Oküler Semptomlarla Prezente Olan Nazofarinks Karsinomlu Bir Olgu

Nilüfer İLHAN*, Özgür İLHAN*, Mesut COŞKUN*, Esra Ayhan TUZCU*, Nesrin ATÇI*
Mutlu CİHAN DAĞLIOĞLU*

ÖZET

Otuz yedi yaşında kadın hasta sağ gözde görme azlığı ve kızarıklık şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Total oftalmopleji, lagoftalmi, ptozis ve ekzoftalmus mevcuttu. Görme keskinliği el hareketleri düzeyinde olup biyomikroskopik muayenede sağ gözde siliyer enjeksiyon ve korneal ülser mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide (BT) sağ nazal pasajı, sağ etmoid ve sfenoid sinüsü doldurarak orta kranyal fossaya uzanan infiltratif kitle lezyonu saptandı. Kitleden yapılan intranazal endoskopik biyopsinin nazofarinks karsinomu (NFCA) olarak sonuçlanması üzerine hasta inoperabl kabul edilerek kemo-radyoterapi olanakları olan bir merkeze sevk edildi. NFCA'lı hastalarda en sık görülen semptomlar boyunda kitle, burun tıkanıklığı, burun akıntısı, burun kanaması ve işitme kaybıdır. Görme kaybı, lagoftalmi, ptozis, ekzoftalmus gibi oküler semptomlarla gelen hastalarda ayırıcı tanıda nazofarengeal kitleler unutulmamalı, radyolojik görüntüleme yöntemlerine başvurularak etyoloji araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler:
Düşük görme,
Korneal ülser,
Nazofarenks karsinomu,
Ekzoftalmus,
Ptozis

A Case of Nasopharynx Carcinoma Presenting with Ocular Symptoms

SUMMARY

A 37-year-old woman was admitted to our clinic with vision loss and hyperemia at the right eye. Total ophthalmoplegia, lagophthalmos, ptosis and exophthalmos were observed. Visual acuity decreased to hand motions and on the slit-lamp examination, there were ciliary injection and corneal ulcer. Computerized tomography showed an infiltrating tumoral lesion filling right nasal passage, ethmoid and sphenoid sinus that extending to middle cranial fossa. Intranasal endoscopic biopsy was reported as nasopharyngeal carcinoma (NFCA). The patient was accepted inoperable due to the extension of the mass and referred to a chemo-radiotherapy center. The most prevalent symptoms of NFCA are masses located at the neck, nasal obstruction, secretion, bleeding and deafness. Clinicians should not forget NFCA at the differential diagnosis of the patients with ocular symptoms such as vision loss, lagophthalmos, ptosis and exophthalmos. The diagnosis should been determined by radiological imaging modalities.

Key Words:
Low vision,
Corneal ulcer,
Nasopharyngeal carcinoma,
Exophthalmos,
Ptosis

