

Yan Karıncıkta Yerleşmiş Semptomatik Subependimom (Olgu Sunumu)*

*Symptomatic Subependymoma of the Lateral Ventricle (Case report)**

Emine Dünder¹ Ramazan Durmaz² Ali Arslantaş²
Metin And Atasoy² Fuat Açıkalın¹

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

¹Patoloji Anabilim Dalı ²Nöroşirürji Anabilim Dalı

Özet: 56 yaşındaki erkek hasta baş ağrısı, kusma ve ani bilinç yitimi yakınması ile hastanemize kabul edildi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde sol yan karıncıkta tümöral kitle saptandı ve tümör subtotal olarak çıkarıldı. Ancak hasta operasyondan üç gün sonra eksitus oldu. Kitlenin mikroskopik incelenmesi sonucunda subependimom tanısı koyuldu. Subependimomlar, genellikle intrakranial yerleşimli benign tümörlerdir. Burada sol yan karıncıkta yer alıp, semptomatik olması nedeniyle ilginç bulunan, az görülen bir tümör olan subependimom olgusu kaynak bilgileri gözden geçirilerek sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Semptomatik subependimom, lateral ventrikül

* XI. Ulusal Nöroşirürji Kongresi (6-10 Mayıs 1997, Antalya)'nde sunulmuştur.

İlk kez 1945 yılında Scheinker tarafından tanımlanan subependimomalar (SE), genellikle yaşlı erkeklerde otopsi sırasında rastlantısal olarak bulunan benign glial tümörlerdir. Çoğu asemptomatik olup, yavaş büyürler (1-5).

Otopsi dizilerinde insidansı %0.4 olarak bildirilmektedir. İntrakranial tümörlerin %0.2-%0.7'sini oluştururlar. En

Summary: A 56 year old man was admitted to the hospital because of headache, vomiting, sudden unconsciousness. Cerebral computed tomographic examination revealed a tumor localized in left lateral ventricle. A subtotal resection of the tumor was performed, but the patient died three days after the operation. Light microscopic examination revealed subependymoma. Subependymomas are rare tumors, usually intracranial, which have a distinctive histological appearance and a relatively benign nature. Here in, a rare symptomatic case of left lateral ventricle tumor is presented with reviewing literature.

Key Words: Symptomatic subependymoma, lateral ventricle

* Presented in the XI th National Neurosurgery Congress (6-10 May 1997, Antalya).

sık olarak 4. karıncıkta olmak üzere, 3. karıncık ve yan karıncıklar, septum pellicidum, aquadukt sylvius ya da medulla spinalisde yerleşim gösterebilirler (6, 7).

SE olgularının yaklaşık %40'ı semptom vermektedir. Asemptomatik olgular dışında SE'ların yan karıncıklarda yerleşmeleri az görülen bir durumdur. Ulaşabildiğimiz kaynak bilgilerinde, bu güne dek yan karıncıklarda

yerleşmiş, semptom veren yalnızca 13 SE olgusu bildirilmiştir (7).

Burada baş ağrısı, kusma, ani bilinç yitimi semptomları ile gelen 56 yaşındaki erkek hastada sol yan karıncıkta saptanan SE, bu tümörün az görülmesi nedeni ile ilginç bulunarak kaynak bilgileri ile birlikte sunulmuştur.

Olgu Sunumu

56 yaşındaki erkek hasta (BÇ,349/97) baş ağrısı, kusma, ani bilinç yitimi yakınması ile acil servisimize başvurdu. Baş ağrısı iki aydır devam eden olgunun öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Nörolojik bakıda genel durum kötü, bilinç kapalı olup hasta ile kooperasyon kurulamadı. Göz dibinde staz papiller görülmedi. Bilateral patolojik refleksler alınarak, derin tendon reflekslerinin artmış olduğu saptandı.

Yapılan bilgisayarlı beyin tomografisinde sol yan karıncık içinde, sınırları kontrast madde ile belirgin boyanma göstermeyen 1.5-2 cm çapında kitle ile geçişsiz türde hidrosefali saptandı (Resim 1).

Hastaya acilen ventrikulo-peritoneal şant uygulanarak, operasyondan sonra durumu kısmen düzelince yapılan kraniotomide sol ventrikül içindeki gri beyaz, yer yer gri mor, sertçe, aspiratöre kolayca gelmeyen, ventrikül duvarına bir çok yerden yapışık olan kitle subtotal olarak çıkarıldı. Operasyon sonrasında solunumu yeterli olmadığından mekanik ventilatöre bağlanan hasta operasyon sonrası üçüncü günde eksitus oldu.

