

Laparoskopik Yöntemle Çıkarılan Bir Adrenal Schwannom. Olgu Sunumu

Aziz SÜMER, Umut BARBAROS, Mustafa TÜKENMEZ, Yeşim ERBİL, Alp BOZBORA, Selçuk ÖZARMAĞAN

Özet

Schwannom normal periferik sinir kılıfından veya Schwann hücrelerinden kaynaklanır. Nadir bir antitedir. Burada minimal invaziv teknik kullanarak cerrahi tedavi uyguladığımız bir adrenal schwannom olgusu ile ilgili deneyimimizi sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Schwannom, adrenal bez, laparoskopik tedavi.

Abstract

Laparoscopic excision of an adrenal schwannoma. Case Report

Schwannoma is a benign nerve sheath tumor originating from the normal peripheral nerve. It is rare entity. Herein, we report our experience with the surgical treatment of an adrenal schwannoma case by minimally invasive technique.

Key Words: Schwannoma, adrenal gland, laparoscopic treatment

Yazışma adresi: Umut Barbaros
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı
34340, Çapa, İstanbul
Tel: 02125331784
e-mail: umutbarbaros@yahoo.com

Giriş

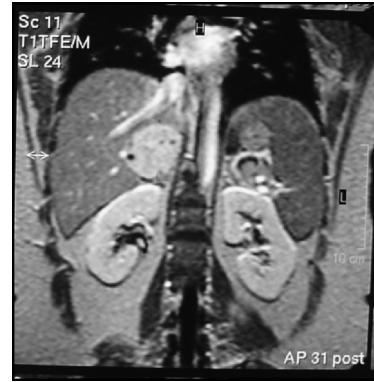
Schwannom normal periferik sinir kılıfından veya Schwann hücrelerinden kaynaklanan, sıklıkla soliter, kapsüle ve asemptomatik benign bir tümördür. Schwannomlar sıklıkla kranial yada periferik sinirlerde bulunur. Retroperitoneal yerleşimi nadirdir (1). Tüm retroperitoneal kitlelerin ortalama olarak %1 ila %5' ni oluşturmaktadırlar(2).

Burada minimal invaziv teknik kullanarak cerrahi tedavi uyguladığımız bir adrenal schwannom olgusu ile ilgili deneyimimizi sunuyoruz.

Olgu

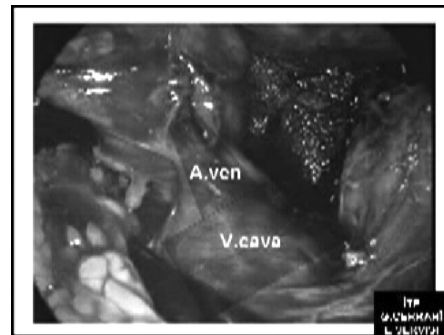
Yaklaşık üç aydır karın ağrısı şikayeti olan 49 yaşında bayan hasta; yapılan karın görüntüleme çalışmalarında sağ böbrek üstünde kitle saptanarak kliniğimize adrenal bezden kaynaklanabileceği düşüncesi ile gönderildi. Anamnezinde primer hipertansiyon nedeniyle ilaç tedavisi ve 15 yıl önce kolelityaz nedeniyle kolesistektomi ameliyatı mevcut. Fizik muayenede belirgin bir bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hormonal aşırı salgılama ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmadı. Karın ve pelvik bölgenin manyetik rezonans görüntülemesinde, T1 ağırlıklı kontrastlı koronal kesitlerde sağ adrenal bezden kaynaklanan 45x46 mm boyutlarında, sferik, homojen kontrast tutulumu ile birlikte kistik yapıyı düşündüren küçük hipotensif ve kontrast tutmayan alanlar saptandı. Kranial ve lateral olarak karaciğer ile yakın komşuluk gösteriyordu (Resim 1).

Önceki kolesistektomi ameliyatına bağlı olarak tümör ile karaciğer alt bölümü arasında sıkı yapışıklık olmasına rağmen; adrenal bez ve kitlenin komple eksizyonu dikkatli bir diseksiyon ile, olguya transperitoneal laparoskopik eksizyon uygulanarak çıkarılabildi.



