

Carotid Body Tümörü Olarak Yanlış Tanılandırılmış Bir Servikal Schwannoma Olgusu

A CERVICAL SCHWANNOMA CASE MISDIAGNOSED AS CAROTIDAL BODY TUMOR

Cengiz ÖZBEK*, Ufuk YETKİN**, İsmail ÖZDEMİR***,
Engin TULUKOĞLU****, Ali GÜRBÜZ*****

- * Uz.Dr., Şef.Yrd., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
** Uz.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
*** II.KBB Klin.Şef Yrd., Doç.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
**** Asist.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
***** Klinik Şefi, Doç.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İZMİR

Özet

Amaç: Nörolemmomalar grubunda yer alan schwannomalar nöroektodermal kökenli benign tümörler olup sempatik sinirlerin kılıfında bulunan schwann hücrelerinden köken alırlar. Cerrahisi, boyundaki vasküler yapılar ve kranial sinirlere olan komşuluğu ve vasküler yapıdan da zengin olması nedeniyle oldukça zordur.

Olgu Sunumu: Bu çalışmada kliniğimize son 3 aydır sağ submandibuler bölgedeki ağrısız ve fiksede sert kitlenin giderek büyümesi nedeniyle başvurmuş ileri incelemelerinde carotid body tümörü ön tanısı almış ve cerrahi rezeksiyonda tanısının servikal pleksus orijinli schwannoma olduğu saptanan olgumuzu tanı ve cerrahi tedavi açısından literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

Sonuç: Servikal schwannomalı hastalarda cerrahi rezeksiyon en iyi tedavi şekli olmakla beraber komplikasyonlar düşünülerek cerrahi girişim şeklinin dikkatli planlanması ve erken uygulanması düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Nörolemmoma, Glomus karotikum tümörü, Boyunda tümöral kitleler, Schwannoma

T Klin Kalp-Damar Cerrahisi 2003, 4:116-120

Summary

Aim: Schwannomas are benign tumors in neurolemoma group with neuroectodermal origin and they originate from schwann cells in sympathetic nerve sheath. Its' surgery is so difficult because of vascular structures in neck, neighbouring with cranial nerves and rich vascular structure.

Case Report: In this study we aimed to present a case; with a painless and fixed firm mass at right submandibular region, growing during last 3 months and prodiagnosed as carotid body tumor with further evaluations and determined as schwannoma originating from cervical plexus with surgical resection, for diagnose and surgical therapy under the light of literature.

Conclusion: Although surgical resection is the best therapy surgical modality must be planned carefully and performed as soon as possible regarding the complications.

Key Words: Neurilemoma, Glomus caroticum tumor, Tumoral masses at neck, Schwannoma

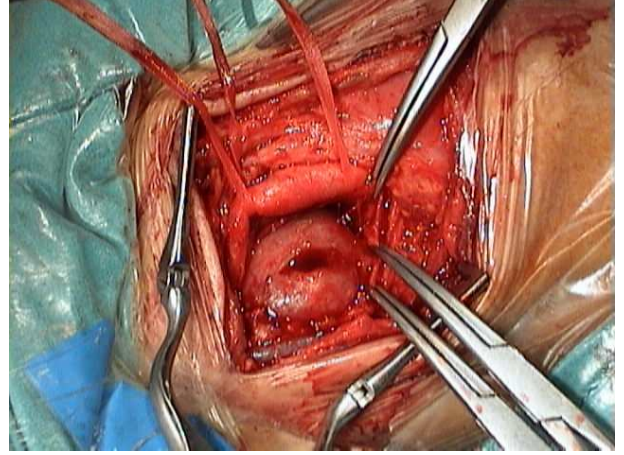
T Klin J Cardiovascular Surgery 2003, 4:116-120

