

Kliniğimizde tanı almış benign ve malign nazal patolojili olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi

Retrospective evaluation of patients with benign and malignant nasal pathologies of diagnosed in our clinic

Emine Elif Altuntaş, Şahende Elagöz, Hatice Özer, İsmail Önder Uysal, Suphi Müderris

Kulak Burun Boğaz (Yrd. Doç. Dr. E. E. Altuntaş, Yrd. Doç. Dr. İ. Ö. Uysal, Prof. Dr. S. Müderris) ve Patoloji (Prof. Dr. Ş. Elagöz, Yrd. Doç. Dr. H. Özer) Anabilim Dalları, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

Özet

Amaç. Nasal kavitenin primer tümörleri; benign ve malign, epitelyal ve non-epitelyal tümörler olarak sınıflandırılır. Nazal kavite tümörlerinin etyolojisinde rol oynayan faktörler arasında odun tozu ile uzun süreli temas, sigara ve tütün kullanma alışkanlıkları sayılabilir. Bu lokalizasyondaki malign tümörlerin klinikte ilk belirtileri nonspesifik bulgular olduğundan, sıklıkla inflamatuvar hastalıklarla karışmakta, bu nedenle tanı almaları gecikmektedir. Bu makalede; nazal kavite, septum, vestibül ve konkadan köken almış benign ve malign patolojilerin literatür bilgileri eşliğinde semptom, klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları açısından gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem.** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz (KBB) Anabilim Dalında Ocak 1989-Ocak 2009 tarihleri arasında nazal patoloji nedeniyle operasyonları yapılmış olan 102'si (%60,0) erkek ve 68'i (%40,0) kadın olmak üzere toplam 170 olgu çalışmaya dâhil edildi. Olguların tümü yaş, cinsiyet, lezyonun lokalizasyonu, kliniğe ilk başvuru şikâyetleri, semptomların ortaya çıkış zamanı ve süreleri; fizik muayene bulguları, uygulanan tedavi, nüksler ve histopatolojik tanıları, takip süreleri, reküransları ve bunlara yapılan kurtarma cerrahilerinin özellikleri kaydedilerek istatistiksel olarak incelendi. **Bulgular.** Çalışmaya katılan olguların KBB muayenesinde lezyonların; 18 (%10,6)'inde nazal septum, 142 (%83,5)'inde nazal kavite, 5 (%2,9)'inde konka ve 5 (%2,9)'inde ise vestibülden köken aldığı görüldü. Olguların 168'ne (%98,8) cerrahi eksizyon, 2'sine (% 1,2) insizyonel biyopsi yapılarak histopatolojik tanıları konmuştur. **Sonuçlar.** Nazal bölgede KBB hekimleri klinik semptomları inflamatuvar patolojileri taklit eden pek çok benign ve malign patolojiler ile karşılaşmaktadır. Malign patolojilerde tanının gecikmesi prognozu belirgin ölçüde kötüleştirmektedir. Bu nedenle tedaviye dirençli olguların daima çok yakın klinik takipleri yapılmalı ve bu patolojilerin malign olabileceği akılda tutularak tanısal amaçlı ısrarla belki de tekrarlayan biopsiler yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Nazal patoloji, ayırıcı tanı, tedavi

Abstract

Aim. Primary tumors of nasal cavity are classified as benign and malignant or epithelial and non-epithelial tumors. Nasal cavity tumors among the factors that play a role in the etiology of prolonged contact with wood dust, cigarette and tobacco use habits can be considered. Malignant tumors in these locations, the first signs of clinical findings are nonspecific, often are confused with inflammatory diseases, so diagnosis is delayed to take. The aim of these study benign and malignant pathology of the nasal cavity, septum, vestibulum and concha symptoms, clinical findings and treatment approaches review with the literature. **Methods.** During 10 years period (from January 1989 to January 2009), the 102 (%60.0) of men and 68 (%40) of women in total 170 patients that were operated because of the nasal pathologies in Cumhuriyet University Faculty of Medicine department of otorhinolaryngology was included in this study. All of the patients age, gender, lesion location, the first clinical complaints, symptoms of the emergence time and duration; physical examination findings, treatment, recurrence and histopathological diagnosis, follow-up period, recurrence and their surgical recovery of the properties recorded as statistically

were analyzed. **Results.** ENT examination of these cases in this study lesions were located in the 18 (10.6%) nasal septum, 142 (% 83.5) nasal cavity, 5 (2.9%) turbinate and 5 (2.9%) originate in vestibuli. Histopathologically diagnosis of patient were done with 168 (98.8%) of the cases by surgical excision and 2 (1.2%) of the cases by incisional biopsy. **Conclusions.** ENT physicians are encountered many benign and malignant pathologies in the nasal region that clinical symptoms mimic inflammatory pathologies. Delay in the diagnosis of malignant pathology significantly worse prognosis. Therefore, treatment-resistant patients, and this should always be very close clinical follow-up could be kept in mind in the diagnostic pathology of the malignant purpose perhaps repeating insistently biopsiler be made.

