

Alın Çizgisi İnsizyonu ve Osteoplastik Flep Yaklaşımıyla Frontal Sinüsten Tümör Çıkartılması: Olgu Sunumu

Seyit Aydoğmuş¹, Cengiz Açikel², Kahraman Berkhan Yılmaz²

¹Özel Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Üniversitesi, Estetik Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Bir yıldır frontal baş ağrısı, burun tıkanıklığı, baş dönmesi ve görme bulanıklığı yakınmaları ile başvuran 35 yaşındaki erkek hastanın radyolojik incelemesinde frontal sinüsün orta ve sol tarafını tamamen dolduran opak-yarı opak bir kitle saptandı. Hastada belirgin olan yatay alın çizgisi üzerinden yapılan insizyonla girildi, frontal sinüs ön duvarı, osteoplastik flep tarzında açılarak kitleye ulaşıldı ve kitle başarıyla çıkartıldı. Kitlenin çıkartılma tekniği, histopatolojik incelemesi ve 6 ay sonraki estetik ve fonksiyonel sonuçları sunuldu.

Anahtar sözcükler: paranasal sinüs, neoplazm

TUMOR EXTIRPATION FROM FRONTAL SINUS USING MID-FOREHEAD LINE INCISION AND OSTEOPLASTIC FLAP APPROACH

ABSTRACT

Radiologic investigation of a 35-year-old man, suffering from frontal headache, nasal obstruction, dizziness and visual blurring for one year, revealed an opaque-semiopaque mass totally invading middle and left side of the frontal sinus. Access was performed via an incision on deep transverse wrinkle of mid-forehead, anterior wall of frontal sinus was opened as osteoplastic flap and the tumor was extirpated successfully. Removal technique of the mass, histopathologic analysis and aesthetic and functional follow-up at 6th month of the case is presented.

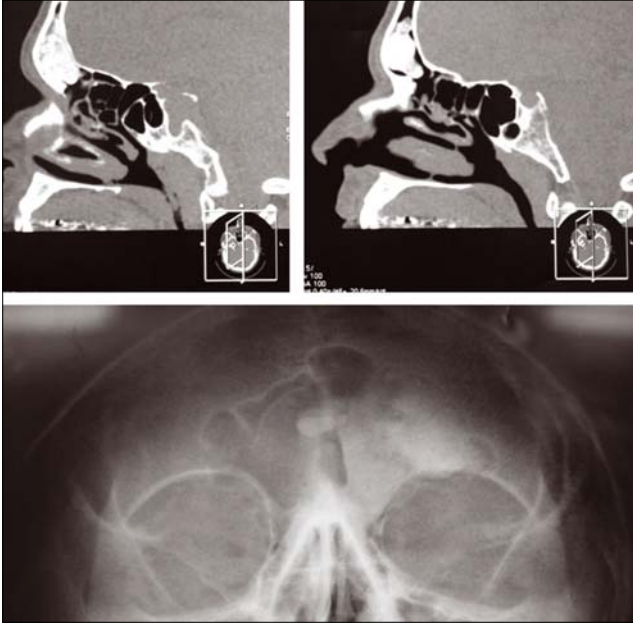
Key words: paranasal sinus, neoplasm

Giriş

Paranasal sinüs tümörleri oldukça seyrek rastlanan tümörlerdir. Bu tümörler arasında osteom gibi benign olanlar daha sık görülür. Cerrahi ekstirpasyon gerektiren frontal sinüs kitlelerinde frontal sinüse ulaşım yolu, cilt insizyonu, frontal sinüs ön duvarına yaklaşım, kitle çıkartılması sonrası izlenecek yollarda farklı tercihler söz konusu olabilmektedir. Frontal sinüste kitle ön tanısı ile ameliyat edilen ve osteofibrosarkom, parosteal sarkom ayırıcı tanılarından güçlkle ayırt edilen bir osteofibrom tanısı alan olgu sunuldu.

