

OLGU SUNUMU

SİYATİK SİNİR KÖKENLİ SCHWANNOMA: İKİ OLGU

SCHWANNOMA OF THE SCIATIC NERVE: Two cases

Oğuz ÖZDEMİR
Levent KÜÇÜK
Dündar SABAH
Burçin KEÇECİ
Yeşim ERTAN

ÖZET

39 ve 44 yaşındaki iki erkek hastada sırasıyla 15 ve 3cm.lik sağ uyluk kitlesi, ek olarak ikinci hastada sağ tibyal posterior sinirden köken alan 8mm.lik bir tümör saptandı. Büyütme eşliğinde sinir dalları korunarak çıkarılan kitlelerin patolojik tanısı Schwannoma geldi. Sırasıyla 38 ve 27 ay sonraki kontrollerde yineleme görülmedi. Nadir oluşları ve sinir koruyucu cerrahi ile tedavi edilebileceği vurgulandı.

Anahtar sözcükler: Biopsi, Mikrodiseksiyon, Nörilemmoma, Periferik sinirler.

SUMMARY

15 and 3cm mass in right thighs of two male patient who are 39 and 44 years old were found. Second patient had another mass(8mm in diameter) originating from right nervus tibialis posterior. The pathologic diagnosis of these masses resected by preserving nerve under magnification were Schwannoma. There was no recurrence after 38 and 27 months respectively. Their rarity and resectability without sacrificing the nerve were the characteristics of the cases.

Key words: Biopsy, Microdissection, Neurilemmoma, Peripheral nerves

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

(Prof. Dr. O. Özdemir, Uz. Dr. L. Küçük, Prof. Dr. D. Sabah, Yrd. Doç. Dr. B. Keçeci)

Patoloji Anabilim Dalı

(Doç. Dr. Y. Ertan)

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Yazışma: Uz. Dr. Levent KÜÇÜK

GİRİŞ

Bu çalışmada siyatik sinir kökenli iki Schwannoma olgusu sunulmuştur. Olgulardan biri MR de nörofibromatozis tanısı almıştır.

OLGU 1

Otuz dokuz yaşında erkek hasta sağ uyluk arkasında şişlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Şişliğin bir yıldır olduğu ve büyüme gösterdiği saptandı. Hastanın şişlik dışında ağrı, kramp, uyuşukluk gibi yakınmaları yoktu. Fizik bakıda; sağ uyluk posterior suprapopliteal bölgede 15x8 cm boyutlarında, sert, palpasyonla hassas, Tinel işareti pozitif kitle. Duyu ve motor fonksiyonları tamamıyla normaldi.

Hastanın sağ femur, diz ve tibyasına yönelik direk grafileri normaldi. Ultrasonografik (US) incelemede; suprapopliteal düzeyde 10x5.5 cm boyutunda, düzgün ve iyi sınırlı, periferik bölümünde solid yumuşak doku bulunan, santrali yoğun içerikli kistik yapıdan oluşan kitlesel lezyon izlendi. Renkli Doppler US'de periferik yumuşak doku içinde saptandı. Bu bulgular ile hemoraji yumuşak doku lezyonu düşünüldü. Manyetik rezonans (MR) incelemesinde kitle T₁ ağırlıklı görüntülerde kaslarla karşılaştırıldığında izointens olarak değerlendirildi. Yağ baskılı T₁ görüntülemeye periferik tutulum vardı (Şekil 1a ve 1b).

Hastaya trukat biyopsi uygulandı. Histolojik incelemede dokunun hiposelüler olması, pleomorfizm ve mitotik aktivite içermemesi dolayısıyla malineden uzaklaşıldı. Kimyasal incelemede, S-100 ile diffüz pozitif sonuç alındı. Bulgular Shwannoma lehine değerlendirildi.

