal kaviteden köken alan vasküler tümörlerin kolaylıkla JNA olarak tanımlandığını ama gerçekte bir çoğunun müteakip histopatolojik tetkiklerinde tanısının kapiller hemangiom olarak teyid edildiğini bildirmektedir. Septum ön bölümünden köken alan vasküler tümörler genellikle Kapiller Hemangiomlardır (KH). Ochi tanıdaki güçlük nedeniyle bu tip vasküler patolojiler

için angifibromatöz polip tanımının kullanılmasının daha doğru olduğunu belirtmektedir (5,6).

Wallis ve Batsakis tarafından nazal kavitede lokalize iki adet antrokoanal anjiofibromatöz polip vakası bildirilmiştir (7,8).

12 yaşında erkek hastada tespit ettiğimiz bir nazal anjiofibrom vakası nedeniyle literatür gözden geçirilerek, bu bölgede nadir görülen anjiomatöz tümörlerin klinik, radyolojik, histopatolojik bulguları ve tedavisi tartışıldı.

### VAKA TAKDİMİ

12 yaşında erkek hasta, 13 aydır sağ nazal kavitede giderek büyüyen kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. 2 aydır burun tıkanıklığı ve tekrarlayan burun kanaması öyküsü mevcuttu. Klinik muayenesinde, anterior rinoskopide sağ nazal kaviteyi

Haberleşme Adresi: Dr. Levent SOLEY, S.Ü.T.F. KBB Anabilim Dalı, KONYA.

tamamen dolduran naresten dışarı uzanan mavi mor renkli, lobüle yapıda polipoid kitle tespit edildi. Posterior rinoskopide nazofarenks normaldi. Çektirilen Water's grafisinde sağ nazal kavitede kitleye ait opasite, sağ maksiller sinüste minimal havalanma azlığı mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi (BT) de sağ nazal kavitede 2x2 cm çapında yüksek oranda kontrast tutan vasküler kitle tespit edildi. Paranasal sinüsler ve nazofarenkste patoloji izlenmedi (Resim 1-2). Burun dışına çıkan tümörün uç kısmından alınan punch biopsinin histopatolojik tetkik sonucu, vasküler ve fibröz bağ dokusu alanları ile karakterize kollagen lifler içeren yapısıyla anjiofibromdu (Resim 3).

Lokal anesteziyle sağ femoral arterden Seldinger tekniği ile girilerek sağ kommon karotis artere yerleştirilen 5 F head hunter kateter ile çekilen DSA da sağ nazal kavitedeki anjiofibromatöz kitlenin sağ süperior labial arterden beslendiği tespit edildi (Resim 4). Süper selektif olarak sağ superior labial artere girilerek, suda erir kontrast madde polivinyl alkol (100 mikron) ile skopi altında oklüzyon yapıldı. 15 dakika sonra kateter fasial artere çekilerek DSA tekrarlandı. Sağ superior labial arter distalinde tam oklüzyonun sağlandığı ve sağ nazal kavitedeki anjiofibromatöz kitlenin boyanmadığı gözlemlendi. Sağ inferior labial ve submental arterlerde akım serbestti.

48 saat sonra kitlede belirgin küçülme tespit edildi. 5. günde hasta genel anestezi altında ameliyata alınarak sağ alar kartilaj üst dış kısmından aşağı doğru uzatılan modifiye lateral rhinostomi insizyonu ile müdahale edilerek üst dudak sağ bölümü ve sağ burun kanadı lateral duvarı dışa ve yukarı doğru eleve edildi. Küçülmüş olan ve kanama göstermeyen kırmızı mor renkli lobüle yapıdaki vasküler kitlenin, sağ nazal kavitenin ön ve alt bölümünde lokalize ve septum ön alt bölümü ile nazal kavite tabanına bağlı polipoid kitle olduğu görüldü (Resim 5). Kitle bağlı bulunduğu bölgedeki septal kartilaj perikondriumu ve maksiller krest periostu ile birlikte total olarak çıkarıldı. Defekt yerindeki nazal kavite mukozası Z-flep tekniği ile karşılıklı olarak yaklaştırılıp suture

