

# Nazal Atriyum ve Alt Konka Kaynaklı “Inverted Papilloma”

## Inverted Papilloma Originating from Inferior Turbinate and Nasal Atrium: Case Report

Mehmet KARATAŞ,<sup>a</sup>  
Sedat DOĞAN,<sup>a</sup>  
Yasin SARIKAYA,<sup>a</sup>  
Mehmet ŞİRİK,<sup>b</sup>  
Mustafa KAYMAKÇI<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Radyoloji AD,

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Adıyaman

<sup>c</sup>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,  
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Balıkesir

Geliş Tarihi/Received: 14.10.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 14.03.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Mehmet KARATAŞ  
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,  
Adıyaman,  
TÜRKİYE/TURKEY  
mehmetkaratas78@gmail.com.tr

**ÖZET** Inverted papilloma (İP) veya Schneiderian papillomun inverted tipi burun ve paranazal sinüslerin en sık görülen, lokal nükse yatkınlığı olan ve skuamöz hücreli karsinom ile ilişkili lokal agresif seyredabilen benign bit tümördür. Klinik senaryo genellikle 50-69 yaşlarında ki erkeklerde tek taraflı burun tıkanıklığı ve burun kanaması şikâyeti şeklindedir. Bu çalışmada, 6 yıldır sağ taraflı burun tıkanıklığı ve kanaması şikâyetleri olan 48 yaşındaki bir erkek olgu sunulmuştur. Sağ nazal atriyum ve alt konkadan kaynaklanan vejetan, irregüler, polipoid kitle endoskopik olarak total eksize edildi. Inverted papilloma malign transformasyon riskine sahip bir tümör olması nedeni ile total eksize edilmesi gerekir ve seçilmiş hastalarda endoskopik teknikler ile oldukça başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi; papillom, içeri dönük; nazal tıkanıklık; kıvrıntılar; burun kanaması

**ABSTRACT** Inverted papilloma (IP), or Schneiderian papilloma inverted type, the most common benign tumor of nose and paranasal sinuses, is a locally aggressive, benign nasal lesion and has tendency for local recurrence and association with squamous cell carcinoma. Clinical scenario is usually as follows 50-69-years old male with unilateral nasal obstruction and epistaxis. Herein we presented a 48 years-old male patient with right-sided nasal obstruction and epistaxis for 6 years. Endoscopic resection of vejetan, irregular, polypoid mass originating from right nasal atrium and inferior concha was performed. Since inverted papilloma has malignant transformation potential, it should be excised totally and endoscopic removal can be performed in selected cases.

**Key Words:** Endoscopy; papilloma, inverted; nasal obstruction; turbinates; epistaxis

**Türkiye Klinikleri J Case Rep 2016;24(4):314-8**

Inverted papilloma (IP) veya Schneiderian papillomun inverted tipi lokal nükse yatkınlığı olan ve skuamöz hücreli karsinom ile ilişkili lokal agresif seyredabilen benign bir burun patolojisidir. IP ilk defa 1854'te Ward tarafından tarif edilmiştir ve 1938'de Ringert IP'nin kendine özgü endofitik histolojik görünümünü tariflemiştir.<sup>1,2</sup> IP tüm nazal tümörlerin %0,5-4'ünü oluşturur ve nazal poliplerin aksine, gerçek neoplazm olarak kabul edilir.<sup>3</sup> Caruana ve ark., IP'nin patogenezi üzerine yaptıkları bir çalışmada bu lezyonun gerçek bir neoplazmdan ziyade kronik bir enflamasyonun son evresi olabileceğini ileri sürmüşlerdir.<sup>4</sup> Bu çalışmada burun tıkanıklığı ve kanaması şikâyetleri ile polikliniğimize başvuran bir IP olgusu sunulmuştur.

