

Boyunda dev schwannoma olgusu

Giant schwannoma cases of neck

Seyhan ALKAN, Burhan DADAŞ

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği

ÖZET

Schwannomalar (neurilemmomalar) periferik, kranial veya otonomik sinirlerin kılıflarından kaynaklanan ve nadir görülen soliter nörojenik tümörlerdir. Ekstrakranial schwannomaların % 25-45'i baş boyun bölgesinde ortaya çıkar. Schwannomalar yavaş büyürler ve sıklıkla boyunda asemptomatik kitle ile kendini gösterirler. Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), ve anjiyografi gibi görüntüleme yöntemleri tanıyı koymada yardımcıdır. On üç yaşında erkek hasta, boyunun sol tarafında, iki yıl içinde yavaş büyüyen, ağrısız, 15x10x10 cm boyutlarında kitle nedeniyle başvurdu. Operasyon esnasında servikal sempatik zincirden kaynaklanan düzgün kapsüllü kitle ile karşılaşıldı. Histopatolojik incelemede schwannoma olarak rapor edildi.

Anahtar kelimeler: Schwannom, baş ve boyun, tümör

SUMMARY

Schwannomas (neurilemmomas) are solitary neurogenic tumors which are observed rarely and originate from peripheral, cranial or autonomic nerve cells. Twenty-five to 45 percent of extracranial schwannomas occur in the head and neck region. They grow slowly and frequently manifest themselves as asymptomatic masses in the neck. Imaging methods such as ultrasonography (USG), computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) and angiography are helpful in the diagnosis. A 13-year-old boy presented with a slow-growing, painless, 15x10x10 cm mass on the left side of his neck that had been noted 2 years previously. During surgery, a well-encapsulated mass originated from the cervical sympathetic chain was observed. Histopathologic examination was reported as a schwannoma.

Key Words: Schwannoma, head and neck, neoplasm

GİRİŞ

Schwannomalar, perinöral schwann hücrelerinden kaynaklanan çoğunlukla bening, soliter tümörlerdir. İlk olarak 1908 yılında Verocay tarafından tariflenmiştir. Schwannomaların % 25-45'i baş ve boyun bölgesinde, özellikle parafaringeal alanda ortaya çıkar. Bu tümörler genellikle lokalizasyon ve köken aldıkları sinirlere göre medial ve lateral iki gruba ayrılırlar. Dokuz, 10, 11, 12. kranial sinirlerden kaynaklananlar medial grubu, servikal ve brakial pleksustan kaynaklanan servikal sempatik zincir schwannomaları lateral grubu oluştururlar. Schwann hücresinin olduğu her bölgede bu tümörlere rastlanabilir (1, 2).

Baş ve boyun schwannomaları genellikle ağrısız, yavaş büyüyen, asemptomatik boyun

Yazışma Adresi:

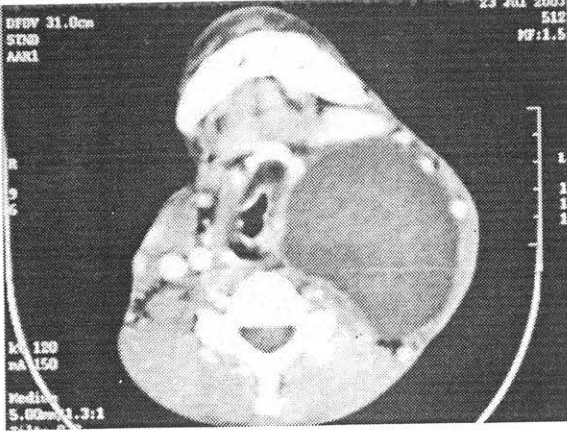
Seyhan ALKAN
Ataşehir Atatürk Mh. Ata 2/1 D: 204
Kadıköy / İSTANBUL
Tel: (0212) 231 22 09 / 1230
Fax: (0212) 296 22 64
e-mail: seyhanalkan@hotmail.com

kitleleri olarak karşımıza çıkarlar. Teşhiste ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri kullanılabilir. Operasyon öncesi kaynaklandığı sinirin tespiti zordur, çok büyük boyutlara ulaşabilir, tedavisi cerrahi eksizyondur (3, 4).

