

Periferik fasiyal paralizisinin ender bir nedeni: Postoserebellar köşe menenjiomu

F. Rüya TUNÇTÜRK *, M. Tayyar KALCIOĞLU *, Mine ÖNENERK **, Metin ORAKDÖĞEN ***,
Çağlayan YAVUZ *

ÖZET

Periferik fasiyal paralizi etiolojisinde Bell Paralizi en sık sebeptir. Bunu travmalar izler. Etiolojide % 5'lik bir kısmı tümörler oluşturur. Özellikle uzun süreli paralizilerde tümöral oluşumlar düşünülmelidir. Pontoserebellar bölgenin ender görülen tümörü olan menenjiomlarda fasiyal sinir paralizilerine daha sık rastlanmaktadır. Sunulan olguda ani başlayan sol periferik fasiyal paraliziye neden olan sol serebellopontin köşeden kaynaklanıp, internal akustik kanala uzanım gösteren menenjioma olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Fasiyal paralizi, menenjiom, pontoserebellar köşe tümörleri

SUMMARY

A rare cause of peripheral facial paralysis: Pontocerebellar angle meningioma

Bell's palsy is the most common cause of peripheral facial paralysis followed by traumas. In the etiology of peripheral facial paralysis, tumoral masses are seen in 5 % of the cases. Especially in cases with long-lasting facial paralysis, tumoral masses should be investigated. Even meningiomas are rarely seen tumours of the pontocerebellar angle, they are more likely to cause facial paralysis in this region. In this case report a patient who suddenly had a peripheral facial paralysis caused by a meningioma originated from left cerebellopontin angle and extended to internal acoustic canal has been discussed in the light of the literature.

Key words: Facial paralyses, menenjiom, pontocerebellar angle tumours

Periferik fasiyal paralizi etiolojisinde Bell Paralizi ilk sıradadır. Bunu temporal kemik fraktürleri ve iatrojenik travmalar izler. Tümöral oluşumlar ise etiolojide yaklaşık % 5'lik bir yer tutar ⁽¹⁾. Özellikle uzun süreli ve progresif paralizilerde tümörler düşünülmelidir. Tümörlere bağlı paraliziler genelde yavaş gelişmekle birlikte, akut olarak da izlenebilir ⁽²⁾. Parotis loju ve diğer bölgelerin tümörleri yanı sıra pontoserebellar köşe (PSK) tümörleri de fasiyal paraliziye neden olabilir.

Periferik fasiyal paraliziye en sık neden olan benign tümör fasiyal sinir schwannomudur. PSK'nin en sık rastlanan tümörü olan vestibüler schwannomada fasiyal paralizi, çok sık rastlanan bir bulgu olmamakla

birlikte, kitlenin yapacağı bası nedeni ile ileri evrelerde görülebilir. Menenjiomlarda fasiyal sinir ile ilgili semptomlar vestibüler schwannomalara oranla daha fazla görülür ⁽³⁾. Bu tümörlerin internal akustik kanala uzanım göstermeleri nadirdir ⁽⁴⁾. Bu çalışmada fasiyal sinir paralizi ile başvuran ve internal akustik kanala uzanım gösteren PSK menenjiomu tanısı alıp cerrahi tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşında ek bir hastalığı olmayan kadın hasta, o sabah başlayan yüzünün sol tarafında uyuşukluk, hareket kısıtlılığı, sol gözünü kapatamama yakınmaları ile acil servise başvurdu. Nörolojik

Geliş tarihi: 10.10.2014

Kabul tarihi: 19.11.2014

* İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

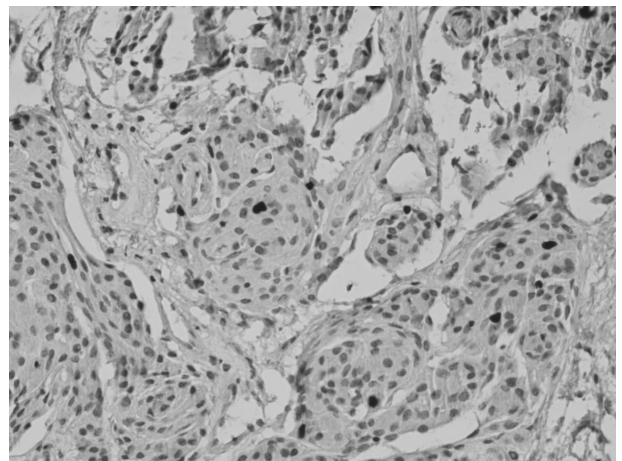
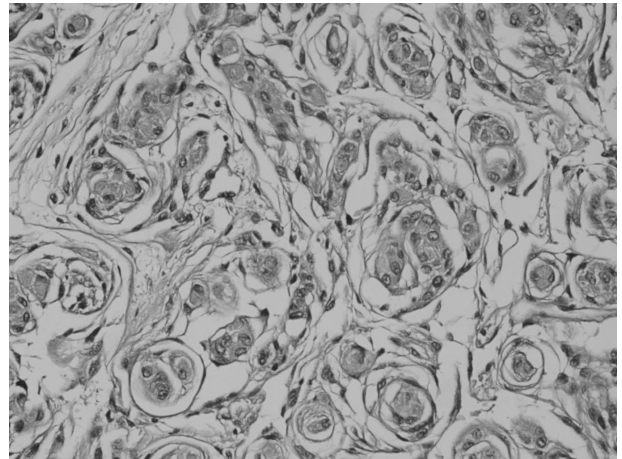
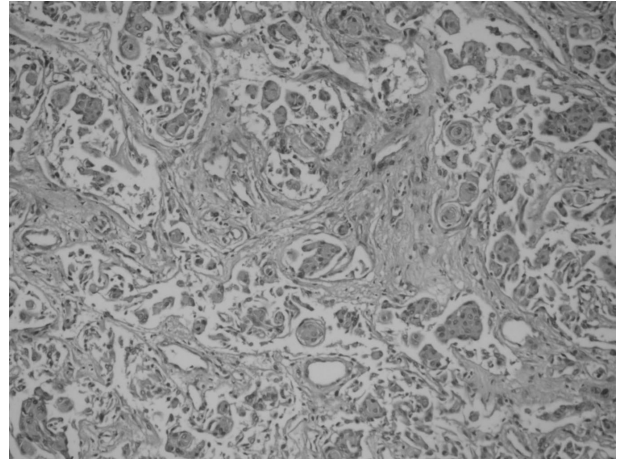
*** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

