

Nadir Gözlenen Periferal Sinir Kılıf Tümörlü Hastada Siyatalji

Sciatalgia in a Patient with a Rare Peripheral Nerve Sheath Tumor: Differential Diagnosis

Dr. Can EYİĞÖR,^a
Dr. Alihan PİRİM,^a
Dr. Mehmet ARGİN,^b
Dr. Meltem UYAR,^a
Dr. Dündar SABAH,^c
Dr. Mehmet ZİLELİ^d

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon AD,

^bRadyoloji AD,

^cOrtopedi ve Travmatoloji AD,

^dNöroşirürji AD,

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 20.01.2010

Kabul Tarihi/Accepted: 04.10.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Can EYİĞÖR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,
İzmir,

TÜRKİYE/TURKEY

can.eyigor@yahoo.com.tr

ÖZET Periferal schwannomalar, lomber disk hastalığını taklit edebilir ve radiküler ağrının tanımlanamayan önemli bir etyolojisi olabilir. Altmış dört yaşında kadın hasta, ayağında güçsüzlükle birlikte daha da artan aralıklı, keskin ve bıçak saplanır tarzda ağrı tanımlıyordu. Siyatik sinir etrafında parlaklık ve sinir kılıfı içinde tümör gözlemledik. Ameliyattan sonra, hastanın sağ bacağına şiddetli nöropatik ağrı vardı. Başarısız farmakolojik nöropatik ağrı tedavisi sonrası, lomber sempatik ganglion ve dorsal root ganglion (DRG) blokları uyguladık. Lomber DRG blokları sonrasında ağrıda kısa süreli rahatlama olunca spinal kord stimülatörü (SCS) yerleştirmeyi planladık. SCS deneme elektrodu yerleştirilen hastada, deneme sürecinde % 80 ağrı azalması sağlandı ve SCS implante edildi. Nöropatik ağrı yönetimi için algoritmayla ağrı tedavisi uygulandı. Sonuçta, benzer olgularda girişimsel ağrı tedavi yöntemleri akıldta tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Siyatik; sinir kılıfı tümörleri; hastalık yönetimi

ABSTRACT Peripheral schwannomas may mimic lumbar discopathy, and may constitute an important cause of undefined radicular pain. A 64 year-old-woman complained of worsening intermittent, severe pain, and weakness in her feet. We have observed brightness around the sciatic nerve and a tumor was detected in the nerve sheath. Patient had severe neuropathic pain in her right leg in the postoperative period. After the failure of pharmacological treatment for neuropathic pain, nerve blocks were performed to lumbar sympathetic and dorsal root ganglia (DRG). Relief of pain lasted short after the DRG blockade, thus placement of a spinal cord stimulator (SCS) was planned. Eighty percent pain reduction was achieved with the application of SCS test electrode, therefore a SCS was implanted. The management of neuropathic pain was carried out with pain treatment according to the algorithm. In conclusion, interventional pain treatments should be kept in mind in similar cases.

Key Words: Sciatica; nerve sheath neoplasms; disease management

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(3):759-62

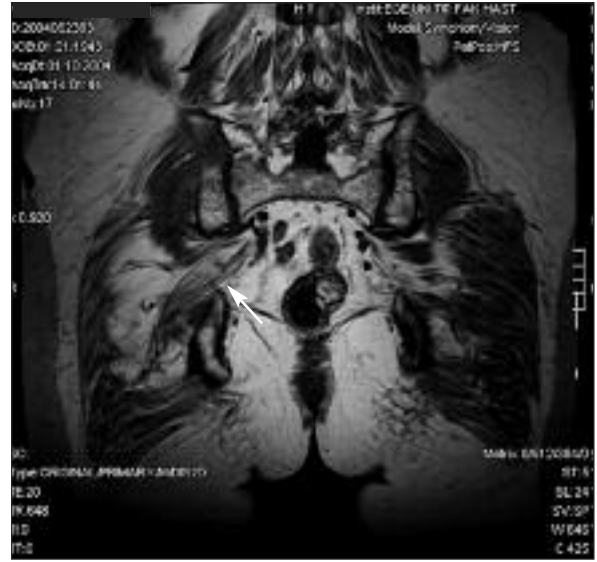
Periferik schwannoma tanısı, radikülopatiyle beraber görülen ve lomber disk patolojilerini taklit eden kinik bulguları nedeniyle zor ve genellikle gecikmiş olarak konur.¹ Çünkü periferal schwannomalar, yavaş büyürler ve belirsiz lokal semptomları nedeniyle genellikle tesadüfen teşhis edilirler. Malen transformasyonları ve cerrahi sonrası nüks nadirdir. Periferik sinirlerin hasar sonrası onarım kapasiteleri olmasına karşın, genellikle klinik olarak tam iyileşme gerçekleşmez ve cerrahi sonrasında birçok hasta, nöropatik ağrıdan şikayet eder.² Olgumuzda, şiddet-

