



Göğüs Duvarı Schwannoma'sı

Thoracic Wall Schwannoma

Güven Çoşğun,¹ Sevin Başer,² Gökhan Yuncu,³ Nevzat Karabulut,⁴ Ferda Bir⁵

Özet

Schwannomalar sinir kılıfından köken alan soliter, kapsüle lezyonlardır. Daha sıklıkla toraks içinde kostovertebral sulkusta yer alırken nadir olarak periferik interkostal sinirlerden köken alır. Torakstaki primer nörojenik tümörlerin %10'undan daha azı periferik interkostal sinirlerden kaynaklanır. Göğüs duvar lezyonlarının parankimal lezyonlardan ayırımında, bazı radyolojik işaretler yol gösterici olabilir. Schwannomalar sıklıkla asemptomatiktir. Schwannomaların tanı ve tedavisi kitlenin cerrahi ekspolarasyonu ile yapılmaktadır. Öksürük ve ara sıra olan göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran 31 yaşındaki kadın hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ üst zonda düzgün sınırlı kitle saptandı. Interkostal schwannoma saptanan ve torakoskopik olarak rezeksiyon tedavisi yapılan olgumuzu radyolojik ve patolojik ayırıcı tanı bulguları ile birlikte sunduk.

Anahtar Sözcükler: Schwannom, Toraks duvarı, tümör.

Abstract

Schwannoma is a solitary, capsulated lesion and originates from the neural tissue. They are primarily located in the thorax in the costovertebral sulcus, but may rarely originate from peripheral intercostal nerves. Less than 10% of primary thoracic neurogenic tumors originate from the peripheral intercostal nerves. Radiological investigation is useful to differentiate the lesions of the chest wall and lung parenchyma. Schwannomas are generally asymptomatic lesions and diagnosis and treatment depend on the surgical excision of mass. Our case was a 31-year-old female with a cough and occasional chest pain. The chest X-ray revealed a smooth mass at right apical zone of the lung. It was treated with thoracoscopic surgery and diagnosed as intercostal schwannoma. This case was presented with radiological and pathological differential diagnosis and symptoms.

Key words: Schwannoma, Thoracic Wall, tumor.

¹Sorgun Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Yozgat

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Denizli

⁵Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Denizli

¹Department of Pulmonary, Sorgun Government Hospital, Yozgat, Turkey

²Department of Pulmonary, Pamukkale University Faculty of Medicine, Denizli, Turkey

³Department of Thoracic Surgery, Pamukkale University Faculty of Medicine, Denizli, Turkey

⁴Department of Radiology, Pamukkale University Faculty of Medicine, Denizli, Turkey

⁵Department of Pathology, Pamukkale University Faculty of Medicine, Denizli, Turkey

Submitted (Başvuru tarihi): 03.12.2012 **Accepted (Kabul tarihi):** 25.12.2012

Correspondence (İletişim): Güven Çoşğun, Sorgun Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Yozgat