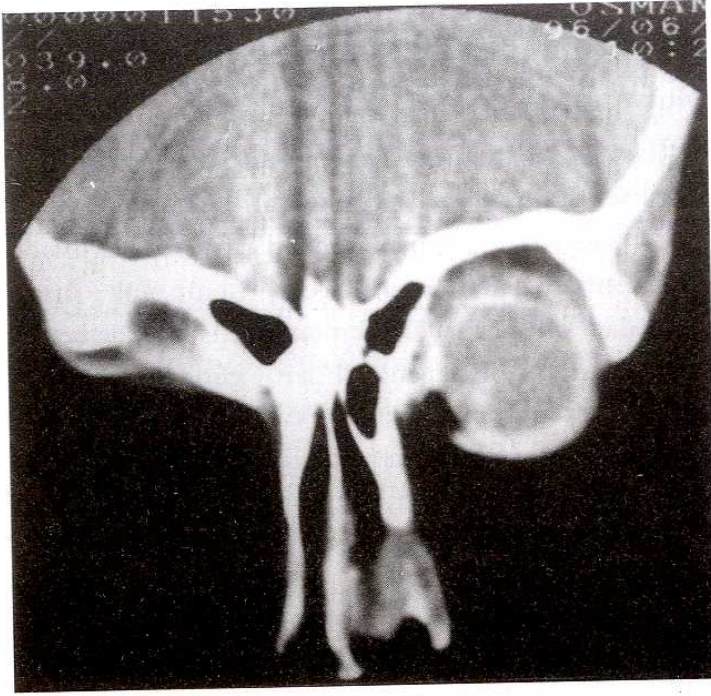
edilerek nazal kaviteye antibiotikli meç yerleştirildi. Post op analjezik (Methamizol tb. 3x1) başlandı. 24 saat sonra sağ nazal kavitedeki meç alınarak tedaviye burun damlası (serum fizyolojik 3x6 damla) ve antibiotikli pomad (Furosimid haricen) eklendi. Çıkarılan speysmenden Hemektoksilon Ezolin boyama ile hazırlana prepartların mikroskopik tetkikinde tümör, değişik çaplarda, ince duvarlı bol damar kaviteleri arasında geniş fibröz doku stromadan oluşmaktaydı. Stroma içerisinde demetler oluşturmuş kollagen lifler görüldü. Damar lümenlerinin içleri boştu. Yapılan Verhocff boyamada damar duvarlarında elastik doku görülmedi. Histopatolojik tanı Anjiofibromdu (Resim 6). Hasta, 7. günü sütürleri alınarak kliniğimizden şifa ile taburcu edildi. 1. aydaki kontrolünde bu bölgenin tamamen iyileşmiş olduğu ve nüksün olmadığı görüldü. Hasta halen takibimiz altındadır.

