



Onkositik Schneiderian Papilloma

Oncocytic Schneiderian Papilloma

Neslihan YAPRAK¹, Mehmet AŞIK², Murat TURHAN¹, Havva Serap TORU³, İrem Hicran ÖZBUDAK³

¹Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB-BBC Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

²Atatürk Devlet Hastanesi, KBB-BBC Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

³Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi

Correspondence Address

Neslihan YAPRAK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
KBB-BBC Anabilim Dalı,
Antalya, Türkiye,

E-posta:

neslihan yaprak@akdeniz.edu.tr

ÖZ

Sinonasal traktusun benign tümörlerinden olan papillomlar schneiderian membrandan köken alırlar. Histolojik olarak fungiform, inverted ve onkositik olmak üzere üç tipi mevcuttur. Bunlar içinde en nadir görüleni onkositik tiptir. Burun tıkanıklığı, anosmi, yüzde şişlik gibi semptomlara yol açan bu lezyonlar, lokal invazyon ve malign transformasyon gösterebilirler. Bu yazıda, literatürde seyrek görülen, sinonasal traktus papillomalarından olan onkositik schneiderian papilloma bir olgu eşliğinde tartışılmıştır. Olgumuz 60 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıl önce başlayan ve giderek artış gösteren burun sol tarafında tıkanıklık ve burun akıntısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol nasal kaviteyi dolduran, sol alt konkayı laterale iten, pembe-kırmızı renkte kitlesel lezyon izlendi. Hastanın çekilen paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde sol maksiller sinüsü tamamen dolduran ve nasal kaviteyi totale yakın oblitere eden yumuşak doku dansitesinde kitlesel lezyon izlendi. Hastanın paranasal sinüs manyetik rezonans görüntülemesinde sol frontal, sol anterior-posterior etmoid ve maksiller sinüs havalanmasının kaybolduğu ve sol maksiller sinüs ostiumunu ileri derecede genişleten, sol nasal kaviteyi tamamen dolduran kitlesel lezyon izlendi. Frontal ve etmoid sinüslerde sinüzit ile uyumlu görünüm olduğu saptandı. Hastadan alınan biyopsi sonucu onkositik schneiderian papillom olarak raporlandı. Hastaya endoskopik medial maksillektomi ve gingivobukkal yaklaşım ile maksiller sinüsten total kitle eksizyonu uygulandı. Hasta postoperatif 2. yılında, yapılan kontrollerinde herhangi bir nüks gözlenmedi. Benign olmasına rağmen lokal invazyon, rekürrens ve malign transformasyon gösterebilen onkositik schneiderian papillomaların tedavisinin esasını cerrahi oluşturur. Lezyonun tamamının eksize edilmesi rekürrensin önlenmesinde, sık endoskopik muayene ise rekürrensin erken aşamada farkedilerek tedavi edilmesinde izlenmesi gereken yoldur.

Anahtar Sözcükler: Schneiderian membran, Papilloma, Burun tıkanıklığı

ABSTRACT

Papillomas are benign tumours of the sinonasal tract and originate from the Schneiderian membrane. There are 3 histopathological types as fungiform, inverted and oncocytic. The least common among these is the oncocytic type. These lesions that lead to symptoms such as nasal congestion, anosmia and swollen face may exhibit local invasion and malignant transformation. Herein we report an oncocytic Schneiderian papilloma, a unique subtype of sinonasal tract papilloma. A sixty-year-old-male presented to the clinic with complaints of congestion and excessive nasal secretion on the left side of his nose for one year. A pinky-red colored massive lesion congesting the left nasal cavity and pushing the left inferior turbinate laterally was observed. Computerized Tomography scan showed a massive lesion in the maxillary sinus and nasal cavity. Magnetic resonance imaging showed loss of nasal cavity and maxillary sinus aeration. The frontal-ethmoid sinus appearance was compatible with sinusitis. The biopsy result was oncocytic Schneiderian papilloma. Endoscopic medial maxillectomy and total mass excision from the maxillary sinus through a gingivobuccal approach was performed. No recurrence was observed in his post operative second year. The basis of the treatment of oncocytic Schneiderian papilloma is surgery. Although they are benign, they may show local invasion and recurrence. Total excision of the lesion to prevent recurrence and frequent endoscopic examinations to treat any recurrence early are necessary.