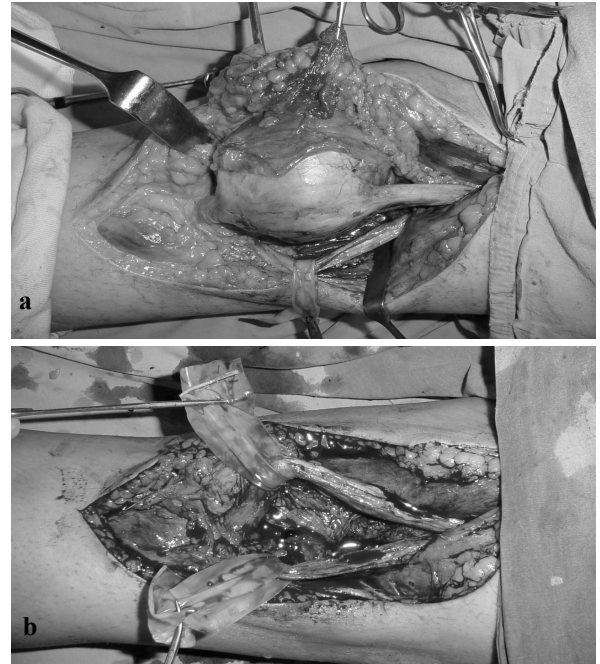
Posterior yaklaşım ile dikkatli intranöral diseksiyon uygulandı. Küçük bir fasikülün kitle içine girdiği görüldü ve bu fasikül ile birlikte eksize edildi (Şekil 2a ve 2b).

Ameliyat materyalinin incelemesinde 10x6x5 cm boyutlarında, iyi sınırlı, kapsüllü doku parçası izlendi ve materyalin 6x4 cm'lik bir parçası kistik görünümde olup dejenerasyon bulguları pozitif.

Postoperatif 38.nci ayda yapılan kontrol bakısında ayak dorsalinde hipoestezi dışında patolojik bulgu saptanmadı, motor fonksiyonları tamamıyla normaldi.



Şekil 1. a. T₁ ağırlıklı görüntülerde uyluk kasları ile karşılaştırmada izointens görünüm elde edilmiştir. b. Kontrastlı ve yağ baskılı T₁ ağırlıklı görüntüler kitledeki periferik tutulumu göstermektedir.



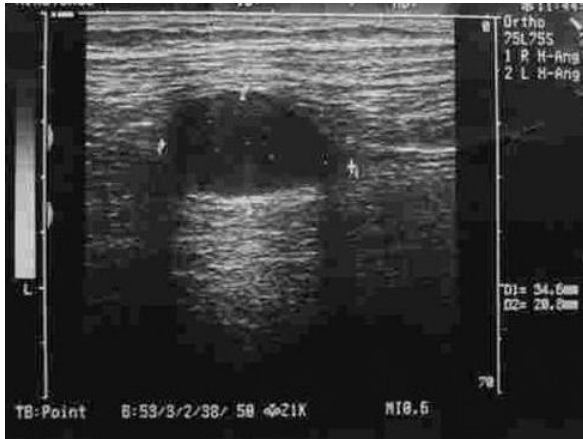
Şekil 2. a. Posterior yaklaşımda kitle içerisine giren sinir fasikülü görülüyor. b. Fasikülün kitleden ayrılması ve kitlenin eksizeyon sonrasındaki görüntüsü.

OLGU 2

Kırk dört yaşında erkek hasta sağ uyluk arkasında ve sağ ayak bileğinde yedi aydır varolan ağrılı kitle yakınmaları ile başvurdu. Her iki kitle eşzamanlı olarak ortaya çıkmış idi.

Hastanın fizik bakıda sağ uylukda derin palpasyonla saptanabilen 30x20 mm boyutlarında ağrılı kitle, sağ ayak bileği malleolunda 3x3 mm boyutlarında ağrılı kitle vardı. Her iki kitlede de Tinel bulgusu pozitif idi. Düz bacak kaldırma testi negatif idi. Hastanın direk grafipleri normaldi.

Hastanın ultrasonografik incelemesinde sağ uylukta kas içerisinde komşu fasiyal 32x19 mm boyutunda bir adet kistik komponenti bulunan olan düzgün sınırlı hipoekoik solid nodül (şekil 3a); sağ iç malleol tibyalis anterior arterinin dorsal komşuluğunda 8 mm çapında solid nodüler oluşum saptandı.



şekil 3a. Kas içerisinde komşu fasiyal planları kaldıran, kistik komponentli, düzgün sınırlı hipoekoik solid nodülün US görüntüsü.