doi: 10.5336/caserep.2015-45911

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

## OLGU SUNUMU

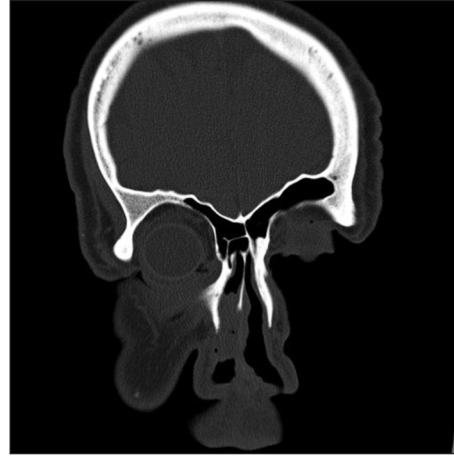
Kırk sekiz yaşında ki erkek olgu, altı yıldır sağ taraflı burun tıkanıklığı ve kanaması şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Olgunun endoskopik muayenesinde sağ nazal pasajı tama yakın dolduran düzensiz sınırlı, vejetan, polipoid kitle saptandı (Resim 1). Olgunun çekilen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sağ nazal kavite anterior kesiminde kemik yapıda destrüksiyona neden olmayan sağ inferior nazal konka ve komşu kavite duvarından sınırları net olarak ayırt edilemeyen koronal çapları yaklaşık 30x7 mm boyutunda ölçülebilen yumuşak doku dansitesi görüldü (Resim 2). Paranazal sinüs manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de ise sağ nazal kavite anterior kesiminde kavitede daralmaya neden olan en geniş yerinde yaklaşık 27x8x25 mm boyutlarında ölçülen T1 ağırlıklı sekansta izointens, T2 ağırlıklı sekansta hafif heterojen-hiperintens, kontrast madde enjeksiyonu sonrası difüz kontrastlanma gösteren lezyon saptandı (Resim 3 a-d). Genel anestezi altında sağ nazal kavite lateral duvar atriyumundan kaynaklanan vejetan, irregüler, polipoid kitle endoskopik olarak total eksize edildi. (Resim 4, 5) Histopatolojik incelemede Hematoksilin-Eozin boyamada IP için tipik olan, stroma içerisinde invajine olmuş skuamöz epitel yuvaları saptandı (Resim 6). Olgunun 3 aylık izleminde herhangi bir nüks saptanmadı.

## TARTIŞMA

IP'nin patogenezi HPV, p53 tümör süpressör geninde değişiklikler ve kronik inflamasyon gibi etkenlerin rol aldığı öne sürülmüş ve IP ile en çok ilişkili olan serotiplerin HPV 6, 11, 16 ve 18 olduğu, servikal kanserde olduğu gibi HPV 16 ve 18 serotiplerinin malignansiye daha sık yol açtığı bildirilmiştir.<sup>5</sup> Patogenezi toksin ve pollutanların rolü tartışmalı olup, bunların daha çok yardımcı etkenler olduğu düşünülmektedir. Hayvan modellerinde IP'nin dietilnitrozamin ile ortaya çıktığı gösterilmiştir.<sup>6</sup> Deitmer ve Weiner yaptıkları bir vaka kontrol çalışmasında IP'li hastaların sigara, toz ve aerosollere maruziyetinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır.<sup>7</sup> Başka bir çalışmada ise endüstriyel mes-

