

İnfratemporal Bölgenin Benign Fibromatöz Mezenkimal Tümörü

Tolgar Lütfi Kumral, Yavuz Uyar, Ziya Saltürk, Güven Yıldırım, Cemil Yurtseven

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği

ÖZET

İnfratemporal fossa cerrahi ulaşımı oldukça zor olan ve önemli yapıların bulunduğu bir cerrahi alandır. Bu alan genellikle çevre dokulardan kaynaklanan tümörlerin invazyonuna maruz kalmaktadır. Ancak ender olarak buradan benign ya da malign primer tümörler orijin alabilir. Tanı genellikle ekspansil tarzda büyüme sonucu geç evrede konur ve radyolojik görüntüleme yöntemleri cerrahi endikasyonun belirlenmesinde çok değerlidir.

Bu olgumuzda kliniğimize yüzde dolgunluk ve deformasyon ile başvuran 69 yaşında erkek hastaya Caldwell-Luc ve transzigomatik yaklaşımı ile tümör eksizyonu yapıldı. Bu bölgenin sınırları, cerrahi yaklaşımları olgu ve literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: infratemporal fossa, fibromatöz mezenkimal tümör, cerrahi yaklaşımlar

SUMMARY

Benign Fibromatosis Mesenchymal Tumor of the Infratemporal Region

Infratemporal fossa is an area where important anatomic structures exist and access to this area is challenging. This area is usually exposed to tumor invasions from surrounding tissues. However, benign or malignant primary tumors may rarely originate from this area. As the result of growing in an expansile manner, tumors are often diagnosed at advanced stages and radiological imaging techniques are very valuable in determining surgical approach.

This study reports 69-year old male patient who admitted our department with facial fullness and deformation. The tumor was excised by Caldwell-Luc and trans-zygomatic approach. The boundaries of this region, surgical approaches and the tumors were discussed in the light of the literature.

Key words: infratemporal fossa, fibromatosis mesenchymal tumor, surgical techniques

GİRİŞ

İnfratemporal fossa cerrahi ulaşımı oldukça zor olan ve önemli yapıların bulunduğu bir cerrahi alandır. Bölgede oluşan tümörler genellikle geç belirti verdiklerinden ileri evrede fark edilir⁽¹⁾. Bölgenin anatomik sınırlarını sfenoid büyük kanadı, temporal fossanın tabanı, pterygoid duvar, masseter kası, mandibula, maksillanın posterior duvarı, glenoid fossa, tensor veli palatini, stiloid proçes ve masseter kası yapmaktadır⁽¹⁾.

İnfratemporal fossanın primer tümörleri bu bölgenin tüm tümörlerinin % 25-30'u oluşturmaktadır. En sık malign tümör adenoid kistik karsinomdur⁽²⁾. Bu alan genellikle çevre dokulardan kaynaklanan tümörlerin invazyonuna maruz kalmaktadır. Uzak bölgelerden

metastaz ise enderdir⁽²⁾.

Tanı genellikle ekspansil tarzda büyüme sonucu kozmetik deformite ile geç evrede konur. Yüzde ağrı, kötü kokulu burun akıntısı, epistaksis, trismus ve göz bulguları ile başvurabilirler. Erken evrede tanı genellikle başka amaçlı yapılan görüntüleme işlemleri ile olmaktadır^(3,4).

Bu makalede ender bir olgu eşliğinde infratemporal fossaya cerrahi yaklaşımları literatür bilgileri ışığında tartışmayı amaçladık.