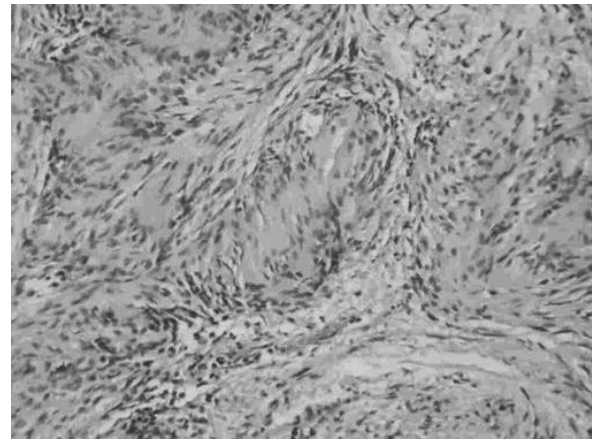
Manyetik rezonansda sağ uyluk orta düzey arka-dış bölümde, semitendinöz ve biceps kasları arasında 20 mm çapında, iç yapısında küçük kistik alanlar bulunan, düzgün kitle lezyonu saptandı. Kitle T₁ ağrılıklı kesitlerde hipointens, T₂ ağrılıklı kesitlerde hiperintens olarak izlendi. Yağ baskılamalı kesitlerde hiperintens olarak saptandı. Ayak bileğinin manyetik rezonans incelemesinde iç malleolda fleksör digitorum longus ve fleksör hallucis longus tendonları arasında yerleşim gösteren 8 mm çapında T₁ ağrılıklı kesitlerde hipointens, T₂ ağrılıklı kesitlerde hiperintens kitle saptandı (şekil 3b). Bu bulgular eşliğinde hastaya sağ uyluk ve ayak bileğinde nörofibrom öntanısı konarak hasta nörofibromatozis tip 1 ve tip 2 açısından ince-

lendi, ancak bu yönde hiçbir işarete rastlanmadı. Her iki kitleye aynı seansta altında interfaziküler diskiziyon ile marjinal eksizyon uygulandı.



şekil 3b. Sağ uyluk ve ayak bileği MR kesitlerinde izlenen düzgün sınırlı kitle

Siyatik sinir ve tibyalis posterior sinir kökenli kitlelerin patolojik incelemesinde sellüler Antoni A alanları ve hiposellüler Antoni B alanları görüldü. Antoni A alanları iğsi hücreler tarafından kısa demetler şeklinde oluşturulmuştu. Bazı alanlarda Verocay cisimleri izlendi. Antoni B alanlarında hücreler daha aralıklı olarak miksoid matriks içinde dizilmişlerdi. Kimyasal alışmalar S-100 proteinleri için yaygın, kuvvetli imün reaksiyon gösterdi (şekil 4).



şekil 4. Antoni A alanlarındaki hücresel şekillenmeler izleniyor. (hematoksilen-eosin boyama X200 büyütme).

Postoperatif 27.nci ayda yapılan kontrolde yineleme düşündürecek bulgu yoktu, eklem hareket genişlikleri ve nörolojik bakısı normaldi.

TARTIşMA

Periferik sinir sisteminden köken alan tümörlerinin insidansı düşüktür ve preoperatif doğru tanı ancak %25 inde konabilmektedir, bu yüzden de ve dikkatli

fizik bakı tanı için oldukça önemlidir. Kehoe ve ark.ları Schwannoma semptomlarını kitle (%94), ağrı (%43), parestezi (%23) olarak bildirmiştir. Hemen hepsinde kitle üzerinde Tinel bulgusunu pozitif bulmuşlardır (1).

Periferik Schwannomlar sinir kılıfından köken alan genellikle benin, kapsüllü, yavaş büyüyen tümörlerdir. Tipik olarak 20 ile 50 yaşları arasında görülürler. Tümörün büyüklüğü genellikle 2 ile 20 cm arasında olup, alt ekstremitede 10 cm'i geçmemektedir (2).

Öykü ve fizik bakı; şişliği veya ele gelen kitlesi olmayanlarda sınırlı bilgi sağlar. EMG ise, tümör sinirin fibrillerini infiltre etmediğinden genellikle normaldir (3). MR tümör ve çevre dokularla olan sınırlarını belirleyebilir. MR'ın çeşitli planlardaki kesitleri lezyonun sinir içerisindeki devamlılığını göstermesi açısından yararlıdır (2,3).