Key Words: Schneiderian membrane, Papilloma, Nasal obstruction

Geliş tarihi \ Received : 03.06.2015

Kabul tarihi \ Accepted : 03.06.2015

DOI: 10.17954/amj.2015.21

GİRİŞ

Schneiderian membrandan köken alan, burun ve paranasal sinüslerin nadir görülen benign tümörlerinden olan papillomların histopatolojik olarak üç tipi mevcuttur. Bunlar fungiform, inverted ve onkositik papillomlardır. Onkositik tip en nadir görülenidir ve tüm schneiderian papillomların yaklaşık %3-5'ini oluştururlar (1). En sık 50 yaş üstü hastalarda görülürler (2). Klinik olarak semptomları inverted papillomlar ile büyük ölçüde aynıdır. Bu hastalar burun tıkanıklığı, burun akıntısı, epistaksis, daha az olarak anozmi, yüzde şişlik ve ağrı şikayeti ile hekime başvururlar.

OLGU

Yaklaşık bir yıl önce başlayan ve giderek artış gösteren burun sol tarafında tıkanıklık ve akıntı şikayetleri ile başvuran 60 yaşındaki erkek hastanın bu şikayetleri dışında epistaksis, anozmi veya ağrı gibi şikayetleri mevcut değildi. Hastanın tıbbi özgeçmişinde 35 paket yılı sigara kullanımı öyküsü olup ve 2.5 yıl önce bırakmıştır. Bunun dışında klinik ya da ailesel bir özellik yoktur.

Endoskopik muayenesinde, sol nasal kaviteyi dolduran, sol alt konkayı laterale iten, pembe-kırmızı renkte kitlesel lezyon izlenen hastanın sağ nasal kavite ve nazofarenksinin doğal olduğu görülmüştür. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol maksiler sinüsü tamamen dolduran ve nazal kaviteyi totale yakın oblitere eden yumuşak doku dansitesinde kitlesel lezyonun sol maksiler sinüs medial duvar kemik yapılarını erode ve ostiumu belirgin derecede genişlemiş olduğu gözlenmiştir. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) ise sol frontal, sol anterior-posterior

etmoid ve maksiler sinüs havalanmasının tamamen ortadan kaldıran, sol maksiller sinüs ostiumunu ileri derecede genişleten sol nazal kaviteyi tamamen dolduran kitlesel lezyonun olduğu, frontal ve etmoid sinüslerde sinüzit ile uyumlu görünümün olduğu saptanmıştır (Şekil 1,2). Biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesinde izlenen onkositik hücrelerle örtülü fibrovasküler korlar içeren papiller lezyon Onkositik tip Schneiderian papillom (OSP) olarak değerlendirilmiştir (Şekil 3,4).

