



OLGU SUNUMU

PARAFARİNGEAL KİTLELERE TRANSSERVİKAL- TRANSMANDİBULER YAKLAŞIM: DÖRT OLGUNUN SUNUMU

Dr. Müge ÖZCAN¹, Dr. Ümit TUNCEL¹, Dr. Adnan ÜNAL¹, Dr. Nedim ARDA², Dr. Fatih YALÇIN¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye, ²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Parafaringeal bölgenin kitleleri, bu bölgenin içerisindeki oluşumlardan köken alabilecekleri gibi, komşu yapılardan invazyon yoluyla da gelişebilirler. Kitleler benign olsalar da, yerleşim yerleri nedeniyle cerrahileri oldukça risklidir ve bu bölgeye ulaşmak için transoral, transservikal, transparotid ve transservikal-transmandibuler olmak üzere çeşitli yaklaşımlar önerilmektedir. Transservikal-transmandibuler yaklaşım geniş bir cerrahi görüş alanı sağlar ve parafaringeal bölgenin özellikle büyük tümörlerinde, tercih edilebilir. Bu makalede parafaringeal bölgelerinde kitlesi olan ve transservikal- transmandibuler yolla opere edilen 4 hastamız sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelmeler: *Parafaringeal kitle, transservikal, transmandibuler*

TRANSCERVİKAL- TRANSMANDİBULAR APPROACH FOR PARAPHARYNGEAL MASSES: REPORT OF FOUR CASES

SUMMARY

The masses of the parapharyngeal region may either originate from the contents of this region or may appear through direct invasion from the neighboring structures. Even if the masses are benign, surgery of them is risky because of their location, and various approaches as transoral, transcervical, transparotid and transcervical-transmandibular have been suggested to reach this region. Transcervical-transmandibular approach enables a wide surgical exposure and is preferred for the large tumors of the parapharyngeal space. In this article, four patients with parapharyngeal masses who were operated through transcervical-transmandibular approach were presented reviewing the literature.

Key Words: *Parapharyngeal mass, transcervical, transmandibular*

GİRİŞ

Anatomik olarak parafaringeal bölge, tabanı kafa tabanında ve tepesi hiyoid kemiğin büyük boynuzunda bulunan, ters bir piramid şeklindedir. Bu potansiyel boşluğun tabanı (kafatabanı), posterior (vertebra ve paravertebral kaslar) ve lateral sınırları (pteriogoid kaslar, mandibula, parotis derin lobu ve digastrığın posterior karnı) sert yapılarla sınırlandırılmıştır. Medial duvarıysa, esnek yapılar olan superior konstriktor kas, tonsil ve yumuşak damak ile sınırlıdır. Parafaringeal bölge tümörleri genellikle medial duvarı orofarinkse doğru iterek büyürler (1,2) ve hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilirler (3).

Parafaringeal bölge, stiloid çıkıntı ile ilişkisine göre anterior ve posterior olmak üzere 2 kısma ayrılır. Anterior (prestiloid) bölümünde pteriogoid kaslar, mandibula, parotis derin lobu, internal maksiller arter, inferior aurikuler, lingual ve

aurikulotemporal sinirler bulunur. Posterior (retrostiloid) bölümünde internal karotis, internal juguler ven, servikal sempatik zincir, IX,X,XI ve XII. kranial sinirler ile lenf nodları yer alır (2).

Parafaringeal boşluğun primer tümörleri, tüm baş-boyun bölgesi tümörlerinin % 0.5'ini oluşturur (4). Bu tümörler, bölgede bulunan herhangi bir oluşumdan köken alabilecekleri gibi, komşu yapılardan direkt yayılım yoluyla da parafaringeal bölgeyi tutabilirler (5,6). Parafaringeal tümörlerde başlıca tedavi cerrahidir. Seçilecek cerrahi işlemin geniş bir görüş sağlaması, total tümör rezeksiyonuna olanak sağlaması ve morbiditesinin az olması tercih edilir.