OLGU

Altmış dokuz yaşında erkek hasta kliniğimize son 1 yıldır artan yüzde dolgunluk ve şekil bozukluğu ile

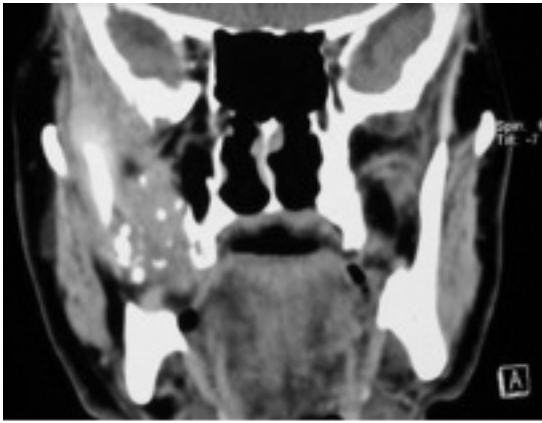
Alındığı Tarih: 10.04.2013

Kabul Tarihi: 18.07.2013

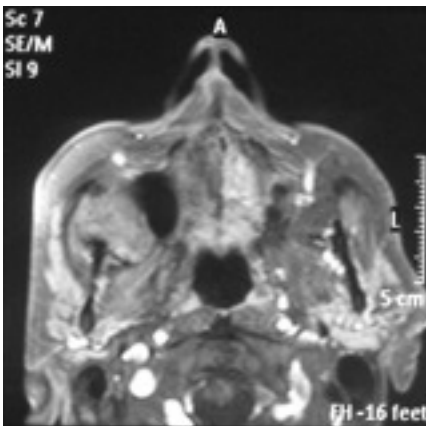
Yazışma adresi: Uzm. Dr. Tolgar Lütfi Kumral, Darülaceze Cad. No: 25, Okmeydanı-Şişli-34700-İstanbul

e-posta: tolgins@hotmail.com

başvurdu. Yapılan muayenesinde palpasyonla zigomatik bölgede deformasyon mevcuttu ve başka bir özellik yoktu. Hastaya rutin kan tahlilleri ile birlikte manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi görüntülemesi yapıldı. (MRI) da sağ infratemporal fossayı dolduran düzgün sınırlı, çevre dokulara göre hafif hiperintense benign kitle ile uyumlu kitle rapor edildi. Aynı şekilde tomografide kemik destrüksiyonu yapmayan içinde kalsifikasyon odakları olan düzgün sınırlı infratemporal fossa kitlesi olarak bildirildi. Kitlenin orta kafa çukuruna invazyonu yoktu (Şekil 1,2).



Şekil 1. Koronal kesitli kranial bilgisayarlı tomografide 6x3 cm çapında içinde kalsifikasyon odakları olan kemik destrüksiyonu yapmayan düzgün sınırlı kitle görülmektedir.



Şekil 2. Aksiyal kesitli T1 ağırlıklı kontrastlı kranial MRI'de infratemporal fossada düzgün sınırlı çevre dokulara göre hafif hiperintense kitle görülmektedir.

Hastaya nasotrakeal entübasyon yapılarak genel anestezi altında geniş Cald-well Luc ve transzigomatik yaklaşım ile tümöre ulaşıldı (Şekil 3). Maksilla arka duvarı kaldırıldı. Kitle etraf dokulardan serbestleştirildi. Ancak, infraorbital fossa anterosuperiora etraf dokulara serbestleştirilemediğinden zigoma orbital

duvar bileşkesine yapılan vertikal insizyonla kemik turlanarak kitleye ulaşıldı. Çevre dokulara olan uzanımı diseksiyonla operasyona son verildi.



Şekil 3. Cald-Well Luc yaklaşımı ile ortaya konan kitlenin intraoperatif görünümü.

Kitlenin tamamına yakını kapsüllü 6x3,5x2 cm lobüle görünümlü elastik kıvamda kirli beyaz renkteydi (Şekil 4). Post-operatif patoloji sonucu fokal fibroz ve psödoanjimatöz stromal hiperplazi alanları içinde kondroid ve osteoid metaplazi içeren fibromatöz mezenkimal tümör olarak rapor edildi. Hastanın 1 yıllık takiplerinde bir komplikasyon ya da nüks ile karşılaşılmadı.



Şekil 4. Post operatif eksize edilen kitlenin makroskopik görünümü.

