



## Yan burun duvarından kaynaklanan lobüler kapiller dev hemanjiyom

### *A lobular capillary giant hemangioma originating from the lateral nasal wall*

Mustafa Kaymakçı,<sup>1</sup> Erdoğan Bülbül,<sup>2</sup> Serpil Paksoy,<sup>3</sup> Mustafa Acar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

<sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

<sup>3</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

<sup>4</sup>Eskişehir Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Eskişehir, Türkiye

Lobüler kapiller hemanjiyomlar (LKH) benign, hızlı büyüyen ve fragil kitlelerdir. Bu kitlelerin etyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Nadiren burun duvarından kaynaklanır. Aşırı kanamalı oldukları ve hızlı büyüdükleri için klinik uygulamada LKH'ler genellikle kötü huylu tümörler ile karıştırılır. Bu yazıda, ameliyat öncesi embolizasyon yapılmaksızın endoskopik yaklaşım ile eksize edilen, yan burun duvarından kaynaklanan bir dev LKH olgusu literatür eşliğinde tartışıldı.

**Anahtar Sözcükler:** Embolizasyon; endoskopik sinüs cerrahisi; hemanjiyom; piyojenik granüloma.

Lobular capillary hemangiomas (LCHs) are benign, rapidly growing, and fragile masses. The etiology of these masses is unclear. They are rarely originated from the nasal wall. Due to massive bleeding nature and rapidly growing, LCH are usually misdiagnosed as malignant tumors in clinical practice. In this article, we describe a case of a giant LCH originating from the lateral nasal wall, which was excised endoscopically without preoperative embolization in the light of the literature.

**Key Words:** Embolization; endoscopic sinus surgery; hemangioma; pyogenic granuloma.

Lobüler kapiller hemanjiyom (LKH) veya piyojenik granüloma (PG); benign, hızlı büyüyen, fragil yapıda fibrovasküler bir lezyondur.<sup>[1-3]</sup> Travma ve hormonal nedenler suçlansa da etyolojisi tam olarak açıklanamamıştır.<sup>[1,4,5]</sup> Hızlı büyüyen ve kanamalı bir lezyon olmasından dolayı sinonazal maligniteler ile karışabilir. Lobüler kapiller hemanjiyomların %60'ı baş boyun bölgesindedir.<sup>[6,7]</sup> En sık dişetinde görülmekle birlikte dudaklar, dil, yanak mukozası ve damakta da görülebilir.<sup>[8]</sup> Nazal hemanjiyomlar ise son derece nadir görülen patolojilerdir ve sıklıkla septumdan köken alırlar.<sup>[9,10]</sup> Tedavisi cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Tümörün tamamen çıkarıldığı olgularda nüks nadirdir. Tümör vaskülarizasyonunun fazla olmasından dolayı ameliyat öncesi embolizasyon önerilmektedir.<sup>[1]</sup>

Biz bu olgu sunumunda; yan burun duvarından köken alan ve ameliyat öncesi embolizasyon uygulandıktan endoskopik olarak eksize ettiğimiz bir dev LKH olgusunu literatür eşliğinde tartıştık.

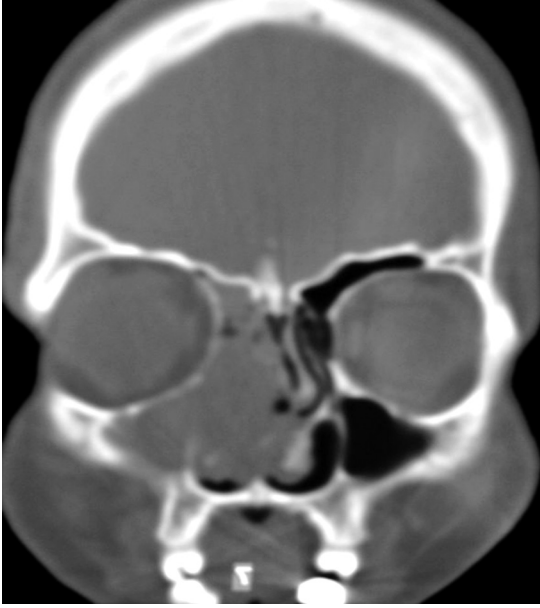
### OLGU SUNUMU

Burun tıkanıklığı ve burun kanaması yakınması ile başvurduğu başka bir sağlık kurumundan burunda kitle ön tanısı ile polikliniğimize sevk edilen 26 yaşındaki erkek hastanın endoskopik muayenesinde sağ burun boşluğunu dolduran pembe renkli üzeri yer yer krutlu ve kanamalı kitle vardı. Hastanın son üç aydır aralıklı burun kanaması ve giderek artan burun tıkanıklığı yakınması vardı. Travma öyküsü yoktu. Otoskopik muayenesi