Bu yazıda kliniğimizde parafaringeal kitle nedeniyle transservikal-transmandibuler (TS-TM) yaklaşımla opere edilen 4 olgumuz sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: On altı yaşında bayan hasta, yüz ve boynunun sol tarafında şişlik şikayeti ile başvurdu (Şekil 1). Hasta şişliğin yaklaşık 1 yıl öncesinden beri

İletişim kurulacak yazar: Dr. Müge ÖZCAN Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye E-posta: mugeozcan@yahoo.com

Gönderilme tarihi: 21 Mart 2002, revizyon isteme tarihi: 01 Mayıs 2002, yayın için kabul edilme tarihi: 10 Temmuz 2002



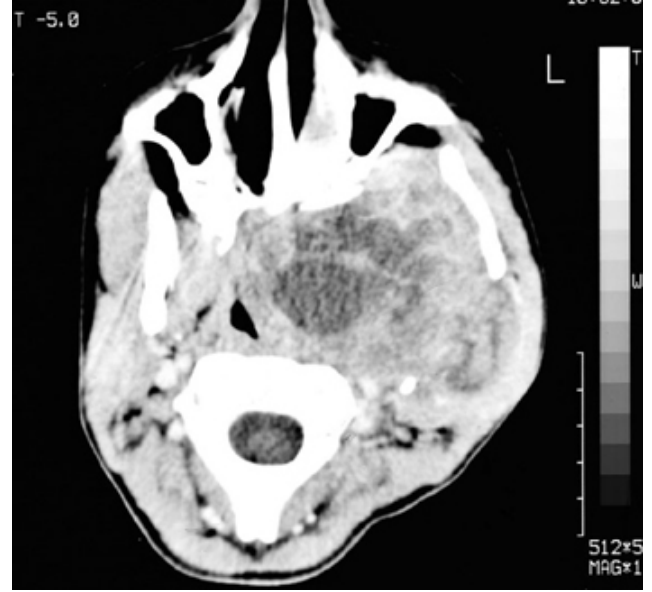
devam ettiğini, ağız içerisinde de şişlik ve ağrı olduğunu ifade etti. Peritonsiller apse ön tanısı ile tedavi verildiği, iyileşme olmadığı, hatta şişliğin daha da büyüdüğü öğrenildi. Son zamanlarda yutma güçlüğü ve ağzını açamama şikayeti de başlayan hastaya, dış bir merkezde bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş ve parafaringeal apse ön tanısı ile operasyona alınmış ancak operasyon sırasında kitlenin parotis bezi ile ilişkili olduğu düşünülerek, biyopsi alınmadan operasyona son verilip ve hastanın kliniğimize sevk edilmişti. Hastanın muayenesinde, orofarinkste, solda, tonsil ve yumuşak damağı mediale iten, üzeri düzgün mukoza ile kaplı kitle mevcuttu ve hastada trismus vardı. Hastanın yüzünde asimetri mevcuttu ve sol jugulodigastrik bölgede 5x5 cm'lik lastik kıvamında kitle palpe ediliyordu.



Şekil 1. Yüz ve boyunun sol tarafında şişlik şikayeti ile başvuran hastanın görünümü (Olgu 1)

İndirekt laringoskopi, kulak ve burun muayenesi normal olan hastanın herhangi bir nörolojik defisiti yoktu. Hastanın dış merkezde çekilen BT'sine ulaşmak mümkün olmadı. Yeniden yapılan BT'de, kafa tabanından hiyoid kemik seviyesine kadar uzanan, parafaringeal bölge ve infratemporal fossayı doldurarak orofarinks hava pasajını daraltan, parotis bezi ile ilişkisi olmayan, düzgün sınırlı ve 10x10x12 cm boyutlarında solid kitle lezyonu izlendi (Şekil 2). Kitleden ayrı

zamanlarda 2 kez ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı. Bunların sonuçları "kan elemanları" ve "benign, malignite şüphesi varsa yeniden biyopsi önerilir" şeklinde rapor edildi.



Şekil 2. Parafaringeal bölge ve infratemporal fossayı dolduran ve orofarinks hava pasajını daraltan, düzgün sınırlı, 10x10x12 cm boyutlarında solid kitle lezyonunun tomografik görüntüsü (Olgu 1).