## TARTIŞMA

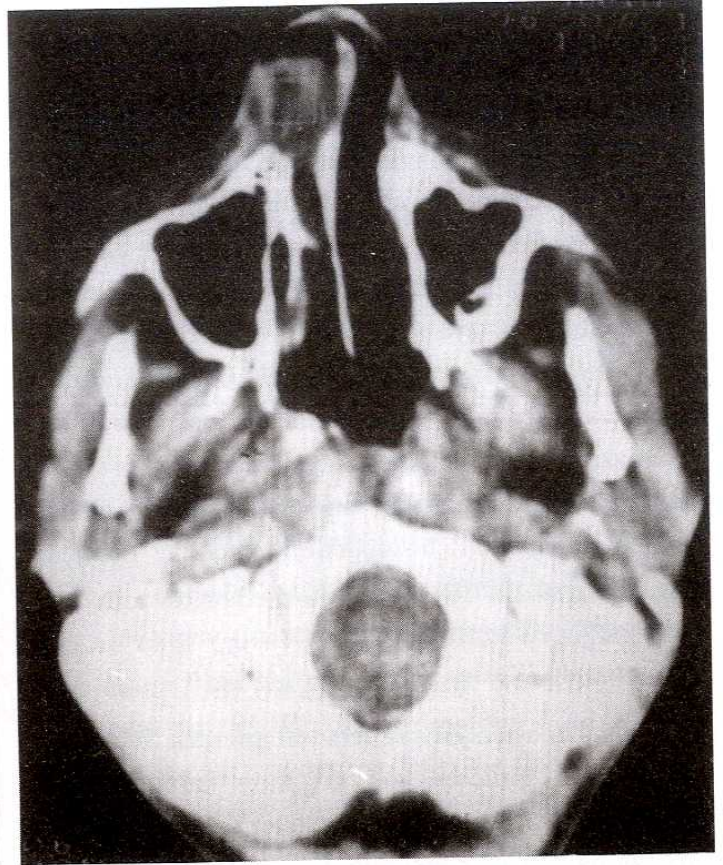
JNAlar genç erkeklerde görülen nadir selim tümörlerdir (1). Burun tavanı posterolateral duvarından palatin kemiğin sfenoidal sürecinin vomer ve sfenoid kemiğin pterigoid süreci ile birleşme yerinden köken alırlar. Tanı konulduğunda tümörlerin çoğu nazal kavite arkasına nazofarenkse yayılmış durumdadır. Daha sonraki dönemde pterigopalatin, infratemporal, pterigomaksiller fossa, maksiller sinüs, inferior ve süperior orbital fistür ve sfenoid sinüs yoluyla intrakranial olarak yayılım gösterirler (1-3-9).

Nazal KH lar genellikle septum ön bölümünden gelişirler ve nazal kavitede lokalizedirler. Assimakopoulos, Ochi, Sheppard, Dillon, Bise ve arkadaşları tarafından oldukça sınırlı sayıda da olsa nasal KH vakaları bildirilmiştir (5,6,10-12). Sheppard (1990) İngilizce Literatüründeki septal hemanjioim vaka sayısını 62 olarak tespit etmiştir. Bu gruptaki vakalarda genelde genç erkek hastalardır (6).

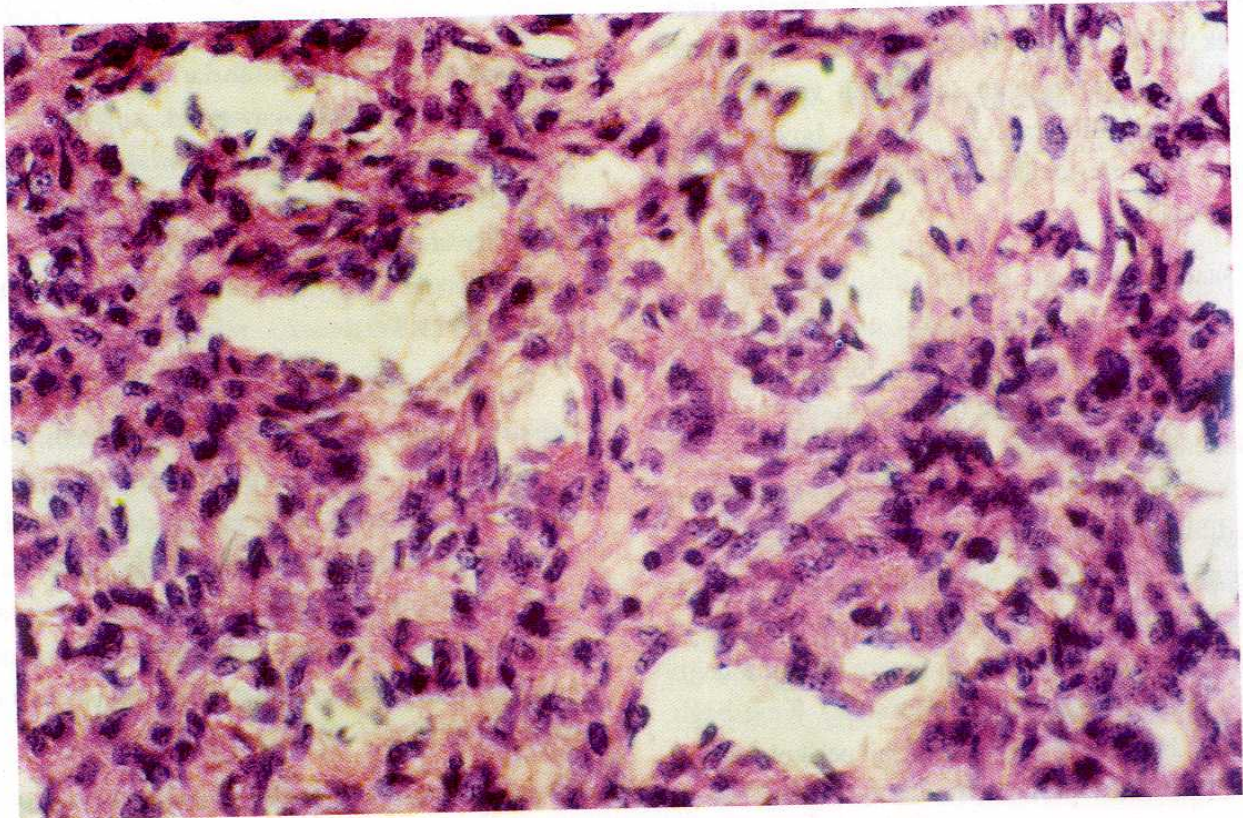
JNA da burun tıkanıklığı tekrarlayan ciddi epistaksisler, kitle etkisi ve yaptığı basıya bağlı çevre dokularda deformite gelişimi ve kranial sinir pa-