Resim 1. Sağ adrenal bezden kaynaklanan tümöral kitlenin MR görüntüsü

Transperitoneal lateral yaklaşım için olgu sağ tarafı yukarıda kalacak şekilde lateral dekübit pozisyonunda yatırıldı. Peritoneal kaviteye ilk giriş açık teknik ile sağ ön aksiller çizgide kostal kenarın 2 parmak altından Hasson kanülü kullanılarak gerçekleştirildi. Pnömoreperitoneum sonrası sağ subkostal ve flank(böğür) lokalizasyonunda birbirinden 5 cm aralıklı üç ek trokar yerleştirildi. Önceki ameliyatına bağlı karın içi yapışıklılar olmasına rağmen, sağ adrenal ile birlikte kitlenin komple eksizyonu dikkatli ve nazik diseksiyon ile herhangi bir komplikasyon olmadan tamamlandı. Adrenal ven kısa ve kalın olması nedeniyle endoskopik vasküler stapler ile kapatıldı (Resim 2). Ameliyat süresi iki saattir. Çıkarılan



Resim 2. Kısa ve geniş adrenal venin endoskopik vasküler stapler ile ligasyonu öncesi görünümü



Resim 3. Çıkarılan spesmen: soliter tümör ile birlikte adrenal bez

spesmen 46x42x35 mm boyutlarında ve 44 gramdı (Resim 3). Histopatolojik incelemede; az stromal matriks ile beraber orta-artmış selülarite alanlarında uzamış iğsi hücrelerin oluşturduğu fasiküller (Antoni A) ve aynı zamanda fokal miksoid değişikliklerin eşlik ettiği gevşek stromalı daha az hücre yoğunluğuna sahip alanlar (Antoni B) tespit edildi. Biz herhangi bir ganglion hücresi gözlemedik ve diffüz anti S-100 protein immünreaktivitesi ile birlikte düşük proliferasyon indeksinin olması (Ki-67) bizi Schwannom tanısına yönlendirdi. Olgu sorunsuz olarak ameliyat sonrası ikinci gün taburcu edildi.

Tartışma

Schwannom ilk olarak Verocay tarafından 1908 yılında tanımlanmış ve 1920 yılında Antoni tarafından iki histopatolojik alt tipi olduğu belirtilmiştir (3). Schwannomlar genellikle benign karakterde olup sinir kılıfı ve Schwann hücrelerinden kaynaklanırlar. Sıklıkla kranial sinirler yada üst ekstremitte sinirleri ile ilişkilidirler(4). Primer olarak adrenal bezden kaynaklanan Schwannoma oldukça nadir bir durumdur ve dünya literatüründe sadece bir kaç vaka bildirilmiştir (5-10).

Retroperitoneal schwannom hastaların bazılarında nonspesifik karın ve bel ağrılarına neden olmasına rağmen, genellikle asemptomatik bir kliniğe sahiptir. Laboratuvar çalışmalarında genelde bir özellik saptanmaz. Retroperitoneal kitleler genellikle ameliyat öncesi dönemde kesitsel görüntüleme yöntemleri ile saptanmasına rağmen; Schwannoma özel belirgin bir radyolojik görüntü olmadığından dolayı ameliyat öncesi dönemde Schwannom tanısı koymak zordur(11). Ek olarak bazı retroperitoneal Schwannomalar heterojenite ve dejenerasyona bağlı olarak MRG tetkikinde feokromositoma yada malin tümörü taklit edebilirler (4). Bununla birlikte retroperitoneal kitlenin tanısı ameliyat sonrası dönemde histopatolojik değerlendirmeye kadar netleşmez (12). Bu nedenle retroperitoneal ve adrenal kitlelerin ayırıcı tanısını yapmak ve benign ve malign ayrımı için cerrahi rezeksiyon gerekir. Adrenal schwannomaların çok nadir olmasından dolayı adrenal schwannomun gros görüntüsü üzerine tartışmak oldukça zordur. Bununla birlikte bizim olgumuzda olduğu gibi, adrenal schwannom eğer büyük ve yukarı yerleşimli tümör ise karaciğer parankimi içine gömülü olacağından diseksiyonu zorlaştırabilir

Sinir kılıfı tümörlerinin ideal tedavisi tümörün komple çıkarılmasıdır(13). Ancak; doku ve organlara yakınlık ve bunların feda edilmesi durumunda özellikle yumuşak doku negatif cerrahi sınırı üzerine tartışmalar mevcuttur (13). Biz ameliyat öncesi ve sırasında malignite ihtimalini ekarte edemediğimizden dolayı kitle ile birlikte adrenal bezi komple çıkarmayı tercih ettik.