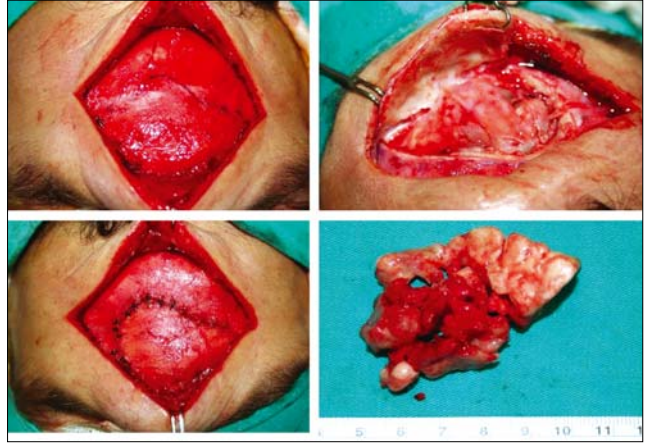
Olgu sunumu

1 yıl kadar önce başlayan ve gittikçe artış gösteren frontal baş ağrısı, burun tıkanıklığı, alında uyuşma ve görme bulanıklığı yakınmaları ile başvuran 35 yaşındaki erkek hastanın Water's grafisi ve bilgisayarlı tomografik incelemelerinde frontal sinüsün orta ve sol kısmını tamamen dolduran opak-yarıopak bir kitle saptandı. Frontal sinüs arka duvarı ve orbita tavanı intakt idi (Şekil 1). Rutin biyokimyasal tetkiklerde ve fizik muayenede kronik enfeksiyon lehine bir bulgu saptanmadı. Osteoma, ossifying fibroma, osteosarkoma, fibrosarkoma gibi tümör lehine bir ön tanı ile kitlenin çıkartılmasına karar verildi.



Şekil 1. Frontal sinüsün orta ve sol tarafını tamamen dolduran tümör. Sinüs arka duvarı intakt.

Genel anestezi ve oral entübasyonu takiben alın orta kısmında mevcut olan derin transvers kırıklık üzerinde yapılan 8 cm'lik kesi ile girildi. Ameliyat öncesi çekilen Caldwell grafisindeki sinüs izdüşümleri kesilerek oluşturulan bir şablon yardımı ile frontal sinüs periostu üzerinde kitlenin sinüs izdüşümü işaretlendi (Şekil 2, sol üst). Alt kenarda periost intakt bırakılırken üstte ve yanlarda periost insizyonu yapıldı. Bu insizyon frontal sinüsün solda tamamını ve sağda 1/3 medialini içermektedir. Frontal sinüs ön duvarına, yaklaşık 45 derece sinüs lehine eğimli olacak şekilde, testere ve keski yardımı ile osteotomi yapıldı. Alt kenarda periost bütünlüğü korunarak yaş ağaç şeklinde kırık oluşturuldu ve sinüs ön duvarı kapak şeklinde açıldı (Şekil 2, sağ üst). Frontal sinüsü orta ve solda tamamen dolduran solda oldukça masif matür osteom görünümü, ortada ise yer yer daha yumuşak ve kırırdak kıvamındaki kitle -en blok çıkartılmadığı için - kırılarak çıkartıldı (Şekil 2, sağ alt). Kitle ile sinüs duvarları arasında diseksiyon planı mevcut idi. Sinüs mukozası yer yer zedelenmiş görünümle birlikte genel olarak intakt idi. Frontal sinüsün posterior duvarı ve tabanı salim ancak ortadaki septum tamamen yenikti. Kitlenin köken aldığı düşünülen sol orta alt bölüm derinlemesine kürete edildi. Her iki nazofrontal kanal açık ve sağlıklı idi. Sinüs içerisi bol serum fizyolojik ve batikonla yıkanıp temizlendikten sonra, sinüs obliterasyonu yapılmadan, osteoplastik flep yerine yerleştirildi ve periost 4/0 no Vicryl® (Ethicon) ile tek tek dikildi (Şekil 2, sol alt). Cilt ise 5/0 monocryl® (Ethicon) ile intradermal kapatıldı. Ameliyat sonrası sorunsuz geçen hasta, 2. gün taburcu edildi.



Şekil 2. Sol üst: Alın çizgisinden yapılan insizyon ve sinüs izdüşümünün işaretlenmesi.

Sağ üst: Frontal sinüs ön duvarının flep tarzında kaldırılması.

Sol alt: Osteoplastik flebin ameliyat sonunda yerine iade edilmesi ve periostun sütüre edilmesi.

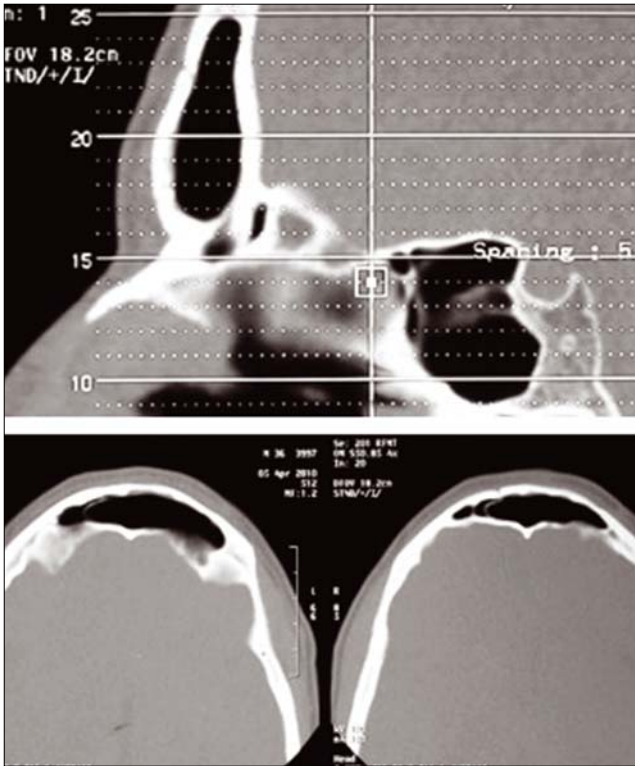
Sağ alt: Frontal sinüsten çıkartılan kitle.