Keywords: Nasal pathologies, differential diagnosis, treatment

Geliş tarihi/Received: 23 Ekim 2009; **Kabul tarihi/Accepted:** 23 Kasım 2009

İletişim Adresi:

Dr. Emine Elif Altuntaş, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas. Email: ealtunta@yahoo.com

Giriş

Burun boşluğu mukozasından ve paranazal sinüslerden köken alan malign tümörler, tüm malign tümörlerin %0,2-0,8'ini, baş-boyun bölgesindeki malign tümörlerin ise %3'ünü oluştururlar. Bu malignansiler özellikle 50-70 yaş aralığında, beyaz ırkta ve erkeklerde (erkek /kadın 2/1) daha sık olarak görülmektedir [1-4].

Nasal kavitenin primer tümörleri; benign ve malign, epitelyal ve non-epitelyal (yumuşak doku tümörleri, kemik ve kartilaj kökenli tümörler, nöroektodermal, germ hücreli tümörler ve hemotolenfojenik tümörler) olarak sınıflandırılırlar [1, 4-7].

Nazal kavite tümörlerinin etyolojisinde odun tozu ile uzun süreli temas, sigara ve tütün önemli rol oynar. Bu lokalizasyondaki malign tümörlerin klinikte ilk belirtileri; nazal kitle, kurutlanma, nefes almada güçlük veya burun kanaması gibi nonspesifik bulgular olduğundan, sıklıkla inflamatuvar hastalıklarla karışmakta, tanı almaları gecikmekte ve ilk semptomlardan tanı almasına kadar geçen süre 6-8 ay arasında değişmektedir [8, 9]. Bu nedenle erken tanı ancak, nazal semptomların uygun ve yeterli bir tıbbi tedaviye rağmen düzelmemesi durumunda malignansiden şüphelenilmesi ile mümkün olabilecektir.

Bu makalede; nazal kavite, septum, vestibül ve konkadan köken almış benign ve malign patolojilerin literatür bilgileri eşliğinde semptom, klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları açısından gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz (KBB) kliniğinde Ocak 1989-Ocak 2009 tarihleri arasında nazal patoloji nedeniyle operasyonları yapılmış olan 102'si (%60,0) erkek ve 68'i (%40,0) kadın olmak üzere toplam 170 olgu çalışmaya alındı. Çalışmaya katılan tüm olguların dosyalarından klinik öyküleri ve KBB muayene bulguları ile patoloji arşivinde ki raporlarından histopatolojik tanıları tespit edildi; bu bilgilerin tümüne ulaşamayan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların genel olarak hekime ilk başvuru nedenleri burun tıkanıklığı, epistaksis ve burun kaşınması idi. Olguların tümüne eksizyonel biyopsi ya da total eksizyon yapıldı. Postoperatif en az 4 ay takipleri yapılan olgular çalışmaya katılırken diğer olgular çalışma dışı bırakıldı. Olguların tümü yaş, cinsiyet, lezyonun lokalizasyonu, kliniğe ilk başvuru şikâyetleri, semptomların ortaya çıkış zamanı ve süreleri; fizik muayene bulguları, uygulanan tedavi, nöksler ve histopatolojik tanıları, takip süreleri ve reküransları ve bunlara yapılan kurtarma cerrahilerinin özellikleri kaydedilerek istatistiksel olarak

incelendi. Değerleri ortalama \pm standart sapma ve oran olarak sunuldu.

Bulgular

Olguların 102'si (%60,0) erkek; 68'i (%40,0) kadın olup; en büyük yaş 82, en küçük yaş 3 ve ortalama yaş $38,34 \pm 1,9$ yıl olarak tespit edildi. Kliniğimize 24 (%14,1) olgu epistaksis, 158 (%92,9) olgu burun tıkanıklığı ve 1 (%0,6) olguda eksternal nasal kitle yakınması ile başvurular (Tablo 1).

