37. TÜRK ULUSAL KULAK BURUN BOĞAZ VE BAŞ BOYUN CERRAHİSİ KONGRESİ

28 EKİM - 1 KASIM
2015
KAYA PALAZZO HOTEL
ANTALYA



BİLDİRİLER / ABSTRACTS

www.kbb2015.org

37. TÜRK ULUSAL
KULAK BURUN BOĞAZ VE
BAŞ BOYUN CERRAHİSİ KONGRESİ
28 EKİM-1 KASIM 2015 , KAYA PALAZZO HOTEL / ANTALY

PS-3122

Juvenil Nazofaringeal Anjiyofibrom: Olgu Sunumu

Mahmut Ozan Fındık[1], Adem Binnetoğlu[1], Orhan Asya[1], Muhammet Fatih Topuz[2], Tekin Bağlam[1], Murat Sarı[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Tosya Devlet Hastanesi

AMAÇ:Juvenil Nazofaringeal Anjiyofibrom(JNA) histolojik olarak benign,kapsülsüz ve vasküler kaynaklı bir tümör olup nazofarenksten gelişerek çevre dokulara tüm yönlerde yayılma eğilimi gösterir(1). Agresif özellikte çevre dokulara yayılması ve oldukça vasküler karakterde olması morbidite nedenidir. Kitle, nazal kavite, sfenoid sinüs, sella, pterigomaksiller fossa, infratemporal bölge ve intrakranial bölgeye uzanabilir(2). Genellikle 14-25 yaşları arasındaki adolesan erkek hastalarda lokal destrüksiyon yapar. En sık görülen semptomlar rekürren epistaksis ve persistan nazal obstrüksiyondur(3). Cerrahi, erken dönem, kafaiçi intradural yayılım olmayan tümörlerde ana tedavi yöntemidir(4).
OLGUNUN ÖZELLİKLERİ:Yaklaşık 7 aydır devam eden burun tıkanıklığı ve tek taraflı burun akıntısı şikayeti ile kliniğimize başvuran 9 yaşında erkek hastanın, anterior rinoskopik muayenesinde sol nazal pasajı obstrükte eden kitle izlendi.
TEDAVİ VE PROGNOZ:Kitleden alınan biyopsi kanamalı yangılı doku olarak raporlandı e sonrasında kitlesi giderek büyüyüp nostrilden protrude oldu (resim 2a) Hastada solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine trakeotomi açıldı. Hastanın görüntülemelerinde kitlenin yoğun kanlanan damarsal malformasyon olarak saptanması sonrasında digital subtraksiyon angiografi (DSA) yapıldı. Sol internal maksiller arter süperselektif kateterize edildi ve embolizasyon yapıldı. Embolizasyondan bir gün sonra kitlenin parsiyel eksizyonu yapıldı ve patolojisi JNA (resim 3a ve b) olarak raporlandı. Operasyondan 1 ay sonra tekrar DSA yapıldı. Kitlenin her iki internal maksiller arterden beslendiği görüldü arterler embolize edildi. Embolizasyon yapıldıktan bir gün sonra endoskopik sol JNA eksizyonu yapıldı. Operasyon esnasında sol maksiller sinüsü, pterigomaksiller fossayı, orbita tabanını ve medial duvarını dolduran, kafa tabanını tutan, koanadan nazofarenkse sarkan, yumuşak damak ve septumda itilmeye neden olan kitle görüldü ve eksize edildi. Postoperatif takiplerde nüks izlenmedi
YORUM:JNA tedavisi cerrahi ve radyoterapidir(1). Nazofarenksteki veya minimal çevre doku yayılımlı(kafaiçi yayılımı olmadan) tümörlerde cerrahi rezeksiyon ana tedavi seçeneğidir(2). JNA tedavisinde radyoterapi ile iyi sonuçlar elde edilebilmesine rağmen yüksek doz radyoterapi verildiğinde görülen osteoradyonekrozis ve yüz kemiklerinin irradyasyonu, sarkomatöz değişiklikler sebebiyle kullanıımı kısıtlıdır(5). Radyoterapi sonrası JNA yavaş involusyona uğrar, hastaların %50'sinde 12 ay sonra hala tümörün mevcut olduğu saptanmıştır. Bu nedenle radyoterapi sonrası ek cerrahi girişeme karar vermeden önce tümörün involüsyon süresini beklemek gerekmektedir. Kafaiçi yayılımlı ve kafa tabanında

residüel, progresyon gösteren olgularda radyoterapi etkin bir şekilde uygulanabilmektedir. Sistemik kemoterapinin JNA tedavisinde etkin bir yeri yoktur(6). Cerrahi tedavi ve radyoterapi sonrası rezidüel veya nüks tümörlerde spontan involüsyon görülebilmektedir. Operasyon esnasında tümör tamamen çıkarılmaya çalışılmalıdır. Ancak inkomplet rezeksiyon hayat tehdit edici değildir. Semptomlar ortaya çıktığında ve ek bir risk taşıdığında uygun bir tedavi yöntemi ile nüks tümör tedavi edilir. Aynı durum primer radyoterapi sonrası nüksler için de geçerlidir. Fakat hastaların yetişkin döneme geçene kadar dikkatlice izlenmeleri gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Juvenil Nazofaringeal Anjiyofibrom, embolizasyon, epistaksis, nazal obstrüksiyon