e-mail: dr_guven@hotmail.com



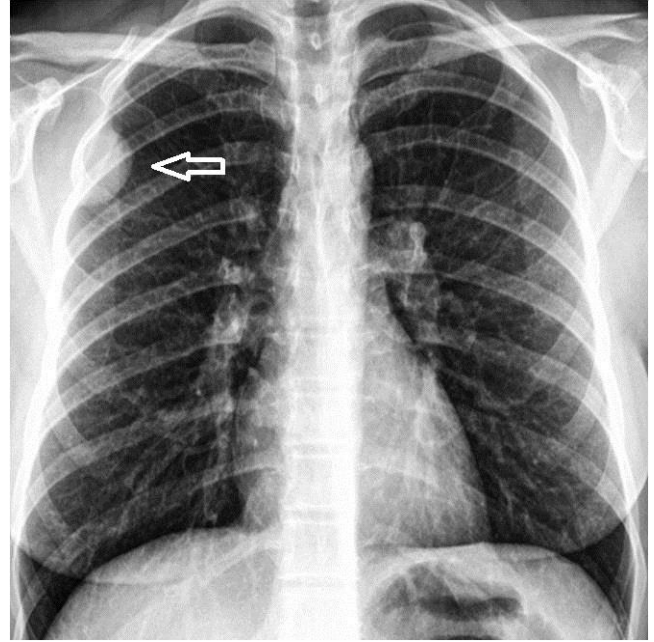
Nörolemmoma, nörinoma ve nöroma olarak da adlandırılan schwannoma ilk olarak Verocay tarafından tanımlanmıştır (1). Vücudun hemen her yerinde rastlanabilen schwannomalar, periferik motor, duyu, kranial sinir veya sempatik sinirlerin kılıflarından kaynaklanabilir. Göğüs duvarının nörojenik tümörlerinden schwannomalar, sıklıkla 20–40 yaş arasında görülen, genellikle soliter, kapsüle, asemptomatik lezyonlardır (2). Yetişkinlerde mediastendeki nörojenik tümörlerin büyük kısmı kostovertebral sulkusta yer alır (3). Torakstaki primer nörojenik tümörlerin %10'undan daha azı periferik interkostal sinirlerden köken alır (4). Kostovertebral sulkus dışında periferik interkostal sinirden köken almış nadir görülen schwannoma olgusu, tedavisinin torakoskopik olarak yapılması ve diğer göğüs duvarı ve plevral lezyonlardan ayırımında yardımcı olan radyolojik belirteçlerin irdelemesi amacıyla sunulmuştur.

OLGU

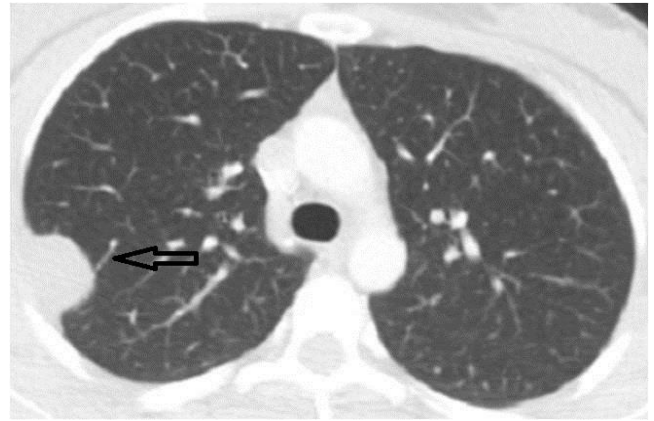
Öksürük şikâyetiyle başvuran 31 yaşındaki kadın hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ üst zonda plevra tabanlı düzgün sınırlı kitle izlendi (Şekil 1). Hastanın öyküsünde ara sıra olan göğüs ağrısı şikâyeti mevcuttu. Çekilen toraks tomografisinde sağ 3. kosta seviyesinde lateral yerleşimli 30x20 mm boyutlu, göğüs duvarını oluşturan kas dokularla sınırları ayırt edilemeyen düzgün sınırlı yumuşak doku lezyonu izlendi (Şekil 2). Manyetik rezonans görüntüleme ise, tabanı göğüs duvarına oturan T1 ağırlıklı sekanslarda hafif hiperintens izlenen, T2 ağırlıklı serilerde içerisinde hipointens alanlar olan ve kontrast enjeksiyonu sonrasında minimal santral ve ince hiperintens kenar boyanma gösteren solid lezyon görüldü (Şekil 3-5). Kitle torakoskopi ile eksize edildi (Şekil 6). Lezyonun patolojik incelemesinde ince fibröz kapsüllü, birbirini çaprazlayan kısa demetler oluşturan içi hücre proliferasyonu görüldü. Nekroz ve mitoz izlenmedi. Tümör hücrelerinin immünohistokimyasal incelemesinde, S-100 kuvvetli pozitif; düz kas aktin, desmin ve CD34 negatif olarak bulundu. (Şekil 7) Hasta 6 aydır takipte olup herhangi bir medikal sorunu bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Schwannomalar büyük oranda benign ve asemptomatiktir, ancak lezyonun basısına bağlı torasik ağrı; invazyon yaptığı dokulara bağlı Horner sendromu ve üst ekstremitelerde güçsüzlük yapabilir. Nadir de olsa özellikle Von Recklinghausen hastalığı ile birlikte görülen schwannomalarda malign değişim gözlemlenebilir (5). Malign olanların tümü ve benign olanların 2/3'ü ağırlı hale gelmektedir (6).