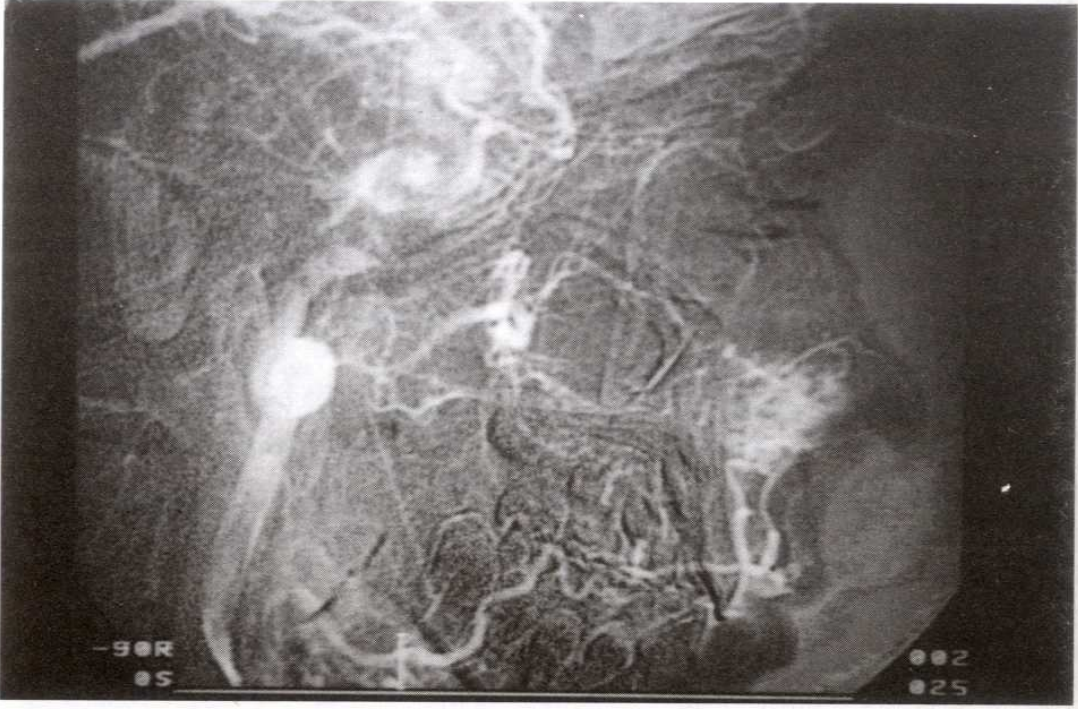
Resim 1. BT de nazal kavitedeki tümöral kitlein görünümü.