Tablo 1. 170 olgunun kliniğe ilk başvuru şikâyeti.

Klinik semptom	Var (%)	Yok (%)	Toplam
Epistaksis	24 (%14,1)	146 (%85,9)	170 (%100)
Burun tıkanıklığı	158 (%92,9)	12 (%7,1)	170 (%100)
Eksternal kitle	1 (%0,6)	169 (%99,4)	170 (%100)

Yapılan KBB muayenesinde lezyonların; 18 (%10,6) olguda nasal septum, 142 (%83,5) olguda nazal kavite (Hasta kayıtlarında nazal pasajda yer alan ve köken aldığı anatomik yapı tam olarak fizik muayene notlarında belirtilmemiş olgular), 5 (%2,9) olguda konka ve 5 (%2,9) olguda da vestibülden köken aldığı görüldü (Tablo 2).

Tablo2. Lezyonun lokalizasyonu.

	Olgu sayısı(%)
Septum	18 (%10,6)
Nazal kavite	142 (%83,5)
Konka	5 (%2,9)
Vestibül	5 (%2,9)
Toplam	170 (%100,0)

Olguların 168'ine (%98,8) cerrahi eksizyon, 2'sine (% 1,2) insizyonel biyopsi yapılarak histopatolojik tanıları konmuştur. Operasyonu takiben 12 olguda (%7,1) nüks görülmüş ve bu olguların tümün de ikinci operasyonda kitle total olarak eksize edilmiştir Olguların histopatolojik tanıları ve lezyonun lokalizasyonu ise Tablo 3 de özetlenmiştir.

Tablo 3. 170 olgunun histopatolojik tanıları ve lezyonun lokalizasyonu.

Histopatolojik tanı	Lokalizasyon	Olgu sayısı
Nazal polip (n=120)	Nazal kavite	120
Hemanjiom (n=16)	Septum	11
	Konka	2
	Nazal kavite	1
	Vestibül	2
İnverted papillom (n=16)	Nazal kavite	16
Malign melanom (n=3)	Septum	1
	Nazal kavite	2
Vasküler hamartom (n=2)	Konka	1
	Vestibül	1
Miksoma (n=1)	Nazal kavite	1
Bazal hücreli karsinoma (n=1)	Vestibül	1
T hücreli lenfoma (n=1)	Septum	1
Adenokarsinom (n=1)	Septum	1
Fibrom (n=1)	Vestibül	1
Lenfoepitelyoma (n=1)	Nazal kavite	1
Transizyonel hücreli karsinom (n=1)	Konka	1
Dev hücreli tümör (n=1)	Nazal kavite	1
Dev hücreli reparatif granülom (n=1)	Septum	1
B hücreli lenfoma (n=1)	Septum	1
Soliter plazma hücreli tümör (n=1)	Nazalkavite	1
Adenokistik karsinom (n=1)	Septum	1
Mezenkimal tümör (n=1)	Nazalkavite	1

Tartışma

Nazal kavitenin primer malign patolojileri KBB pratiğinde nadiren görülür. Benign ve malign patolojilerin başlangıçta birbirine benzer klinik özellikler göstermesi malign patolojilerin tanılarında gecikmelere yol açar.

Birçok araştırmaya konu olan ve nazal kavitenin en sık görülen benign lezyonu olarak kabul edilmesine rağmen patofizyolojisi halen tam olarak bilinmeyen nazal polipozis (NP); paranasal sinüslerin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır; 2 yaşından sonra her yaşta görülmekle birlikte 10 yaşından önce görülmesi nadirdir ve genel olarak prevalansı %1-4'dür. NP epidemiyolojisi üzerine ülkemizde yapılmış geniş bir çalışma bulunmamaktadır; Avrupa'da yapılan epidemiyolojik çalışmalarda NP görülme sıklığı %1-2 olarak bulunmuştur. Lund'un [10] çalışmasında nazal kavitelelerin basit muayenesiyle kadavralardaki insidansı %2 olarak tespit etmiştir; bu oranın basit endoskopik muayeneyle %26'ya, etmoid sistemin ayrıntılı endoskopik muayenesiyle ise %42'ye kadar çıktığını göstermiştir [11]. Bu çalışmada 120 olgunun cerrahi spesmenlerinin histopatolojik incelemesinde olguların %70,6'sında nazal polipozis saptanmıştır.