Tümör kitlesi makroskopik olarak, en küçüğü 0.2x0.1x0.1 cm, en büyüğü 3x2x1.5 cm, topluca 3.2x2.2x1.5 cm boyutlarındaki gri beyaz doku parçalarından oluşuyordu. Mikroskopik incelemede mikrokistik değişiklikler içeren fibriler bir stroma içinde, oval, yuvarlak, genellikle hipokromatik uniform nüveli, ependimal hücrelere benzeyen hücrelerin küçük kümeler oluşturduğu tümöral doku izlendi (Resim 2-3). Tümöral doku içinde mitoz artışı, nekroz, kanama, hücrel atipi, vasküler proliferasyon görülmedi. Yapılan immünohistokimyasal boyalardan sitokeratin (AE1-AE3, Zymed) olumsuz (-) olup, S100 (Zymed) ve vimentin (Biogenex) ile bu hücrelerin sitoplazmalarında, glial fibriler asidik protein (GFAP) (Ylem) ile hem hücre sitoplazmalarında, hem de fibriler zeminde boyanma saptandı.

Tartışma

SE'lar büyük bir oranda intrakranial yerleşim gösteren, genellikle otopsi sırasında rastlantısal olarak bulunan benign glial tümörlerdir.

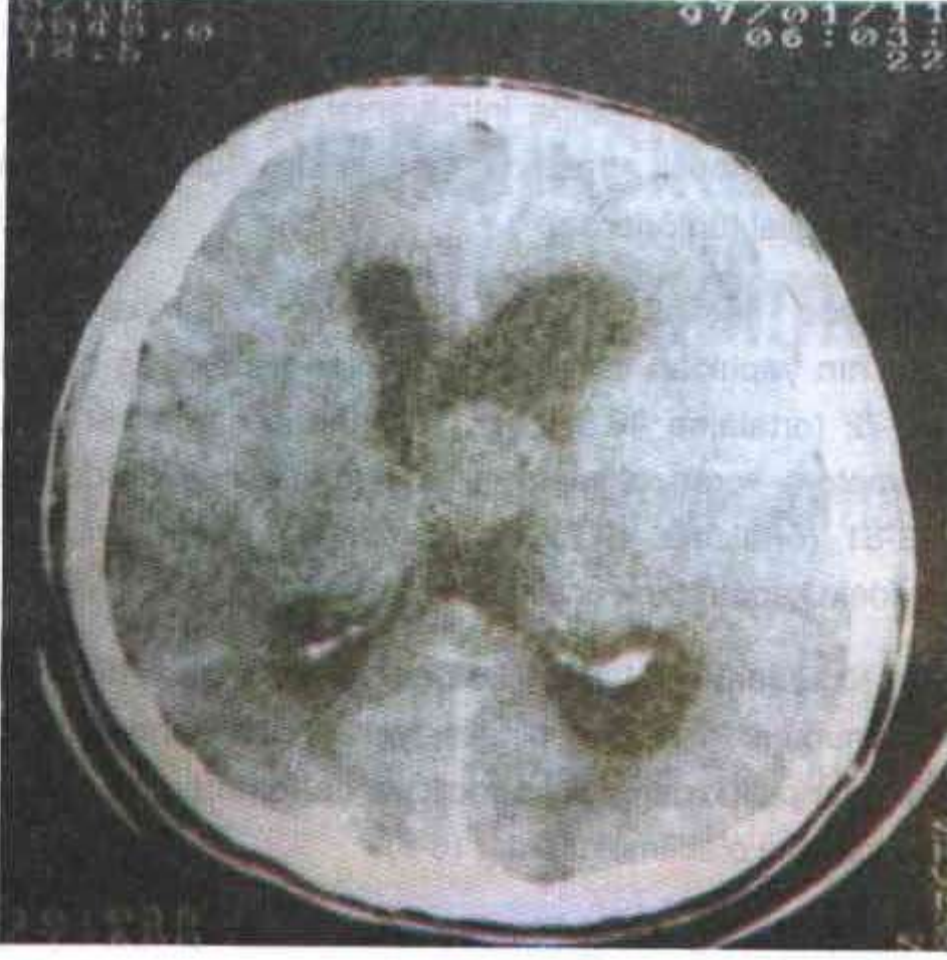
Genelde erişkin yaşlarda görünürler. Lombardi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada bildirilen dizide yaş aralığı 32-72 (ortalama 48.5) olup, yan karıncıklarda yer alıp, semptom veren olgulardan oluşturulmuş bir dizide ise 23-81 (ortalama 47.3) dir. Lombardi ve ark.'nın dizisindeki kadın/erkek oranı ise 2/1 dir (3, 7).