TARTIŞMA

İnfratemporal bölge tümörleri genellikle büyük boyutlu tümörlerdir. Çünkü tanı genellikle geç olmaktadır. Bu bölgedeki tümörlerinin semptomatik olabilmesi için en az 2,5 cm büyüklükte olmalıdır.

Bu tümörlerin değerlendirilmesinde tümörün histopa-

tolojisi ve yayılımı birincil öneme sahiptir ve tedavide mümkün olduğunca cerrahi eksizyon ön planda olmalıdır. Fakat bu değerlendirme yapılırken nörovasküler komplikasyonlar ve hastanın yaşam kalitesine etkisi özellikle dikkat edilmesi gereken konulardır.

Görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografi kemik orijinli ya da kemiğe infiltre tümörlerde yararlı iken, invazyonun ve intrakranial yayılımı değerlendirmede ise magnetik rezonans kullanılmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme tümörlerin primerini belirlemede de yararlı olabilmektedir⁽⁴⁾. Olgumuzda her iki görüntüleme yöntemi kullanıldı ve operasyon öncesi benign karakterde invazyon göstermeyen kitle olarak değerlendirildi.

İntrakraniyal uzanım şüphesi var ise kesinlikle nöroşirurji konsültasyonu istenmelidir. Çoğunlukla karşılaşılan sorunlardan önemli biri tümörün kavernoöz sinüs lateral duvarına uzanımıdır. Bu durumda tümörün eksizyonu olası ise cerrahi yaklaşım olarak intrakraniyal yaklaşım kullanılmalıdır. Bu olgumuzda intrakraniyal uzanım olmadığından tranantral ulaşım tercih edildi. Uygun olgularda endoskopik yaklaşım da uygulanan yöntemlerden biridir fakat olgu seçimi iyi yapılmalı ve harekete izin verecek yeterli alanın olması gereklidir⁽²⁾.

Minimal morbidite ve lezyonu mümkün olduğunca iyi ortaya koyabilmek için çeşitli cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlar transoral, transantral, transpalatinal, genişletilmiş maksillotomi, genişletilmiş osteoplastik maksillotomi, transmandibular, transzigomatik, fasiyal translokasyon ve transkranial yöntemlerdir⁽²⁻⁶⁾. Bu olgumuzda hastanın transantral ulaşım transzigomatik yaklaşım ile birlikte kullanılarak kitle çıkarılmıştı.

Hamlyn ve ark.⁽⁷⁾ weber fergusson insizyonu ile zigomayı ayırarak infratemporal bölgeye ulaşımı tanımlamışlardı. Ancak benign tümörlerin eksizyonu için bu ulaşım kozmetik deformite oluşturur. Endoskopik olarak yeterli alanın olmadığı durumlarda sınırlı lateral orital duvar insizyonu ile kitlenin diseke edilemediği alanlarda superiorlardan yaklaşım yapılabilir. Olguda fasiyal sinirden uzak durularak lateral orbita duvarı vertikal 3-4 cm'lik bir insizyonla zigoma turlanarak superior infraorbital fossaya ulaşıldı. Tümör çevre dokulardan rahatlıkla disseke edilerek çıkarıldı.

Pterigopalatin fossa, infra-orbital fossa ve post stiloid kompartmanların endoskopik yöntemle diseksiyonu literatürde tariflenmiştir. Ancak, büyük tümörlerde ve malign infiltratif tümörlerde açık teknik kullanılmaktadır⁽⁸⁾. Bu olguda tümör büyük olduğu için açık teknik tercih edilmiştir.

Gay ve ark.,⁽⁹⁾ komplikasyon olarak, kraniyal sinir etkilenmesini serilerinde % 80 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, beyin omurilik sıvısı (BOS) fistülü % 30, menenjit ise % 10 oranında rapor edilmiştir. Menezes ve ark.⁽¹⁰⁾ ise serilerinde BOS sızıntısı ve kraniyal sinir etkilenmesi bildirilmemiştir. Colli ve Al-Mefty⁽¹¹⁾, cerrahiye bağlı komplikasyon oranını, çoğunluğu kraniyal sinir tutulumu oluşturmak üzere % 60.3, postoperatif mortalite oranını ise % 1.9 olarak rapor etmişlerdir. Olgumuzda intrakraniyal tutulum yoktu ve takiplerde iyileşmede bir komplikasyon olmadı. Post operatif kozmetik deformite gözlemlenmedi.