Hemanjiomlar genellikle cilt ve oral mukozadan köken alan, hızlı büyüyen, benign fibrovasküler patolojilerdir. Bukkal mukoza, gingiva, dudaklar ve dil lobüler kapiller hemanjiomun en sık görüldüğü bölgelerdir; nazal kavitede nadiren görülen bu patoloji sıklıkla septumda bulunmakla birlikte inferior konkada da bulunabilir [13]. Mills ve ark. [14] tarafından 639 hasta üzerinde yapılan çalışmada lobüler kapiller hemanjiomlu olguların %29'unda lezyonun nazal bölgede yerleştiğini göstermişlerdir. Bu çalışmada ki 16 olgunun 11 (% 68,8)'inde septumda, 2 (% 12,5)'inde inferior konkada, 1(% 6,2)'inde nazal kavitede ve 2 (% 12,5)'inde de vestibülde hemanjiom tespit edilmiş olup bu bulgular literatürde ki verilerle uyumluluk göstermektedir. Her yaşta görülmekle birlikte daha çok 3. dekatta ve kadınlarda görülen hemanjiomlar; klinikte kırmızı renkli, kolayca kanayan, travmaya sekonder ülsere olabilen birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar boyutları değişen sapsız ya da sapsız kitleler olarak karşımıza çıkar ve burun tıkanıklığı, epistaksis ve epifora gibi nonspesifik şikâyetlere neden olur. Ayırıcı tanıda öncelikle granülasyon dokusu, telenjektazi, vasküler malformasyonlar, hemorajik polipler, anjiofibrom, glomus tümörü, lenfanjiom, Kaposi sarkomu ve anjiosarkom düşünülmelidir. Hemanjiomlar spontan olarak gerilemez, bu olgularda tedavi total cerrahi eksizyondur [4, 14, 15]. Bu çalışmadaki 16 hemanjiomlu olgunun tümüne total eksizyon uygulandı; eksizyon sonrasında 1 yıllık klinik takiplerinde olguların hiçbirinde nüks gözlenmedi.

Bütün nazal kavite tümörlerinin %0,5-4'ünü oluşturan Schneiderian papillomlar benign neoplazımlar olup; inverted, onkositik ve exofitik papillomlar olmak üzere 3 farklı histolojik tipte görülür [4, 16, 17]. Inverted papillomlar (İP) burun ve paranasal sinüslerin mukozasından köken alan benign karakterli olmakla birlikte lokal invazyon, sık nüks ve malign transformasyon gösterebilirler. Çalışmada ki 16 olgunun 14'ü (%87,5) nazal kaviteden köken alırken 1 (%6,2) olgu septumdan ve 1 (%6,2) olguda orta konkadan köken almaktaydı. Hastaların kliniğe ilk başvuru şikâyeti genellikle tek taraflı burun tıkanıklığıdır; bunun dışında burun akıntısı, yüzde ağrı ve epistaksiste görülebilir. Hastaların tanı almadan önce semptomlarının 2 hafta ile 45 yıl arasında değişen sürelerde var olabildiği ve %47-72'sinin bir ya da birkaç kez nazal polipektomi geçirdikleri

literatürdeki pek çok çalışmada bildirilmiştir [18]. İP özellikle 6. ve 7. dekatta erkeklerde görülmektedir; Bielamowicz ve ark. [19]'nın büyük serilerin ortalamasını alarak yaptığı çalışmada erkek/kadın oranı 3/1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ki olguların 9 (%56,2)'u erkek, 7(%43,8)'si kadın olup literatürdekinden farklı olarak erkek/kadın oranı 1,3 / 1'dir; ancak E/K oranında ki bu farklılığın olgu sayımızın az olmasından kaynaklandığı kanısındayız. İP'nin etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte kronik enflamasyon, alerji, kronik sinüzit, çevresel faktörler ve virüslerin rol oynadığı

düşünülmektedir [20]. İP 'un tedavisi cerrahi olup endoskopik veya lateral rinotomi ve Degloving yöntemi ile medial maksillektomidir. Bu olgularda radyoterapi etkisiz olup malign dönüşüm riskinide artırmaktadır [21,22]. Bu çalışmada ki İP'lu 16 olgunun tümüne endoskopik veya lateral rinotomi ile total eksizyon uygulandı olguların ortalama 18 aylık takiplerinde 3 (%18,8) olguda nüks görüldü bu olguların tümüne genişletilmiş cerrahi uygulandı ve postoperatif 12 aylık takiplerinde ikinci nükse rastlanmadı.