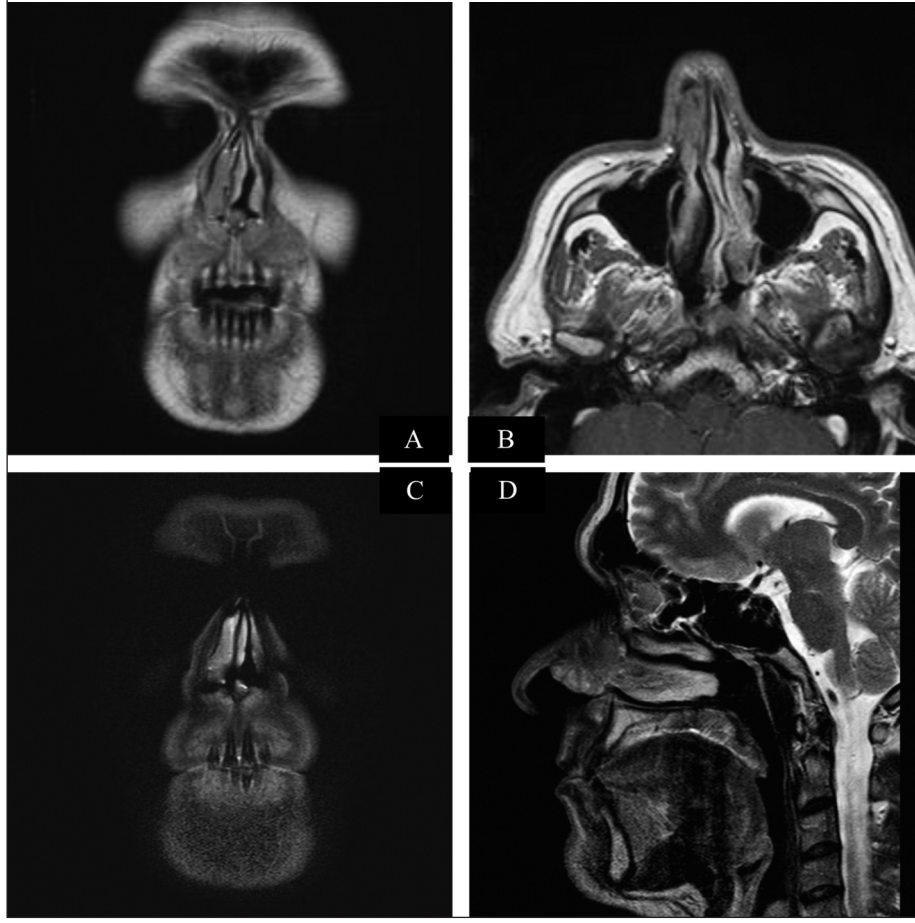


**RESİM 1:** Sağ nazal pasajı tama yakın dolduran düzensiz sınırlı, vejetan, polipoid kitle.

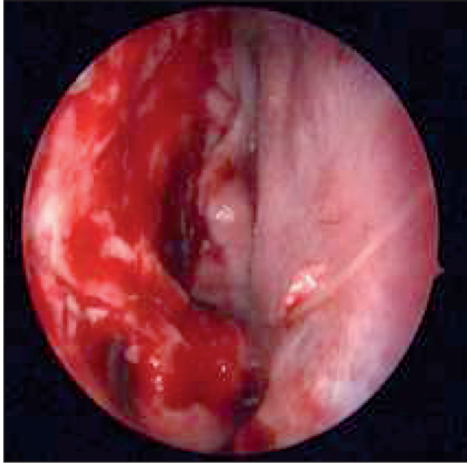


**RESİM 2:** Sağ nazal kavitedeki kitlenin koronal kesitli paranazal sinüs BT'de görünümü.

lekler ve dış ortamın önemli risk faktörleri olduğu; ancak sigara ve alkol kullanımı, allerjik rinit, sinüzit, nazal polipler, nonsinonazal papilloma ve nonsinonazal malignansinin önemli risk faktörleri olmadığı gösterilmiştir.<sup>8</sup> IP ile malignansi ilişkisinin prevalansı %3,4-9,7 arasında değişebilmektedir.<sup>5</sup> IP'lerin kliniği sıklıkla 50-69 yaş arası erkek hastalarda, en sık maksiller sinüs ve sonra da etmoid sinüsleri tuttuğundan ve her iki durumda da kitle etkisi nedeni ile, tek taraflı burun tıkanıklığı ve ara ara olan burun kanaması şikâyetleri ile başvuru şeklindedir.<sup>5</sup> Benzer şekilde olgumuz 48 yaşında erkek olup, sağ taraflı burun tıkanıklığı ve



**RESİM 3:** Paranasal sinüs MRG'de sağ nazal kavite anterior kesiminde kavitede T1 ağırlıklı sekansta izointens (A,B), T2 ağırlıklı sekansta hafif heterojen-hiper-intens lezyon (C,D) ve "convoluted cerebriform pattern" görünümü (D).