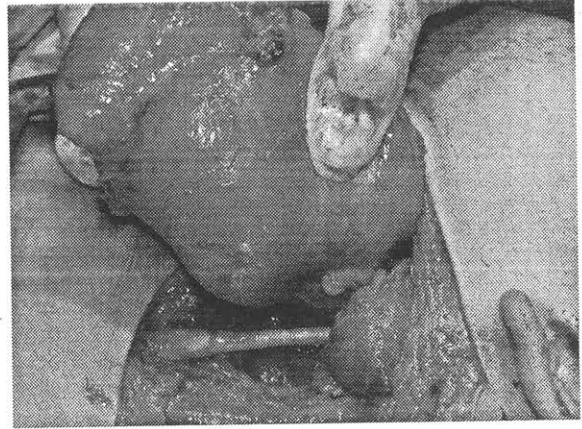
Kliniğimize yaklaşık olarak 15x10 cm boyutlarında dev kitle nedeniyle başvuran ve histopatolojik tanısı schwannoma olarak tespit edilen olguyu literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU

On üç yaşında erkek hasta kliniğimize son 2 yıl içinde ortaya çıkan ve oldukça yavaş büyüyen, boyunun sol tarafında üstte ramus mandibula ve mastoid apeks, arkada trapez kas, önde orta hat, altta supraklavikuler fossaya kadar uzanan, yaklaşık 15x10 cm boyutlarında dev kitle nedeniyle başvurdu. Kitle palpasyonla düzgün yüzeyli, sert, semimobil, ağrısızdı ve üzerinde karotid arterin pulsasyonu görülüyordu. Hastada yutma zorluğu mevcuttu. Kontrastlı boyun BT incelemesinde solda nazofarenks



Resim 1: Olgunun BT görüntüsü



Resim 2: Olgunun intraoperatif görünümü

seviyesinden başlayıp, posterior servikal üçgeni dolduran, parafarengeal yağlı planları oblitere eden, tiroid lojuna ve supraklavikuler fossaya uzanan, 12.5x7.5x6 cm boyutlarında ince cidarlı, homojen hipodens kitle görüldü (Resim 1). USG incelemesinde sol kommon karotid arter, internal karotid arter, eksternal karotid arter komşuluğunda, içerisinde düzenli hipervaskülarizasyon izlenen, enkapsüle, homojen solit kitle tespit edildi. Hastaya yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) histopatolojik incelemesi sonucunda nörojenik tümör rapor edildi. Dermatoloji konsültasyonu istendi, sırtta yaygın lentiginozis ve birkaç adet cafe au lait lekeleri tespit edildi, kranial MR tetkikinde intrakranial lezyona rastlanmadı.

Hastaya genel anestezi altında sol parafarengeal tümöral kitle eksizyonu uygulandı. Kitle gri, pembe renkli, düzgün kapsüllü, sert ve solitti, kitlenin servikal sempatik zincirden kaynaklandığı düşünüldü. Kitle kommon, internal ve eksternal karotid arterin anatomik lokalizasyonunu belirgin olarak değiştirmişti (Resim 2). Spesmenin histopatolojik incelemesi schwannoma olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Schwannomalar, Schwann hücrelerinden köken alan benign, soliter, kapsüllü ve iyi diferansiye tümörlerdir. Tümör sinire bitişik ve yapıştıdır veya sinir tarafından çevrelenmiştir.

Üçüncü ve 5. dekatta daha sık görülen bu tümör, her iki cinsiyette de yaklaşık eşit orandadır. Baş boyun schwannomaları en sık yavaş büyüyen ağrısız kitleler olarak karşımıza çıkarlar. Bizim olgumuzda olduğu gibi çok büyümüş olanları lokalizasyonuna göre disfaji, dispne, disfoni gibi bası semptomlarına neden olabilir. Literatürde karotis sistemine basıya bağlı serebral infarktüs yapan tümörler bildirilmiştir (1, 2, 5). Ağrı, hızlı büyüme, nörolojik defisit bulguları maligniteyi akla getirmelidir. Parafarengeal tümörlerin tanısında bimanuel palpasyon oldukça değerlidir. Servikal schwannomalar genellikle sinirin horizontal aksı boyunca hareketlidir (4).