Dev hücreli reperatif granülom agresif seyirli olmakla birlikte benign bir tümördür. Tüm kemik tümörlerinin %5'ini oluşturur ve sıklıkla 20-50 yaşlarında kadınlarda görülür. Baş boyunda sıklıkla mandibula ve maksillada görülmekle birlikte; paranasal sinüslerde, nasal septumda, orbita ve craniumda da görülebilir. Etyolojisinde en çok kabul gören teori travma ya da kronik enflamasyon sonucunda meydana gelen intraosseöz hemorajiye reaktif bir cevap olduğudur. Maksilladaki reperatif dev hücreli granuloma süperiora nazal kaviteye doğru yayılarak nasal septumu da tutabilir. Bu olguların tedavisi cerrahi olarak lezyonun total eksizyonudur. Bu çalışmada ki olgu 17 yaşında erkek olup literatürden farklı olarak patoloji nazal septumdan köken almaktaydı [4, 22, 24].

Myxoid lezyonlar neoplastik ve non-neoplastik histopatolojik özelliklere sahip olan heterojen bir gruptur ve biyolojik davranışlarında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Yumuşak doku myxomaları içerisinde en çok bilineni intramusküler myxomalardır; genel olarak geniş iskelet kasları ile çevrelenmiş olarak bulduklarından; bu nedenle baş boyun bölgesinde nadiren görülürler. Literatürde baş boyun bölgesine lokalize 14 vaka mevcut olup sadece Patsiaoura ve ark. [25]'nin bir vakasında nazal vestibülde izlenmiştir. Genel olarak kas dokusu ile çevrelenmiş olarak görülmesi beklenmesine karşın bizim olgumuzda atipik olarak myxoma nazal kavitede kitle lezyonu şeklinde tespit edilmiştir. Benign bir tümör olan myxomaların en iyi tedavi seçeneği geniş cerrahi eksizyon olup bu çalışmadaki olguya total eksizyon uygulanmıştır ve postoperatif 18 aylık takibinde nüks görülmemiştir.

Hamartomlar sinonazal bölge ve nasofarenksin yenidoğan-16 yaş aralığında görülmekle birlikte en sık hayatın ilk 3 ayında görülen benign, kendi kendini sınırlayan ve çevre kemik dokusunu dekstrükte ederek intrakranial ya da orbita içerisine yayılım gösterebilen lokal olarak agresif lezyonlardır. Vasküler hamartomlarda bu agresif seyirlerine karşın malign transformasyon görülmez. Klinikte en sık görülen semptomları solunum ve beslenme problemleri ile birlikte rhinore, epistaksis, görme bozuklukları, hidrosefali ve otitis mediadır. Bu hastalarda en iyi tedavi seçeneği total cerrahi eksizyon olup nazal kavite içerisine sınırlı olan lezyonlarda endoskopik sinus cerrahisinde uygun bir yaklaşımdır [25, 26]. Literatürde yer alan vasküler hamartomlu 14 olgunun tümü 7 yaşından küçük olup sadece Okamoto ve ark. [27]'nin bir olgusu 16 yaşından büyüktür. Bu çalışmadaki olgulardan biri 11 yaşında ve konkadan, diğeri ise 3 yaşında ve nazal vestibülden köken almaktaydı.

Burun ve paranasal sinüs malign tümörlerinin % 6-17'si tükrük bezi orijinlidir. Genellikle bu bölgede görülen malign tükrük bezi tümörleri agresif seyirlidir ve tanı ancak ileri evrede konulabilir [1, 6, 28]. Sinonazal bölgede en sık görülen malign tükrük bezi tümörü adenoidkistik karsinomadır [4]. Adenoidkistik karsinoma her yaş grubunda görülmekle birlikte peak insidansını 4-6. dekatta yapar; yavaş büyüdüğü için çok büyük boyutlara ulaşmadan semptom vermez ve perinöral invazyon göstermesi tanısaldır. Hastalar kliniğe nazal obstrüksiyon, epistaksis gibi nonspesifik semptomlarla başvurur. Nazal septumda düzgün yüzeyli yumuşak kıvamlı şişliğe neden olduğunda septum deviasyonu ile karışabilir; bu durumda lezyonun palpasyonu ayırıcı tanıda yardımcı olacaktır. Baş boyun bölgesinde görülen adenoidkistik karsinomlar içerisinde nazal kavitede ve paranasal sinüsden köken alanların prognozu daha kötüdür. Adenoidkistik karsinoma tanısı biopsi ile konur; dura, beyin, orbita, karotid arter ve kranial sinirler gibi vital yapılarla nazal kavitenin yakın komşuluğu nedeni ile cerrahi rezeksiyonun yüksek morbiditesi vardır. Adenoidkistik karsinom perinöral ya da hematogen yolla yayılım gösterir lenfatik yayılım özelliği yoktur. Uzak metastaz sıklıkla akciğere olur ve servikal lenf nodlarına metastaz