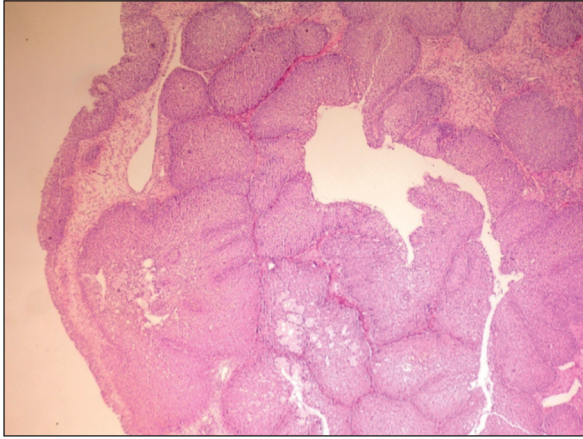
**RESİM 4:** Sağ nazal lateral duvarının kitlenin rezeksiyonu sonrası görünümü.



**RESİM 5:** Kitlenin en blok rezeksiyonu sonrası görünümü.

kanaması şikâyetleri mevcuttu; ancak farklı olarak peroperatif nazal endoskopide kitlenin sağ nazal kavite antrumunu ve alt konkadan köken aldığı ve ne

maksiller ne de etmoid sinüslerle ilişkisinin olmadığı görülmüştür. İP BT'de büyük oranda nonspesifik olup, yumuşak doku dansitesinde kitle



**RESİM 6:** Stroma içerisinde invajine olmuş skuamöz epitel yuvaları HE (hematoksilin eozin) x40.

şeklinde görülmektedir. Kitlenin yerleşimi doğru tanı için önemli ipuçlarından biridir. Kalsifikasyon ve fokal hiperostoz bazen görülmekte ve tümörün kaynaklandığı bölgede ortaya çıkmaktadır.<sup>9</sup> İP tanısını göz önünde bulundurmanın yanında cerrahinin kapsamını belirleyen tümör yerleşimini de göstererek cerrahinin planlanmasında yardımcı olmaktadır. T2 ve kontrast ağırlıklı T1 MRG’de se-rebral korteks giruslarına benzeyen yüksek ve düşük sinyal intensitesinde değişen çizgilenmelerden dolayı oluşan “convoluted cerebriform pattern” görünümü İP’li hastaların %50-100’ünde görülmekle beraber diğer sinonazal tümörlerde görülmektedir.<sup>10</sup> Bu tümörler için sıklıkla Krouse, Cannady ve Han olmak üzere çeşitli evreleme sistemleri öne sürülmüştür.<sup>5</sup> Yakın zamanda yapılan bir çalışma da, Krouse ve Cannady sistemlerinin nüks riski ile iyi korele olduğunu saptanmıştır.<sup>11</sup> Bu iki sistem arasındaki en belirgin fark Krouse’de

