

boğazda takılma hissi, yutma güçlüğü yakınmaları ile başvurdu. Oral kavite muayenesinde orofarenks posterior duvarda, yaklaşık 2x2 cm'lik, yüzeysel orofarenks mukozası ile kaplı, mukozal yüzeyde ülserasyon veya düzensizlik izlenmeyen, anteriora doğru protrüde olmuş ve orofarengeal hava sütununu daraltmış, yumuşak kıvamlı submukozal kitle izlendi. Endoskopik muayenede nazofarenks, hipofarenks ve larenks doğal izlendi. Nörolojik defisit izlenmedi. Servikal vertebra bilgisayarlı tomografisinde 2. servikal (C2) vertebra korpusunda sağda ve anterior kesimde erozyon ve bu seviyede retrofarengeal bölgede orta hattın sağında kas dokularına göre hipodens lezyon görüldü. Boyun manyetik rezonans görüntülemesinde C2-3 sağ nöral forameninden anteriora doğru, longus kolli kası ile C2 vertebra sağ lateral konturu arasından retrofarengeal mesafeye uzanım gösteren, C2 vertebra sağ lateral konturunu erode eden kitle görüldü.

Tedavi ve prognoz: Tarif edilen kitleye genel anestezi altında transoral yolla müdahale edildi. Submukozal kitle üzerindeki mukozaya vertikal insizyon yapılarak kitle çevre dokulardan diseksi edildi. Kitle kemik yüzeyden sıyrılıp eksize edildi. Histopatolojik incelemede kordomanın karakteristik hücreleri olan, bol ve vakuole sitoplazmalı fizaliforoz hücreler gözlemlendi. İmmünohistokimyasal incelemelerde lezyonda beklenildiği şekilde Braküri ile nükleer, PanCK, EMA ve S100 ile yaygın membranöz pozitiflik izlendi. Ayırıcı tanıda yer alan diğer antiteler (mikzopapiller ependimom, metastatik karsinom ve kondrosarkom) hem ışık mikroskopik hem de immünohistokimyasal veriler eşliğinde ekarte edildi. Hasta adjuvan radyoterapi için nükleer tıp kliniğine yönlendirildi.

Yorum (Edinilen deneyim ve öneriler): Kordomalar kemik doku haricinde yumuşak doku bölgelerinde nadiren bulgu vererek ortaya çıkarlar. Klinik tanı nazofarenks ve orofarenks tümörleri ile karışabilir. Kordomalarda tedavi planı ve prognozun farklı olması sebebiyle düzgün yüzeysel, submukozal yerleşimli orofarenks kitlelerinde üst servikal vertebralardan kaynaklı kordomalar ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

BPS-48 Erken Evre Oral Kavite Kanserlerinde Fonksiyonel Boyun Diseksiyonu Bulguları

Hatice Seçil Akyıldız, Süha Beton, Ozan Bağış Özgürsoy,
Mustafa Kürşat Gökcan, Tarık Babür Küçük

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Erken evre oral kavite kanseri tedavisinde, kanser odağının ortadan kaldırılması kadar boyun hastalığının tedavisi de önemlidir. Metastatik lenf nodu varlığı, kansere ait kötü prognostik kriterlerin en bilinenlerindedir. Bu çalışmada erken evre(T1-2) oral kavite kanserlerinde, boyun diseksiyonu yaklaşımımız ve bulguları incelendi.

Gereç-Yöntem: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniğinde, 2014-2018 yılları arasında erken evre oral kavite kanseri saptanan, primer tümör rezeksiyonuyla eş zamanlı boyun diseksiyonu yapılan 33 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların dermografik özellikleri, tanı yöntemleri, tümör diferansiyasyonu, metastaz oranları ve boyuna yaklaşımımız değerlendirildi.

Bulgular: Kliniğimizde 2014-2018 yılları arasında, erken evre oral

kavite kanseri nedeni operasyon edilen 33 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların, 21'i erkek(%63,6), 12'si kadın(%36,4) olup; yaş ortalaması 58,8(24-79, ± 14,1) idi. Hastaların 17'si(%51,5) dil, 11'i(%33,3) alt dudak, 5'i ağız tabanı(%15,2) karsinomu olup, 20'si (%60,6) T1 ve 13'ü (%39,4) T2 evre olarak değerlendirildi. Klinik evrelemede N+, 2 hasta(%6,1) saptandı. Hastaların 27'sine unilateral(%81,8), 6'sına(%18,2) bilateral boyun diseksiyonu yapıldı. Klinik evrelemede N- olan 31 hastadan (%93,9) 4'ünde boyun metastazı(%12,1) saptandı. Boyun metastazı saptanan 6 hasta (%18,2) incelendiğinde; 4 hastanın T2 evre dil; diğer 2 hastanın T1 evre alt dudak ve dil karsinomu olduğu görüldü. Ayrıca tümörlerin diferansiyasyon dağılımının; 4 orta (%66,6), 1(%16,7) kötü, 1(%16,7) iyi olduğu ve invazyon derinliğinin ortalama 5,3 mm olduğu izlendi.