Bu tümörlerin büyük bir bölümü 4. karıncık tabanında bulunurken, medulla spinalis, yan karıncıkların duvarı, septum pellucidum, 3. karıncık ya da foramen Monro'da da lokalize olabilmektedirler (6-8).

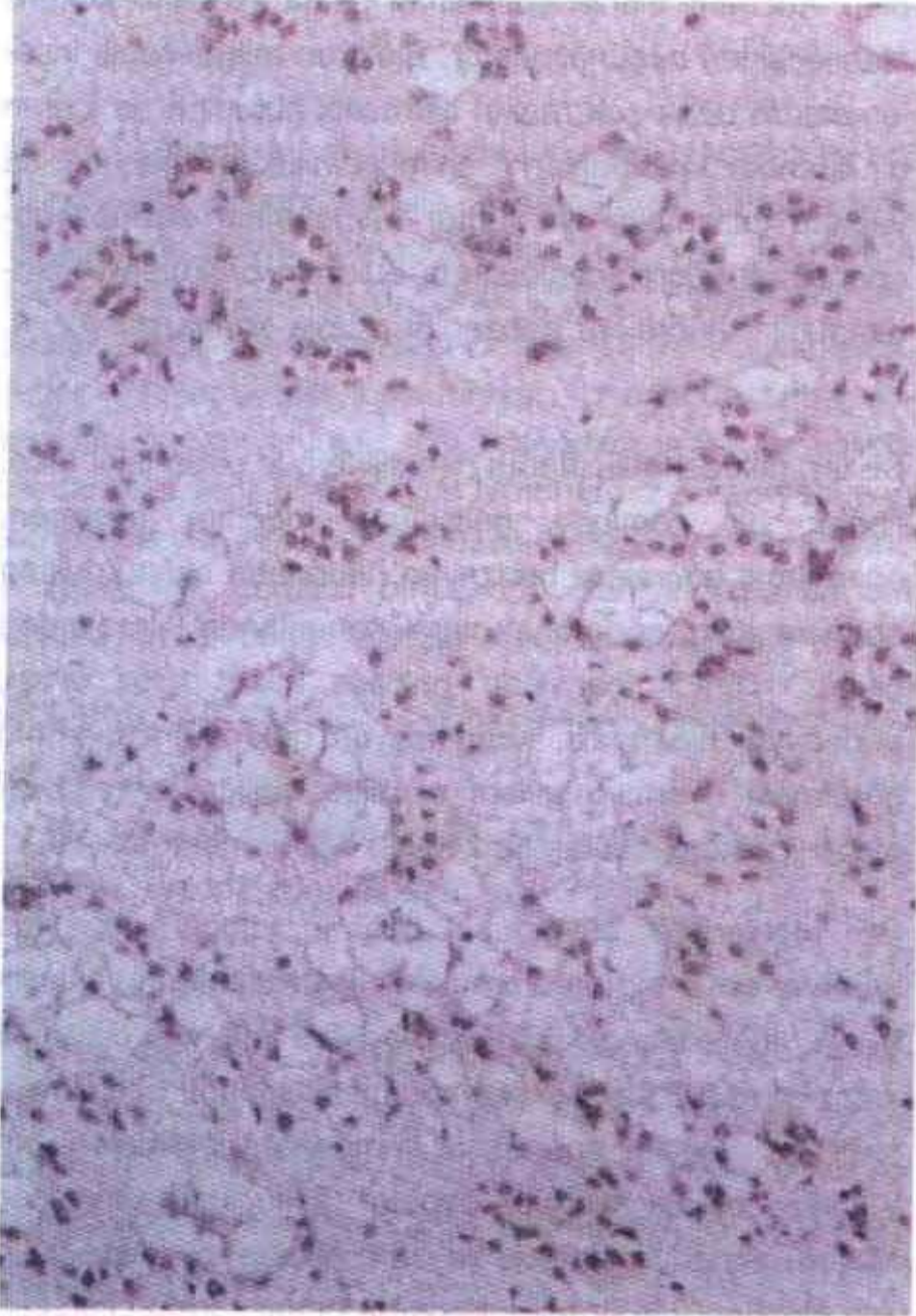
SE'ların histogenezleri henüz tam olarak açıklanabilmiş değildir. Bu güne dek tümörün, hamartom ya da reaktif bir proliferasyon olabileceği gibi görüşler öne sürülmüş olup, hücrel olarak ependimal ya da astrositik kökenli olabilecekleri düşünülmüştür. Elektron mikroskopik incelemelerde daha çok reaktif astrositik hücreleri de içeren bir ependimom oldukları izlenimi edinilirken, son yıllarda yapılan çalışmalar ise tümör hücrelerinin erişkin subependimal hücre tabakasında bulunan prekürsör ependimal-glial hücrelere benzediği ortaya konmuştur (2, 8, 9).

