Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2013; 53 (3)

Olgu Sunumu

RADYOTERAPİYE BAĞLI KOANAL STENOZ VE VELOFARENGEAL STENOZUN ENDOSKOPİK CERRAHİ İLE DÜZELTİLMESİ

Başak ÇAYPINAR[1], Aslı ŞAHİN YILMAZ[1], Çağatay OYSU[1], Mehmet HABEŞOĞLU[1]

ÖZET

Koanal stenoz; nazofarengeal kanser nedeni ile görülen radyoterapinin iyi bilinen bir geç komplikasyonudur. Velofarengeal stenoz da radyoterapi sonrası nazofarenks kanserli hastalarda yüksek restenoz riski ile başedilmesi gereken nadir fakat önemli bir problemdir (1). Bu sunumda nazofarenks kanseri nedeni ile radyoterapi görmüş ve koanal stenoz, velofarengeal stenoz gelişmiş bir hasta bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koanal stenoz, velofarengeal stenoz, radyoterapi, nazofarengeal kanser, endoskopik tedavi

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF CHOANAL AND VELOPHARYNGEAL STENOSIS AFTER RADIOTHERAPY FOR NASOPHARYNGEAL CARCINOMA ABSTRACT

Choanal stenosis is a well known rate complication of nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy. The management of velopharyngeal stenosis after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma is a challenging with high risk of restenosis (1). We report a case of choanal stenosis and velopharyngeal stenosis after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma.

Key Words: Choanal stenosis, velopharyngeal stenosis, radiotherapy, nasopharyngeal carcinoma, endoscopic managment

GİRİŞ

Genelde çocuklarda iyi bilinen doğumsal bir anomali olan ve 7000-8000 doğumda bir görülen koanal stenoz, son yıllarda karşımıza nazofarenks kanseri nedeni ile görülen radyoterapinin nadir bir geç komplikasyonu olarak çıkmaktadır Genelde çocuklarda iyi bilinen doğumsal bir anomali olan ve 7000-8000 doğumda bir görülen koanal stenoz, son yıllarda karşımıza nazofarenks kanseri nedeni ile görülen radyoterapinin nadir bir geç komplikasyonu olarak çıkmaktadır[1,2]. Biz bu bildiride radyoterapi sonrası gelişen koanal stenoz, velofarengeal stenoz ve onun tedavi güçlüklerini bildirmekteyiz.

VAKA SUNUMU

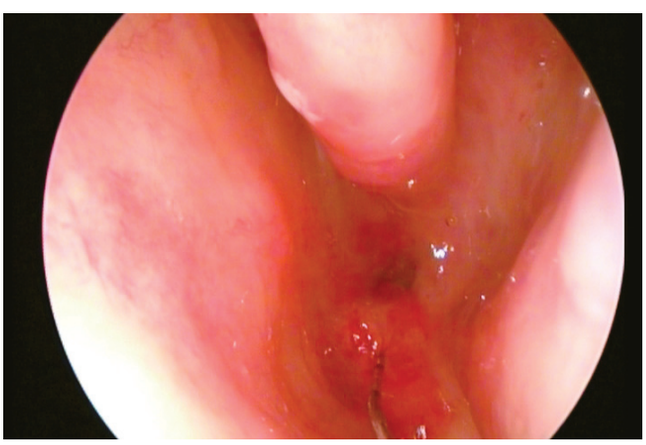
55 yaşında erkek hasta kliniğimize 4 yıldır burundan rahat nefes alamama şikayeti ile başvurmuştur. Anamnezinde 11 yıl önce nazofarenks kanseri tanısı konarak 67 Gy dozunda 37 seans radyoterapi aldığını bildirmiştir. Radyoterapiden bir iki ay sonra ağız kuruluğu ve burun tıkanıklığı şikayetleri başlayan hastanın dış merkezde yapılan kontrollerinde nüks lehine bulgu saptanmamıştır. Hasta radyoterapi sonrası zaman geçtikçe anosmi ve burun tıkanıklığının kötüleştiğini bildirmiştir. Hasta dış merkezlerde 7 yıl ve 3 yıl önce koanal stenoz açılması için lokal anestezi altında endoskopik yöntemle opere edilmiş, tam rahatlama olmamakla birlikte zamanla yeniden daralma görülmüştür. Hastanın

1. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

Yayın Gönderim ve Kabul Tarihi: 09.04.2013 - 15.05.2013

yapılan orofarenks muayenesinde yumuşak damağın tip 2 orta derecede velofarengeal girişe yapıştığı fark edilmiştir. Hastanın yapılan nazal endoskopik muayenesinde sağ nazal kavitesinin posteriorunda total koanal stenoz, sol nazal kavitesinde ise koana bölgesinde 0,5 cm çaplı açıklık saptanmıştır. Styloid tendon fibrozisine bağlı ağız açma kısıtılılığı olan hastaya perop lokal anestezi altında trakeotomi açılmış ve ardından genel anestezi altında endoskopik olarak koanal stenoz açılması operasyonu uygulanmıştır. Stenoza sebep olan dokuların ileri derece fibrotik olduğu tespit edilmiş, tüm bu dokular titizlikle ve sabırla eksize edilmiştir. Koanada yeterli genişliği sağlayabilmek ve nüksün önlenebilmesi açısından vomerin posterior kısmı da alınmıştır. Koanada açıklık sağlanmasını takiben velofaringeal bölgede pasajın yerini tespit edebilmek için ağız içinden uvula arkasına frontal sinüs seeker yerleştirilmiş, bu alete fikse edilen ipek sütür koanadan bir forseps yardımı ile yakalanmıştır. Seekera bağlı sütür bir guide olarak kullanılarak 16 cm lik 4 numara entübasyon tüpü sağ nazal kaviteden uvula arkasına kadar uzanan stent olarak yerleştirilmiştir. Diğer nazal kaviteyede 10 numara 53 cm aspirasyon sondası yerleştirilmiştir. Endotrakeal tüp ve aspirasyon sondası kolumella önünde birbirlerine suturle sabitlenmiştir. Hastanın postoperatif birinci gününde trakeostomisi kapatılmıştır. Bilateral stentler postoperatif 30. günde alınmıştır. Hastanın postoperatif takipleri 10. ayda sorunsuz olarak devam etmektedir.

PRE-OPERATİF GÖRÜNTÜ



TARTIŞMA

Nazofarengeal stenoz konjenital veya kazanilmis olabilir. Günümüzde nazofarengeal stenoz nadir görülmekle birlikte insidansı antibiyotik öncesi dönemde daha sıktı. 1929 'a kadar olan tüm literatürlerde çoğu vaka 3. dönem sifilizin ağız, farenks, ve damak gumlarına bağlıydı. Diğer nadir vakalar rinoskleroma, lupus, difteri, kızıl, büllöz pemfigus, tüberküloz ve asit yanıklarına bağlıydı. Daha geç dönemlerde cerrahi travma (adenotonsillektomi/ uvulopalatofaringoplasti) en sık sebep olmuştur. Son dönemlerde ise nazofarenks kanseri tedavisi olarak görülen radyoterapinin geç ve nadir bir komplikasyonu olarak karşımıza cıkmıştır[1].

Klinik olarak, semptomların ciddiyeti stenozun derecesi ile ilişkilidir. Nazal obstrüksiyona bağlı semptomlar ağız solunumu, horlama, rinore, disfaji, otalji, işitme kaybı (otitis media) ve anosmidir. Velofarengeal stenoz Tip 1 (hafif, yumuşak damak posterior farengeal duvara yapışık), Tip 2 (orta, 1-2 cm iç uzunluğu, Tip 3 (ciddi, 1cm 'den az açıklık) şeklinde derecelenir[1]. Bu sunumdaki hasta burundan nefes alma güçlüğü, ağız açma kısıtlılığı, kuru ağız ve kuru burundan yakınıyordu. Burundan nefes alma güçlüğü koanal ve velofarengeal stenoza, işitme kaybı seröz otite, ağız açma kısıtlılığı stylohyoid tendonun radyoterapiye bağlı fibrozu nedeni ile olmuştur.

Kazanılmış nazofarengeal stenozun düzeltilmesi zor bir patolojidir ve cerrahi tek tedavi seçeneğidir. Literatürde bu konuda pek çok cerrahi teknik tanımlanmıştır.

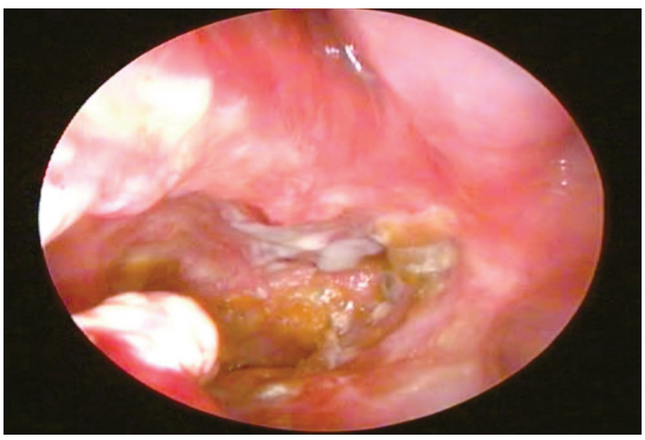
1. Basit dilatasyon; hafif parsiyel okluzyon dışında genellikle başarılı değildir.
2. Seton tekniği; sınırlı başarı görülmüştür.
3. Obstruksiyonun ayrılması ve skar rezeksiyonu, açıklığı korumak için bir stent kullanılır.
4. Obstruksiyonun ayrılması ve skar rezeksiyonu, rotasyonel mukozal flepler kullanarak yüzeyi kaplamak; bu en başarılı metodlardan biridir:
   a. Mac Kenty: palatofarengeal flepler
   b. Bennhoff : Z-plasti
   c. Cotton: Lateral tabanlı posterior farengeal

duvar flebi[3]