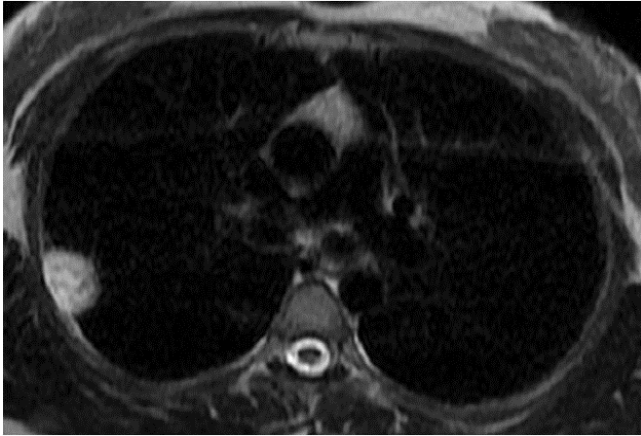
Şekil 1: Sağ üst zonda kitle.



Şekil 2: BT aksiyal kesitte kitle.



Şekil 3: MR koronal kesitte kitle.



Şekil 4: MR T2 ağırlıklı sekansta aksiyel kesitte kitle.

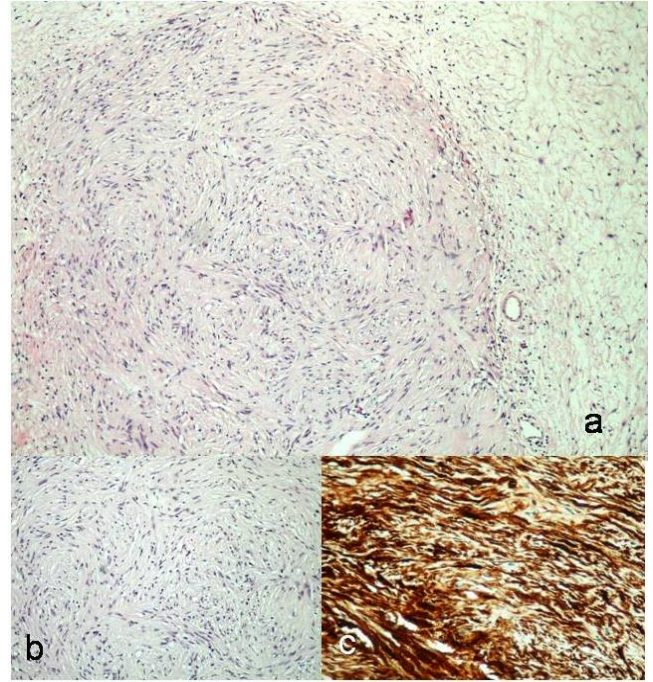


Şekil 5: MR'da kontrast enjeksiyonu sonrası minimal santral boyanma ve ince hiperintens kenar.



Şekil 6: Torakoskopik ekzision sonrası akciğer grafisi.