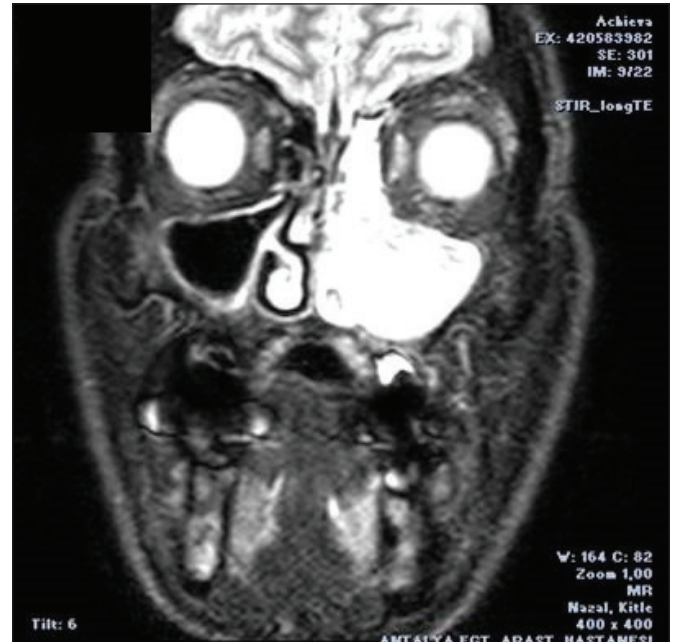
Endoskopik sinüs cerrahisi ve endoskopik medial maksillektomi uygulanan hastanın sol nazal kaviteyi dolduran kitlesi eksize edildi. Maksiller sinüs lateral duvarı net değerlendirilemediği için gingivobukkal yaklaşım ile maksiller sinüs anteriorundan sinüs içerisine girilerek lateral duvar dahil tüm sinüs içerisindeki tümörel dokular rezeke edilmiştir. Operasyon sırasında ve postoperatif olarak herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelemesinde schneiderian papillom onkositik tip ve zeminde eozinofil lökositleri de içeren lenfoplazmositer yangı saptanmıştır.

TARTIŞMA

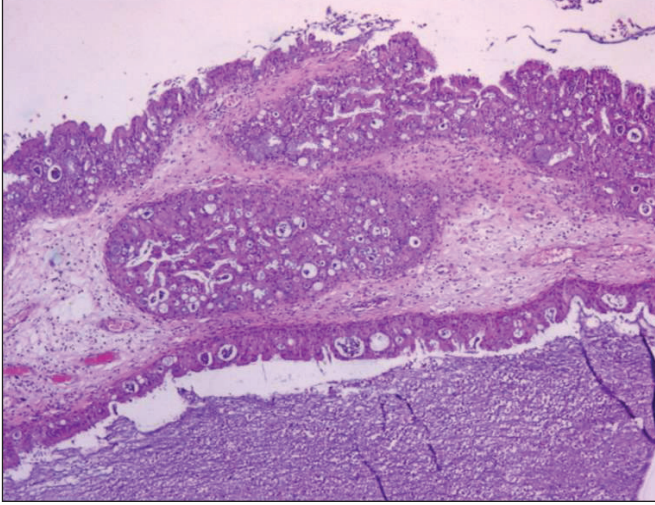
Onkositik papillomalar schneiderian membrandan köken alan, silindirik hücreli veya kolumnar hücreli papillom olarak adlandırılan, benign karakterli papillomlardır (1). Bu lezyonların etiolojisi bilinmemektedir. Alerji, kronik enfeksiyon, sigara, viral ajanlar veya toksik ajanlarla ilişkili olabileceğine dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır (3). Inverted papillom ve fungiform papillomların erkeklerde daha sık görülmesine rağmen, onkositik papillomlar her iki cinsten eşit oranda görülürler (4).



Şekil 1: MRG, Sol nasal kaviteyi dolduran kitlesel lezyon.



Şekil 2: MRG, Sol frontal, etmoid sinüslerde sinüzit ve sol nasal kaviteyi dolduran kitlesel lezyon.

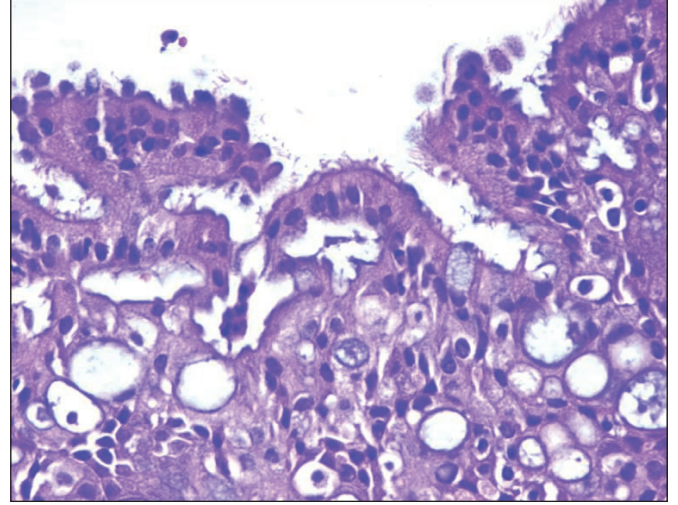


Şekil 3: Polipoid lezyon (H&E, x5).