Bir boyun kitlesi, cerrahi, tanısal bir sorunla ve tedavi açısından belirsizliklerle karşı karşıya bırakır. Cerrahi müdahaleden önce kitle ve buna özgü olası kanser varlığı ile ilgili bilgi edinmek amacıyla gerekli inceleme ve tetkikler düzenli bir sıra ile uygulanmalıdır (1). Bu çalışmamızda ameliyat öncesi tüm ileri incelemeleri sonucunda "carotid body" tümörü tanısı almış olan ve eksizyonel biyopsisi esnasında schwannoma kitlesi saptanarak bunun başarılı total rezeksiyonu gerçekleştirilen olgumuz sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Olgumuz 58 yaşında bayan hastadır. Kliniğimize son 3 aydır sağ submandibuler bölgedeki ağrısız şişlik yakınması ile başvurmuştu. Yapılan fizik bakışında vital parametrelerinin normal olduğu saptanmış ve muayenesinde boyun sağ orta-üst bölümünde sert ve immobil bir kitle lezyonu belirlenmişti. Bu kitlenin tanılandırımına yönelik gerçekleştirilen boyun renkli Doppler ultrasonografik (USG) incelemesinde sağ submandibular lokalizasyonda 59x37mm boyut-

larda hipoekoik ve heterojen iç yapıda solid kitle- sel oluşum saptanmış ve bunun sağ v.jugularis int., sağ a.carotis int.ve ext.'nin postero- medialinde yer aldığı belirlenmiş, kitle içerisinde belirgin vaskularizasyon ile düşük dirençli arteriyel akımlar ile venöz akımlar tespit edilerek carotid body tümörü ile uyumlu olabileceği yo- rumu yapılmıştı (Şekil 1). Bunu takiben gerçek- leştirilen kontrastlı nazofarinks aksiyal BT ince- lemesinde faringeal havayolunu sağdan daraltan, heterojen ve nekrotik alanları bulunan, 7x5x4 cm. boyutlarında orofaringeal bölgenin sağ tarafından köken alan solid kitle lezyonu tespit edilmiş olup bu kitle komşuluğunda bulunan vasküler yapılarla diğer yumuşak doku planlarının itildiği ve kitle- nin glottik seviyeye kadar uzanım göstererek sağ



Şekil 3.

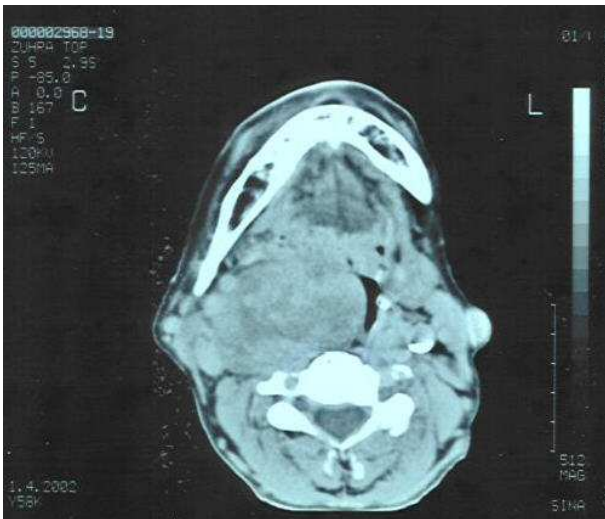
faringeal kitle (muhtemel “carotid body” tümörü) ön tanısı olarak yorumlanmıştı (Şekil 2). Hastanın preoperatif rutin biyokimyasal incelemelerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hasta bu so- nuçlarla carotid body tümör ön tanısı ile total rezeksiyon planlanarak operasyona alındı.