bu hastalarda nadiren görülmektedir. Bu olguların primer tedavisi cerrahi ve radyoterapi kombinasyonu olup; lokal nüks ve uzak metastaz riski yüksek olduğundan uzun süreli klinik takipleri gerekmektedir [29, 30]. Bu çalışmada 1 (%0,6) high grade polymorphous adeno karsinomlu ve 1 (%0,6) adenoidkistik karsinomlu olmak üzere minör tükürük bezlerinden köken alan 2 olgu mevcuttu. Her iki olguda septumdan köken almaktaydı. Adenoidkistik karsinomlu olgunun 5 yıllık takiplerinde literatürün aksine cerrahi sonrasında nüks görülmemiştir.

Nöral krest hücrelerinden köken alan malign melanomlar vücuttaki tüm mukoza ve kutanöz yüzeylerde bulunmakla birlikte baş boyun bölgesinde oldukça nadir olarak görülür. Nazal kavitede ve paranasal sinüslerde görülen malign melanomlar tüm malign melanomların %1'ini ve baş boyun bölgesindeki malign melanomlarında %2-9'unu oluştururlar [5]. Nazal kavitede sıklıkla septumda görülür. Her iki cinsde eşit olarak görülen malign melanomlar %80'i 5. dekattan sonra ortaya çıkar. Bu çalışmada 1'i (%33,3) septumda ve 2'si (%66,7) nazal kavitede yerleşim gösteren 3 malign melanom olgusu mevcuttu. Bu olguların tümü kadın olmasına karşın literatürden bu farklılığın hasta popülasyonumuzun az olmasından kaynaklandığı kanısındayız. Baş boyun bölgesindeki mukoz membranlardan kaynaklanan malign melanomların prognozu kötüdür. Literatürde çeşitli çalışmalarda prognoza ilişkin değişik sonuçlar mevcut olmakla birlikte 5 yıllık sağ kalım süresi %10-40 arasında değişmekle birlikte genellikle bu oran %20'nin altındadır. Kemoterapi ve immunoterapi adjuvan tedavi olarak kullanılır; radyoterapinin tedavide yeri yoktur; primer tedavi yöntemi geniş cerrahi eksizyondur ve en iyi lokal kontrol bu şekilde sağlanabilmektedir [31-33]. Vakaların %20-25'inde bölgesel lenf nodu metastazı görülür ve lenfnodu metastazının bulunması prognozu daha da kötüleştirir [34-37]. Bu çalışmada olguların her ikisine de geniş cerrahi eksizyon uygulandı, en uzun takip süresi 2 yıl olup olguların bundan sonraki takipleri yapılamadığından sağ kalım süreleri açısından değerlendirilmeleri yapılamamıştır.

Ekstranodal NHL 6. ve 7. dekatta, yetişkin erkeklerde ve siyah ırk da daha çok izlenmekte olup baş boyun bölgesinde nadiren görülür. Robbins ve ark. [38]'nin nazal kavite ve paranasal sinüslere lokalize NHL olgular üzerinde yaptıkları çalışmada erkek/kadın oranı 2,8/1 olarak bulunmuştur. Nazal kavite ve paranasal sinüslerde görülen malign lenfomalar içerisinde çok az yer kaplayan primer nazal Non-Hodgkin lenfomalar batı ülkelerinde nadiren görülürken; Asya, Kuzey Amerika ve Meksikada sık olarak görülmektedir. Baş boyun bölgesine lokalize NHL'lar daha çok B hücre kökenli olmakla birlikte Asyada daha çok T hücre kökenliler görülmekte olup en sık görülen histolojik tipi NK/T-cell lenfomadır ve bu tip NHL'in yaklaşık %10'unu oluşturur [38-43]. Bu çalışmada nazal septumda 1 olguda NK/T-cell lenfoma ve 1 olguda ise B-cell lenfoma saptanmış olup literatürden farklı olarak B-cell lenfomalı olgumuz bayandı.