e-mail: mtkalcioğlu@hotmail.com

muayenesine acil patoloji saptanmaması üzerine KBB kliniğine danışılan hastanın muayenesinde otoskopisi bilateral dogal, orofarenks ve baş boyun muayenesi doğaldı. Sol total işitme kaybı saptanan hastanın bu kaybının uzun süreden beri olduğu, yeni olmadığı öğrenildi. House-Brackmann fasiyal sinir evrelemesine göre evre 3 periferik fasiyal paralizi saptandı. Steroid tedavisi 1 mg/kg dozda başlanılan hastaya çektilen kontrastlı kulak MR tetkikinde sol serebellopontin sisternada lokalize internal akustik kanal içerisine uzanım gösteren en geniş yerinde boyutları 37x24x34 mm olarak ölçülen solid kitlesel lezyon saptandı (Resim 1). Kitlenin komşu serebellar hemisfere bası yaptığı ve vazojenik ödeme neden olduğu, pons, bulbus sol lateral kısmında, sol orta serebellar pedinkülde belirgin kitle basısı izlendiği görüldü. Sol suboksipital kraniyektomi sonrası alınan frozen örneğinin menenjiom olarak raporlanan kitle serebellar doku, beyin sapı ve 5., 7. ve 8. kranial sinirlerden ve yapışma yeri olan pet-röz kemikten disseke edildi ve mikroskopik olarak total çıkartıldı. Görülen tüm kranial sinirler intakt olarak izlendi ve operasyon sonlandırıldı. Spesmenin histopatolojik değerlendirmesi meningotelyal menenjiom olarak rapor edildi (Resim 2, 3, 4). Postoperatif olarak hastaya ek olarak yoğunluk ayarlı radyoterapi (IMRT-STRT) planlandı. MLC özelliği bulunan lineer akseleratör cihazı ile Monaco Plan-



Resim 1. Sol serebellopontin sisternada lokalize internal akustik kanal içerisine uzanım gösteren solid kitle (Beyin MRG).



lama Sistemi ve 6 MV X ışını kullanılarak beyin sol akustik kanal bölgesine 600 cGy/FR dozuyla 5 fraksiyonda 3000 cGy radyoterapi uygulandı. Postoperatif 6. ayında paralizisi devam eden hastanın sol üst göz kapağına altın plak uygulandı. Fizyoterapi başlanan hastaya aralıklı kontrol önerildi.

TARTIŞMA

İntrakranial tümörlerin yaklaşık % 10'unu oluşturan PSK tümörlerinde komşu yapılara bağlı olarak genellikle işitme kaybı, dengesizlik, tinnitus, fasiyal güçsüzlük ve baş ağrısı gibi semptomlar izlenir. Daha az sıklıkta trigeminal nevralji, diplopi, mide bulantısı, kulak ağrısı ve tat kaybı ilk belirtiler olabilmektedir. Menengiomer PSK'nin vestibüler schwannomalardan sonra ikinci en sık tümörü olup, % 7-15 sıklıkta görülür⁽⁴⁾. Altı-yedinci dekadlarda pik yapar. Kadınlarda daha sık izlenir (K:E: 1,7/1). En sık karşılaşılan tipi meningoelyomatöz menengiomerdir⁽⁵⁾. Menengiomerlerin klinik belirtilerinin vestibüler schwannomlara çok benzemesi nedeniyle preoperatif ayırımının yapılması zor fakat bir o kadar da önemlidir. PSK menengiomerleri vestibüler schwannomalara göre, 5. ve 7. kranial sinirleri daha fazla tutar fakat daha az işitme kaybı ve vestibüler disfonksiyon yaparlar. Olgumuzda her ne kadar başvuru nedeni fasiyal paralizisi olsa da çok ileri derecede işitme kaybı da eşlik etmekteydi.