Hasta ve hasta yakınlarına TS-TM yolla girişim ayrıntılarıyla anlatılarak, operasyon için izin istendi, ancak hasta yakınları tarafından kabul edilmedi. Bunun üzerine, önceki insizyon yerinden girilerek kitleye ulaşıldı ve biyopsi yapıldı. Biyopsinin "schwannom" olarak rapor edilmesi üzerine, hasta ve hasta yakınları ile tekrar görüşüldü. Operasyonu kabul ettiler. Hastaya TS-TM yolla kitle eksizyonu uygulandı. Kitlenin vagustan kaynaklandığı ve çevre dokulara invaze olmadığı izlendi, ancak kitleyi özellikle kafa tabanında vagustan diseke etmek mümkün olmadı. Kitle vagus ile birlikte çıkarıldı. Patoloji malign schwannom olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde hastada sol vokal kord paralizisi gelişti ve taşikardi oluştu, ancak majör bir aspirasyon problemi ile karşılaşılmadı. Postoperatif 3. günde insizyon yerinde hassasiyeti gelişen ve ateşi yükselen hastanın bu durumu, anaerob ve gram negatiflere etkili bir antibiyotik kombinasyonu ile 72 saat içinde düzeldi. Hasta postoperatif 20. günde radyoterapi almak üzere radyoterapi kliniğine devredildi. Radyoterapi sonrası üçüncü ayda nüksü olan hastaya daha sonra tekrar cerrahi planlanmadı. Hasta halen radyoterapi ve medikal onkoloji kliniklerince takip edilmektedir.

Olgu 2: 42 yaşında bayan hasta, kulakta çınlama ve boğazda takılma şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri 2 yıldır olan hasta birçok defalar medikal tedavi aldığını, ancak fayda görmediğini ifade



ediyordu. Muayenesinde, sol tonsilin mediale doğru minimal itilmesi dışında, diğer kulak burun boğaz ve kranial sinir muayeneleri normaldi. Hastanın odyolojik tetkiki normal olarak değerlendirildi. Boyun BT'sinde, parafaringeal bölgede 3x4 cm boyutlarında, tonsili minimal olarak mediale iten, homojen kontrastlanan, düzgün sınırlı kitle lezyonu tespit edildi. Hastaya TS-TM yolla kitle eksizyonu uygulandı (Şekil 3). Kitlenin düzgün yüzeyle olduğu ve parafaringeal bölgedeki damar veya sinirlerden kaynak almadığı gözlemlendi. Kitle parotis ile ilişkili değildi. Patolojisi "pleomorfik adenom" olarak rapor edildi. Hastanın postoperatif dönemde herhangi bir nörolojik defisiti olmadı ve postoperatif 10. gün taburcu edildi. Postoperatif ikinci yılında nüksü yoktur.

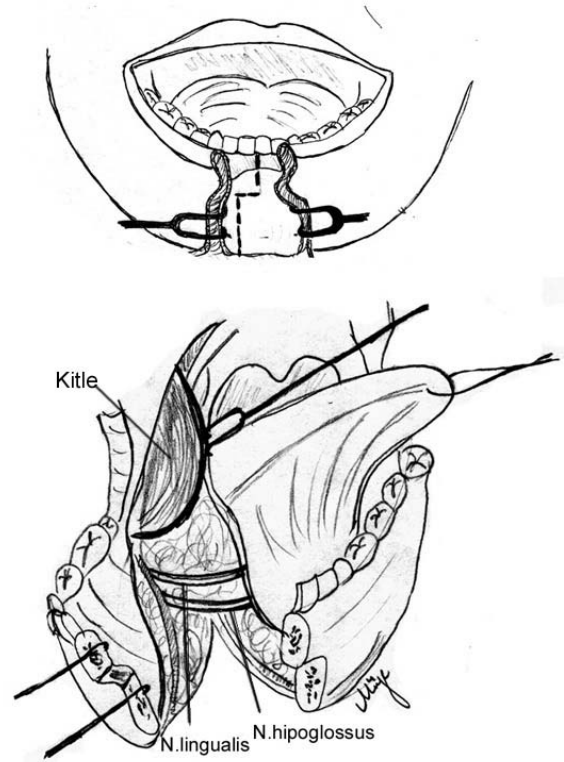


Şekil 3. Parafaringeal bölgenin üst kısmına yerleşen pleomorfik adenoma. Ok kitleyi göstermektedir (Olgu 2).