SE'lar, mikroskopik olarak genellikle hücreden fakir olup, fibriler bir zeminde gelişigüzel dağılım gösteren, ependimal hücrelere benzeyen hücrelerin oluşturdukları ependimatöz psödorozet olarak tanımlanan kümelerden oluşur. Tümör içerisinde nükleer atipi, mitoz artışı, endotelial hiperplazi, koagülasyon nekrozu alanlarının görülmesi uyarıcı nitelikte olmakla birlikte, agresif bir gidişin göstergesi olarak da kabul edilmemektedir (10).

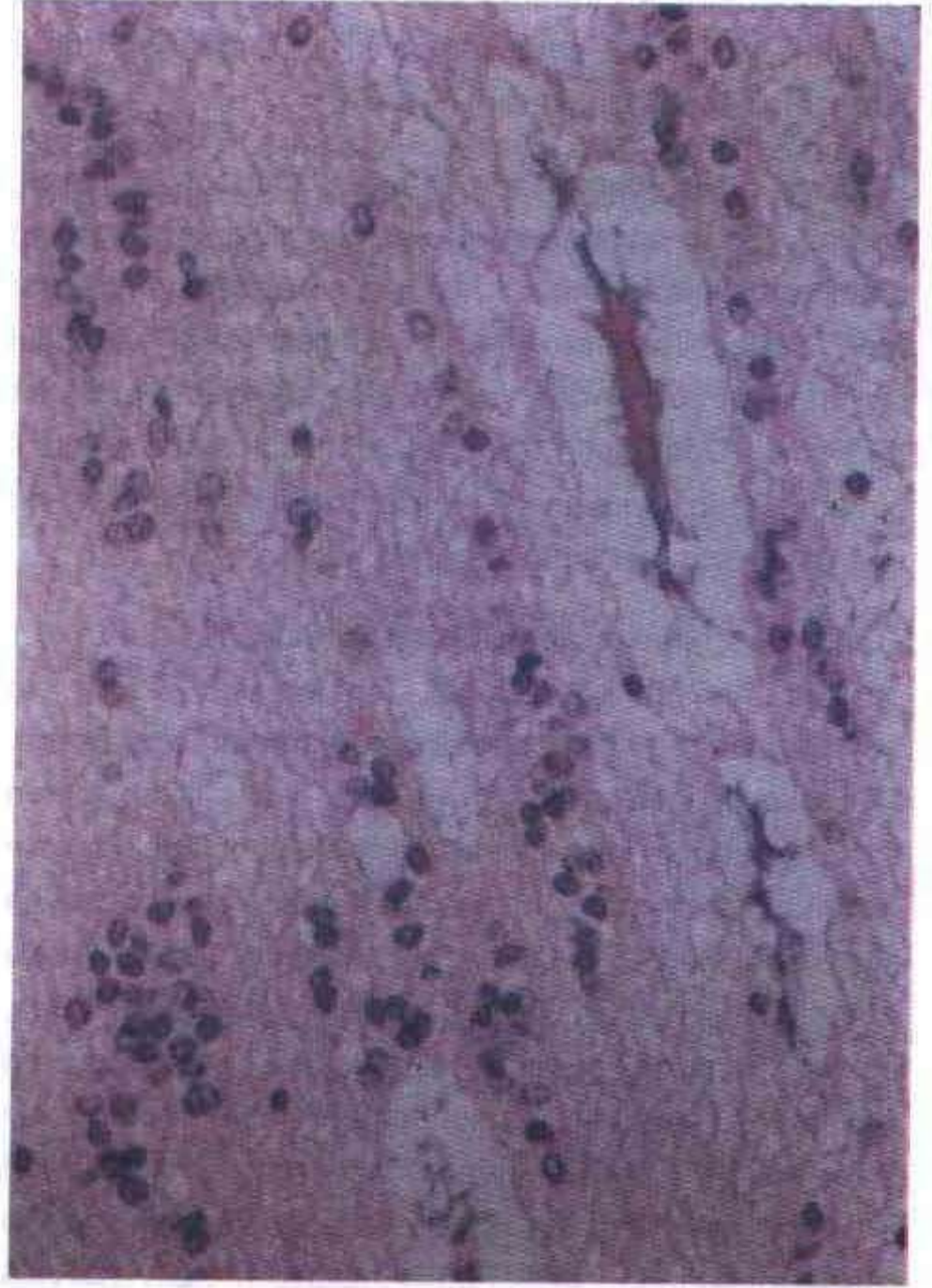
SE olgularının büyük bir bölümü otopsi sırasında saptanır ve semptom vermezler. Bu tümörlerin yaklaşık %40'ı asemptomatiktir. Lombardi ve ark.'nın dizisinde yalnızca %0.2 olgunun semptomatik olduğu bildirilmektedir (3). Sellüler ependimal komponent içermeleri, boyutunun büyük olması, septum pellucidum, foramen Monro, aquaduct sylvius ya da medulla spinaliste lokalize olmaları, tümör içine kanama olması, kafa çifti sinirleri ya da araknoide infiltrasyon yapımları gibi durumlarda semptomatik olabilirler (2, 8). Semptomlar tümörün