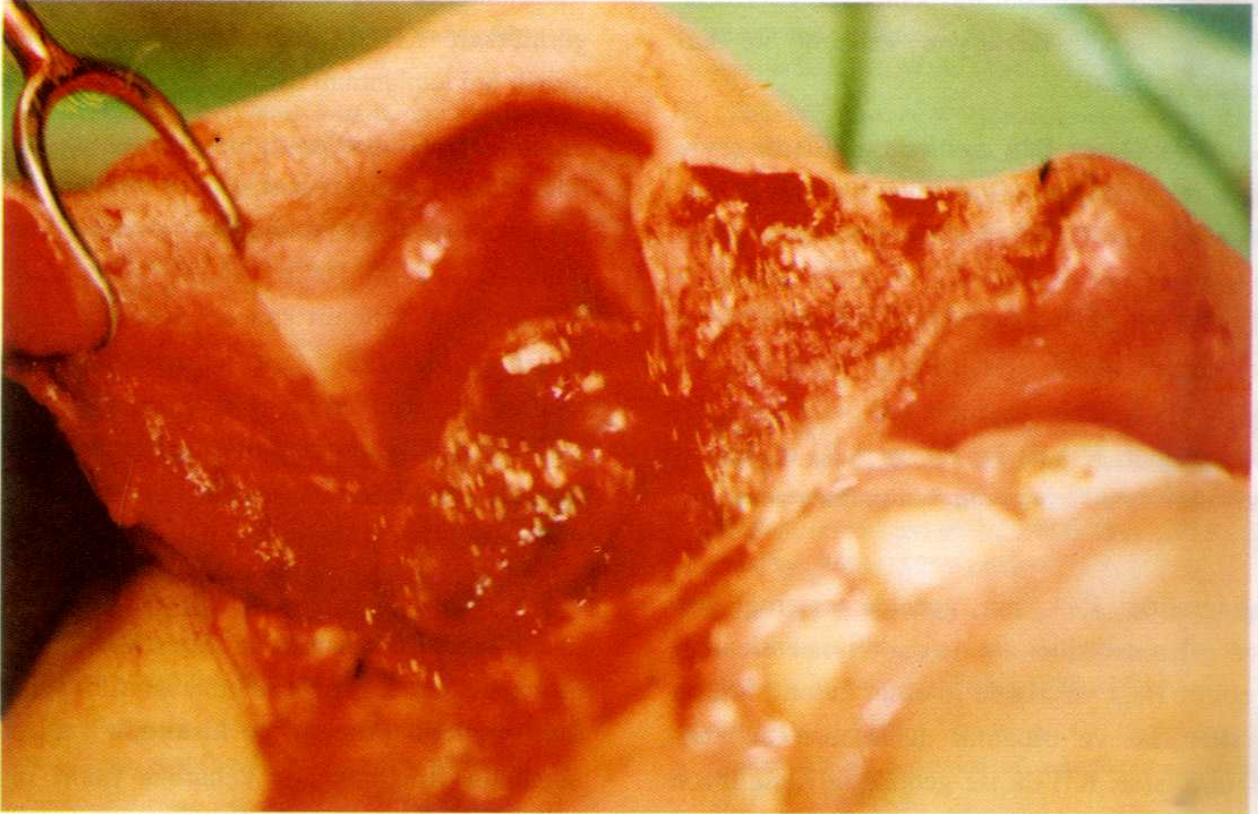
Resim 2. BT de nazal kavitedeki kitlenin görünümü.