Sonuç olarak nazal bölgede pek çok benign ve malign patoloji karşımıza çıkmaktadır. Bu patolojilerin en tipik özelliği klinik semptomlarının inflamatuvar patolojileri taklit etmeleridir. Malign patolojilerde tanının gecikmesi prognozu belirgin ölçüde kötüleştirmektedir. Bu nedenle tedaviye dirençli olguların daima çok yakın klinik takipleri yapılmalı, hastalara ayrıntılı bilgi verilerek klinik takiplere uyumları artırılmalı ve malign patolojiler olabileceği akılda tutularak tanısal amaçlı tekrarlayan biyopsiler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Editör Koç C, Karcı B. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi. Burun ve paranasal sinüs tümörleri. Güneş Kitabevi, Ankara, 2004; Bölüm 5: 22: 745-69.
2. Myers EN and Suen JY: Cancer of the head and neck. Ed 3. Philadelphia, W.B. Saunders Company.1996.
3. Million RR and Cassisi NJ: Management of Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach, ed 2. Philadelphia, JB Lippincott, 1994.
4. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification

- of tumors. Pathology and Genetics Head and Neck tumors. IARC Press, Lyon. 2005; Chapter 1: 9-81.
5. Butler RM, Nahum AN, Hanafee W: New surgical approach to nasopharyngeal anjiofibromas. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1967; 71-92.
 6. Lawson W, Bengner JL, Som P: Inverted papiloma: An analysis of 87 cases. *Laryngoscope* 99 November, 1989; 117-23.
 7. Ballenger JJ, Snow JB. Editör: Şenocak D. Çeviri: Eryaman E. Otorinolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi. Burun ve Paranasal Sinüs Neoplazımları. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2000; Bölüm:14: 194-205.
 8. Fradis M, Podoshin L, Gertner R, Sabo E. Squamous cell carcinoma of the nasal septum mucosa. *Ear Nose Throat J* 1993; 72: 217-21.
 9. Lee man DJ, Shuler KJ, Han K, Mirani N. De - differentiation of primary squamous cell carcinoma arising from the nasal septum. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 114:131-6.
 10. Lund V. Introduction. *Allergy* 1999; 54: 5-6.
 11. Hosemann W, Göde U, Wagner W. Epidemiology, pathophysiology of nasal polyposis and spectrum of endonasal sinus surgery. *Am J Otolaryngol* 1994; 15: 85-98.
 12. Umur AS, Gunhan K, Songu M, Temiz C, Yuceturk AV. Frontal sinus osteoma complicated with intracranial inflammatory polyp: a case report and review of the literature. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2008; 129: 333-6.
 13. Wenig BM. Atlas of head and neck pathology. 2nd edition. Philadelphia/London: Elsevier Saunders; 2008.
 14. Miller F, D'agostina M, Schlack K. Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 783-84.
 15. Bebek Aİ, Yıldırım A, Atalar M, Özer H, Kunt T. Orta konkanın lobuler kapiller hemanjiomu. *KBB-Forum* 2006;5: 171-3.
 16. Mansell NJ, Bates GJ. The inverted schneiderian papilloma: a review and literature report of 43 new cases. *Rhinology* 2000; 38: 97-101.
 17. Kaufman MR, Brandwein MS, Lawson W. Sinonasal papillomas: clinicopathologic review of 40 patients with inverted and oncocytic schneiderian papillomas. *Laryngoscope*. 2002; 112: 1372-7.
 18. İkiz A Ö, Sütay S, Edağ T K, Güneri E A. İverted papillom ve cerrahi tedavisi. *K.B.B. ve BBC Dergisi*. 2001; 134-8.
 19. Bielamowicz S, Calcaterra TC, Watson D. İnverting papilloma of the head and neck: the UCLA update. *Otolaryngology-head and neck surgery* 1993; 109: 71-6.
 20. Okuyucu Ş, Uzun H, Kocatürk S. İverted Papilloma Klinik Yaklaşım. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005; 27; 47-50.
 21. Yaman H, Öztürk K, Ünalı D, Toy H, Arbağ H, Özer B Üç olgu nedeni ile inverted papillom. *Genel Tıp Derg* 2006; 16: 133-5.
 22. Unlu HH, Songu M, Ovalı GY, Nese N. Inverted papilloma with new bone formation: report of three cases. *Am J Rhinol* 2007; 21: 607-10.
 23. Morris JM, Lane JI, Witte RJ, Thompson DM. Giant cell reparative granuloma of the nasal cavity. *AJNR Am J Neuroradiol* 2004; 25: 1263-5.
 24. Congenital and Acquired Lesions of the Nasal Septum: A Practical Guide for Differential Diagnosis I. Valencia MP, Castillo M. *RadioGraphics* 2008; 28: 205-23.
 25. Patsiaoura K, Anagnostou E, Benis N. Intramuscular myxoma of the nasal vestibule. *Auris Nasus Larynx Auris Nasus Larynx*. 2009 May 2. [Epub ahead of print].
 26. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors. World Health Organization of tumours. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. Lyon: IARC Press; 2002. p. 186-7.
 27. Okamoto S, Hisaoka M, Meis-Kindblom JM, Kindblom LG, Hashimoto H. Juxta-articular myxoma and intramuscular myxoma are two distinct entities. Activating Gsa mutation does not occur in juxtaarticular myxoma. *Virchow Arch* 2002; 440: 12-5.

