

Nazal Kavitede Kitle Görünümü Veren Fibröz Displazi

Dr. İlhan Nahit MUTLU (1), Dr. Mustafa H. KÜÇÜKİSLAMOĞLU (1), Dr. A. Yüksel BARUT (2)

ÖZET

Fibröz displazi, normal kemiğin immatür ve az mineralize olmuş fibröz doku ile yer değiştirdiği benign bir hastalıktır (1). Olguların 0/070'inde monostotik, 0/030'unda poljostotik formdadır. Poljostotik formda sıklıkla unilateral tutulum görülür. Kemik lezyonlarının lokalizasyon ve dağılımı çok farklı olabilir. En sık rastlandığı bölgeler, kostalar, femur, tibia ve humerustur. Kranyofasiyal tutulum, monostotik formda %10, poljostotik formda %50 oranında görülür (2). Kalvariumda en sık tuttuğu kemikler sırasıyla ethmoid, sfenoid, frontal ve temporal kemiklerdir (3). Nazal kavite yerleşimli diğer fibroosseöz lezyonlarla bazı ortak özellikleri nedeniyle ayırıcı tanı zor olabilmektedir. Radyolojik olarak, en ayırt edici özelliği, keskin kontur göstermemesi, kemik yapıda kalınlaşma ve buzlu cam görünümü vermesidir(3). Bu olguyu radyolojik görünümün fibröz displazi için atipik olması ve diğer benign fibroosseöz lezyonları düşündürmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Nazal Kavite, fibröz displazi, Tomografi,

SUMMARY

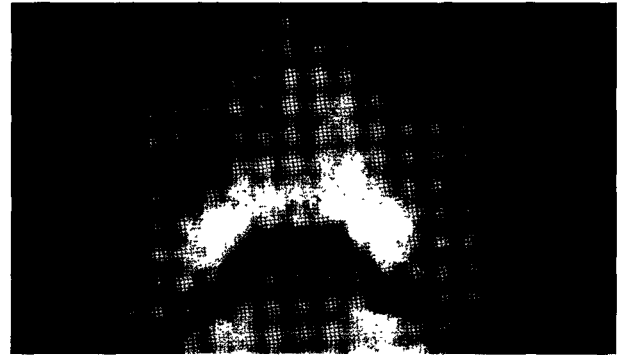
Case Report: Mass appearing fibrous dysplasia in nasal cavity
Fibrous dysplasia is a benign disorder in which normal bone is replaced by irregular trabeculae of immature, poorly mineralized fibrous tissue. The lesion is seen in cranio-fascial region 10% of monostotic form and 50% of polyostotic form. In this report, atypical radiological appearance of fibrous dysplasia in nasal cavity is presented.

Key Words: Nasal cavity, Fibrous dysplasia, Tomography, x-ray computed.

OLGU BİLDİRİSİ

İki ay önce başlayan burun tıkanıklığı yakınmasıyla hastanemize başvuran 9 yaşında erkek hasta, konka büllöza ön tanısı ile Kliniğimize gönderildi. Waters radyogramında (Resim-1) sol ethmoid hücrelerin ve nazal kavite sol yarısının opak görünümde olduğu, sol maksiller sinüs havalanmasının tamamen kaybolduğu görülüyor. Septum nazı hafifçe sağa deviye görünümde. Sağ maksiller sinüs duvarında retansiyon kisti ile uyumlu olabilecek keskin sınırlı opasite izleniyor. Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemede (Resim2,3,4) sol ethmoid hücreleri ve nazal kavite sol yarısını tamamen dolduran, septum nazıyı sağa deplase eden, sol maksiller sinüs duvarında belirgin incelmeye yol açan, çevre yapılarla sınırı net olarak ayırt edilebilen, düzgün sınırlı, kemik yapıya göre daha düşük dansitede, hiperdens görünümde, kontrast-