Minimal invaziv yöntemlerdeki gelişme ile birlikte, merkezlerin çoğunda benign adrenal kitlesi olan olgularda laparoskopik adrene-

lektomi açık tekniğin yerine geçmektedir ve tercih edilen prosedürdür(14). Laparoskopik ve açık yöntemi karşılaştıran retrospektik çalışmalar mevcuttur. Her ne kadar bu çalışmalarda laparoskopik yöntemin ameliyat süresinin uzun olduğu belirtilmesine rağmen; azalmış ameliyat sonrası ağrı, normal diyetle daha hızlı başlama, hastanede kalış süresinin ve normal aktivitelere dönüş süresinin kısa olması gibi üstünlükleri olduğu belirtilmektedir. Ayrıca komplikasyon oranı ve kan transfüzyon miktarının laparoskopik adrenelektomide daha az olduğu bildirilmektedir(14). Dünya literatüründe bu güne kadar farklı patolojilere bağlı bir çok laparoskopik adrenelektomi vakası bildirilmesine rağmen laparoskopik yolla çıkarılan retroperitoneal schwannomalı onbir vaka sunulmuştur (4, 15, 16). Bu olgulardan biri İnokuchi ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir. 35 yaşında bilateral adrenal kitlesi olan ve malignensi şüphesi ile laparoskopik adrenelektomi uygulanan hastanın histopatolojik incelemesinde schwannoma tespit edilmiştir(4). Ohigashi sağ adrenalden kaynaklanan benign schwannom laparoskopik olarak çıkarmıştır. Malin tümörlerin varlığında abdominal duvara implantasyon olabileceğinden dolayı açık girişimi önermektedir(15). Morrison ve ark. 7 cm boyutunda sürrenal kitleyi laparoskopik olarak rezeke etmişler ve patoloji sonucu schwannom olarak tespit edilmiştir (16).

Sonuç olarak, nadir olmasına rağmen schwannoma adrenal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Kesin tanı histopatolojik değerlendirme olmadan konulamaz. Bu lezyonların benign patolojilerine rağmen cerrahi tedavi yapılmalıdır. Minimal invaziv yaklaşım adrenal kitlelerin çoğunun çıkarılmasında güvencele tercih edilebilir.

Kaynaklar

1. Gubbay AD, Moschilla G, Gary BN, Thompson I. Retroperitoneal schwannoma: a case series and review. *Aust N Z J Surg* 1995;65:197-200.
2. Sameer K, Sharma, Koleski FC, et al. Retroperitoneal schwannoma mimicking an adrenal lesion. *World J Urol* 2002;20:232-233.
3. Woodruff JM KH, Louis DN, Scheithauer BW. Schwannoma. Lyon, France: IRAC Press; 2000.
4. Inokuchi T, Takiuchi H, Moriwaki Y, et al. Retroperitoneal ancient schwannoma presenting as an adrenal incidentaloma: CT and MR findings. *Mag. Res. Imag* 2006;24:1389-1393.
5. Arena V, De Giorgio F, Drapeau CM, et al. Adrenal schwannoma. Report of two cases. *Folia Neuropathol* 2004;42:177-179.
6. Bedard YC, Horvath E, Kovacs K. Adrenal schwannoma with apparent uptake of immunoglobulins. *Ultrastruct Pathol* 1986;10:505-513.
7. Lau SK, Spagnolo DV, Weiss Lm. Schwannoma of the adrenal gland: report of two cases. *Am J Surg Pathol* 2006;30:630-634
8. Gonzalez GA, Perea R, Palacios LS, et al. A benign adrenal schwannoma. *Medclin (Barc)* 2000;115:518-519.
9. Igawa T, Hakariya H, Tomonaga M. Primary adrenal schwannoma. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1998;89:567-570.
10. Ikemoto I, Yumoto T, Yoshino Y, et al. Schwannoma with purely cystic form originating from the adrenal area: a case report. *Hinyokika Kyo* 2002;48:289-291.
11. Brian KP Goh, Yu-Meng Tan, Yaw-Fui A. Chung, et al. Retroperitoneal schwannoma. *Am j Surg* 2006; 192:14-18.
12. Weiss SW GJ. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. St Louis, MO: Mosby; 2001
13. Daneshmand S, Youssef Zadeh D, Chomie K, et al. Benign retroperitoneal schwannoma: a case series and review of the literature. *Urology* 2003;62:993-997.
14. Cameron YL. *Current surgical therapy*. St Louis, Missouri: Mosby; 2001.
15. Ohigashi T, Nonaka S, Nakanoma T, et al. Laparoscopic treatment of retroperitoneal benign schwannoma. *Int J Urol* 1999;6(2):100-3.
16. Morrison KB, McAuley IW, Kinahan JF. Laparoscopic resection of a juxta-adrenal schwannoma. *Can J Urol*. 2004;11(3):2309-11.