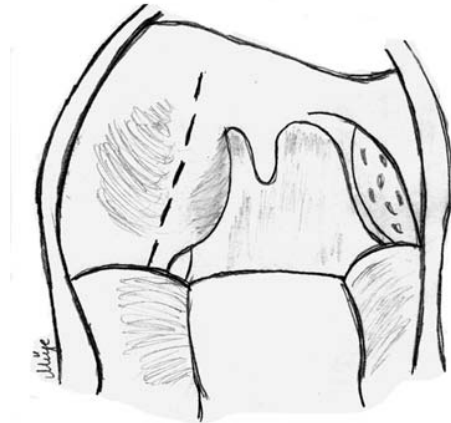
Olgu 3: 25 yaşında bayan hasta, boyununun sağ tarafında 1 yıldır devam eden şişlik şikayeti ile başvurdu. Orofarinks muayenesinde, sağ tonsil minimal olarak mediale itilmişti. Boyun muayenesinde, sağ angulus mandibula altında, 4x4 cm büyüklüğünde, sert, ağrısız, yarı fikse kitle palpe edildi. Kranial sinir muayenesi ve diğer kulak burun boğaz muayenesi normaldi. Boyun BT'sinde, düzgün sınırlı, heterojen kontrastlanan, juguler foramenden toraks seviyesine kadar uzanan, 6x4 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Hastaya TS-TM yolla kitle eksizyonu uygulandı ve kitlenin vagustan köken aldığı görüldü. Kitle vagustan sıyrılarak çıkarıldı. Patolojisi "schwannoma" olarak rapor edildi. Hastada postoperatif dönemde sağ kord vokal paralizisi gelişti. Hasta postoperatif 10. günde taburcu edildi. Postoperatif altıncı ayda yapılan muayenesinde, vokal kord hareketleri normal olarak izlendi. Postoperatif ikinci yılında nüksü yoktur.

Olgu 4: 34 yaşında bayan hasta, boğazının sol tarafında şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezine göre bir ay önce boğaz ağrısı başlamış, ilaçlarla azalmış, ancak geçmemişti. Başka bir merkezde peritonsiller apse ön tanısıyla apse açma girişimi yapılmış, ancak kitleyle karşılaşılması üzerine

biyopsi yapılarak acil olarak kliniğimize sevk edilmişti. Muayenesinde, orofarinks sol tarafında, tonsil lojunu mediale doğru iten kitle mevcuttu.



Şekil 4. Parafaringeal bölgeye TS-TM yaklaşım.

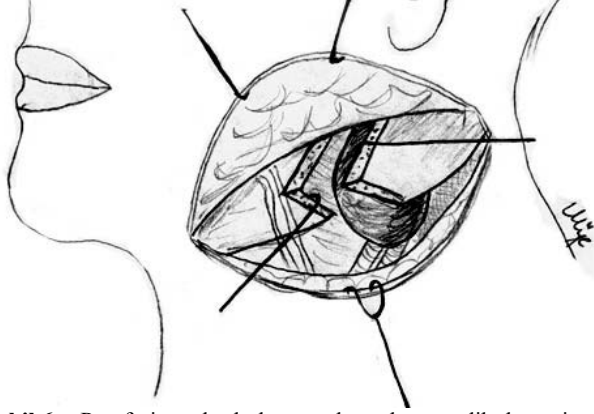


Şekil 5. Parafaringeal bölgeye transoral yaklaşım.

Kitle üzerindeki yumuşak damak mukozasında 1 cm'lik, üzeri fibrinöz materyalle kaplı insizyon mevcuttu. Boyunda, sol angulus mandibula altında 2x3 cm boyutlarında, yarı fikse, lastik kıvrımlı kitle palpe ediliyordu. Kranial sinir muayenesi normaldi. BT' de, juguler fossadan hiyoid kemiğe kadar uzanan, 6x3 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, heterojen kontrastlanan kitle lezyonu görüldü. Daha önce alınan biyopsi materyalinin patolojik incelemesi



“schwannom” olarak rapor edildi. Hastaya TS-TM yolla cerrahi önerildi. Operasyon sırasında kitlenin servikal sempatik zincirden köken aldığı görüldü ve sempatik zincir mümkün olduğunca korunarak, kitle TS-TM yolla eksize edildi. Patoloji sonucu "schwannom" olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde Horner sendromu gelişen hasta postoperatif 12. gün taburcu edildi. Postoperatif beşinci ayında nüksü yoktur.



Şekil 6. Parafaringeal bölgeye lateral mandibulotomi ile transservikal yaklaşım.