Kontrastlı görüntüleme yöntemlerinde tümöre komşu kalınlaşmış dura, dural tail "menengial işaret" olarak tanımlanmıştır. Bu işaret menengiomerler için oldukça spesifiktir⁽⁶⁾. Vestibüler schwannomlar genellikle internal akustik meatusun santralinde yer alırken, ender intrakanaliküler menengiomerler hariç PSK menengiomerleri meatusun dışından kaynaklanırlar. Sunulan olguda olduğu gibi internal akustik kanala uzanım gösteren menengiomerler ender görülürler. İnternal akustik kanala doğru uzanımı olan bir menengiomer porus akustikus genişletme eğiliminde değildir. Bu da vestibüler schwannomlardan önemli bir radyolojik farkıdır⁽⁶⁾. Perfüzyon MRI yöntemi vestibüler schwannom ve menengiomer ayırımı yapmada oldukça etkilidir⁽⁶⁾.

Fasiyal sinirin tümörle ilişkisi vestibüler schwannomalardan farklıdır. PSK menengiomerlerinde fasiyal sinir herhangi bir yöne yer değiştirmiş olabilir veya tümörün içinde kalmış olabilir, böylece siniri cerrahi sırasında korumak oldukça güçleşir⁽³⁾. PSK menengiomerlerine, tümör yerleşiminin VII ve VIII. kranial sinirlerle olan ilişkilerine bağlı olarak farklı cerrahi yaklaşımlar uygulanmaktadır. Lateral PSK menengiomerlerine cerrahi yaklaşım, sunulan olguda da olduğu gibi suboksipital kranyektomi yaklaşımı ile olmaktadır. Küçük mediyal PSK menengiomerlerinde genişletilmiş orta fossa yaklaşımı kullanılırken, bu bölgedeki büyük menengiomerler petrozal yaklaşım daha kolaylık sağlamaktadır. Translabirintin, transkoklear ve subtemporal yaklaşımlar diğer uygulamalardır. Translabirintin yaklaşım küçük boyutlu tümörler için uygun bir seçimdir, fakat işitme kaybına neden olmaktadır. En önemli avantajı ise fasiyal sinirin görülerek takip edilebilmesidir. Subtemporal yaklaşımı temporal lob ekartmanı gerektirmesi ve damar yaralanmaları riski nedeniyle pek tercih edilmemektedir⁽⁴⁾.

Cerrahi tedavi dışında menengiomer tedavisinde eksternal radyoterapi ve stereotaktik radyoterapi/ radyocerrahinin de yeri bulunmaktadır. Radyoterapi menengiomerlerde lokal kontrolü artırır. Radyoterapi kararı rezeksiyon genişliği, tümör evresine ve histolojik tipe göre verilir. Sunulan olguda da cerrahi sonrası hastaya radyoterapi uygulanmıştır. Stereotaktik radyoterapi/ radyocerrahi, 4 cm altında, belirgin sınırlı, önemli organlara güvenli mesafedeki tümörlerde uygundur. Bunların dışında hormonoterapi ve immunoterapi yöntemleri üzerinde çalışmalar devam etmektedir⁽⁷⁾.

Sonuç olarak, uzun süreli ve progresyon gösteren fasiyal sinir paralizilerde tümör akılda tutulmalıdır. Fasiyal paralizisi genelde yavaş yavaş ortaya çıkmakla birlikte akut olarak da gelişebilir. Fasiyal sinir schwannoması, vestibüler schwannomanın yanı sıra nadir de olsa menengiomerlerin akustik kanal içerisine girerek bası yapıp 7. ve 8. sinir patolojilerine neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **May M, Schaitkin BM.** Clinical Evaluation of the patient with facial paralysis. The facial nerve. 2nd ed., Thieme Medical Publisher Inc., NY, 2000, pp.179-210.
2. **Koç C.** Fasyal sinir hastalıkları. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. 1. Baskı Güneş Kitabevi, Ankara, 2004, pp. 255-268.
3. **Aydın Y, Çavuşoğlu H.** Serebellopontin Köşe Menenjiomları. *Türk Noroşirurji Dergisi* 2011;21(2):146-150.
4. **Von Eckardstein KL, Driscoll CL, Link MJ.** Outcome after microsurgery for meningiomas involving the internal auditory canal. *Neurosurgery* 2010;67(5):1236-42. <http://dx.doi.org/10.1227/NEU.0b013e3181efe412>
5. **Perry A, Brat J B.** Astrocytic and oligodendroglial tumors. Practical Surgical Neuropathology, Churchill Livingstone Elsevier, PA, 2010, pp. 85-217.
6. **Petscavage JM, Fink JR, Chew FS.** Cerebellopontine angle meningioma presenting with hearing loss. *Radiology Case Reports*, 2010, Vol 5, issue 2.
7. **Isık NÖ, Mayadağlı A, Ekici K et al.** Menenjiomlarda CyberKnife ile stereotaktik radyoterapi sonuçları: Tek merkez deneyim. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014;29(2):33-38.