Sonuç: Oral kavite kanserlerinde en önemli prognostik faktör, boyunda lenf nodu metastazının varlığıdır. Preoperatif klinik olarak boyunda lenf nodu metastazı saptanmayan hastalarda da okült metastaz oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Lenf nodu metastazının tümör invazyon derinliğinin artması ve diferansiyasyonun azalması ile ilişkili olabileceğine dair çalışmalar bildirilmiştir. Klinik olarak N+ hastalarda tedavi genellikle belli iken, N0 hastalarda boyuna yaklaşım halen tartışmalıdır. NCNN klavuzu 2016'ya göre; T1-2, N0-1-2 oral kavite kanserlerinde radyoterapi, kemoterapi veya primer tümör rezeksiyonu ile beraber unilateral veya bilateral boyun diseksiyonu yapılabileceği ya da sentinel lenf nodu biyopsisi yapılarak pozitif olan veya tanı konulamayan hastalarda boyun diseksiyonu yapılması önerilmektedir.

BPS-49 Larinksin Primer Skuamöz Hücreli Karsinomu ve Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinomu Birlikteliği

Harun Gür¹, Rabia Bozdoğan Arpacı², Onur İsmi¹, Yusuf Vayisoğlu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Mersin
²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Larinks kanserleri en sık görülen baş boyun kanserleri arasında yer almaktadır. Skuamöz hücreli karsinom (SHK) ise larinks kanserlerinin %95'ini oluşturmaktadır. Minör tükürük bezi kanserleri, nöroendokrin tümörler, sarkomlar ve malign melanom diğer nadir görülen larinks kanserleridir. Larinksin nöroendokrin tümörleri WHO 2017 sınıflamasına göre 3 sınıfa ayrılmakta, büyük hücreli nöroendokrin karsinomlar (BHNC) kötü diferansiyasyonlu high grade tümörler arasında yer almaktadır.

Olgunun özellikleri (Yakınma, öykü, klinik ve laboratuvar bulgular): Kliniğimize ses kısıklığı, nefes darlığı şikayeti ile başvuran hastanın endoskopik muayenesinde sağ transglottik ülserovejetan kitle mevcuttu.

Tedavi ve prognoz: Endolaringeal biyopsi yapıldı. SHK tanısıyla total larinjektomi ve bilateral lateral boyun diseksiyonu yapılan hastanın patolojisinde SHK, BHNC, 1 adet SHK metastatik lenf nodu, 1 adet BHNC metastatik lenf nodu, perinöral ve lenfovasküler invazyon saptandı. Radyasyon onkolojisi ve tıbbi onkoloji tarafından radyokemoterapi planlandı.

Yorum (Edinilen deneyim ve öneriler): Bu olgu sunumunda çok nadir olarak raporlanan larinkste BHNC ve SHK birlikteliğinde tedavide izlenmesi gereken yol güncel bilgiler ışığında tartışılmıştır.

Resim-1



Bilgisayarlı tomografide sağ transglottik tümör (ok)

BPS-50 Tonsil Ön Plikasında Fibrolipom

Hüseyin Samet Koca¹, Gülçin Şimşek²

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Kulak Burun Boğaz

²SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Olgunun özellikleri (Yakınma, öykü, klinik ve laboratuvar bulgular): 67 yaşında kadın hasta yaklaşık on yıldır olan ve yavaş büyüyen sağ dil köküne yakın kitlenin son birkaç aydır daha yumuşak bir hal almasından, konuşurken ve yemek yerken takılma hissi oluşturmasından dolayı kliniğimize başvurdu.

Tedavi ve prognoz: Sağ tonsil ön plikasının dil köküne tutunduğu yerden kaynaklanan yaklaşık 2 santimetre büyüklüğünde ve saplı polip görünümünde olan sarı-krem renkli, palpasyonla silgi kıvamında, yüzeyi düzgün kitle lokal anestezi ile total eksize edildi.