Schwannomaların kapsül varlığı nörofibromdan ayıran bir özelliğidir fakat radyoloji bu ayrımı yapmamaktadır. Schwannomalar sinirin yüzeyinde seyrederken, nörofibromlar sinirin fibrillerini infiltre ederler (3).

Kesin tanı histolojik inceleme sonrasında konabilmektedir. Kitlelerin histolojik incelemesinde klasik Antoni A ve Antoni B alanları bulunup, Antoni A alanlarında Verocay cisimcikleri ile karakterizedir. Kimyasal çalışmalarda bu alanlardaki hücrelerin S-100 proteini ile güçlü reaksiyon verdiği görülür. Makroskopik olarak düzgün yüzeyli ve kapsüllüdür, iç yüzeyi gri veya sarımsıdır ve kistik dejenerasyon görülebilir (1-6).

Schwannomalar genellikle tek olmasına karşın çoğul da olabilirler (2-4). Ogoşe ve ark. 91 Schwannom olgusunun 13 ünde çoğul tutuluş gözlemiş ve bunların 6'sında siyatik sinir tutulumu olduğunu belirtmişlerdir (4). Periferik sinirlerde veya pleksiform Schwannomaların görülmesi nadir bir durum olup nörofibromatozis tip 1 ve 2 birlikte görülebilir (3).

Operasyon sırasında tümör kapsülü üzerinden uzunlamasına insizyon yapılarak tümör kitlesi sinir fibrilleri arasından basit enükleasyon ve dikkatli diseksiyon ile eksize edilir (7-9). Bu karakteristik olarak Schwannomu nörofibromdan ayırır, nörofibromda sinir fibrilleri tümör ile karışmıştır. Ameliyat sonrasında hastada geçici duyuşal veya motor kusur oluşabilir (7).

Sonuç olarak; siyatik sinir benin Schwannomaları oldukça nadir görülen tümörlerden olup nedeni açıklanamayan siyatikler için akılda bulundurulması gereken tanılardandır. Tanıda radyolojik olarak nörofibromdan ayrımı güç olduğu için histopatolojik inceleme gereklidir. Tedavide ise büyütme eşliğinde cerrahi eksizyon olumlu sonuçlar vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Kehoe NJ, Reid RP, Semple JC Solitary benign peripheral nevre tumors. J Bone Joint Surg Br 1995;77 (3): 497-500.
2. Maleux G, Brys P, Samson I, Sicot R, Baert AL. Giant schwannoma of the lower leg. Eur Radiol 1997;7 (7):1031-4.
3. Yamamoto T, Maruyama S, Mizuno K. Schwannomatosis of the sciatic nevre. Skletal Radiol 2001;30 (2):109-13.
4. Ogoşe A, Hotta T, Morita T, Otsuka H, Hirata Y. Multiple schwannomas in the peripheral nerves. J Bone Joint Surg Br 1998; 80 (4):657-61.
5. Blohm D, Hansen LB, Jakobsen BW. Hamstring pain in an athletic sprinter caused by a schwannoma of the sciatic nerve. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 1999; 7 (2):135-6.
6. Karabulut H, Acar B, Babadeniz MA, Şimşek G, Günbey E, Karaşen RM. Brakiyal pleksustan kaynaklanan schwannom olgusu. Acta Oncologica Turcica 2009; 42: 80-2.
7. Edwards JC, Gren CT, Reifel E. Neurilemoma of the saphenous nevre presenting as pain in the knee. A case report. J Bone and Joint Surg Am 1989;71 (9): 1410-1
8. Tan LA, Bradbury J, Bonnin J, Horn EM. Minimally invasive resection of an extrapelvic sciatic schwannoma. J Clin Neurosci 2010; 17 (10):1314-6.
9. Omezzine SJ, Zaara B, Ben Ali M, Abid F, Sassi N, Hamza HA. A rare cause of non discal sciatica: schwannoma of the sciatic nerve. Orthop Traumatol Surg Res 2009; 95 (7):543-6.

İLETİŞİM

Uz. Dr. Levent Küçük
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Bornova / İzmir
Tel: 0232 3902783
Cep Tel: 0505 5250277
e-posta: kucuklevent@yahoo.com