

# Nazal Dorsum Yerleşimli Ekstranazofarengial Anjiofibrom: Bu Tümör İçin Nadir Bir Yerleşim

Bilge Türk<sup>1</sup>, Özlem Ünsal<sup>1</sup>, Meltem Akpınar<sup>1</sup>, Şermin Tülay Başak<sup>2</sup>, Berna Uslu Coşkun<sup>1</sup>

## ÖZET:

Nazal dorsum yerleşimli ekstranazofarengial anjiofibrom: Bu tümör için nadir bir yerleşim

**Amaç:** Nadir görülmesine rağmen burun kitlelerinin ayırıcı tanısında ekstranazofarengial anjiofibrom tanısı da akılda tutulmalıdır. Nazal tip ve lateral nazal bölgede yerleşimli nadir görülen bir ekstranazofarengial anjiofibrom olgusu sunduk.

**Olgu:** Nazal tip sol tarafında kitlesi olan 43 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Burun tıkanıklığı ve burun ucunda şişlik şikayeti olan hastanın kitlesi cerrahi olarak eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu ekstranazofarengial anjiofibrom olarak raporlandı. Olgu hastaliksız olarak takip edilmektedir.

**Sonuç:** Ekstranazofarengial anjiofibromlar (ENA) nadirdirler ve klinik ve radyolojik özellikler açılarından nazofarengial anjiofibromlardan farklıdırlar. Dolayısıyla nadir görülmesine rağmen tek taraflı nazal kitlelerde ve dirençli epistaksis vakalarında hastanın yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak ayırıcı tanı da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Anjiofibrom, benign tümör, burun, ekstranazofarengial anjiofibrom

## ABSTRACT:

Extranasopharyngeal angiofibroma originating from the nasal dorsum: a rare location for this tumor

**Objective:** Although it is a rare condition, the diagnosis of extranasopharyngeal angiofibroma should be considered in differential diagnosis of nasal masses. We presented a rare case of extranasopharyngeal angiofibroma originating from left lateral side of nasal tip in this report.

**Case:** 43 year old man with a mass of extranasopharyngeal angiofibrom located on the left lateral side of the nasal tip is presented. Nasal mass of the patient leading nasal obstruction and swelling at the nasal tip is surgically removed. Histopathological examination revealed extranasopharyngeal angiofibrom. The patient is on follow up and free of disease.

**Result:** Extranasopharyngeal angiofibromas are rare and differ from nasopharyngeal angiofibromas regarding clinical and radiological features. Although it is rare, this diagnosis should be considered in differential diagnosis of a patient with one sided nasal mass and/or with refractory epistaxis, regardless of the patients's age or sex.

**Keywords:** Angiofibrom, benign tumor, nose, extranasopharyngeal angiofibrom

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2017;51(X):XX-XX



<sup>1</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul - Türkiye

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Bilge Türk,  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail:  
drbilgeturk@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
20 Nisan 2017 / April 20, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
8 Mayıs 2017 / May 8, 2017

## GİRİŞ

Juvenil nazofarengial anjiofibrom (JNA) histolojik olarak benign, kapsülsüz ve vasküler kaynaklı bir tümör olup, nazofarenksten gelişerek çevre dokulara tüm yönlerde yayılma eğilimi gösterir. Genellikle 7-19 yaşları arasındaki adolesan erkek hastalarda

görülür ve lokal destrüksiyon yapar (1,2).

Ekstranazofarengial anjiofibromlar (ENA) nadirdirler ve klinik ve radyolojik özellikler açılarından nazofarengial anjiofibromlardan farklıdırlar; tüm yaş gruplarında ve kadınlarda görülebilirler. Daha az vaskülerdirler ve değişik bölgelerden kaynaklanabilirler. Semptomlar bulunduğu bölgeye göre farklı

liklar gösterir. En sık maksiller sinüs, sonra sırasıyla etmoid sinüs ve nazal septumda görülürler. Semptomlar lokalizasyona göre değişir (3,4).