28. Karcı B, Günhan Ö, Bilgen C, Aras E, Öner K, Övül İ. Paranasal sinüslerin malign tümörleri. *KBB İhtisas Dergisi*. 2001; 39: 1-15.
29. Wiseman SM, Popat SR, Rigual NR, Hicks WL, Orner JB, Wein RO, McGary CT, Loree TR. Adenoid cystic carcinoma of the paranasal sinuses or nasal cavity: a 40-year review of 35 cases. *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 510-4, 6-7.
30. Tai S-Y, Chien C-Y, Tai C-F, Kuo W-R, Huang W-T, Wang L-F. Nasal septum adenoid cystic carcinoma: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* August 2007; Vol 23; 426-30.
31. Baek CH, Kim KS, Kong MK: Primary mucosal melanoma of the nasal cavity; *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996, 115: 582-37.
32. Samuel M, Jonathan DH, George M, Graham CP: Malignant melanoma arising in the frontal sinuses: *J Laryngol Otol*. 1997; 111: 376-8.
33. Spinou M, Poul JD: Malignant mucosal melanoma of the head and neck: Review of the literature and report of 14 patients *Cancer* 1997; 80: 1373-86.
34. Dreher A, Grevers G. Malignant melanomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Laryngorhinootologie* 1995; 74: 95-7.
35. Folz BJ, Niemann AM, Lippert BM, Hauschild A, Werner JA. Mucous membrane melanomas of the upper aerodigestive tract. An analysis of 34 cases. *Laryngorhinootologie* 1997; 76: 289-94.
36. Loree TR, Mullins AP, Spellman J, North JH JR, Hicks WL JR. Head and neck mucosal melanoma: a 32-year review. *Ear Nose Throat J*. 1999; 78: 372-5.
37. Medina E.J. Malignant Melanomas, Myers E.N, Suen J.Y (editors). In *Cancer of The Head and Neck*. New York, USA: Churchill Livingstone, 1989. pp 302-5.
38. Robbins KT, Fuller LM, Vlasak M, Osborne B, Jing BS, Velasquez WS, Sullivan J. Primary lymphomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Cancer* 1985. 56: 814-19.
39. Güven O, Keskin A, Saraçoğlu U, Akyürek N. Oral ve Sinonazal Kavitenin Periferik T-Cell Lenfoması: Vaka Raporu (Peripheral T-Cell Lymphoma Of Oral And Sinonasal Cavity: A Case Report) *T Klin Diş Hek Bil* 2000; 6: 133-7.
40. Abbondanzo SL, Wenig BM: Non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal tract. *Cancer*. 1995; 75: 1281.
41. Chandu A, Mitchell A, Corrigan M: Cutaneous CD30 positive large T cell lymphoma of the upper lip. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 193.
42. Cheung MM, Chan JK, Lau WH, Foo W, Chan PT, Ng CS, Ngan RK. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the nose and nasopharynx: clinical features, tumor immunophenotype, and treatment outcome in 113 patients. *J Clin Oncol* 1998; 16: 70-7.
43. Kim GE, Lee SW, Chang SK, Park HC, Pyo HR, Kim JH, Moon SR, et al. Combined chemotherapy and radiation versus radiation alone in the management of localized angiocentric lymphoma of the head and neck. *Radiother Oncol* 2001; 61: 261-9.