li sağ siyatik sinir yakınması sonrasında yapılan tedaviler, uygulanan tetkiklerle hem ağrı yönetiminde hem de tanı aşamasında görülebilecek zorluklarla karşılaştık.

OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında kadın hasta (HN), Algoloji Bilim Dalı polikliniğine bel ve sağ bacak ağrısı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde geçirilmiş laminektomi, kolesistektomi ve histerektomi operasyonu dışında bir özellik yoktu. Hasta, kendini daha önce opere eden spinal cerrahi uzmanı tarafından polikliniğimize selektif kök bloğu uygulanması için gönderilmiştir. Ağrısı olan hastanın nörolojik muayenesinde, lomber 4 ve lomber 5 (L₄ ve L₅) dermatomlarında hipoestezi dışında bir bulgu saptanmadı. Hastaya L₄-L₅ aralığından transforaminal epidural steroid enjeksiyonu (TESİ) uygulandı. Ağrılarda %70 azalma saptandı. İşlemden bir hafta sonra hastada akut olarak şiddetli sağ siyatik sinirle birlikte 3/5 motor güçsüzlük gelişti. Ağrı, elektrik çarpar tarzda, dayanılmaz şiddette, gece uykudan uyandırır vasıfta, nöropatik karakterliydi. Ağrı, oturunca da ayakta durunca da şiddetlenebiliyordu.

Acil çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) L₄₋₅ ve L₅-S₁ düzeyinde geçirilmiş operasyona sekonder değişiklikler ve disk bulgüleri dışında ağrıyı açıklayacak bir patolojiye rastlanmadı. Posterior sağ uylukta tinel bulgusu saptandı. Hastada ağrı kontrolü, hasta kontrollü analjezi (HKA) ile morfin uygulaması ve non-steroid anti-inflamatuvar (NSAİ) ilaç enjeksiyonuyla kısmen sağlanabildi. Yapılan muayenede sağ bacakta progresif güç kaybı saptandı. Nöroşirürji ve ortopedi konsültasyonları sonrası çekilen ultrasonografide (USG) piriformis kasının altında eksentrik lokalizasyonlu, hipoekoik, atipik, heterojen şüpheli bir kitle görüntüsü saptandı. İleri tetkik amacıyla siyatik sinir için kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekildi. Kontrastlı MRG'de T1 sekansında sağ siyatik sinir trasesinde kitle içerisinde yağ dokusuna ait sinyal özellikleri, STIR sekansında ise koronal görüntüde sağ siyatik sinir trasesinde vücut sıvılarına oranla intermediate sinyal niteliğinde olan tübüler konfigürasyonda kitle saptandı (Resim 1-3). Siyatik sinirden köken alan