TARTIŞMA:

Primer parafaringeal bölge tümörlerinin %80'i benignidir. Malign tümörlerinin büyük bir çoğunluğu da, bu bölgedeki lenf nodlarına malign metastazlar sonucu ortaya çıkarlar. Primer parafaringeal tümörler arasında tükrük bezi tümörleri (%50); paragangliom, schwannom ve nörofibrom gibi nöral kaynaklı tümörler (%30); ve lipom, leiomyom, teratom, rabdomyosarkom, hemanjiom ve fibrosarkom gibi diğer yumuşak doku tümörleri (%20) sayılabilir. Pleomorfik adenom parafaringeal bölgede en sık görülen tümördür (%26-43) (5)

Parafaringeal yerleşimli tümörler asemptomatik olabildikleri gibi, yutma güçlüğü, nefes darlığı, ve kulak önünde veya çene altında şişlik ile kendilerini gösterebilirler. Muayenede genellikle tümörün en az direnç gösteren bölge olan orofarinkse doğru uzanmış olduğu ve tonsil ile yumuşak damağı mediale doğru deplase ettiği görülür. Tanıda BT mutlaka gereklidir. Kontrastlı BT tümörün yerleşimini, komşu yapılarla ilişkilerini gösterebildiği gibi, kanlanma durumu hakkında da bilgi verir. BT'de vasküler bir tümör söz konusu ise, anjiyografi ile de tümör değerlendirilebilir. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG), BT'den daha yüksek bir yumuşak doku çözünürlüğüne sahiptir ve bu yüzden intraparotid ve ekstraparotid tümörlerin ayırımında daha üstündür (1,2). Parafaringeal tümörlerin çoğunda operasyon öncesi transoral biyopsi yapılması önerilmez çünkü faringeal mukozanın biyopsi alınan bölgede tümör kapsülüne

yapışması ve operasyon sırasında buradan zor ayrılması söz konusu olabilir. Ayrıca biyopsi alınan sahaya da tümör ekim riski vardır (7). Vasküler lezyonlarda transoral biyopsi alınmaya çalışılması mortalite ile sonuçlanabilir. İİAB operasyon öncesi tümör hakkında bilgi verebilir. Allison ve ark. non-vasküler tümörleri olan 12 hastaya İİAB uygulamışlardır. Yazarlar herhangi bir komplikasyonla karşılaşmamışlar ancak İİAB'nin sadece pleomorfik adenomlar için diagnostik olduğunu bildirmişlerdir (6). Biz de olgu 1'de İİAB yaptık ancak sinir kökenli olan bu tümörde İİAB tanıda yardımcı olmadı.

Parafaringeal bölgenin tümörleri genellikle benign olduklarından, tedavilerinde radyoterapinin yeri azdır ve primer tedavi yöntemi cerrahidir (8). Parafaringeal bölgeye cerrahi müdahale başlıca şu yollarla yapılır (5,6): Transoral, transservikal, TS-TM, transparotid, servikal-parotid yaklaşım.

Parafaringeal bölgeye TS-TM yaklaşım ilk olarak 1981'de Som ve arkadaşları tarafından, kafa tabanına aynı yolla yaklaşım ise yine 1981'de Biller ve arkadaşları tarafından tarif edilmiştir (9,10).

TS-TM yaklaşımda öncelikle trakeotomi açılır. Orta hatta alt dudak ve çeneden geçerek hiyoid seviyesine kadar uzanan ve boyunda transvers olarak, kitlenin büyüklüğüne göre gerekirse mastoid apekse kadar devam eden bir insizyon yapılır (Şekil 4). Orta hattan mandibulotomi uygulanır. Mandibulotominin basamaklı olarak yapılması, daha sonra mandibulanın stabilizasyonunu kolaylaştırır.

Cilt ve ciltaltı geçildikten sonra, platizma da geçilir ve flep mandibula serbest kenarına kadar marjinal mandibuler sinire zarar vermeden kaldırılır. Digastrik ve stilohiyoid kaslar hiyoid kemiğe yapıştıkları yerden ayrılarak, submandibuler bezle birlikte superiora doğru eleve edilir. Daha iyi bir görüş sağlamak için, submandibuler bez de eksize de edilebilir. Mylohiyoid kas hiyoide yapıştığı yerden, hiyoide paralel olarak orta hatta kadar kesilir. Bu aşamadan sonra karotis, juguler ven, X, XI ve XII'nci kranial sinirler tanınır ve daha sonraki diseksiyon boyunca korunur.

