

## Bir Nazal Septal Schwannom Olgusu

### A Case of Schwannoma on the Nasal Septum

Yasin Yağız<sup>1</sup>, Esra Karakaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sivas Numune Hastanesi, KBB Polikliniği, Sivas.

<sup>2</sup>Sivas Numune Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Sivas.

#### Özet

Schwannomlar periferik, kranial ve sempatik sinirlerdeki Schwann hücrelerinden kaynaklanan benign, kapsüllü neoplazmlardır. Bu tümörlerin %25-40'ı baş ve boyun bölgesinde görülürken, sadece % 4'ü nazal kavite ve paranasal sinüslerde yer alır. Kırk yedi yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır olan burun sağ tarafta tıkanıklık ve ara ara ortaya çıkan burun kanaması şikayeti ile başvurdu. Sağ nazal kavitede yerleşik, septum mukozasına yapışık kitleden biyopsi alındı. Patolojisi schwannom olarak rapor edildi. Bunun üzerine kitle endoskopik yöntemle eksize edildi. Ender olarak nazal kavitede görülen bu tümör literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

**Anahtar kelimeler:** Schwannom, nazal kavite.

#### Abstract

Schwannomas are encapsulated, benign neoplasms resulting from Schwann cells at peripheral, cranial and sympathetic nerves. While % 25-40 of this tumors are seen in the zone of head and neck, only %4 takes part in nasal cavity and paranasal sinus. Male patient who is 47 years old, applied with obstruction in the right zone of nose and with nosebleed complaint coming into being rarely. Biopsy is taken from the mass which is adherent to septum mucosa and setted in the right nasal cavity. Pathology of sample was reported as schwannoma. Thereupon the mass was excised with endoscopic method. This tumor that are rarely seen in the nasal cavity, discussed with literature knowledge.

**Key words:** Schwannoma, nasal cavity.

#### Giriş

Schwannomlar periferik, kranial ve sempatik sinirlerdeki schwann hücrelerinden kaynaklanan benign neoplazmlardır. Optik ve olfaktor sinirlerde Schwann hücreleri olmadığı için bu bölgelerde rastlanmazlar. Hemen her zaman soliter bir kitle olarak karşımıza çıkan bu tümörler, daha çok ekstremitelerin fleksör yüzleri, serebellopontin köşe ve servikal, torakal, lomber sinir köklerinde yerleşirler[1]. Bu tümörlerin %25-40'ı baş ve boyun bölgesinde görülürken, sadece % 4'ü nazal kavite ve paranasal sinüslerde yer alır[2].

#### Olgu

Kırk yedi yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır olan burun sağ tarafta tıkanıklık ve ara ara ortaya çıkan burun kanaması şikayeti ile başvurdu. Anterior rinoskopik muayenede; sağ nazal kavitede alt konka ile septum arasında yerleşik, yer yer kanama odaklarının olduğu

nazal mukozaya oranla daha koyu renkli kitle izlendi (Resim 1A).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI); sağ nazal kavitede yerleşik nazal septumu karşı tarafa yaylandıran ancak invaze etmeyen, yaklaşık 2 cm'lik heterojen yapıda kitlesel lezyon saptandı (Resim 1B ve 1C). Biyopsi patolojisi schwannom olarak raporlanması üzerine genel anestezi altında kitle eksizyonu yapıldı. Kitle frajil ve fazla kanamalıydı. Nazal septum üzerinde kalan tümör dokuları ise shaver ile temizlendi.

Histopatolojik incelemede; yüzeyde psödostratifiye nazal mukozanın altına yerleşmiş, iyi sınırlı, kapsüllü hiperkromatik nükleuslu, sitoplazma sınırları belirsiz iğsi şekilli hücrelerin oluşturduğu, palizadik ve girdap benzeri yapılardan oluşan, hücreden

Sorumlu yazar / Corresponding Author: Yasin Yağız

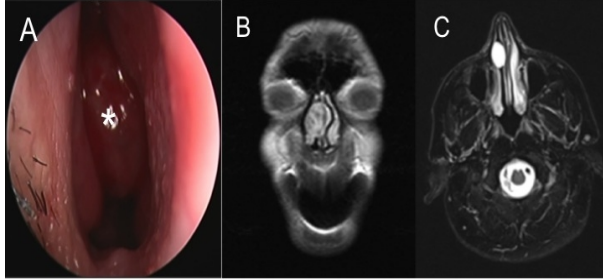
Adres: Sivas Numune Hastanesi, KBB Polikliniği, Sivas.