Kitlenin histopatolojik tetkiki "tipik osteom ve bununla ilişkili osteofibroz lezyon" şeklinde rapor edildi. Ancak çok iyi diferansiye osteosarkom çağrıştıran bazı özellikleri nedeniyle hastanın yakın izlemi önerildi.

Yakınmaları düzelen hastanın ameliyat sonrası 6. ayda yapılan radyolojik takibinde frontal sinüste herhangi bir nöks belirtisi saptanmadı (Şekil 3). Alındaki insizyon skarının estetik açıdan tatmin edici olduğu gözlemlendi (Şekil 4). Ayrıca hasta, insizyonun kranialindeki duyu kaybının tamamen düzeldiğini ifade etti.

Tartışma

Frontal sinüsün en sık görülen iyi huylu tümörleri fibro-osseöz tümörleri, papillom ve mukosellerdir. Fibro-osseöz tümörler arasında en sık görülenler ise osteom, ossifiye fibrom ve fibröz displazidir (1). Sözkonusu iyi huylu kitleler değişik derecelerde lokal invazyon, nöks ve malign dejenerasyon potansiyeli taşırlar. Frontal sinüsün anatomik konumu nedeniyle iyi huylu tümörleri dahi çevre doku ve boşluklara yayılarak yaşamsal komplikasyonlara neden olabilirler. Tümörün posteriora invazyonu beyinle ilgili komplikasyonlara, inferiora invazyonu orbital sorunlara, anteriora ilerlemesi kozmetik sorunlara yol açabilir. Sinüs drenajını engelleyen tümörlerin postobstrüktif sinüzite ve çevre dokularda enfeksiyöz komplikasyonlara neden olabilirler. Tüm bu potansiyel sorunlar nedeniyle sunulan olguda olduğu gibi semptomatik hale gelmiş veya sinüsün



Şekil 3. Ameliyat sonrası 6. ay. Nüks yok, sinüs ön duvarında iyileşme ve kontur sorunsuz.

%50'sinden daha fazlasını işgal eden iyi huylu tümörlerin çıkarılması önerilir (1).

Frontal sinüse endoskopik, açık veya kombine tekniklerle yaklaşmak mümkündür (2). Sunulan olguda kitlenin frontal sinüs posterior duvarla ve orbita tabanı ile yakın ilişkide olması nedeniyle açık yaklaşım tercih edildi. Geleneksel cilt insizyonları olan bitemporal, kaşüstü veya kaşçı insizyonları yerine, daha az dikkat çeken bir iz oluşturmak amacıyla, hastanın alnında belirgin olan kırışıklık kullanıldı (2). Anterior kranial fossaya uzanmayan, çevre dokulardan



Şekil 4. Üst: Ameliyat öncesi alında mevcut olan ve insizyonun yapıldığı kırışıklık (okla işaretli).

Alt: Ameliyat sonrası 6. ayda insizyon skarının görünümü.

sinüs obliterasyonu için lokal flep hazırlanmasına gerek duyulmayan ve alında derin kırışıklığın olduğu uygun olgularda bu insizyon ile daha estetik sonuç almak mümkündür. Frontal sinüs ön duvarında Becker'in tanımladığı gibi sinüs sınırlarını röntgen filmi kullanarak işaretlemek ve osteoplastik flep ile ön duvarı açmak güvenilirliği kanıtlanmış bir yöntemdir (2,3). Sinüs ön duvarında ostetomilerin eğimli yapıldığı ve bir kenarında periost bütünlüğü korunduğu için ameliyat sonunda sinüs ön duvarından kaldırılan kemik flebi kolaylıkla yerine iade edildi ve sadece periostu dikmek tespit için yeterli oldu.

Kaynaklar

1. Brent A. Senior, Marc G. Dubin. Benign tumors of the frontal sinuses. In The Frontal Sinus. Stilianos E. Kountakis, Brent A. Senior, Wolfgang Draf Eds. 1st ed, Heidelberg, Springer-Verlag. 2005, pp.153-164.
2. Hassan H. Ramadan. History of frontal sinus surgery. In The Frontal Sinus. Stilianos E. Kountakis, Brent A. Senior, Wolfgang Draf Eds. 1st ed, Heidelberg, Springer-Verlag. 2005, pp.1-6.
3. Becker DG, Moore D, Lindsey WH, Gross WE, Gross CW. Modified transnasal endoscopic Lothrop procedure: further considerations. Laryngoscope. 1995 Nov;105(11):1161-6.