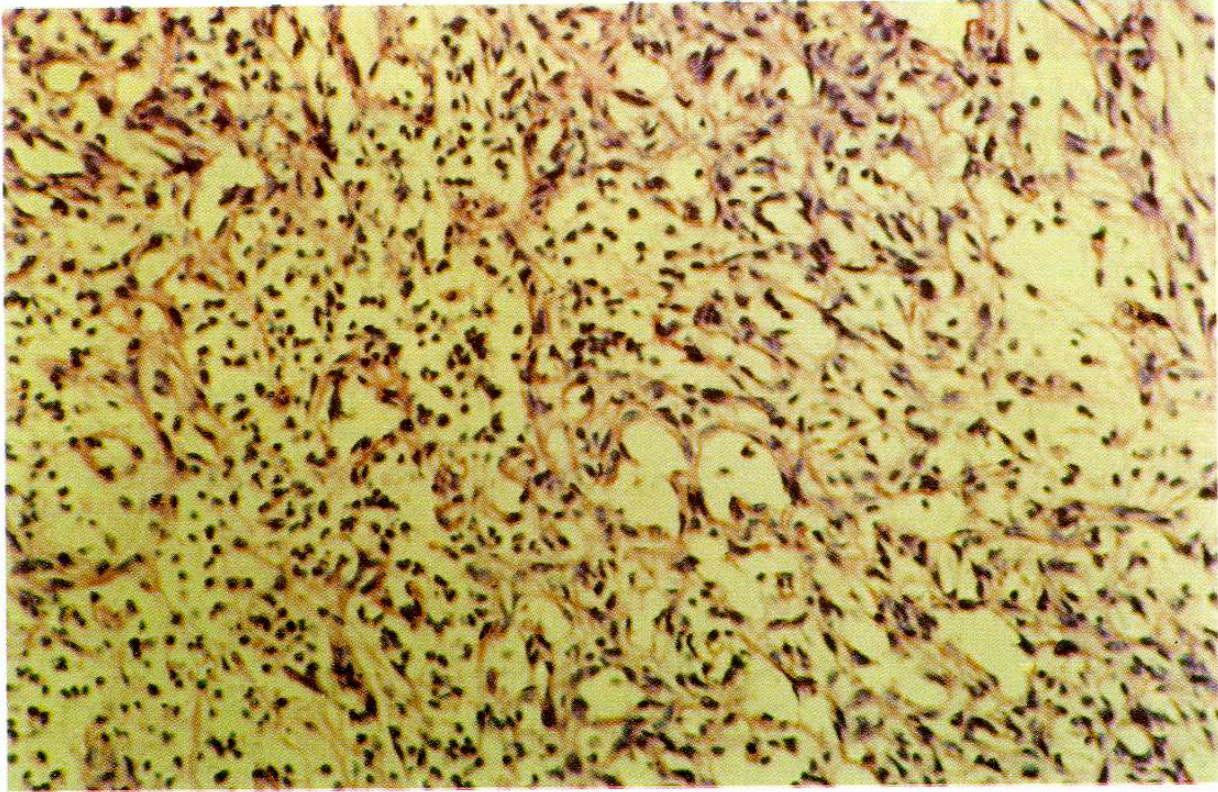
Resim 3. Nazal kavitedeki kitleden alınan biopsinin histopatolojik görünümü (HE 20x100)



*Resim 4. DSA da sağ nazal kavitedeki tümoral kitlein arteriyel beslenmesinin görünümün*



*Resim 5. Nazal kavitedeki kitlenin ameliyat sırasındaki görünümü.*



Resim 6. Total olarak çıkarılan kitlenin histopatolojik görünümü (HE 40x100)

ralizileri klinik tabloyu oluşturmaktadır. KH da ise klinik tablo, patolojinin sadece nasal kavitede lokalizasyonu nedeniyle, burun tıkanıklığı, epistaksis nöbetleri ve septal deviasyon gelişimi ile karakterizedir (2,4,6-9).

Radyolojik olarak JNA da direkt grafilerde çevre dokularda destrüksiyon gösterebilen tümöral kitleye ait oposite görülür. BT de tanı konulana kadar geçen süreye bağlı olarak nazofarenks ve çevre dokularda destrüksiyon yapan vasküler yapıda tümöral kitlenin sınırları detaylı olarak gösterilebilir. Manyetik rezonans (MRI) kitlenin yayılımı hakkında daha detaylı bilgi sağlar. KH da ise BT ve MRI da lezyon daha ziyade nazal kavite ön bölümünde sınırlıdır (13,14).