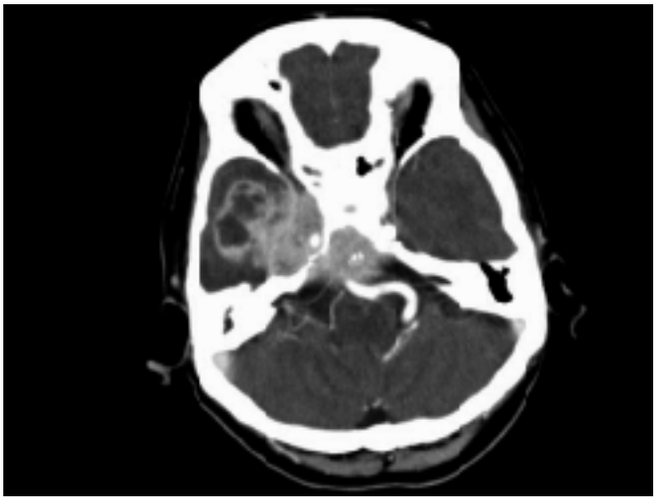
GİRİŞ

Nazofarinks kanserleri (NFCA), bölgenin ağız ve burun boşluğu, paranazal sinüsler, kafa tabanı ve orbita gibi yapılara komşuluğu nedeniyle erken tanı ve tedavide zorluklar göstermektedir. NFCA'lı hastalar genellikle boyunda kitle, burun tıkanıklığı, burun kanaması, işitme kaybı gibi semptomlarla hekime başvururlar. Ancak hastaların bir kısmı oküler semptomlar ve kranyal sinir felçleri ile başvurabilir.[2] Bu semptomlar genellikle kavernöz sinüs ve kafa tabanı tutulumuna bağlıdır. Tümöral dokunun orbitaya direkt yayılımı nadirdir.[3] Oküler bulgular arasında görme azlığı, çift görme, proptozis, oftalmopleji, epifora yer alır.[4] Bu çalışmada gözde ağrı, kızarıklık ve görmede azalma şikayetleri ile kliniğimize başvuran NFCA'lı bir olgu sunulmuştur.

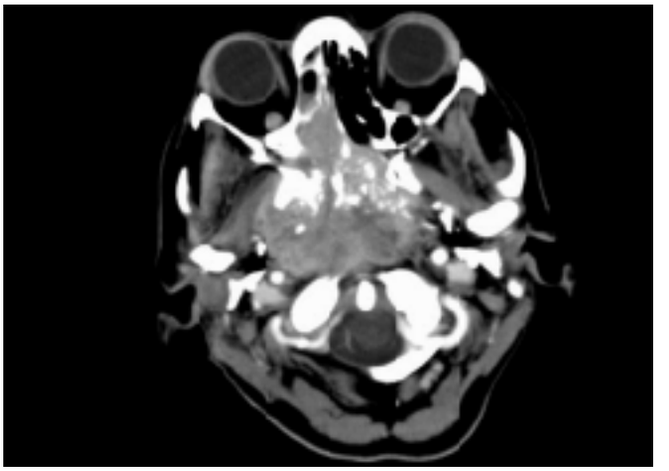
Olgu Sunumu

Otuz yedi yaşında kadın hasta 1 ay önce başlayan sağ gözde görme azlığı ve kızarıklık şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde travma ya da bildiği bir hastalığı yoktu. Yapılan muayenesinde total oftalmopleji, lagoftalmi ve orta seviyede ptozis mevcuttu. Sağ gözde ekzoftalmus mevcuttu, Hertel ekzoftalmometre ile sağ ve sol göz arasında 4 mm fark saptandı. Görme keskinliği el hareketleri seviyesinde, pupil orta dilate idi. Direkt ve indirekt ışık reaksiyonu negatifti, ters relatif aferent pupil defekti (RAPD) mevcuttu. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde siliyer enjeksiyon, kornea altta 5x6 mm boyutlarında korneal ülser ile uyumlu görünüm vardı (Resim 1). Mikrobiyolojik inceleme için korneadan kazıntı alındı. Moksifloksasin, fortfiye vankomisin, siklopentolat ve suni gözyaşı damlaları içeren medikal tedavi başlandı. Gram boyamada patoloji saptanmadı ve kültürde üreme olmadı. Oftalmopleji, ptozis ve ekzoftalmus olması nedeniyle görüntüleme yöntemlerine başvuruldu. Orbital kitle şüphesi nedeniyle çekilen BT'de nazofarinks hava pasajını sağda daha belirgin olmak üzere daraltan, sağ nazal pasajı sağ etmoid ve sfenoid sinüsü dolduran, sağ orta kranyal fossaya uzanan, kistik yapıların eşlik ettiği heterojen kontrastlanma gösteren infiltratif kitle lezyonu saptandı. Orbital yayılım yoktu ancak kavernöz sinüse infiltrasyon mevcuttu (Resim 2-3). Hasta kulak burun boğaz bölümüne danışıldı ve tümörden endoskopik biyopsi alındı. Takiplerde korneal ülserde küçülme ve siliyer enjeksiyonda azalma olmayınca hastaya lateral tarsorafi yapıldı. Endoskopik biyopsinin nazofarinks squamöz hücreli karsinomu (az diferansiye) olarak raporlanması üzerine hasta inoperabl kabul edilerek kemo-radyoterapi olanakları olan bir merkeze sevk edildi. Hastadan bilgilendirilmiş olur alındı.