Bu bölgenin fibro enflamatuvar lezyonlarında radyoterapi de denenmiştir ve benign lezyonlarda alternatif bir tedavi yöntemi oluşturmaktadır⁽¹²⁾.

SONUÇ

İnfratemporal fossa anatomik olarak ulaşımı zor bir alandır. İnfratemporal fossa tümörler cerrahisi deneyim gerektirmektedir. Kraniyal bölgeye yakınlığından dolayı invazyon olduğu durumlarda multi disiplin yaklaşım gerekir. Görüntüleme yöntemleri ile bu bölge günümüzde rahat bir şekilde değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hwang SW, Rahal JP, Wein RO, Heilman CB. Skull Base 2010; 20: 93-9. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1246225> PMID:20808533 PMCID:PMC2853076
2. Tiwari R, Quak J, Egeler S, Smeele L, Waal IV, Valk PV, et al. Skull Base Surg 2000; 10: 1-9. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2000-6789> PMID:17171095 PMCID:PMC1656742
3. Doubleday LC, Ting BS, Wallace S. Computed Tomography of the Infratemporal Fossa. *Neuroradiology* 1981; 138: 619-624.
4. Chong VF. Comparing computed tomographic and magnetic resonance imaging visualization of the pterygopalatine fossa in nasopharyngeal carcinoma. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24: 436-441. PMID:7574428

5. Matheny KE, Duncavage JA. Contemporary indications for the Caldwell-Luc procedure. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 11: 23-6. <http://dx.doi.org/10.1097/00020840-200302000-00005>
6. Maheshwari GU, Chauhan S, Kumar S, Krishnamoorthy S. Access osteotomy for infratemporal tumors: Two case reports. *Ann Maxillofac Surg* 2012; 2: 77-81. <http://dx.doi.org/10.4103/2231-0746.95330> PMID:23483817 PMCID:PMC3591072
7. Hamlyn PJ, Meredith AP, Archer DJ. A further approach to the infratemporal fossa. *J Laryngol Otol* 1986; 100: 675-78. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215100099886> PMID:3723002
8. Rivera-Serrano CM, Terra-Falcon R, Fernandez-Miranda J, Prevedello D, Snyderman CH, Gardner P, et al. Endoscopic endonasal dissection of pterygopalatine fossa, infratemporal fossa, and post-stiloid compartment. *Laryngoscope* 2010; 120(Suppl)4: S244.
9. Gay E, Sekhar LN, Rubinstein E, et al. Chordomas and chondrosarcomas of the cranial base: results and follow-up of 60 patients. *Neurosurgery* 1995; 36: 63-9.
10. Menezes AH, Gantz BJ, Traynelis VC, et al. Cranial base chordomas. *Clin Neurosurg* 1997; 44: 491-509. PMID:10080023
11. Colli BO, Al-Mefty O. Chordomas of the craniocervical junction: follow-up review and prognostic factors. *J Neurosurg* 2001; 95: 933-43. <http://dx.doi.org/10.3171/jns.2001.95.6.0933> PMID:11765837
12. Hoebbers FJ, Ordonez BP, Irish J, Simpson RE, YU E, O'Sullivan B. Progressive tumefactive fibroinflammatory lesion of the infratemporal fossa treated by radiation therapy. *Rare Tumors* 2012; 4: 12. <http://dx.doi.org/10.4081/rt.2012.e12> PMID:22532910 PMCID:PMC3325739

BİLGİLENDİRME

Bu çalışmada herhangi bir firma ya da enstitüsüyle ilişkisi ve fikir ayrılığı yoktur.