Yorum (Edinilen deneyim ve öneriler): Histopatolojik incelemede nonkeratinize çok katlı yassı epitel tabakası altında fibröz bantların çevrelediği adiposit grupları olan fibrolipom olgusu olarak raporlandı. Fibrolipomun etyopatogenezi henüz bilinmemektedir. İntraoral lipomlar tüm lipomların %2-4 ü olup sarı karakteristik renkte ve hamur yumuşaklığında yavaş büyüyen kitlelerdir. Sıklıkla 4.-5. dekatta görülmektedir. Boyut artışına bağlı olarak çiğneme ve konuşma sorunları ile klinik olarak tanı koyulmaktadır. İlişkili olduğu orijine göre pleomorfik lipom, miksolipom, anjiolipom, adenolipom vb. gibi histopatolojik varyantları mevcuttur. Tedavide cerrahi eksizyon önerilmektedir. Literatürde eksizyon sonrası liposarkoma malign dönüşüm rapor edildiğinden hastaların takibi düzenli olarak yapılmalıdır.

BPS-51 Eagle Sendromu: Olgu Sunumu

Ayşe Çeçen¹, Esra Kavaz², Özgür Kemal²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Bilim Dalı, Samsun
²19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Bilim Dalı, Samsun

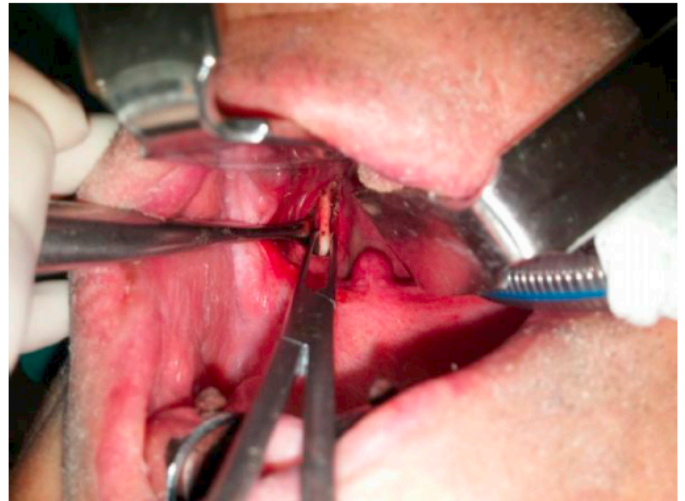
Amaç: Eagle sendromu, uzamış stiloid proçes, kalsifiye stilohyoid veya stylomandibüler ligamanın neden olduğu, boğazda yabancı cisim hissi, yutkunurken takılma ve kulak ağrısı şikayetlerine neden olan bir hastalıktır. Tanı öykü, fizik muayene ve radyolojik bulgularla konulur, tanıyı desteklemek için üç boyutlu tomografi kullanılabilir. Etkin tedavisi ise intaoral veya ekstraoral yolla yapılan cerrahidir.

Olgu: 48 yaşındaki erkek hasta uzun yıllardır olan ve son zamanlarda artan boğaz ağrısı, kulağa vuran şiddetli ağrı ve zaman zaman yutma güçlüğüne yol açan ağrı şikayeti ile dış merkezde birçok kez tedavi almış ve şikayetlerinin geçmemesi üzerine kliniğimize başvurdu. Klinik muayenede tonsiller fossa palpasyonunda ağrının arttığı belirlendi. Rutin tarama için alınan panoramik radyografide çift taraflı uzun stiloid çıkıntı gözlemlendi ve ayrıntılı değerlendirme için hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi. İki taraflı uzun stiloid proçes saptanan hastaya Eagle sendromu tanısı konuldu.

Tedavi ve Prognoz: Bilateral uzun stiloid çıkıntısının cerrahi olarak kısaltılması ile hastalığın semptomlarında iyileşme sağlandı.

Yorum: Bu olgu ile boğaz ağrısı ayırıcı tanısında Eagle sendromunun yerine dikkat çekilmiş ve Eagle sendromu tanısında üç boyutlu bilgisayarlı tomografinin kullanımı üzerinde durulmuştur. Eagle sendromu, nadir bir durum olarak düşünülse de, özellikle cerrahi tedaviye iyi yanıtı nedeniyle baş ve boyun bölgesiyle ilgili açıklanamayan şikayetleri olan, tıbbi tedaviye dirençli hastalarda akla gelmelidir.

Resim 1



Uzun ve Kalsifiye Stiloid Proçesin İntraoperatif Görüntüsü