Klinik semptomları inverted papillomlar ile neredeyse aynıdır. En sık tek taraflı, giderek artış gösteren burun tıkanıklığı ve burun akıntısı gözlenir. Daha az olarak epistaksis, yüzde şişlik, ağrı ve anozmi görülebilir. Onkositik papillomların bilateral görülmesi oldukça nadirdir. Genellikle tek taraflı ortaya çıkarlar ve büyük ölçüde maksiller sinüsten kaynaklanırlar (5). Olgumuzda da lezyonun maksiller sinüsten köken aldığı tespit edilmiştir. Bu noktada inverted papillomlardan farklılık gösterirler, çünkü inverted papillomlar en sık lateral nazal duvardan kaynaklanırlar (6). Fizik muayenede OSP'ler pembe-kırmızı renkte, dolgun kitleler veya gri polipoid kitleler şeklinde gözlenirler. Sıklıkla tespit edildiklerinde sinüs dışına taşıp tüm nazal kaviteyi doldurdıkları gözlenir. Hastalara mutlaka görüntüleme yapılmalıdır. Tümörün yayıldığı alanlar ve çevreleyen yapıların belirlenmesi cerrahi için çok önemlidir. Bunun için her hastaya BT ve MRG yapılmalıdır. BT ile kemik yapılar da destruksiyon olup olmadığı belirlenirken, MRG ile tümörün yumuşak dokularda ve sinüslerdeki yayılımı belirlenir (7). Böylece cerrahinin sınırları belirlenir. Hangi alanların çıkarılacağı, hangi anatomik yapılara dikkat edilmesi gerektiğinin operasyon öncesi ortaya konulması gerekmektedir.

OSP'ler klinik olarak çok benzerlik gösterdikleri için inverted papillomlardan kesin ayrımı histopatolojik inceleme ile olmaktadır. Mikroskopik incelemelerinde hem ekzofitik hemde inverted büyüme paterni gösteren, küçük, tek form, koyu nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı, çok katlı kolumnar hücreler görülür. OSP'lerin epitelyal hücreleri gerçek onkositlerdir ve bunlar sinonazal respiratuvar epitelden köken alırlar (5,8). Epitelyum içinde karakteristik olarak içi müsin veya nötrofille dolu kistler bulunur (5).

OSP'ler lokal invazyon, rekürrens ve malign transformasyon gösterebilirler. Inverted papillomlarda rekürrens %15



Şekil 4: Polipoid lezyonun yüzeyini örten onkositik epitel (H&E, x40).

oranında görülürken OSP'lerde %33-40 oranında gözlenir. Malign transformasyon oranları ise inverted papillomlarda %9 civarında iken, onkositik papillomlarda %10-17 oranında görülür (9,10). En sık görülen malignite invaziv squamöz hücreli karsinomdur. Mukoepidermoid karsinom, undifferansiye karsinom ve küçük hücreli karsinom da görülebilen malignitelerdir (11).