Anjiyografide JNA'nın genelde external karotidden gelen maksiller arterin dallarıyla beslendiği tespit edilir. Bazı vakalarda internal karotid arterin dural, sfenoidal ve oftalmik dallarından da kanlanma mevcuttur. KH da ise genellikle Kissellbach bölgesinde lokalize olduğu için beslenme internal maksiller arter dallarındandır (6,9,15).

Histopatolojik olarak aralarındaki en önemli farklılık, JNA da vasküler yapı yanında zengin fibröz doku ve kollogen liflerin mevcudiyeti görülürken, KH da doğrudan endotel hücreleriyle çevrili bol kanlanmalı damarsal yapılar görülür (15).

Bizim vakamızda septum ve burun tabanı ön bölümünden gelişen polipoid anjiomatöz kitle sağ nasal kavitenin ön bölümünde lokalize idi. Çevre dokulara yayılım yoktu. Angiografide spesifik bir bulgu olarak kitlenin sadece eksternal karotid arterden çıkan fasial arterin süperior labial dalından kanlandığı tespit edildi. Klinik ve radyolojik bulgularıyla KH la uyumlu kitlenin preoperatif ve post operatif Hemotoksilen Eosilin ve Verchoff boyama yöntemleri kullanılarak yapılan histopatolojik tetkikinde tanı anjiyofibrom idi.

Stiller JNA tanısında: 1- Spesifik yaş ve cins 2- Çevresindeki kemik ve dokulara infiltrasyon içeren tipik sitolojik kriterler ve histolojik yapı, 3- Sfenopalatin foramenin üst kenarına yakın bölgeden gelişme ve internal maksiller arter ve onun uç dallarından beslenme kriterlerinin aranması gerektiğini

bildirilmektedir (15). Histopatolojik olarak anjiyofibrom tanısı alan vakamız bir çok otör tarafından da tanımlanan bu kriterlere göre JNA dan farklılık arz etmektedir.

JNA da tedavinin temelini kitlenin cerrahi olarak çıkarılması oluşturmaktadır. Hormonal tedavi, tümörün sklerozan maddelerle küçültülmesi, radyoterapi ve sitostatik tedavilerde önerilmektedir (3,9,16-20). Son dönemde cerrahi müdahale öncesi DSA ile tümörü besleyen arterlerin oklüzyonu yapılarak müdahale sırasında kanamanın minimale indirilmesi yaygın taraftar bulmaktadır. Embolizasyonun rekürrens oranını azalttığı da bildirilmektedir (13,21-23). KH de ise tedavi cerrahi rezeksiyondur (5,10,11).

Bizde vakamızda ameliyat öncesi DSA işlemi

sırasında embolizasyon uyguladık, bu uygulamaya bizi ameliyat sırasında kitlenin çevre dokulardan kolayca ayırte dilip bağlı bulunduğu yapılarla birlikte kanamasız olarak çıkarılması kolaylığını sağladı. Cerrahi işlem sırasında da kan transfizyonuna gerek kalmadı.