Resim 1: Sağ gözde siliyer enjeksiyon ve 5x6 mm boyutlarında korneal ülser



Resim 2: Kontrastlı aksiyel BT kesitinde sağda kavernöz sinüsü infiltre eden kütle lezyonu



Resim 3: Kontrastlı aksiyel BT kesitinde göz küresi ve optik sinirin intrakonal kısımları doğal olup sfenoid kemikte harabiyete yol açan, piterigopalatin fossayı dolduran, arkada prevertebral alana kadar uzanım gösteren infiltratif lezyon izlenmektedir

Tartışma

Nazofarinks karsinomu batı ülkelerinde nadir görülürken Güney Çin, Hong Kong, Singapur'da beyazlarla kıyaslandığında 30 kat fazla görülür.[5] Başvuru semptom ve bulgularının başında servikal lenfatik metastazlara bağlı boyunda ağrısız lenfadenopatiler yer alır. Tümörün arka nazal kaviteye doğru büyümesi ile burun kanaması, tıkanıklığı ve akıntısı görülebilir. Östaki tüpü girişinin tıkanması nedeniyle kulak ağrısı veya erken dönemde tek taraflı işitme kaybı gelişebilir. Kafa tabanının harabiyetine sekonder temporal veya oksipital yerleşimli baş ağrısı, orofarengeal yayılım ile boğaz ağrısı olabilir. Bazen etmoid hücreleri yoluyla orbitaya direkt yayılım veya superior orbital fissürden kavernöz sinüse geçiş ile proptozis gelişir.[5] Kranyal sinir tutulum insidansı çeşitli serilerde %8-12.4 oranında rapor edilmiştir.[6] En sık V. ve VI. sinirler tutulur (%23-%12).[7] Tümörün foramen lacerum yoluyla kavernöz

sinüse yayılması ile III.-IV. ve VI. kranyal sinirler tutulur.[8] Bu sinirlerin hasarı ile tek taraflı ptozis ve oftalmopleji gelişir. V. sinirin birinci ve ikinci dallarının tutulumuna sekonder supraorbital ve superior maksiller alanda tek taraflı ağrıyı takiben his kusuru oluşabilir. Bazen oftalmopleji nedenli veya nadiren optik sinirin direkt tutulumu ile etkilenen gözde görme kaybı gelişir. Korneal refleks kaybı tümörün kafa tabanı yayılımının işaretidir. Tümörün posterolateralde karotit mesafeye yayılımı sonucu IX. ve XI. sinirler ve sempatik pleksus etkilenebilir.[9] Sempatik pleksus tutulumu ile Horner sendromu gelişebilir.

Bizim olgumuzda NFCA'nın sık görülen semptomlarından boyunda kitle, burun akıntısı, tıkanıklığı ve işitme kaybı yoktu. Tanı konmasının ardından hasta bu şikâyetler açısından sorgulandığında nadiren burun kanamasının olduğu öğrenildi ancak miktarının fazla olmaması nedeniyle doktora başvurmamıştı. Hasta polikliniğe az görme, göz ağrısı ve kızarıklığı gibi oküler semptomlarla başvurdu. Total oftalmopleji, ekzoftalmus ve lagoftalmiye sekonder korneal ülser mevcuttu. NFCA'da gerek primer, gerek nodal hastalığın yaygınlığını belirlemek amacıyla kullanılan güncel görüntüleme yöntemleri BT ve magnetik rezonans inceleme (MR) yöntemleridir.[7] Olgumuza frontal bölgede şüpheli saçma görüntüsü olması nedeniyle MR tetkiki yapılamadı. Çekilen kontrastlı BT sonucunda sağ nazal kaviteyi, etmoid ve sfenoid sinüsü dolduran, orta kranyal fossaya uzanarak kavernöz sinüsü infiltre eden kitle lezyon saptandı. Orbita yayılımı yoktu ancak kavernöz sinüs yoluyla III.-IV. ve VI. sinirleri etkileyerek total oftalmoplejiye neden olmuştu. Ters RAPD optik sinir tutulumunu göstermekteydi. Olgunun ağrı ve kızarıklık şikayetleri korneal anestezi, ekzoftalmi ve lagoftalmi zemininde gelişen korneal ülser nedeniyle idi. Korneal refleks kaybı kafa tabanı tutulumunu destekliyordu.