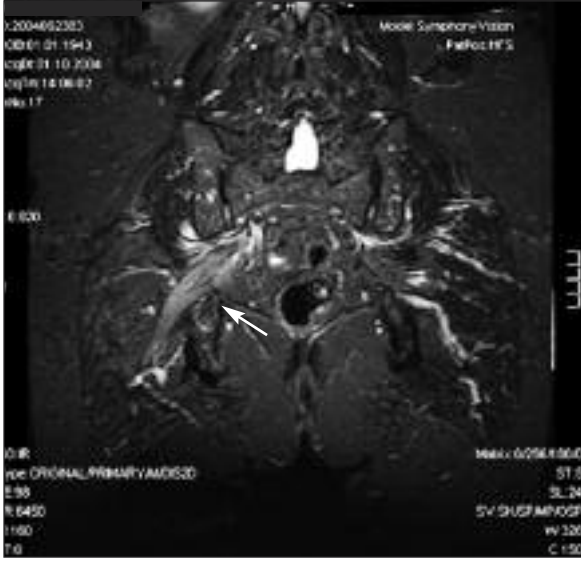


RESİM 1: T1 ağırlıklı görüntülerde sağ siyatik sinir trasesinde kitle içerisinde yağ dokusuna ait sinyal özellikleri mevcuttur (ok).



RESİM 2: T1 ağırlıklı (post kontrast-yağ baskılamalı) görüntülerde sağ siyatik sinir trasesinde kraniokaudal uzunluğu yaklaşık 8 cm ölçülen ve kontrast maddeyle parlaklaşan tübüler konfigürasyonda kitle (oklar).

periferik sinir kılıfı tümörü ön tanısıyla operasyona karar verildi. Cerrahi internal dekompresyon ve sural sinir grefti uygulandı.³ Operasyondan hemen sonra ağrı %75 oranında geriledi, motor güç kaybı %60 düzeldi. Histopatolojik tanıda fibroma, scwannoma ya da histiositom olarak karar verildi. Ancak operasyondan dört ay sonra opere olan sinir alanında nöropatik ağrı gelişti. Hastaya yaklaşık iki yıl sü-



RESİM 3: STIR sekansında koronal görüntüde sağ siyatik sinir trasesinde vücut sıvılarına oranla intermedie sinyal özelliğinde tübüler konfigürasyonda kitle (ok).

resince nöropatik ağrıya yönelik farmakolojik tedavi uygulandı. Dönüşümlü olarak gabapentin, pregabalin, tramadol, amitriptilin ve venlafaksin kombinasyonları kullanıldı. İlaç yan etkileri ve farmakolojik tedavideki yetersizlik nedeniyle, hastaya girişimsel ağrı tedavileri uygulandı. Tekrarlayan lomber sempatik blok ve DRG blokları ile ağrı palyasyonu sağlandı. Radyofrekans termokoagülasyon (RF) ile kalıcı bloklar uygulanmasına rağmen kısa süreli ağrı palyasyonu sağlanan hastaya SCS takılması planlandı. SCS deneme elektrodları yerleştirilen hastada, deneme sürecinde %80 ağrı palyasyonu sağlanınca spinal kord stümlatörü (Medtronic®) implante edildi. Son iki yılını %80 ağrı kontrolüyle geçiren hastada serebral lenfoma saptandı. Hasta, radyoterapi ve kemoterapi tedavisi altındayken eksitus oldu.

TARTIŞMA

Periferik sinir kılıfı tümörleri nadir rastlanan, iyi huylu ve yavaş büyüyen tümörler olup siyatik sinir hücrelerinden köken alırlar.⁴ Genellikle sinirin ana gövdesi etkilenir ve sıklıkla üst ekstremitelerde oluşurlar. Siyatik sinir tutulumu, olguların sadece 1/100'ünde nadir olarak gözlenmektedir. Belirgin bir cinsiyet farkı yoktur.¹ Genellikle 20-50 yaş arasında görülmesine rağmen,⁴ çalışmaya konu olan

hasta, ileri yaşta idi. Klinik olarak ağrı, uyuşukluk ve ekstremitelerde güç kaybı, en sık rastlanan semptomlardır ve bunların bir kombinasyonu olarak da bulgular oluşabilir. Ancak gözlenen bulguların hiçbiri, schwannomalar için tipik değildir. En yaygın muayene bulgusu, ağrılı palpe edilebilir kitle ve tinel işaretidir. Bizim hastamızda palpasyon bulgusu saptanmamasına rağmen, kitlenin perküsyonu veya palpasyonu ile ortaya çıkan dizestezi-parestezi (tinel işareti) pozitif idi. Yine olgumuzda nörolojik muayeneyle radiküler ağrı, parestezi, hipoestezi ve nadiren görülen motor defisit bulgularının tümü ortaya kondu.