Göğüs duvarı lezyonlarının parankimal lezyonlardan ayırımında, bazı radyolojik işaretler yol gösterici olabilir. Göğüs duvarına ait kitleler radyolojik değerlendirmede oval görünümlü olup göğüs duvarı ile geniş açı yapar. Bizim hastamızda da kitle ile göğüs duvarı arasında geniş açı mevcuttu. Kesitsel görüntüleme ekstrapulmoner kitle



Şekil 7a,b,c: a) Değişik yönlerde seyreden kısa demetler oluşturan iyi sınırlı işsi hücre proliferasyonu (X10 H&E). b) Büyük büyütmede işsi hücreler (X20 H&E). c) S-100 pozitif işsi hücreler (X40 İHKS-100).

düşünülen olgularda kitlenin yerleşimini, çevre yapılara invazyon veya basısını belirlemek için gereklidir. Göğüs duvarı kitlelerinin yapısının belirlenmesinde MR, BT'ye üstündür. BT ise daha ucuz, daha kolay ulaşılabilir, kitlenin metastatik lezyonlardan ayırt edilmesinde yardımcıdır ve ilk kesitsel görüntüleme kullanışlıdır. Manyetik rezonans görüntüleme kitle hakkında daha fazla bilgi edinmek için önemlidir. Olgumuzda ilk kesitsel değerlendirmede olarak BT seçilmiştir. Schwannomalar tomografik incelemede hem homojen hem de heterojen olarak izlenebilir (7). Bunun nedeni histolojik olarak Antoni A (selüler alanlar) ve Antoni B (hiposelüler alanlar) yapılarından oluşmasıdır. Hiposelüler (Antoni B) alanlar kistik dejenerasyon ve granülomatöz değişim gösterebilir (8). T1 ağırlıklı kesitlerde düşük ya da orta intensitede iken, T2 ağırlıklı kesitlerde heterojen yüksek intensitededir (9). T2 ağırlıklı kesitlerde bazı özellikler schwannomaları nörofibromdan ayırmada önemlidir. T2 ağırlıklı kesitlerde santral hipointensite (hedef bulgusu) nörofibromda daha sık görülür. Kontrast enjeksiyonu sonrasında nörofibromda santral boyanma daha sık iken, schwannomalarda diffüz boyanma ve ince hiperintens kenar özelliği vardır (10). Olgumuzda T2 ağırlıklı kesitlerde hipointensite ve kontrast sonrası minimal santral boyanma izlendi. Tanıda pozitron emisyon tomografisi (PET) güvenilir değildir, benign olanlarda da artmış F18-florodeoksiglukoz tutulumu saptanmaktadır (11,12).

Schwannomaların patolojik olarak hiposelüler ve hiperse-lüler alanları içermesi nedeniyle ince iğne aspirasyon biyopsisinde hiposellüler alanlara düşme riski olduğundan tanı için yeterli materyal alınması zordur. Hücresel alanları içeren bölgelerden biyopsi alındığı durumlarda bile tanı için sıklıkla ince iğne aspirasyon biyopsisi yeterli olamamaktadır (13).

Göğüs duvarı schwannomalarında seçilecek tedavi cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi rezeksiyon hem tanı hem de tedavide sıklıkla yeterli olmaktadır. Olgumuzun patolojik tanısı kitle eksize edilerek konulmuştur.

Schwannomaların immünohistokimyasal incelemesinde S-100 ile kuvvetli boyanma izlenirken, düz kas aktin, desmin ve CD34 ile boyanma görülmez. Leiomyomlardan ayırımında bu lezyonların düz kas aktin ve desmin ile boyanması ışık tutar. Soliter fibröz tümör ile ayırımında kollajen bantların varlığı ve immünohistokimyasal olarak CD34 ile kuvvetli boyanma yol göstericidir. Olgumuzun eksize biyopsisinin kesitlerinde ince fibröz bir kapsülle sınırlanmış, hiposellüler ve hiperse-lüler alanlar içeren işi hücre proliferasyonu izlenmiştir. İmmünohistokimyasal incelemede S-100 ile pozitif boyanma izlenirken, düz kas aktin, desmin ve CD34 ile boyanma izlenmemiştir.