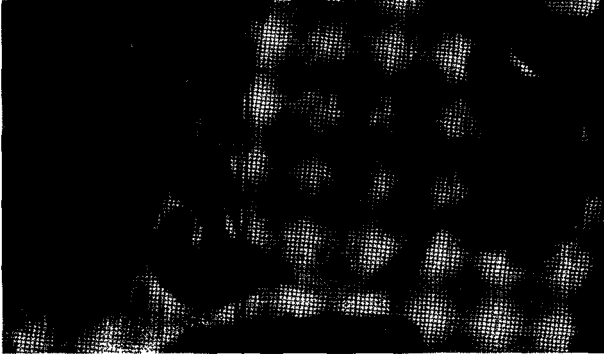
lı incelemede periferinden hafifçe kontrast tutulumu gösteren kitle lezyonu saptandı. Sol nazal kavite içerisinde konkalar net olarak ayırt edilemiyor. Sol maksiller sinüs havalanması tamamen kaybolmuş ve sinüzite bağlı olarak yumuşak doku yoğunluğu izleniyor. Sağ maksiller si-



Resim 1: Waters radyogramında sol ethmoid hücreler, nazal kavite sol yarısı ve sol maksiller sinüs havalanması kaybolmuş. Sağ maksiller sinüste retansiyon kisti izleniyor.



Resim 2: BT incelemede sol ethmoid sellülleri ve nazal kavite sol yarısını tamamen dolduran, sol maksiller sinüs duvarında belirgin incelmeye yol açan, hiperdens görünümde düzgün sınırlı kitle lezyonu izleniyor



Resim 3: Yumuşak doku penceresinde dansitenin özellikle lezyonun orta kesimlerinde kemik yapı ile yumuşak doku arasında olduğu görülüyor.



Resim 3: Kontrastlı BT incelemede lezyonun periferinde hafif bir kontrast tutulumu izleniyor

nüste de bir adet retansiyon kisti mevcut. Histopatolojik incelemede lezyon fibröz displazi olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Kranyofasiyal kemiklerin fibroosseöz lezyonları, sınıflaması ve tedavisi zor olan bir lezyonlar grubudur.

Lezyonların ortak özelliği, değişen oranlarda mineralize olmuş benign fibröz dokunun kemiğin yerini almasıdır. Bu bölgedeki lezyonlar iki gruba ayrılabilir; birincisi fibröz displazi ikincisi ise periodontal ligaman kaynaklı lezyonlar. İkinci grup içerisinde ossifiye fibroma, sementifiye fibroma, semento-osifiye fibroma ve periapikal sementel displazi gibi lezyonlar yer almaktadır (4). Fibröz displazide klinik bulgular tutulan kemiğe ve tutulumun derecesine göre değişir. Örneğin görme ile ilgili komplikasyonlar sfeno-ethmoidal kompleks, iştme bozuklukları temporal kemik tutulumunda, dişlerde yer değiştirme ise mandibula ve maksilla tutulumunda ortaya çıkar. Ancak en sık klinik bulgu fasiyal asimetri ve asemptomatik şişliktir (3). Hastalık, bulgularını genellikle geç çocukluk ve erken adolesan çağda gösterir. Radyolojik bulgular gelişimin evresine ve lezyondaki kemik matriks miktarına bağlıdır. Radyolüsen alanlardan geniş sklerotik alanlara dek farklı bulgular saptanır. Erken dönemde lezyon radyolüsenttir ve göreceli olarak iyi sınırlıdır. Lezyon ilerledikçe buzlu cam görünümü hakim olmaya başlar. Keskin bir sınırının olmaması en önemli özelliklerinden biridir. Çevre kemiklerle devamlılık halinde olup, kemiklerde kalınlaşmaya yol açar.