Cerrahi Teknik

Genel anestezi altında planlanan operasyonun anestezi indüksiyonunu takiben hastanın trakeal entübasyonu esnasında trakeanın sağdan indensasyonu sonucu entübasyonun zorlanılarak gerçekleştirilmesine tanık olundu. Boyun sağ tara- fında angulus mandibula alt ucundan klavikula medial kenarına kadar sternokleidomastoid (SKM) kası önünden insizyon gerçekleştirildi. Cilt, ciltaltı ve platizma kası kesilerek, SKM laterale deviye edildi. Karotis kommünis, internal ve eksternal karotis arterler ortaya konularak askıya alındı. Ancak karotid bifürkasyonda yaklaşık 1x1cm. çapında kitle saplanabildi ve bununla beraber karotis çevresinden 4 adet minimal büyüklükte lenfadenopatiyle uyumlu kitleler ekstirpe edilerek frozen incelemesine gönderildi ve histopatolojik tanısı nonspesifik reaktif lenfoid hiperplazi olarak bildirildi. Bunu takiben eksploratris disseksiyona devam edildi ve karotis bifürkasyonunun posteriorundan servikal pleksustan kaynaklandığı tespit edilen 6x6x4 cm. boyutlarında pedikülü servikal bölgede olan kitle bulguları. Ameliyat esnasında Kulak-Burun-Boğaz konsültasyonu so- nucu iki ekibin ortak girişimi sonrası kitle total



Şekil 1.



Şekil 2.

olarak rezeke edilerek tüm pedikül yapısı dahil olmak üzere çıkartıldı (Şekil 3). Hemostaz kontrolü sonrası ilgili alana “haemovac” dren yerleştirilerek katlar anatomik planda kapatıldı.

Kitlenin histopatolojik incelemesinde schwannoma (tümör hücrelerinin S-100 pozitif olduğu) saptandı. Olgumuz ameliyat sonrası 3.günde tam cerrahi şifa ile taburcu edilerek, 2.aydaki geç dönem kontrolünde hiçbir yakınması ve patolojik bulgusunun olmadığı saptandı.

Tartışma

Boyun kitlelerinin çoğu inflamatuvar lenf bezleridir ve histolojik olarak reaktif hiperplazi olarak yorumlanırlar (1). Schwannomalar nöral krest kökenli benign tümörler olup sinir kılıfında bulunan schwann hücrelerinden köken alırlar ve sıklıkla nörolemmoma grubu içinde tanımlanırlar (2). Benign soliter nörojenik tümörlerle yapılan 303 olguluk geniş bir seri çalışmasında Das Grupta nörolemmomalara baş ve boyun tümörlerinin %44’ünü teşkil ettiğini bildirmiştir (3). Bu çalışmada tümörlerin çoğunun semptomsuz olup boyun lateralinde bir kitle olarak bulunması dışında belirtisi olmadığı da saptanmıştı. Bizim olgumuzda da başvurusundan 3 ay önce boyun sağ bölümünde başlayan ve giderek büyüme gösteren kitlesel lezyon özelliği dışında ek semptom tanımlanmamıştı.

Posterior üçgen içinde bulunan schwannomalı hastaların bazılarında tümörün servikal pleksustan köken aldığı saptanmıştır. Bunların nadiren ağrı ve duyu bozukluklarına neden olabileceği de belirtilmiştir (4). Bizim olgumuzda da tümör pedikülünün servikal bölgeden köken alması nedeniyle bu nadir görülen form içinde değerlendirilebileceğini düşündük.

Schwannomalar genellikle iyi huylu yavaş büyüyen, kapsülsüz, yuvarlak ya da fuziform şekilli ve kendi aksonlarının karakteristik olarak kitleye geçmediği periferik sinirlerden orijin alan benign tümörlerdir. Çoğu schwannomalar soliterdir, fakat nadiren multipl olabilirler ya da Von Recklinghausen hastalığı ile birlikte bulunabilirler (2). Schwannomalarda malign dejenerasyon çok nadir

görülmür ve bu nedenle ihtiyadi olarak total ekstirpasyonu sonrası cerrahi girişimi gerçekleştiren birimin polikliniğince 6-12 aylık periyodlarla postop geç dönem izlenimleri önerilmektedir (5). Biz de olgumuzun postop 1.hafta ve 2.aydaki polikliniğimiz kontrollerini takiben 6.ayda ve sonrasında yıllık kontrollerini KBB polikliniği ile ortaklaşa gerçekleştirmeyi planladık.