Akciğer grafisinde, periferik kiteller saptandığında kitlenin göğüs duvarı ile geniş açı yapması kitlenin göğüs duvarına ait olabileceğini düşündürmelidir. Kesitsel görüntüleme bu tip kitellerin yapısının belirlenmesinde önemlidir. Pozitron emisyon tomografisi ise benign malign ayırımını tam yapamamaktadır. Göğüs duvarı kitellerinin cerrahisinde torakoskopik eksplorasyon tercih edilmelidir. Torakoskopik eksplorasyon ile tanı ve tedavisi sağlanabilmektedir. Kostovertebral sulkusta sıklıkla nörojenik tümörler saptanabilmesine rağmen, periferik interkostal sinirlerden köken alan nörojenik tümörlerin göğüs duvarında kitle oluşturabileceği akıld tutulmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Hazar A, Göz M, Demir D, Yıldız S, Kürkçüoğlu İC. Nefes darlığına neden olan ön mediastinal schwannom: Olgu sunumu. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2012; 20(4):932-4. [\[CrossRef\]](#)
2. Özdem C, Koç C, Dalgı S, Ölcer S, Turgut S. Trigeminal sinir schwannoması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 1992;12(1):95-7.
3. Atasever A, Turhan K, Veral A, Çağın A, Göksel T, Akalın T. Arka mediastende yerleşmiş bir sellüler schwannoma olgusu. Archives of Lung 2002; 3(4):198-201.
4. Dural K, Koçer B, Günel N, Gülbahar G, Sakınca U. İnterkostal sinirden köken alan schwannoma: Olgu sunumu. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2008; 16(2):129-30.
5. Haberal A, Turgut F, Turgut M, Koç S, F Köse, A Özfuttu ve ark. Nörofibromatozis tip 1'li bir kızda görülen pelvik sempatetik pleksusun malign schwannoma vakası. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 1994; 4(3):203-5.
6. Sawas FA, Lababede O, Moulay A, Meziane MA, Arrossi AV. A 54-year-old woman with incidentally discovered mass on a chest radiograph. Chest 2009; 135(6):1673-78. [\[CrossRef\]](#)
7. Deniz O, Gümüş S, Örs F, Bozlar U, Safalı M, Tozko-paran E ve ark. Genç erişkin hastada hemorajik plevral efüzyonla seyreden intratorasik schwannoma olgusu. Archives of Lung 2008; 9(1):24-7.
8. Cohen LM, Schwartz AM, Rockoff SD. Benign schwannomas: pathologic basis for CT inhomogeneities. AJR 1986; 147:141-3. [\[CrossRef\]](#)
9. Haliloglu A, Uslu H, Üzum N, Haliloglu N, Göğüş O. Dev pelvik schwannoma. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(2):750-4. [\[CrossRef\]](#)
10. Jee WH, Oh SN, McCauley T, Ryu KN, Suh JS, Lee JH, et al. Extraaxial neurofibromas versus neurilemmomas: discrimination with MRI. AJR 2004; 183(3):629-33. [\[Cross-Ref\]](#)
11. Benz MR, Czernin J, Dry SM, Tap WD, Allen-Auerbach MS, Elashoff D, et al. Quantitative F18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography accurately characterizes peripheral nerve sheath tumors as malignant or benign. Cancer 2010; 116(2):451-8. [\[CrossRef\]](#)
12. De Waele M, Carp L, Lauwers P, Hendriks J, De Maese-neer M, Van Schil P, et al. Paravertebral schwannoma with high uptake of fluorodeoxyglucose on positron emission tomography. Acta Chir Belg 2005; 105(5):537-8.
13. Yu GH, Sack MJ, Baloch Z, Gupta PK. Difficulties in the fine needle aspiration (FNA) diagnosis of schwannoma. Cytopathology 1999; 10(3):186-94. [\[CrossRef\]](#)