Mandibula periostu orta hatta insize edildikten sonra, laterale doğru her iki taraftan 2 cm kadar eleve edilir. Rekonstrüksiyon için plak kullanılacaksa, plak yerleştirilerek, vida delikleri açılır ve plak dışarı alınır. Daha sonra orta hat mandibulotomi uygulanır. Mandibulotomi düz olarak yapılabileceği gibi, basamaklı olarak da yapılabilir.

Ağız tabanı mukozası Wharton kanallarının arasından kesilir. Daha sonra, alveol ile dilin arasından, mandibula tarafında rekonstrüksiyon için



yeterli güdük bırakılacak şekilde mandibula ile ağız tabanı ayrılır. Mylohyoid kas da rekonstrüksiyon için yeterli güdük bırakılarak ağız tabanından kesilir. Wharton kanalı ve lingual sinirin submandibuler beze giden postganglionik lifleri de kesilir. Bu sırada önceden tanınmış olan lingual ve hipoglossal sinirlerin korunmasına özen gösterilmelidir.

Ağız tabanındaki insizyon orofarinkste, tonsil ön plikasinin superioruna kadar uzatılır. Mandibula laterale doğru çekilir. Eksternal karotis, fasial arter seviyesinden bağlanarak kesilir. Stilohiyoid ligaman, m.stiloglossus ve m.stilofaringeus stiloid proçesten ayrılır. Stiloid proçes uzunsa, kısaltılır. Böylece internal karotisin kafa tabanına kadar diseke edilebilmesi sağlanır. Aynı şekilde, X, XI ve XII'nci kranial sinirler de superiora doğru takip edilebilir. İnsizyonlar tamamlandıktan sonra, farinksin mediale, mandibulanın da laterale doğru çekilmesi ile, parafaringeal bölge hiyoid kemikten kafa tabanına kadar ortaya konmuş olur ve tümör direkt görüş altında çevre dokulardan ayrılarak, çıkarılabilir. Ayrıca bu yöntem, cerrahi manipülasyon için de geniş bir saha açılmasını sağlar.

Tümör eksizyonundan sonra oluşan kaviteye negatif basınçlı dren yerleştirilir ve intraoral insizyon hem orofarinkste, hem de ağız tabanında dikilir. Nazogastrik sonda yerleştirilir. Mandibula telle veya plakla tamir edilir. Daha sonra yüz ve boyundaki insizyon kat kat kapatılır. Dudak dikilirken orbikularis oris kası tamir edilir. Vermilion hat da dikkatle yeniden oluşturulur.

Trakeotomi genellikle operasyonu takip eden 7 gün içerisinde kapatılır. Oral beslenmeye genellikle 10 gün içerisinde başlanır. Mandibulotomi yapıldığından, beslenmeye yumuşak diyetle başlanmalıdır.

TS-TM yaklaşım, parafaringeal bölgenin medialinde, posteriorunda ve kafa tabanında tam bir görüş sağlar ve bu yöntemle maksimal vasküler kontrol elde edilir (9,10). Operasyon sonrasında majör bir fonksiyonel bozukluk olmaz, lingual ve inferior alveoler sinir fonksiyonları korunur. Ülkemizde de parafaringeal bölge ve kafa tabanına yaklaşımda TS-TM yolu tercih eden cerrahlar vardır (11,12).

TS-TM yaklaşım, parafaringeal boşluğun superioruna uzanan tüm vasküler tümörlerin, veya karotisi kafa tabanında saran tüm kitlelerin cerrahisinde kullanılabilir (7). Aynı zamanda bu yaklaşım histolojisine bakılmaksızın, kafa tabanına komşu tüm tümörlerin eksizyonunda kullanılabilir (8). Malign lezyonların kafa tabanı veya vertebralari