malignansi olmasıdır. Krouse evrelemesinde İP; T1’de nazal kaviteye sınırlı, T2’de etmoid sinüsler ve maksiller sinüsün mediyal ve süperior bölgele-rini tutmakta, T3’te tüm paranasal sinüsleri etkile-mektedir; ancak burun ve sinüslere sınırlı ve T4’te ise burun ve paranasal sinüsleri aşmış veya malign-nansiye sahiptir. Olgumuz T1 evresinde idi ve en-doskopik olarak total eksize edildi. Total eksizeyon birçok cerrah tarafından İP için önerilen tedavi yöntemi-dir. Önceleri lateral rinotomi veya subla-bial degloving yaklaşımı ve geniş ekspo-jür için me-diyal maksillektomi veya kafa lambası veya mikroskop kullanılarak basit endonazal teknikler uygulanmakta idi.<sup>5</sup> Hâlen açık teknikleri savu-nanlar olmasına rağmen son 20 yılda transnazal endoskopik rezeksiyon, endoskop ile intraopera-tif olarak lezyonun yaygınlığının saptanması, şüp-heli yerlerin daha titiz değerlendirilebilmesi ve yakın izlemin periyodik olarak yapılabilmesi saye-sinde, İP’lerin tedavisinde daha uygun bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.<sup>5</sup> İP’lerin oldukça yavaş büyümesi herhangi bir nüks olması hâlinde erken saptanmasını ve birçok hastada poliklinik şartla-rında bile eksizeyonunu kolaylaştırmaktadır.<sup>12-14</sup> Ayrıca, son yapılan çalışmalarda her bir yaklaşım için uygun hasta seçimi yapılması hâlinde açık veya endoskopik tekniklerin nüks oranları ara-sında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.<sup>15</sup>

Sonuç olarak, burun ve paranasal sinüslerin en sık görülen benign tümörü olan İP’ler malign trans-formasyon riskine sahip olmakla birlikte, seçilmiş hastalarda, olgumuzda da olduğu gibi, endoskopik teknikler ile oldukça başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ward N. A mirror of the practice of medicine and surgery in the hospitals of London. London Hosp Lancet 1854;2:480-2.
2. Ringert N. Pathology of malignant tumors arising in the nasal and paranasal cavities and maxilla. Acta Otolaryngol (Stockh) 1938;27:31-42.
3. Cody DT II, De Santo LW. Neoplasm of the nasal cavity. In: Cumming CW FJ, Harker LA, Krouse CJ, Richardson MA, Schuller DE, eds. Otolaryngology Head and Neck Surgery. Vol. 2. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby-Year Book, Inc.; 1998. p.883-901.
4. Caruana SM, Zwiebel N, Cocker R, McCormick SA, Eberle RC, Lazarus PI. p53 alteration and human papilloma virus in paranasal sinus cancer. Cancer 1997;79(7):1320-8.
5. Wood JW, Casiano RR. Inverted papillomas and benign nonneoplastic lesions of the nasal cavity. Am J Rhinol Allergy 2011;26(2):157-63.
6. Herrold KM. Epithelial papillomas of the nasal cavity; experimental induction in Syrian hamsters. Arch Pathol 1964;78:189-95.
7. Dietmer T, Wiener C. Is there an occupational etiology of inverted papilloma of the nose and sinuses? Acta Otolaryngol 1996;116(2):762-5.
8. Sham CL, Lee DL, van Hasselt CA, Tong MC. A case-control study of the risk factors associated with sinonasal inverted papilloma. Am J Rhinol Allergy 2010;24(1):e37-40.



9. 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(4):618-21.
10. Jeon TY, Kim HJ, Chung SK, Dhong HJ, Kim HY, Yim YJ, et-al. Sinonasal inverted papilloma: value of convoluted cerebriform pattern on MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008;29(8):1556-60.
11. Gras-Cabrerizo JR, Montserrat-Gili JR, Masegur-Solench H, León-Vintró X, De Juan J, Fabra-Llopis JM. Management of sinonasal inverted papillomas and comparison of classification staging systems. *Am J Rhinol Allergy* 2010;24(1):66-9.
12. Kaza S, Capasso R, Casiano RR. Endoscopic resection of inverted papilloma: University of Miami experience. *Am J Rhinol* 2003;17(4):185-90.
13. Levine HL. The office diagnosis of nasal and sinus disorders using rigid nasal endoscopy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;102(4):370-3.
14. Bolger WE, Kennedy DW. Nasal endoscopy in the outpatient clinic. *Otolaryngol Clin North Am* 1992;25(4):791-802.
15. Sautter NB, Cannady SB, Citardi MJ, Roh HJ, Batra PS. Comparison of open versus endoscopic resection of inverted papilloma. *Am J Rhinol* 2007;21(3):320-3.