Periferik sinir kılıfı tümörü klinik bulgularının karmaşık olması ve siyatikaljiyi taklit etmesi nedeniyle, yanlış veya geç tanı konması sıklıkla görülmektedir. Bizim olgumuzda da bulguların siyatikaljiyi taklit etmesi ve klinik bulguların özellikle bir hafta önce uygulanan TESİ sonrasında oluşması tanıyı daha da zorlaştırdı. Ancak yapılan detaylı muayene ve ileri incelemelerle saptanan kontrolü zor şiddetli ağrı ve bacakta güçsüzlük, girişimsel ağrı tedavisinin bir komplikasyonu olarak değil yeni bir ağrı kaynağı olarak değerlendirildi. Hastada yapılan nöroşirürji ve ortopedi konsültasyonlarıyla TESİ'den bir hafta sonra gelişen düşük ayağın, radiküler kompresyon bulgusu olmadan inatçı siyatikalji bulgusuyla beraber olması, periferik sinir kılıfı tümörüne bağlı olabileceğini düşündürdü. Slice imajlarla MRG ile tanı doğrulandı. Dolayısıyla hastanın yeni ve ciddi sonuçlar oluşturan ağrı kaynağını ortaya koymada, multidisipliner yaklaşımın çok önemli olduğunun altı çizilebilir.

Siyatik sinir tümörleri iyi prognozlu ve düşük nüks oranlıdır. Mikrocerrahi girişimle tam olarak çıkarılarak tedavi edilir.⁵ Bizim olgumuzda da tümör, nöral lezyon olmaksızın tam olarak çıkarıldı. Acil cerrahi işlemle internal dekompresyon ve sural sinir grefti uygulandı. Histopatolojik tanıda fibroma, schwannoma ya da histiositom olarak karar verildi. Cerrahiden sonra ağrı ve nörolojik bulgular da belirgin düzelme saptandı. Bu düzelmede erken cerrahi girişim önemli yer tutmaktadır. Fakat operasyondan dört ay sonra gelişen siyatik sinir trasesi boyunca geceleri artan, yanıcı vasıfta nöropatik ağrı gelişti. Venlafaksin ve gabapentin, tramadol

ile farmakolojik tedavi, lomber sempatik blok ve DRG bloklarıyla girişimsel ağrı tedavileri uygulandı. Yeterli ve uzun süreli ağrı kontrolü sağlanamayınca hastaya SCS deneme elektrodu takıldı. Ağrı kontrolünde başarılı sonuçlar elde edilince kalıcı stümlatöre geçildi. Dört yıllık izlem süresince hastada yeterli ağrı palyasyonu sağlandı ve tümör nüksüne rastlanmadı.

Sonuçta bu olguda da görüldüğü gibi nadir rastlanan ve çok ağrılı bir sendrom olan periferik sinir kılıfı tümörünün tanısı, tedavisi, sonradan gelişen komplikasyonların izlemi, multidisipliner çalışma gerektirmektedir. Aynı zamanda özellikle nöropatik paternde şiddetli ağrısı olan hastaların yönetiminde, girişimsel ağrı tedavileri önemli bir yer tutmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kralick F, Koenigsberg R. Sciatica in a patient with unusual peripheral nerve sheath tumors. *Surg Neurol* 2006;66(6):634-7.
2. Zimmermann M. Pathobiology of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol* 2001;429(1-3):23-37.
3. Avcı G, Akan M, Yıldırım S, Aköz T. [Nerve repair and grafting (review of the literature)]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2002;22(4):428-37.
4. Omezzine SJ, Zaara B, Ben Ali M, Abid F, Sassi N, Hamza HA. A rare cause of non-dis-
5. Lewin-Kowalik J, Marcol W, Kotulska K, Mandera M, Klimczak A. Prevention and management of painful neuroma. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2006;46(2):62-7.