Bu yazıda burun tipinde ve lateral nazal bölgeye yerleşimli nadir görülen bir ekstranazofarengal anjiofibrom olgusu sunduk.

## OLGU

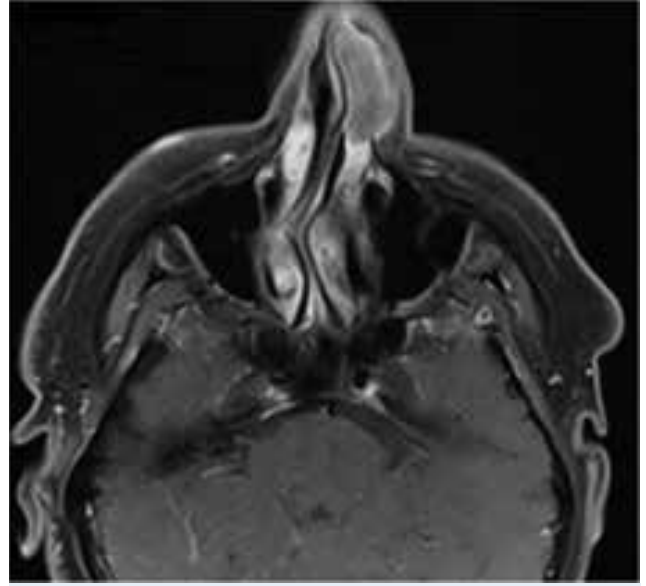
43 yaşında erkek hasta 7-8 aydır burun sol tarafından nefes alamama ve aynı tarafta burun ucunda birkaç aydır zamanla büyüyen şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 17 yıl önce burun travması geçirdiğini ifade eden hastanın yapılan fizik muayenesinde nazal dorsumda solda cilt altında palpe edilen, ciltte kabarıklığa yol açan yaklaşık 3x3 cm'lik kitlesel lezyon ele geliyordu. Kitlesel lezyonun solda septum ile alar kartilaj bileşkesinden başladığı, laterale döndüğü ve alar kartilajda kabarıklığa yol açtığı, internal nazal valvi kapattığı ve nazal dorsumda solda kabarıklık şeklinde devam ettiği görüldü. Baş boyun muayenesinde solda üst juguler bölgede milimetrik lenfadenopatiler palpe edildi.

Paranasal sinüslerin manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol nazal vestibülü ve pasajı tama yakın oblitere eden, septum alar kartilajı içine alan 33x10 mm boyutlarında benign kitlesel lezyon gözlemlendi (Şekil-1,2).

Boyunda bilateral sferik konfigürasyonlu lenf nodları görülmesi üzerine çekilen pozitron emisyon tomografi (PET) görüntülemesinde sol anterior nazal kaviteyi dolduran, septumu da içine alarak septumda sağa deviasyon oluşturan cilt-cilt altı doku ile lateralde kemik dokuyu invaze eden, 31x19 mm aksiyel boyutlarında malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu gösteren (SUV max:4.3) kitlesel lezyon izlendi.

Paranasal sinüslerin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde sol anterior nazal pasajı tamamen oblitere eden, septumun anterior kartilaj komponentinden köken alıp eksternal naresi superiorından çevreleyerek alar loja doğru uzanan geniş yumuşak doku kitle lezyonu gözlemlendi.

İnce iğne aspirasyon biyopsi sonucu nondiagnostik idi. Yapılan insizyonel biyopsi tanısının fibrozis