tutması halinde de TS-TM yaklaşım tercih edilebilir. Parafaringeal bölgenin büyük boyutlu benign lezyonlarının veya bölgeyi boylu boyunca tutan schwannomlarının eksizyonunda da bu yaklaşım endikedir (7,8,9). Biz de parafaringeal bölgeyi tutan bir malign schwannom, iki schwannom ve bir pleomorfik adenoma olgumuzda, TS-TM yaklaşımı tercih ettik. Olgu 1, 3 ve 4'de tümör oldukça büyüktü ve parafaringeal bölgenin tamamını tutuyordu. Bu olgularda kitleler büyük boyutlu olduklarından, kitle diseksiyonu sırasında özellikle büyük damarlara ve kafa tabanına hakim olabilmek amacıyla TS-TM yaklaşım tercih edildi. Olgu 2'de ise parafaringeal bölgenin üst kısmında, kafa tabanına komşu yerleşimliydi. Bu olguda transservikal yolla kitleyi özellikle kafa tabanından güvenli bir şekilde ayırmak zor olduğundan, TS-TM yaklaşım tercih edildi. Dört olguda da direkt görüş altında, büyük damarlara zarar verilmeden total tümör eksizyonu uygulandı.

Bu yöntemin dezavantajı, trakeotomi gerektirmesi ve skarının büyük olmasının yanısıra, mandibulotomi yapılmasıdır. Dikkat edilmediği takdirde, lingual ve hipoglossal sinirlere zarar verilebilir. Oral kavite ve orofarinkste de insizyon yapıldığından, bölgede enfeksiyon oluşma riski vardır. Biller ve ark. preoperatif dönemde profilaktik antibiyotik tedavisi başlanarak postoperatif dönemde 72 saat sürdürülmesinin enfeksiyonu önlemek için yeterli olduğunu bildirmişlerdir (10). Özellikle önceden radyoterapi almış hastalarda faringeal fistül oluşumu da olası komplikasyonlar arasındadır. Operasyon sırasında farinks duvarından eksizyon yapılması da bu riski artırır (10). Operasyon sırasında tek taraflı olarak sadece n. vagusa zarar verilmesi postoperatif dönemde büyük bir sorun yaratmaz, ancak X ve XII. kranial sinirlerin birlikte zarar görmesi durumunda ciddi yutma bozukluklarıyla karşılaşılabilir (7). Bütün bu olası komplikasyonlar nedeniyle, parafaringeal bölge cerrahisi planlanan hastaya ses kısıklığı, yutma güçlüğü, ağzını açarken ağrı ve ağız açmada kısıtlılık, boyundan irin akıntısı, ve hatta ölüm riski olabileceği anlatılmalı ve bizim de tüm hastalarımızda yaptığımız gibi operasyon öncesinde hem hastadan hem de hasta yakınlarından izin alınmalıdır.

Olgularımızda, malign schwannomu olan olgu dışında nüks görülmedi. Hiçbir olgumuzda büyük damar yaralanması oluşmadı. Olgu sunumu kısmında da belirtilen olgu 1 dışında enfeksiyon oluşumu izlenmedi. Olgularımızın hiçbirinde inferior alveoler sinir hasarı veya faringokütanöz fistül oluşmadı. Trakeotomiler en geç bir hafta içinde kapatıldı, ve oral beslenmeye geçişte bir sorun olmadı. Mandibulanın iyileşmesinde bir sorunla



karşılaşılmadı. İnsizyon skarı kabul edilebilir düzeyde iyileşti.

Parafaringeal bölge tümörlerine transoral yaklaşım günümüzde giderek daha az kullanılmaya başlayan bir cerrahi girişimdir. Bu girişimde tümörün orofarinkse doğru uzandığı yerden mukozal bir insizyon yapılarak tümörün kapsülüne kadar ulaşılır, künt diseksiyonla (genellikle parmak diseksiyonu) tümör çıkarılır ve insizyon suture edilir (Şekil 5). Transoral rezeksiyonun cerrahi sırasında kanamanın az ve yöntemin morbiditesinin düşük olması nedenleriyle avantajlı olduğu bildirilmekte ve bazı yazarlar tarafından parafaringeal bölgenin mikst tümörlerinin çıkarılmasında önerilmektedir (5,13). Bu cerrahi yaklaşımda diseksiyon kör olarak uygulandığından, bölgede bulunan vital yapılara zarar verme, tümörü çıkarırken rüptüre etme ve tümörü tam olarak eksize edememe riski yüksektir. Bu nedenle kliniğimizde parafaringeal bölge tümörlerine yaklaşımda, diğer pek çok merkezde olduğu gibi, transoral yaklaşım tercih edilen bir yöntem değildir.