Schwannomaların tanısında USG ve BT değerlidir. Kitlenin büyüklüğü, çevre yapılarla ilişkisi, yapısal özellikleri, özellikle stiloid prosesle olan ilişkisini bu yöntemlerle tespit etmek mümkündür. MRG tümörün kaynaklandığı sinirin tespiti açısından BT'ye üstündür. İİAB'si schwannoma tanısı koymada güvenilirliği çok yüksek olmamakla beraber bizim olgumuza operasyon öncesi uygulandığında nörojenik tümör olduğu rapor edilmiştir. Operasyon öncesi iyi bir anamnez, muayene bulguları, görüntüleme yöntemleri ile tanı konması güç değildir. Bunun klinik önemi hastayı olabilecek nörolojik sekeller, özellikle horner sendromu ve vokal kord paralizisi açısından uyarmaktır (1, 3, 4).

Schwannomanın tedavisi cerrahi eksizyondur, radyorezistans olduğundan radyoterapinin tedavide yeri yoktur. Tümör ağırsif olmadığından mümkün olduğunca konservatif davranmak gerekir. Ekstrakapsüler eksizyon tercih edilmelidir. Büyük boyutlara ulaşmış tümörlerde anatomik yapının değişmiş olabileceği unutulmalıdır (2, 4). Bizim olgumuzda karotid arter sistemi sternokleidomastoid (SKM) adalenin atrofiye olması ile birlikte aşırı lateralize olmuş ve normal anatomik lokalizasyonunu kaybetmişti, tümörü çıkarabilmek için eksternal karotid arter bağlandı.

Tümör eksize edilirken köken aldığı sinir mutlaka korunmalıdır, en sık karşılaşılan komplikasyon Horner sendromudur (myozis, ptozis, enoftalmus), sinir korunamıyorsa uç-uca anastomoz veya sinir grefti transpozisyonu uygulan-

malıdır (1, 4). Bizim olgumuzda Horner sendromu gelişmedi fakat nervus hipoglossustaki ikinci odak çıkarılırken olduğu düşünülen parazi operasyon sonrasındaki 4. ayda düzeldi. Cerrahi eksizyonda prognozu çok iyi olan schwannomaların tam eksizyondan sonra bile nüksleri görülebilir. Postoperatif 3. yılında olan olgumuzda herhangi bir nükse rastlanmadı. Ayrıca hastaların ailesel nörojenik tümörler açısından (nörofibromatozis) mutlaka sistemik olarak araştırılması gerekir.

Sonuç olarak yavaş büyüyen, klinik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile rahatlıkla teşhis edilen schwannomalar boyunda çok büyük boyutlara ulaşabilir, boyun anatomik yapılarının lokalizasyonunu değiştirebilir, birden fazla odakta görülebilir ve tedavisi cerrahi eksizyondur.

KAYNAKLAR

1. Arıkan OK, Tuna EÜ, Koç C, Özdem C : Baş ve Boyun Schwannomaları. Türk Otolarengoloji Arşivi, 40 : 30-35, 2002.
2. Thurnher D, Quint C, Pammer J, Schima W, Knerer B, Denk DM : Dysphagia due to a large schwannoma of the oropharynx: case report and review of the literature. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 128:850-2, 2002.
3. Furukawa M, Furukawa MK, Katoh K, Tsukuda M :Differentiation between schwannoma of the vagus nerve and schwannoma of the cervical sympathetic chain by imaging diagnosis. Laryngoscope, 106:1548-52, 1996.
4. Colreavy MP, Lacy PD, Hughes J, Bouchier-Hayes D, Brennan P, O'Dwyer AJ, Donnelly MJ, Gaffney R, Maguire A, O'Dwyer TP, Timon CV, Walsh MA : Head and neck schwannomas--a 10 year review. J Laryngol Otol, 114:119-24, 2000.
5. Matsuo R, Kamouchi M, Inoue T, Okada Y, Ibayashi S. Cerebral infarction due to carotid occlusion caused by cervical vagal neurilemmoma: report of a case. Stroke, 33:1428-31, 2002.