## SONUÇ

Nasal kavitede lokalize JNA ve KH ların tanısında klinik ve radyolojik bulgular son derece önemli olup kesin tanı histopatolojik tetkikledir. Ancak bizim vakamızda da olduğu gibi klinik, radyolojik bulgularıyla her iki grupla da ortak özellik arz eden nazal kavitedeki polipoid anjifibromatöz tümörler için juvenil nazal anjiyofibrom veya anjiyofibromatöz nazal polip tanımının kullanılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Neel HB. Juvenile angiofibroma In Blitzer A, Lawson W, Friedman WH, eds: Surgery of the paranasal sinues; Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1985.
2. Bremer JW, Neel HB, De Santo LW, Jones GC. Angiofibroma: treatment trends in 150 patients during 40 years. Laryngoscope. 1986; 96: 1321-9.
3. Chandler JR, GOulding R, Moskowitz L, Quencer R.; Nasopharyngeal angiofibromas: staging and management. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1984; 93: 322-9.
4. Duvall AJ, Moreano AE. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: diagnosis and treatment. Otolaryngol Head Neck Surg. 1987; 97: 534-9.
5. Ochi JW, Kearns DB, Seid AB, Pransky SM, Krous HF. Do angiomias af the nasal septum exist. Int J Pediat Otorhinolaryngol. 1990; 19 (2): 169-73.
6. Sheppard LM, Mickelson SA. Hemangiomas of the nasal septum and paranasal sinuses. Henry Ford Hosp Med J. 1990; 38 (1): 25-7.
7. Valles Varela H, Bretos Rodrigos, Abenia Ingalaturre J, Sevil Navarro, J, Fleta Zarargozano J, Oliván Gonzalگو G. Diagnostic role of biopsy in angiofibroma of the cavum. Ann Otorhinolaringol Ibero Am. 1989; 16 (5): 543-2.
8. Batsakis JG, Sneige N. Choanal and angiomatous polyps of the sinonasal tract. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1992; 101 (7): 623-5.
9. Lawrence W, De Santo. Neoplasms. In:Cumings MD et al., eds. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Toronto. The CV. Mosby Company; 1986.
10. Assimakopoulos D, Malamoumitis V, Skevas A. Hemangiome capillaire de la cavite nasale. Rev Stomatol Chir maxillofac. 1993; 94 (3): 170-3.
11. Dillon WP, Rosenau W. Hemangioma of the nasal vault: MR and CT features. Radiology. 1991; 180 (3): 741-5.
12. Bise RN, Jackson IT- Fukuta K, Smit R. Nasal bone hemangiomas: rare entities treatable by craniofacial approach. Br J Plast Surg. 1991; 44 (3): 206-9.
13. Jacobsson M, Petruson B, Sevendson P, Berthelsen B. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. A report of eighteen cases. Acta Otolaryngol. (Stockh). 1988; 105 (1-2): 132-9.
14. Kasper ME, Parsons JT, Mancuso AA, Mendenhall WM, Stringer SD, Cassisi J, Million RR. Radiation therapy for juvenile angiofibroma: evaluation by CT and MRI, analysis of tumor regression, and selection of patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1993; 15.25(4): 689-94.
15. Stiller D, Kuttner K. Growth Patterns of juvenile nasopharyngeal fibromas. A histological analysis on the basis of 40 casis. Zentralbl Ally Pathol. 1988; 134(4-5): 409-22.
16. Gates GA, Rice DH, Koopmann CF Jr. Sshuller DE. Flutamide Induced regression of angiofibroma. Laryngoscope. 1992; 102(2): 461-4.

17. Wiatrak BJ, Koopmann CF, Turrisi AT. Radiation therapy as an alternative to surgery in the management of intracranial juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 1993; 28(1): 51-61.
18. Gudea F, Vega M, Canals E, Montserrat JM, Valdano J. Role of radiation therapy for juvenile angiofibroma. *J Laryngol Otol*. 1990; 104(9): 725-6.
19. Fields JN, Halverson KJ, Devineni VR, Simpson JR, Perez Ca. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: efficacy of radiation therapy. *Radiology*. 1990; 176(1): 263-5.
20. Deschler DG, Kaplan MJ, Boles R. Treatment of large juvenile nasopharyngeal angiofibromas. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992; 106(3): 278-84.
21. Siniluoto TM, Luotonen JD, Tikkakoshi TA, Leinonen AS, Jokinen KE. Value of pre-operative embolization in surgery for nasopharyngeal angiofibroma. *J Laryngol Otol*. 1993; 107(6): 514-21.
22. Garcia-Cervigon E, Bien S, Rufenacht D, Thunel C, Reizine D, Tran Ba Huy P, Merland JJ. Pre-operative embolization of nasopharyngeal angiofibromas. Report of 58 cases. *Neuroradiology*. 1988; 30(6): 556-60.
23. Wilms G, Peene P, Baert AI, Dewit A, Ostyn F, Plets C. Pre-operative embolization of juvenile nasopharyngeal angiofibromas. *J Belge Radiol*. 1989; 72(6): 465-70.