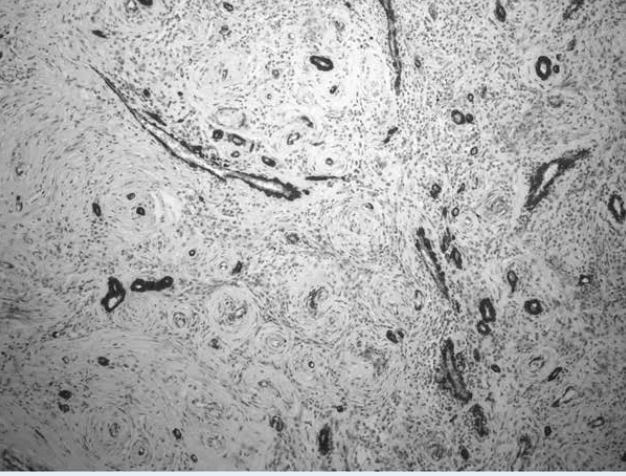


**Şekil-1:** Olgunun paranasal sinüs MR görüntülemesinde sol nazal vestibülü ve pasajı tama yakın oblitere eden, septum alar kartilajı içine alan 33x10 mm boyutlarında benign kitlesel lezyon, aksiyel kesit.



**Şekil-2:** Olgunun paranasal sinüs MR görüntülemesinde sol nazal kaviteyi oblitere eden kitlesel lezyonun koronal kesit bir görüntüsü.

olarak tespit edilmesi üzerine genel anestezi altında kitle cerrahi olarak total eksize edildi. Operasyon sırasında kitlenin medialde nazal tip ve septuma, lateralde apertura priformise, süperiorda upper lateral kartilaj ve nazal kemiğe uzandığı, inferiorda alar kartilaj lateral krusunu çevrelediği gözlemlendi. Kitle



**Şekil-3:** Histopatolojik incelemede zeminde belirgin ve yoğun fibröz stromadaki artmış vasküler yapılar özel CD34 immünohistokimyasal boya ile gösterilmiştir. Büyütme X100.

cilt altına yerleşimli, sarı renkli ve semisolid kıvamdaydı. Histopatolojik incelemesinde özel CD34 immünohistokimyasal boya ile belirgin artmış vasküler yapılar gösterildi ve anjiofibrom (Şekil-3) olarak raporlandı. Olgu hastaliksiz olarak izlenmektedir.

## TARTIŞMA

Juvenil nazofarengeal anjiofibrom (JNA) nazofarenksten gelişerek çevre dokulara tüm yönlerde yayılma eğilimi gösteren, histolojik olarak benign, kapsülsüz ve vasküler kaynaklı bir tümördür. Genellikle 7-19 yaşları arasındaki adolesan erkek hastalarda görülür ve lokal destrüksiyon yapar (1,2). Baş boyun kanserlerinin %0.5'lik bir bölümünü oluşturur. Asıl kaynaklandığı bölge sfenopalatin foramen arka üst kısım çevresindeki yapılardır ve yavaş ve sessiz ilerleyen bir tümördür. Etioloji tam olarak bilinmemektedir. Güçlü yaş ve cinsiyet korelasyonu pitüiter-androjen-östrojen sisteminin hormonal bir bozukluğu olabileceğine işaret eder fakat halen bu hipotezi kanıtlayan bir delil yoktur (3). İlerleyen nazal obstrüksiyon ve rekürren epistaksis en sık görülen semptomlardır (5).

Anjiofibromlar sporadik olarak ektranazofarengeal yerleşimli olarak bildirilmişlerdir. Nomura ve arkadaşları alt konkadan, Huang ve arkadaşları orta

konkadan kaynaklanan anjiofibrom olgusu bildirmişlerdir (1,2). Szymanska ve arkadaşları (3) 1 larengeal, 1 oral, 1 infratemporal fossa ve 7 tane nazal septumdan kaynaklanan 10 olguluk ENA bildirmişlerdir.

Ektranazofarengeal anjiofibromlar (ENA) nadirdirler ve klinik ve radyolojik özellikler açısından nazofarengeal anjiofibromlardan farklıdırlar; tüm yaş gruplarında ve kadınlarda görülebilirler. Daha az vaskülerdirler ve değişik bölgelerden kaynaklanabilirler. Semptomlar bulunduğu bölgeye göre farklılıklar gösterir. En sık maksiller sinüs, sonra sırasıyla etmoid sinüs ve nazal septumda görülürler (3,4). Sunulan olgu 43 yaşında erkek hastaydı ve kitlenin yerleşimi bu tümörün yerleşimi için çok nadir olarak bildirilen nazal dorsumdaydı.