Schwannomalar santral sinir sisteminden, servikal sempatik zincirden, servikal duyu pleksuslarından ve brakial preksusdan köken alabilirler. Boynun lateralindeki schwannomalarda, bizim olgumuzda olduğu gibi, palpe edilebilen immobil kitle mevcuttur. Çoğu sempatik zincirden köken alan bu tümörler parafaringeal boşlukta da yerleşebilir. Farenksin lateral duvarında bası veya yer değiştirimine neden olabilir (6). Bizim olgumuzda da entübasyon tümör basısı nedeniyle güçlüklerle gerçekleştirilmiştir. Schwannomalarda nörolojik defektlere çok nadiren rastlanılabilir (3,6).

Tümör küçük boyutlarda iken genellikle semptomsuz olup servikal yerleşimli schwannoma büyüdükçe komşu dokulara, özellikle glossofaringeus, vagus, hipoglossus gibi kranial sinirlerin kompresyonuna bağlı bulgular ortaya çıkabilir (3).

“Carotid body” tümörü ya da boyun bölgesindeki başka bir kitleden şüpheniildiğinde ultrasonografi ve kontrastlı BT tercih edilecek invazif olmayan yöntemlerdir (4). Ameliyat öncesi uygulanan bu tanısal incelemelerle, özellikle Doppler ultrasonografiyle kitlenin vasküler yapılarla ilişkisi detaylıca aydınlatılabilmektedir. Olgumuzda her iki incelemeyi gerçekleştirerek “carotid body” tümörü ön tanısı yorumu elde etmiştik. Ayırıcı tanıda brakial kist, tükrük bezi tümörü, karotid arter anevrizması, nörofibroma ve “carotid body” tümörü akılda bulundurulmalıdır (3). En sık görülen ve inflamatuvar olmayan boyun kitlesi nedenleri Tablo 1’de liste halinde sunulmuştur. Gerek “carotid body” tümörü ve gerekse servikal schwannoma olsun bu iki tümörün de diğer boyun tümörleri arasında preoperatif ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Ameliyat öncesinde doğru tanı konmasının önemi, farklı uzmanlık alanlarını ilgilendiren ya da birlikte çalışmayı gerektirebilen bu tür olgulara oldukça dikkat edil-

Tablo 1. İnflamatuar Olmayan Boyun Kitleleri

KONJENİTAL
Tiroglossal kanal kisti
Brankiyal yarık kisti
Lenfanjiyom (kistik higroma)
Hemanjiyom
Dermoid kist
EDİNSEL, SELİM
Tükrük bezi
Tiroid
Yumuşak doku
Lipom
Sebase kist
Nörojen
Paraganglioma (karotid body tümörü)
Nörolemmoma (Schwannoma)
Nörofibroma
Farinks
Kist
Kondrom
EDİNSEL, HABİS
Primer
Tükrük bezi
Tiroid
Yumuşak doku sarkomu
Deri
Metastatik
Üst solunum yolu
Tükrük bezi
Tiroid
Deri
Meme
Akciğer
Gastrointestinal traktus
Genitoüriner
Primeri tespit edilemeyen
Lenforetiküler
Hodgkin hastalığı
Non-Hodgkin lenfoma

melidir. Çünkü komşuluklarındaki vasküler yapılar nedeniyle kanama riski yüksek olup hatta karotid arter veya internal jugular venin tamirinin gerekebileceği gibi kranial sinir hasarı açısından dikkatli olmak cerrahi girişimin temel prensiplerini oluşturmaktadır (3).