Geliş tarihi: 18 Kasım 2013 Kabul tarihi: 16 Ocak 2014

İletişim adresi: Dr. Mustafa Kaymakçı, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, 10010 Balıkesir, Türkiye.  
Tel: 0266 - 612 14 54 e-posta: mbkaymak@yahoo.com

© 2014 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı



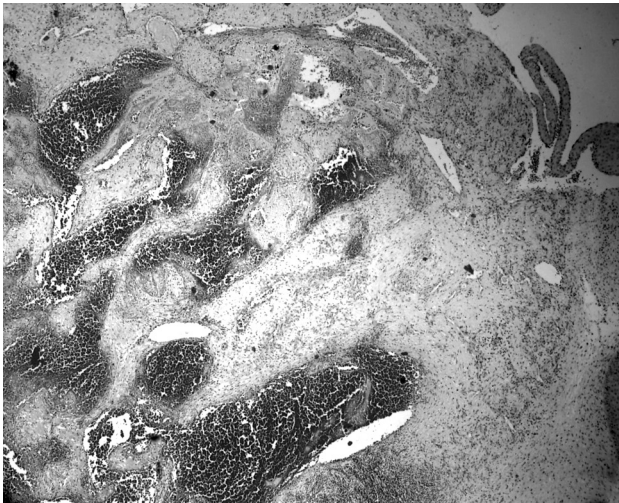
Şekil 1. Ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi incelemesi.



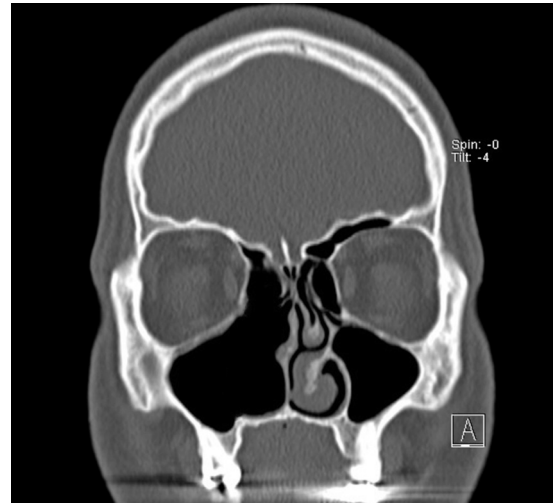
Şekil 2. Ameliyat öncesi manyetik rezonans incelemesi.

doğaldı. Fasiyal ağrı, asimetri veya kraniyal sinir patolojisi yoktu. Orofarenks muayenesi doğaldı ve göz hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde sağ burun boşluğunu dolduran yumuşak doku yoğunluğunda kitle vardı (Şekil 1). Paranasal sinüs manyetik rezonans (MR) incelemesinde sağ frontal ve maksiller sinüste sıvı retansiyonu vardı (Şekil 2). Lokal anestezi altında kitleden punch biyopsi alındı. Biyopsi sonrası kanama kontrolü ön tampon konularak sağlandı. Biyopsi sonucu LKH olarak bildirildi. Hastaya genel anestezi altında endoskopik endonazal yaklaşım ile kitlenin çıkarılması planlandı. Ameliyat sırasında

oluşabilecek aşırı kanama nedeniyle açık cerrahi geçme ihtimali olduğundan, buna yönelik cerrahi saha temizliği ve ekipman hazırlığı önceden yapıldı. Ameliyat öncesi embolizasyon yapılmadı. Ameliyat sırasında sağ burun boşluğunun endoskopik muayenesinde lateral burun duvarından köken alan ve tüm burun boşluğunu dolduran pembe-mor renkli frajil kitle ile karşılaşıldı. Kitle 5x4x4 cm boyutlarında idi ve endoskopik olarak çıkarıldı. Kitle alt konka  $\frac{1}{3}$  orta kısmından köken almakta idi. Bu kısım da alınan örneğe dahil edildi. Ameliyat esnasında yaklaşık 350 mL kanama oldu ve kan transfüzyonuna gerek olmadı. Histolojik incelemede; LKH olarak bildirildi



Şekil 3. İnce damar duvarları ve gevşek kanamalı bağ dokusu alanları (H-E x 40).