Resim 1. Kontrastlı bilgisayarlı beyin tomografisinde aksiyal planda sol lateral ventrikülde yer alan tümörün görünümü.



Resim 2. Mikrokistik, fibriler bir zeminde, ependimal hücrelerin kümeler yaparak oluşturduğu tümöral doku (H&E x 200).



Resim 3. Tümöral dokunun daha büyük büyütme ile görünümü (H&E x 400).

yerleşim gösterdiği alana göre değişebilmektedir. İntrakranial yerleşimli olanlarda beyin omurilik sıvısının akışında tıkanma sonucunda ya da kitle etkisine bağlı olarak en sıklıkla baş ağrısı, bulantı, kusma görülebilirken, aralıklarla olan diplopi, konsantrasyonda azalma, anımsama güçlükleri, konuşma bozuklukları, emosyonel denge-sizlik ve uyku hali daha az sıklıkla görülebilen diğer semptomlardır (2, 3, 8).

SE'larda perioperatif mortalite oranı %12-%30 arasında bildirilmekte olup, kimi araştırmalarda bu sayı %42'ye dek çıkmaktadır. Olguların prognozlarında histopatolojik

özellikler ve tümörün diferansiyasyonundan çok lokalizasyon ve uygulanan cerrahi girişim türünün önemli olduğu vurgulanmaktadır (3).

Ulaşabildiğimiz kaynak bilgilerinde bu güne dek, non-semptomatik olgular dışında, yan karıncıklarda yerleşim gösteren yalnızca 13 semptomatik SE olgusu bildirilmektedir (7). Olgumuzda da tümör sol yan karıncıkta yerleşim göstermekte olup, baş ağrısı, kusma ve ani bilinç yitimi semptomlarına neden olmuştur. Bu nedenle ilginç bulunan olgu kaynak bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Casey ATH, Marsh H, Wilkins P. Subependymoma of the thoracic cord: potential pitfalls in diagnosis. *Br J Neurosurg* 1993; 7: 319-322.
2. Lach B, Russell N, Benoit B. Atypical subependymoma of the spinal cord: ultrastructurel and immunohistochemical studies. *Neurosurg* 1990; 2(2): 319-325.
3. Lombardi D, Sccheithauer BW, Meyer BF, Forbes GS. Symptomatic subependymoma: a clinicopathological and flow cytometric study. *J Neurosurg* 1991; 75: 583-88.
4. Pagni CA, Canavero S, Giadana MT, Mascalchi M. Spinal intramedullary subependymomas : case report and review of the literatüre. *Neurosurg* 1992; 30(1): 115-17.
5. İldan F, Çetinalp E, Bağdatoğlu H, Tunalı N. Surgical treatment of symptomatic subependymoma of the nervous system. Report of five cases. *Neurosurg Rev* 1994; 17(2): 145-150.
6. Ryken TC, Robinson RA, Vangilder JC. Familial occurrence of subependymoma. Report of two cases. *J Neurosurg* 1994; 80: 1108-1111.
7. Igbal Z, Sutcliffe JC. Subependymoma of the lateral ventricle: case report and literatüre review. *Br J Neurosurg* 1994; 8: 83-85.
8. Lindboe FL, Nielsen AS, Dale LG. Hemorrhage in a highly vascularized subependymoma of the septum pellicidum: case report. *Neurosurg* 1992; 31(4): 741-45.
9. Polivka M, Lot G, Woimant F, Lavergne A: Sept cas de subependymomas. Etude anatomoclinique et revue de la litterature. *Arch Anat Cytol Pathol* 1994; 42(3-4): 141-8 (Abstract).
10. Rosenblum MK. Neuromuscular System. In: Ackerman's Surgical pathology (Ed: Rosai J). 8th Ed. St Louis: Mosby 1996; 2295-96.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Emine Dünder
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
Eskişehir