Histopatolojik olarak tipik JNA'da, fibröz stroma içine gömülmüş, tek kat endotel hücrelerinden oluşan sayısız geniş, irregüler damarlar görülür. Vasküler komponent çok fazladır ve bu cerrahi ve biyopsi sonrası aşırı kanamalara neden olabilir (3,6). Aynı zamanda bu vasküler içerik BT ve MR görüntülemesinde yoğun kontrast tutulumu ile karakterizedir. ENA ise histopatolojik olarak daha heterojen bir gruptur. Her zaman vasküler komponent dominant değildir. Dolayısıyla kontrast tutulumu fazla olmayabilir. Farklı lokalizasyonlardan dolayı radyolojik bulgular da değişiklik gösterir (7). Sunulan hastanın yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ve insizyonel biyopsisi sırasında aşırı kanama bulgusu saptanmadı.

Tedavide ENA'larda da JNA'da olduğu gibi cerrahi ilk seçenektir. Cerrahi yaklaşım tümörün bulunduğu lokalizasyona ve boyutuna göre belirlenir. Çıkarılamayan lezyonlarda radyoterapi uygulanabilir. Literatürde rekürren olgu bildirilmemiştir.

Bu yazıda nasal tip ve lateral nazal bölge yerleşimli nadir görülen bir ektranazofarengeal anjiofibrom olgusu sunduk. Hastanın yaşı, kitlenin bulunduğu bölge ve insizyonel biyopsi sonucu her ne kadar anjiofibrom tanısından bizi uzaklaştırırsa da kitlenin histopatolojik incelemesi anjiofibrom olarak raporlandı. Bu tümör için son derece nadir bir lokalizasyon olmasına rağmen bu bölge tümörlerinde ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir.

Sonuç olarak ENA her yaş grubunda ve kadınlar-

da görülmesi, değişik bölgelerden kaynaklanması, daha az vasküler olması, orijin aldığı bölgeye göre değişik semptomlar oluşturabilmesi nedeniyle JNA'dan klinik ve radyolojik olarak ayrılır. Nadir

görülmesine rağmen tek taraflı nazal kitlelerde ve dirençli epistaksis vakalarında hastanın yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Nomura K, Shimomura A, Awataguch T, Murakami K, Kobayashi T. A case of angiofibroma originating from the inferior nasal turbinate. *Auris Nasus Larynx* 2006; 33: 191-3. [CrossRef]
2. Huang RY, Damrose EJ, Blackwell KE, Cohen AN, Calcaterra TC. Extranasopharyngeal angiofibroma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 56: 59-64. [CrossRef]
3. Szymanska A, Szymanski M, Morshed K, Czekańska-Chehab E, Szczerbo-Trojanowska M. Extranasopharyngeal angiofibroma: clinical and radiological presentation. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013; 270: 655-60. [CrossRef]
4. Correia FG, Simoes JC, Mendes-Neto JA, Seixas-Alves MT, Gregorio LC, Kosugi EM. Extranasopharyngeal angiofibroma of the nasal septum-uncommon presentation of a rare disease. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013; 79: 646. [CrossRef]
5. Akbas Y, Anadolu Y. Extranasopharyngeal angiofibroma of the head and neck in women. *Am J Otolaryngol* 2003; 24: 413-6. [CrossRef]
6. Garcia-Rodriguez L, Rudman K, Cogbill CH, Loehrl T, Poetker DM. Nasal septal angiofibroma, a subclass of extranasopharyngeal angiofibroma. *Am J Otolaryngol* 2012; 33: 473-6. [CrossRef]
7. Lerra SL, Nazir T, Khan N, Qadri MS, Dar NH. A case of extranasopharyngeal angiofibroma of the ethmoid sinus: a distinct clinical entity at an unusual site. *Ear Nose Throat J* 2012; 91: 15-7.