Şekil 4. Ameliyat sonrası 14. ay kontrol bilgisayarlı tomografisi.

(Şekil 3). Hasta, ameliyat sonrası 14. ayında ve nüksüz takip edilmektedir (Şekil 4).

## TARTIŞMA

Literatürde, ilk nazal PG olgusu 1940 yılında Frank ve Bland<sup>[8]</sup> tarafından yayınlanmıştır. Piyojenik granüloma tanımı bu tümörler için gerçekte yanlış bir tanımlamadır. Bu tümörler, piyojenik yapıda olmadığı gibi granülamatöz bir şekli de yoktur.<sup>[11-13]</sup> Bu nedenle 1980 yılında Mills ve ark.<sup>[11]</sup> PG yerine LKH tanımını kullanmıştır.

Lobüler kapiller hemanjiyom, makroskopik olarak düzensiz, frajil ve üzeri yer yer ülsere yapıdadır. Histolojik olarak farklı hücresel yoğunluk alanları içerebilir. Bir bölgede yoğun endotelial hücre kümeleri var iken bir diğer bölge de tek katlı endotelial hücreler ile sarılı genişlemiş kapiller alanlar bulunabilir.<sup>[14]</sup> Yoğun mitotik aktivite alanları olabilir. Ancak LKH benign bir tümördür ve atipik mitoz görülmez.<sup>[13,15]</sup> Hemanjiyoperistoma, anjiyosarkom, kaposi sarkomu ve hemanjiyosarkom ile ayırıcı tanısı önemlidir.<sup>[1,4,5]</sup>

Lobüler kapiller hemanjiyom, üçüncü dekatta pik yapsa da herhangi bir yaşta görülebilir.<sup>[11,16]</sup> Kadınlarda daha sık görülür. Etyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. En sık suçlanan nedenler östrojen hormonu ve travmadır.<sup>[1,4,5]</sup> Lobüler kapiller hemanjiyom, hormon sensitiftir ve oral kontroseptiflerin kullanımı tümör insidansını artırmaktadır.<sup>[16]</sup> Özellikle gebeliğin son iki trimesterinde sıklığı artar. Bu nedenle "gebelik tümörü" olarak da nitelendirilir. Bizim olgumuz ise erkek idi. Etyolojide suçlanan diğer bir neden ise travmadır. Bu hastalarda müköz membranların lokal travması aşırı enflamatuvar yanıtı neden olur. Literatürde burun tamponu sonrası gelişen LKH olguları bildirilmiştir.<sup>[5,17]</sup> Bizim olgumuzda travma öyküsüne rastlanmadı.

Hastalardaki en sık yakınmalar; burun kanaması, burun tıkanıklığı ve koku alamamadır. Ağrı yakınması yoktur. Lezyon anterior rinoskopi veya endoskopik muayenede; gri-pembe renkte, frajil, lobüle kitle olarak görülür. Küçük lezyonlarda pedinkül tanınabilir. Burun içi kitlelerin ameliyat öncesi tanısında biyopsi değerli ise de bu olgularda can sıkıcı kanamalara neden olabilir. Bizim olgumuzda da burun tıkanıklığı ve burun kanaması yakınması var iken, ağrı ve görme sorunu yoktu. Lezyon büyük olmasına karşın ameliyat sırasında kitlenin alt konkadan köken aldığı görüldü ve alt konka da çıkarılarak cerrahi örneğe katıldı. Radyolojik incelemede spesifik bir bulgusu yoktur. Paranasal sinüs BT'sinde kitle yumuşak doku yoğunluğundadır ve bası etkisine bağlı olarak çevre kemik yapılarında bölgesel yıkım alanları olabilir.<sup>[6]</sup> Bizim olgumuzda da maksilla dış duvarında kısmi yıkım izlendi.