Periodontal ligaman kaynaklı lezyonlardan olan ossifiye fibroma, sıklıkla çene kemiklerinde görülen, iyi sınırlı, yavaş büyüme gösteren benign bir lezyondur. Juvenil formu dışındakiler sıklıkla 3. ve 4. dekatta ve kadınlarda daha sık olarak görülürler (5). En sık tutulan kemik, molar bölgede daha sık olmak üzere mandibuladır. Ancak diğer fasiyal kemiklerde de ektopik periodontal membrandan kaynaklanabilirler (6). Radyolojik olarak, yuvarlak düzgün sınırlı, ekspansil kitleler olarak görülürler. BT'de geniş non-ossifiye fibröz doku yoğunluğunda alanlar izlenir. Bazen periferlerinde ince kalsifiye bir tabaka bulunabilir. Fibröz displaziden en iyi ayırt edici özelliği çevresindeki normal dokulardan iyi bir sınır ile ayrılmasıdır (7,8). Ossifiye fibromlar lokal agresif kitlelerdir ve cerrahi sonrası rekürrens görülebilir.

Bizim olgumuzda lezyon, fibröz displazide olduğu gibi komşu kemik yapılarla devamlılık gösterip, kalınlaşmalarına yol açmamıştı. Buzlu cam görünümü de izlenmiyordu. Tersine, fibröz displazi dışındaki diğer benign fibro-osseöz lezyonları düşündürecek, düzgün sınırlı, çevre kemik yapılardan net olarak ayırt edilebilen bir kitle formasyonu gösteriyordu. Ancak histopatolojik incelemede; sellüler fibröz doku içinde dar, ince, bir kısmı balık oltası tipinde kıvrımlı, belirgin osteoblastik çevrelenme göstermeyen kompakt kemik trabekülleri görülmesi lezyonun fibröz displazi olduğunu ortaya koydu.

Ethmoid sinüs ve nazal kavite yerleşimli lezyonların ayırıcı tanısında osteosarkom, kondrosarkom ve epitelyal orjinli malign lezyonlar da düşünülmelidir. Ancak bu

lezyonlar, radyolojik, klinik ve histolojik özellikleri ile kolayca ayırt edilebilirler(9).

Fibröz displazi oldukça vasküler bir lezyondur. Operasyon sırasında transfüzyon gerektirecek ağır kanamaya sebep olabilir (2). Bu yüzden, bizim olgumuzda olduğu gibi atipik görünümlü lezyonların preoperatif olarak tanınması hayati önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- **Sutton D.** Textbook of Radiology and İmaging. 6th Ed. New York: Churchill Livingstone, 1998;1302.
- 2- **Stompro BE, Bunkis J.** Surgical treatment of nasal obstruction secondary to craniofacial fibrous dysplasia. J. Plas. Recon. Surg. 1990; 85 : 107-111.
- 3- **Mohammadi-Araghi H, Haery C.** Fibro-osseous lesions of craniofacial bones. Radiol Clin North Am 1993; 31 : 121-134 .
- 4- **Waldron CA, Giansanti JS:** Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A clinical-radiologic-histologic review of sixty-five cases. Part I Fibrous dysplasia of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973; 35: 190-201.
- 5- **Waldron CA, Giansanti JS:** Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A clinical-radiologic-histologic review of sixty-five cases. Part II Benign fibro-osseous lesions of periodontal ligament origin. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973; 35:340-50.
- 6- **Bertrand B, Eloy P.** Cornelis P et al. Juvenile aggressive cemento-ossifying fibroma. Laryngoscope 1993; 103: 1385-90.
- 7- **Saito K, Fukuta K, Takahashi M.** Benign fibro-osseous lesions involving the skull base, paranasal sinuses and nasal cavity. J. Neurosurg. 1998; 88:1116-9.
- 8- **Engelbrecht V, Preis S, Hassler W.** CT and MR of congenital sinonasal ossifying fibroma. Neuroradiology 1999 ; 41: 526-9.
- 9- **Yazgan Ç, Fitoz S, Atasoy P, Akyar S.** Ekzoftalmusa yol açan etmoid sinüs semento-osifiye fibromu. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2003; 9:192-4.