E-posta: yasin\_yagiz\_79@hotmail.com

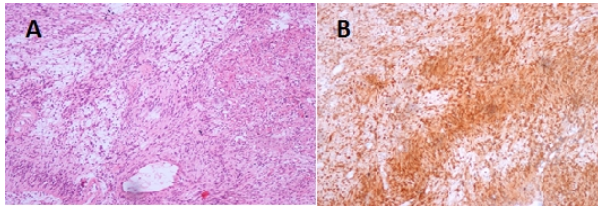
Geliş Tarihi / Received: 10.12.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 18.04.2014

zengin Antoni A alanları ile hücreden fakir, histiyositler ve ince duvarlı kan damarları içeren Antoni B alanlarının oluşturduğu bifazik paternde benign tümöral lezyon izlendi. İmmünohistokimyasal boyamada diffüz S<sub>100</sub> pozitifliği görüldü (Resim 2). Bu histokimyasal bulgular ve kuvvetli S<sub>100</sub> pozitifliği ile schwannom tanısı konuldu.



**Resim 1.** A) Sağ nazal kavitede yerleşik olan yer yer kanama odaklarının olduğu kitenin (\*) endoskopik görüntüsü izlenmektedir. B,C) Aksiyel ve koronal kontrastlı MRI görüntülerinde nazal septumu karşı tarafa yaylandıran ancak invaze etmeyen yaklaşık 2 cm'lik heterojen yapıda kitle izlenmektedir.



**Resim 2.** A) Bifazik patern: Hücreden zengin palizadik dizilim gösteren Antoni A alanları ve hücreden fakir Antoni B alanları (H&E x100). B) İğsi hücrelerde diffüz S<sub>100</sub> pozitifliği (x100).

## Tartışma

Literatürde yaklaşık 70 kadar nazal schwannom olgusu bildirilmiştir. Bu vakaların çoğu 40 ile 60 yaş arasında olup cinsiyetler arasında belirgin farklılık saptanmamıştır [3].

Nazal kitleler neoplastik, gelişimsel ve inflamatuvar kaynaklı olabilirler. Bu nedenle ayırıcı tanıları oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Nazal kavitenin benign tümörleri genellikle epitelyal kaynaklıdır. Periferik sinir kılıfı kaynaklı tümörler ise oldukça nadir görülür[4]. Nazal kavitede schwannom gelişiminde rol alabilecek üç olası kaynak bulunmaktadır; nazal kavitedeki kan damarlarına giden sempatik sinirler, mukus bezlerine giden parasempatik sinirler ve bu bölgedeki sensoriyel sinirlerdir [4]. Fakat cerrahi sırasında genellikle kaynak tespit edilememektedir[5].

Nazal kavite schwannomlarında burun tıkanıklığı, burun kanaması, hiposmi ve nazal deformite en sık görülen semptomlardır [3]. Bizim olgumuzda da ilerleyici burun tıkanıklığı ve ara ara olan burun kanaması şikayeti mevcuttu.

Bilgisayarlı Tomografi (BT) lezyonun komşu kemik yapıya yayılımını göstermede yardımcıdır. Kemik erozyonu çoğunlukla büyük schwannomlarda görülmektedir. MRI, tümöral dokuyu inflamatuvar değişikliklerden ve normal dokudan ayırt etmede, BT'ye göre daha başarılıdır. Bunun yanında tümörün intrakranial yayılımı MRI ile daha iyi değerlendirilebilmektedir[3]. Burun ve paranasal sinüslerde tespit edilmiş bazı benign schwannom vakalarında kemik erozyonu tespit edilmiştir[6,7]. Ön ve orta kraniyal fossaya intrakraniyal yayılım gösteren, hatta nereden kaynaklandığı tespit edilemeyecek kadar büyük boyutlara ulaşan bazı nadir olgular da bildirilmiştir[7,8,9]. Bizim olgumuzda kitle nazal kavite içinde sınırlı ve septuma yapışık, ancak invazyon göstermemekteydi.