Bu ve benzeri olguların tedavisi cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Nazal/paranasal sinüs kaynaklı LKH'ler endoskopik yolla çıkarılabilir. Bu olguda kitle büyük ve aşırı frajil olmasına rağmen endoskopik yaklaşım ile yeterli görüş imkanı sağlandı ve kitle total olarak çıkarıldı. Literatürde konu halen tartışmalı olsa da; LKH'lerin yüksek oranda vasküler tümör olmaları nedeniyle, özellikle endoskopik yaklaşım ile ameliyat edilecek hastalara ameliyat öncesi embolizasyon önerilmektedir.<sup>[1]</sup> Bu olguda embolizasyon yapılmadı. Ameliyat süresince yaklaşık 350 ml kanama oldu ancak kan transfüzyonuna gerek görülmedi.

Sonuç olarak:

- Lobüler kapiller hemanjiyom (piyojenik granüloma) etyolojisi henüz tam olarak açıklanamamış, benign, hızlı büyüyen, frajil yapıda bir fibrovasküler bir lezyondur.
- Hamilelerde görülme sıklığı daha fazladır ve doğum sonrası ilk iki ayda gerileme eğilimindedir.
- Hızlı büyüyen ve aşırı kanamalı bir kitle olması nedeniyle ameliyat öncesi biyopsi ile malignitelere ayırımı yapılmalıdır.
- Tedavide; endoskopik yaklaşım ile total cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir. Ameliyat öncesi embolizasyon şart değildir.

## Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

## Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Delbrouck C, Chamiec M, Hassid S, Ghanooni R. Lobular capillary haemangioma of the nasal cavity during pregnancy. *J Laryngol Otol* 2011;125:973-7.
2. Jones JE, Nguyen A, Tabae A. Pyogenic granuloma (pregnancy tumor) of the nasal cavity. A case report. *J Reprod Med* 2000;45:749-53.
3. Choudhary S, MacKinnon CA, Morrissey GP, Tan ST. A case of giant nasal pyogenic granuloma gravidarum. *J Craniofac Surg* 2005;16:319-21.
4. Lim IJ, Singh K, Prasad RN, Chan HL, Lam RS, Ratnam SS. 'Pregnancy tumour' of the nasal septum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994;34:109-10.
5. Simic R, Vlahovic A, Subarevic V. Treatment of nasal hemangiomas. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73:1402-6.

6. Lance E, Schatz C, Nach R, Thomas P. Pyogenic granuloma gravidarum of the nasal fossa: CT features. *J Comput Assist Tomogr* 1992;16:663-4.
7. Takeda K, Takenaka Y, Hashimoto M. Intraosseous hemangioma of the inferior turbinate. *Case Rep Med* 2010;2010:409429.
8. Frank I, Blahd M. Pyogenic granuloma of the nasal fossa. *Arch Otolaryngol* 1940;31:919-24
9. Kapella M, Panosetti E, Rombaux P, Delos M, Weynand B. Lobular capillary haemangioma of the nasal cavity: observation of three specific cases. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2001;55:241-6.
10. Kapadia SB, Heffner DK. Pitfalls in the histopathologic diagnosis of pyogenic granuloma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1992;249:195-200.
11. Mills SE, Cooper PH, Fechner RE. Lobular capillary hemangioma: the underlying lesion of pyogenic granuloma. A study of 73 cases from the oral and nasal mucous membranes. *Am J Surg Pathol* 1980;4:470-9.
12. Lance E, Schatz C, Nach R, Thomas P. Pyogenic granuloma gravidarum of the nasal fossa: CT features. *J Comput Assist Tomogr* 1992;16:663-4.
13. Kerr DA. Granuloma pyogenicum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951;4:158-76.
14. Bhattacharyya N, Wenokur RK, Goodman ML. Endoscopic excision of a giant pyogenic granuloma of the nasal cavity caused by nasal packing. *Rhinology* 1997;35:44-5.
15. Lee HM, Lee SH, Hwang SJ. A giant pyogenic granuloma in the nasal cavity caused by nasal packing. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002;259:231-3.
16. Nichols GE, Gaffey MJ, Mills SE, Weiss LM. Lobular capillary hemangioma. An immunohistochemical study including steroid hormone receptor status. *Am J Clin Pathol* 1992;97:770-5.
17. Sheen TS, Ko JY, Hsu YH. Pyogenic granuloma--an uncommon complication of nasal packing. *Am J Rhinol* 1997;11:225-7.