Biz vakamızda endoskopik görüş altında 3. tekniği kullandık ve 9. ayda restenoz görmedik. Bu tip vakalarda restenoz major güçlüktür ve literatür bilgileri hastaların 10-20 % 'sinde operasyonun tekrarlandığını göstermektedir [3]. Diğer postoperatif komplikasyonlar geçici velofarengeal reflüyü içermektedir. Yeniden operasyon zamanı önemlidir, nazofarengeal skar dokusunun iyileşmesine izin verecek şekilde genelde 6-8 ay sonra yapılır. Erken girişim skar bantları nazofarenksi kontrakte etmeye ve yeniden şekillendirmeye devam ederken yapılırsa restenoza neden olabilir. Skar formasyonunun adımlarının anlaşılması yara iyileşmesi açısından önemlidir. Mukozal hasar (entübasyon, travma ve cerrahi) gibi teşvik edici durumlar plazma proteinleri, kan hücreleri ve trombosit gibi doku faktörleri ile hareket ederek fibrin-fibronektin pıhtısı oluşumuna neden olur. Bu da kapiller, fibroblastlar, ve enflamatuar hücrelerin migrasyonu için bir matrix gibi davranır. Fibroblastlar ganulasyon dokusu oluşturmak üzere kollajen, glikozaminoglikanlar, ve fibronektin üretirler. Zamanla kollajen maturasyonu, kapiller rezorpsiyon ve myofibroblast kontraksiyonu ile skar oluşumu gerçekleşir[3].

Koanal stenozun pek çok tedavi yöntemi vardır. En sık kullanılan metodlar transpalatal yaklaşım, transseptal yaklaşım ve endoskopik transnazal yaklaşımdır. Cerrahi neticesinde en büyük sorun restenozdur. Pek çok yazar %0-85 arasında değişen restenoz oranları bildirmişlerdir. Yazarlar değişken sürelerde postop stentlemeler bildirmişlerdir, fakat stent de mucizevi bir çözüm değildir; garnulasyon dokusu, intranasal sineşi , ve uzun dönem restenoz postop dönemde gelişebilir. Sert ve fleksibl olmayan materyalle kıyaslanınca yumuşak materyal ile stentleme daha yüksek başarı oranları getirmiştir. Fakat gene de kalıplaşmış ve kabul edilen tek bir yöntem ve materyal henüz yoktur. 4-6 hafta stent konulması en sık görülendir, fakat bu süre 6 aya uzayabilir[2]. Son dönemlerde bazı yayınlarda stentlemenin restenozu önlemede katkısı olmadığı, aksine granulasyon dokusu, nareslerin erozyonu, stentlerin burun ucundan görünmesi gibi komplikasyonları nedeni ile tercih edilmemesi gerektiği bildirilmiştir[2].

POST-OPERATİF 10. AY GÖRÜNTÜSÜ SONUÇ



Koanal stenoz; radyoterapi gören nazofarenks karsinomlu hastaların, takiplerde gözlenmesi gereken bir uzun dönem komplikasyonudur. Velofarengeal stenoz yüksek restenoz riski nedeni ile tedavisi güç bir komplikasyondur. Biz bu vakamızda nazofarengeal stenozu endoskopik yolla açarak uzun dönem, 40 gün stent koyarak açıklığın kalıcı olmasını temin ettik.

REFERANSLAR

1.Hussein J, Tan TS, Chong AW, Narayanan P, Omar R. Velopharyngeal and choanal stenosis after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. Auris Nasus Larynx.2012 May 29

2. Saafan ME. Endoscopic management of congenital bilateral posterior choanal

atresia: value of using stents. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Jan;270(1):129-34

3. Lee SC, Tang IP, Singh A, Kumar SS, Singh S. Velopharyngeal stenosis, a late complication of radiotherapy. Auris Nasus Larynx. 2009 Dec;36(6):709-11.

4. Bonfils P, de Preobrajenski N, Florent A, Bensimon JL. [Choanal stenosis: a rare complication of radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma]. Cancer Radiother. 2007 May;11(3):143-5. Epub 2006 Dec 4. French. PubMed PMID: 17142080

5. Shepard PM, Houser SM. Choanal stenosis: an unusual late complication of radiation therapy for nasopharyngeal carcinoma. Am J Rhinol. 2005 Jan-Feb;19(1):105-8. PubMed PMID: 15794084