Tümörün rezeksiyonla çıkartılması en iyi tedavi biçimidir. Ancak her iki tümörün cerrahi çıkartılması sırasında peroperatif kanama, damar ve kranial sinir zedelenmesi gibi komplikasyonlar nedeniyle cerrahi girişim zorlaşabilir. Preoperatif

tanı araçlarının gelişimi anestezi ve cerrahi tekniklerde ilerlemelerle peroperatif komplikasyonlar azaltılmış olmakla birlikte kranial sinir ve serebral işlev bozukluğu gibi ciddi komplikasyonlar halen istenilen seviyelere çekilememiştir. Preoperatif selektif besleyici arterlerin embolizasyonu 4cm'den büyük tümörler için önerilmektedir. Bu işlem "carotid body" tümörü ya da schwannoma rezeksiyonunda kansız bir cerrahi alan sağlar ancak kanama üzerine olan pozitif etkisi operasyon süresi için geçerli değildir. Sadece cerrahi alanda cerrahın konforunu arttırmakla sınırlı etki yapmış olur (7). Bu işlem sırasında ender de olsa intrakranial embolizasyon ile stroke gibi ciddi nörolojik defisitlerin gelişebileceği de bildirilmiştir (8). Biz de olgumuzda yaptığımız üzere ameliyat öncesi embolizasyonun her iki patolojik grupta da uygulanmaması görüşünderiz.

"Carotid body" tümörü tanısı bazen zorluk göstermektedir. Doğru tanıya ulaşmada lokalizasyon, Doppler ultrasonografi ve BT yardımcı olabilmektedir. Olgumuzun tanısız değerlendirimlerinde "carotid body" tümörü ön tanısına ulaşarak operasyona alınmıştır. Ancak ameliyat esnasındaki eksplorasyonda ve sonrasında histopatolojik incelemede kitlenin "schwannoma" olduğu belirlenmiştir. Bu bölgedeki kitlelerin tanısında birkaç olasılığı düşünerek operasyon hazırlığının yapılmasının uygun olacağı ve açık biyopsi uygulandığında cerrahın özgün tedaviyi belirlemek için karşılaşabileceği nadir kitlesel patolojilere karşı hazırlanmasının gerekli olduğu düşünülür.

KAYNAKLAR

1. Shah JP, Medina JE, Shaha AR. Cervical lymph node metastasis. *Curr Probl Surg* 1993;30:1-4.
2. Ahn JY, Kwon SO, Shin MS, Shim JY, Kim OJ. A case of multiple schwannomas of the trigeminal nerves, acoustic nerves, lower cranial nerves, brachial plexuses and spinal canal: schwannomatosis or neurofibromatosis ? *Yonsei Med J* 2002;43 (1): 109-13.
3. Das Gupta TK. Benign solitary schwannomas (neurilemmomas). *Cancer* 1969;24:355-9.
4. Vellucci R, Toppi L, Orsi E, et al. Cervical neurinomas. (Considerations in five cases operated in Day-Surgery). *Ann Ital Chir* 1997;68(6):801-6.

5. Tanimura S, Ishikawa K, Mun M, et al. A case of benign schwannoma arising in the brachial plexus with intrathoracic extension. *Kyobu Geka* 2001;54(6):493-6.
6. Sharma RR, Pawar SJ, Netelkar AS. Schwannoma of the suprascapular nerve presenting with atypical neuralgia: case report and review of the literature. *J Clin Neurosci* 2001;8(1):60-3.
7. McPherson GAD, Halliday AW, Mansfield AO. Carotid body tumours and other cervical paragangliomas: diagnosis and management in 25 patients. *Br J Surg* 1989; 46(1):33-6.
8. Guerra MF, Campo FR, de Artinano FO, Perez JS. Schwannoma of the brachial plexus: an unusual cause for a cervical mass. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59(8):942-4.

Geliş Tarihi: 10.06.2002

Yazışma Adresi: Dr.Ufuk YETKİN

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İZMİR
ufuk_yetkin@yahoo.fr