İntranazal kitlelerin ayırıcı tanısında skuamöz papillom, mukozal polipler, karsinom, sarkom ve lenfoma düşünülmelidir[8]. Schwannom tanısı biyopsi örneğinin histopatolojik incelenmesi ile konulur. Mikroskopik incelemede; kapsüllü görünümde olup, tipik olarak Antoni A ve Antoni B alanlarından oluşan bifazik paterne sahiptir. Antoni A alanları hücreden zengin iğsi şekilli palizadik dizilim ve girdap benzeri yapılardan oluşur. Antoni B alanları ise hücreden fakirdir. İmmünohistokimyasal boyamada S<sub>100</sub> pozitifdir ve bu durum diğer tümörlerden ayırımını sağlar[10].

Schwannom için küratif tedavi yöntemi cerrahidir. Bu tümörler radyoterapiye ve kemoterapiye dirençlidir. Malign schwannomlarda radikal eksizyon sonrası radyoterapi önerilmektedir. Kafa tabanına, hayati vasküler ve nöral yapılara yakın olan tümörlerde gamma knife uygulanabilir[10]. Bizim olgumuzda tümör nazal pasaj içerisinde sınırlı olduğu için endoskopik cerrahi tercih ettik. Ayrıca malign oluşuma rastlanmadığı için postoperatif radyoterapi uygulaması düşünülmemiştir. Kitenin total eksizyonu sonrası nüks nadir olarak görülse de literatürde uzun süreli takiplerde malign dönüşüm rapor edilmiştir[10]. Bu nedenle uzun süreli dikkatli izlem önerilmektedir.

dir. Bizim olgumuzda, postoperatif 3 aylık zaman sürecinde nükse rastlanmamıştır. Ancak hasta 3 aydan sonra takip edilememiştir.

Sonuç olarak nazal pasaj kitleleri arasında ender olarak görülse de ayırıcı tanıda schwannomlar da akılda tutulmalıdır. Kemik

erozyonuna ve intrakranial yayılıma neden olabileceklerinden dolayı BT ve MRI görüntülerinin preoperatif dönemde dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bu tümörlerin uzun süreli takiplerinde nadir de olsa malign dönüşüm gözlenebileceğinden kitlenin tümünün çıkarılmasına dikkat edilmelidir.

## Kaynaklar

1. Persaud RAP, Hajioff D, Chevetton EB. Intranasal schwannoma in a young woman. *Int J Clin Pract* 2004;58:426-428.
2. Wada A, Matsuda H, Matsuoka K, Kawano T, Furukawa S, Tsukuda M. A case of schwannoma on the nasal septum. *Auris Nasus Larynx* 2001;28:173-175.
3. Pauna HF, de Carvalho GM, Guimarães AC, Maunsell RCK, Sakano E. Schwannoma of the nasal septum: evaluation of unilateral nasal mass. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013;79:403.
4. Pasic TR, Makielski K. Nasal schwannoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;103:943-946.
5. Berlucchi M, Piazza C, Blanzuoli L, Battaglia G, Nicolai P. Schwannoma of the nasal septum: a case report with review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2000;257:402-405.
6. Gökçeer T, Yaylacı A, Akkaynak AÇ, Peker Ö, Karaaslan O. Nasal schwannoma: a report of two cases. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2004;13:46-50.
7. Hasegawa SL, Mentzel T, Fletcher CD. Schwannomas of the sinonasal tract and nasopharynx. *Mod Pathol* 1997;10:777-784.
8. Siqueira MG, Jennings E, Moraes OJS ve ark. Nasoethmoid schwannoma with intracranial extension. *Arg Neuropsiquiatr* 2001;59:421-423.
9. Coakham HB. Nasoethmoid schwannoma with intracranial extension. Case report and review of literature. *Br J Neurosurg* 2009;23:636.
10. Ling L, Chen H, Zhou S, Teng X, Lu Y. Neurilemmomas of the nasal vestibule: report of two cases. *Chin Med J* 2006;119:1053-1055.