Transparotid yaklaşımda superfisyal parotidektomiye takiben fasial sinir serbestleştirilir ve derin lob parotidektomisi uygulanır. Tümörün parafaringeal bölgeye uzanan kısmı da bundan sonra eksize edilir. Bu sırada mandibulotomi veya parsiyel mandibulektomi de eklenebilir. Parotis derin lobundan kaynaklanan ve “dumbell tümör” olarak da adlandırılan tümörlerin cerrahi eksizyonunda tercih edilebilecek bir yöntemdir (6,9). Bu girişimde fasial sinirde manipulasyona bağlı fasial paralizi veya parezi ortaya çıkması beklenebilir (13).

Transservikal yaklaşımda hiyoid hizasından transvers bir insizyon yapılır. Submandibuler bezin superiora doğru mobilizasyonunu takiben, stiloglossus kası ve stilohiyoid ligament kesilerek, parafaringeal boşluğa girilir. Mandibula öne doğru ekarte edilerek diseksiyon sahasının genişletilmesine çalışılır veya lateral mandibulotomi yapılabilir (Şekil 6). Bu yaklaşımda inferiorda boyunun büyük damarları ve sinirler görüş alanında olmasına rağmen, özellikle kafa tabanına yakın bölgede diseksiyon kör olarak ve genellikle parmakla yapılır. Tümörün kafa tabanından mobilizasyonu zor olabilir (9). Bu nedenle de transservikal yaklaşımın olgu 2’de olduğu gibi transmandibuler yaklaşımla kombine edilmesi gerekebilir.

TS-TM yaklaşım, trakeotomi gerektirmesi ve büyük bir skara neden olması gibi dezavantajlarına karşın, geniş bir görüş alanı sağlaması ve boyundaki büyük damarlara hem servikal bölgede, hem de kafa tabanında hakimiyet sağlaması gibi avantajlara da

sahiptir. Bu nedenle, parafaringeal bölgenin özellikle büyük tümörlerinin çıkarılmasında tercih edilebilecek bir cerrahi yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Shoss SM, Donovan DT, Alford RB. Tumors of parapharyngeal space. Arch Otolaryngol 1985;111: 753-757. (PMID: 2996477)
2. Tom BM, Rao VM, Guglielmo F. Imaging of the parapharyngeal space: anatomy and pathology. Crit Rev Diagn Imaging 1991; 31: 315-356. PMID: 2036175
3. Moraitis D, Papakostas K, Karkanevatos A, Coast GJ, Jackson SR. Pleomorphic adenoma causing acute airway obstruction. J Laryngol Otol 2000;114: 634-636. PMID: 11027057
4. Batsakis JG, Neige N. Parapharyngeal and retropharyngeal space disease. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989; 98: 320-323. PMID: 2650597
5. Myatt HM, Remedios D. A transpalatal approach to the parapharyngeal space. J Laryngol Otol 1997; 111: 159-162. PMID: 9102444
6. Allison RS, Van Der Waal I, Snow GB. Parapharyngeal tumors: a review of 23 cases. Clin Otolaryngol 1989; 14: 199-203. PMID: 2545388
7. Olsen KD. Tumors and the surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope 1994;104(5 Pt 2 Suppl 63):1-28.
8. Krespi YP, Sisson GA. Transmandibular exposure of the skull base. Am J Surg, 1984;148:534-538. PMID: 6486323
9. Som PM, Biller HF, Lawson W. Tumors of the parapharyngeal space: Preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. Ann Otol Rhinol Laryngol 1981; 90 (Suppl 8): 3-15. PMID: 6258468
10. Biller HF, Shugar MA, Krespi YP. A new technique for wide field exposure of the base of the skull. Arch Otolaryngol 1981;107: 608-702. PMID: 7295165
11. Önal K, Oğuz MZ, Öncel S, Topaloğlu İ, Keleş R, Tunakan M. Parafaringeal bölge malign schwannomu. Türk ORL Arşivi 1995; 33: 139-141.
12. Saydam L, Taşel M, Çetin O. Transservikal - transmandibuler yaklaşımla kafa kaidesi eksplorasyonu. Türk ORL Arşivi 1991; 29: 81-83.
13. Goodwin WJ, Chandler JR. Transoral excision of lateral parapharyngeal space tumors presenting intraorally. Laryngoscope 1988; 98: 266-269. PMID: 2830444