Orbital yayılımı olan NFCA orbita apeks sendromu etyolojisinde yer almaktadır.[2] Bu olgularda kapak ödemi, çift görme, proptozis ve epifora izlenmektedir. Orbital yayılım pterygopalatin fossa, inferior orbital fissür bazen de etmoid ve sfenoid sinüsler yoluyla olur. Orbital yayılım, kranyal sinir tutulumu, intrakranyal ve orofarinks enfiltrasyonu hastalığı T4 seviyesine yükseltir.[10] T4 evresinde prognoz kötü olup 5 yıllık sağ kalım oranı %28-35'dir.[3] Olgumuzda orbital ve orofarinks tutulumu yoktu ancak intrakranyal enfiltrasyon ve kranyal sinir tutulumu mevcuttu. Olgu T4 evresinde olduğu için inoperabl kabul edildi ve kemo-radyoterapi olanakları olan bir merkeze sevk edildi.

Nazofarinks karsinomlu hastalarda en sık görülen semptomlar boyunda kitle, burun kanaması, akıntısı, tıkanıklığı ve işitme kaybıdır. Oftalmopleji, ptozis ve ekzoftalmus gibi oküler semptomlarla gelen hastalarda ayırıcı tanıda NFCA unutulmamalı, orbital ve paranazal sinüs görüntülemesi yapılarak etyoloji aydınlatılmalıdır.

Kaynaklar

1. Perez CA. Nasopharynx. In: Perez CA, Brady LW, eds. Principles and Practice of Radiation Oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publ 1997;897-939.
2. Bernardini FP, Croxatto JO, Orcioni GF, Bianchi S. Visual loss secondary to orbital apex invasion as the first manifestation of recurrent nasopharyngeal carcinoma. Ophthal Plast Reconstr Surg 2009;25:248-50.
3. Heng DMK, Wee J, Fong KW, Lian LG, Sethi VK, Yang TL, et al. Prognostic factors in 677 patients in Singapore with non-disseminated nasopharyngeal carcinoma. Cancer 1999;86: 1912-20.
4. Soysal HG, Çetin O. Orbita tutulumu gösteren burun ve paranazal sinüs tümörleri. T Klin J Ophthalmol 2009;18:13-9.
5. Witte MC, Neel HB III. Nasopharyngeal cancer. In: Byron JB, ed. Head and neck surgery-otolaryngology. Philadelphia: Lippincott-Raven 1998.p.1637-52.
6. Abdel Khalek Abdel Razek A, King A. MRI and CT of nasopharyngeal carcinoma. AJR Am J Roentgenol 2012;198:11-8.
7. Chang JT, LinCY, Chen TM, Kang CJ, Ng SH, Chen IH, et al. Nasopharyngeal carsinoma with cranial nerve palsy the importance of MRI for radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005;63:1354-60.
8. Weber AL, al-Arayedh S, Rashid A. Nasopharynx: clinical, pathologic, and radiologic assessment. Neuroimaging Clin N Am 2003;13:465-83.
9. Sanguineti G, Geara FB, Garden AS, Tucker SL, Ang KK, Morrison WH, et al. Carsinoma of the nasopharynx treated by radiotherapy alone: determinants of local and regional control. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;37:985-96.
10. Teo PM, Kwan WH, Yu P, Lee WY, Leung SF, Choi P. A retrospective study of the role of intracavitary brachytherapy and prognostic factors determining local tumor control after primary radical radiotherapy in 903 non-disseminated nasopharyngeal carcinoma patients. Clin Oncol 1996; 8:160-6.

Kimlik

Geliş Tarihi:11.01.2013 *Kabul Tarihi: 15.02.2013*

* *Yrd.Doç., Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hatay*

Yazışma Adresi: Nilüfer İlhan, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hatay

e-posta: niluferilhan@gmail.com

✍: Türk Oftalmoloji Derneği 46. Ulusal Kongresi'nde (16-21 Ekim 2012 Antalya) poster olarak sunulmuştur.