Hastalığın tedavisinde kitlenin total olarak eksize edilmesi gerekmektedir. Bu endoskopik yaklaşımla veya external yaklaşım (lateral rinotomi, midfasial degloving gibi) ile yapılabilir. Literatürde endoskopik yaklaşımla kitlenin rezeksiyonunun external yaklaşıma göre daha düşük rekürrens oranlarına sahip olduğunu bildiren yayınlar vardır (12). Endoskopik sinüs cerrahisi endoskopik medial maksillektomi ile birlikte uygulanır. Alt konka rezeksiyonu prosedüre eklenir. Maksiller sinüs içerisi tamamen gözlenerek tümörün tamamen çıkarıldığından emin olunulur. Eğer lateral duvar, anterior duvar veya sinüs tabanı tam olarak gözlenmiyorsa gingivobukkal yaklaşımda yapılarak sinüsün tamamı görünür hale getirilir (13). Bu yaklaşım mükemmel ve tam görüş sağlar. Ayrıca lamina papriceayı çıkarmaksızın etmoid hücrelere, orbitanın medial tabanına, medial palpebral ligamenti koruyarak maksillanın frontal prosesine yaklaşımı sağlar (14). Bizim hastamıza da endoskopik sinüs cerrahisi, endoskopik medial maksillektomi ve gingivobukkal yaklaşım ile nasal kavite ve maksiller sinüsten kitle total eksizeyonu uygulandı. Görünür insizyon skarı olmaması, hastanede kalış süresinin daha kısa olması ve morbiditenin daha az olması endoskopik yaklaşımın, external yaklaşıma üstünlüklerindedir. External yaklaşımı orbita, frontal sinüs ve intrakranial yayılımı olan hastalarda tercih etmek gerekir (15,16).

KAYNAKLAR

1. Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathologic study of 315 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1971;80:192-206.
2. Cunningham MJ, Brantley S, Barnes L, Schramm VL Jr. Oncocytic Schneiderian papilloma in a young adult: A rare diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;97:47-51.
3. Liu CY, Tsai TL, Hsu CY, Lin CZ. Oncocytic Schneiderian Papilloma. *J Chin Med Assoc* 2004;67(5):255-7.
4. Faizah AR, Mazita A, Marina MB, Jeevanan J, Isa MR. Oncocytic Schneiderian Papilloma: a rare sinonasal papilloma removed via endoscopic medial maxillectomy. *Med & Health* 2010;5(1):55-9.
5. Barnes L, Bedetti C. Oncocytic Schneiderian papilloma: A reappraisal of cylindrical cell papilloma of the sinonasal tract. *Hum Pathol* 1984;15:344-51.
6. Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biler HF. Inverted papilloma: A report of 112 cases. *Laryngoscope* 1995;105:282-8.
7. Lee DK, Chung SK, Dhong HJ, Kim HY, Kim HJ, Bok KH. Focal hyperostosis on CT of Sinonasal inverted papilloma as a predictor of tumor origin. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007;28:618-21.
8. Karligkiotis A, Bignami M, Terranova P, Gallo S, Meloni F, Padoan G, Lombardi D, Nicolai P, Castelnovo P. Oncocytic Schneiderian papillomas: Clinical behavior and outcomes of the endoscopic endonasal approach in 33 cases. *Head Neck* 23 Apr. Doi:10.1002/head.23341.
9. Kaufman MR, Brandwein MS, Lawson W. Sinonasal papillomas: Clinicopathologic review of 40 patients with inverted and oncocytic schneiderian papillomas. *Laryngoscope* 2002;112(8 Pt 1):1372-7.
10. Yang YJ, Abraham JL. Undifferentiated carcinoma arising in oncocytic Schneiderian (cylindrical cell) papilloma. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:289-94.
11. Kapadia SB, Barnes L, Pelzman K, Mirani N, Heffner DK, Bedetti C. Carcinoma ex oncocytic Schneiderian (cylindrical cell) papilloma. *Am J Otolaryngol* 1993;14:332-8.
12. Busquets JM, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: A meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134:476-82.
13. Wormald PJ, Ooi E, van Hasselt CA, Nair S. Endoscopic removal of sinonasal inverted papilloma including endoscopic medial maxillectomy. *Laryngoscope* 2003;113(5):867-73.
14. Sadeghi N, Al-Dhahri S, Manoukian JJ. Transnasal endoscopic medial maxillectomy for inverting papilloma. *Laryngoscope* 2003;113(4):749-53.
15. Tufano RP, Thaler ER. Endoscopic management of sinonasal inverted papilloma. *Am J Rhino* 1999;13:423-426.
16. Snyderman CH, Carrau RL, Kassam AB, Zantion A, Prevedello D, Gardner P, Mintz A. Endoscopic skull base surgery: Principles of end onasal oncological surgery. *J Surg Oncol* 2008;97(8):658-64.