

PSAMMOMATÖZ OSTEOMATÖZ MENİNGİOM*

Dr.Fahrettin Çelik** Dr.Bedri Kandemir*** Dr.İ.Değer Şahin****
Dr.Cemali Şahin***** Dr.Ömer İyigün*****

ÖZET

Nadir görülüşü ve histolojik yapısının demonstratif olması nedeniyle yayınlamayı uygun gördüğümüz bu olguda osteomatöz meningiomun patogenetik gelişim mekanizmalarının yanı sıra biopsi örneklerinin tümünün incelenmesinin tanıdaki önemine değinilmiştir.

SUMMARY

PSAMMOMATOUS OSTEOMATOUS MENINGIOMA

An osteomatous meningioma was reported from the stand point of its rarity and demonstrative histologic characteristic. We discuss pathogenetic mechanism and note importance of histologic examination of whole biopsy material.

Meningiolar santral sinir sisteminin en sık görülen benign tümörleri olup santral sinir sisteminin diğer benign tümörleri ile aynı histolojik yapı içerisinde ikinci bir komponent olarak yer alabildikleri bilinmektedir¹. Ancak santral sinir sistemi dışındaki dokulardan kaynaklanan tümörlerle aynı histolojik yapı içerisinde yer almaları nadir olarak rapor edilmiştir². Bu gruptaki tümörlerin en tipik ve nadir örneklerinden biri de osteomatöz meningiomlardır. Biz burada, hem nadir oluşu, hem de histolojik yapısının demonstratif oluşu nedeniyle tedavi ettiğimiz bir spinal osteomatöz meningiom olgusunu yayınlamayı uygun gördük.

Vaka Takdimi

53 yaşında (A.B. protokol 239020) kadın hasta bacaklarının tutmaması şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin bir yıl önce başladığı ve bacaklardaki kuvvet azlığının giderek ilerlediği, yine bir yıl içinde idrar kaçırma şikayetinin olduğu öğrenildi.

* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Doçenti.

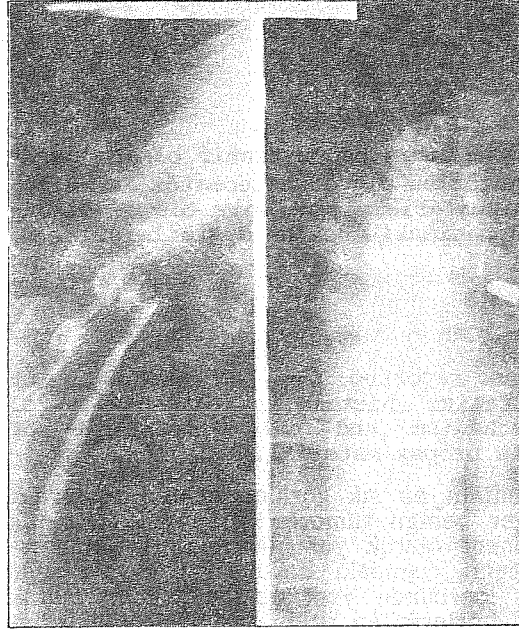
*** Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Profesörü.

**** Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

***** Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

***** Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

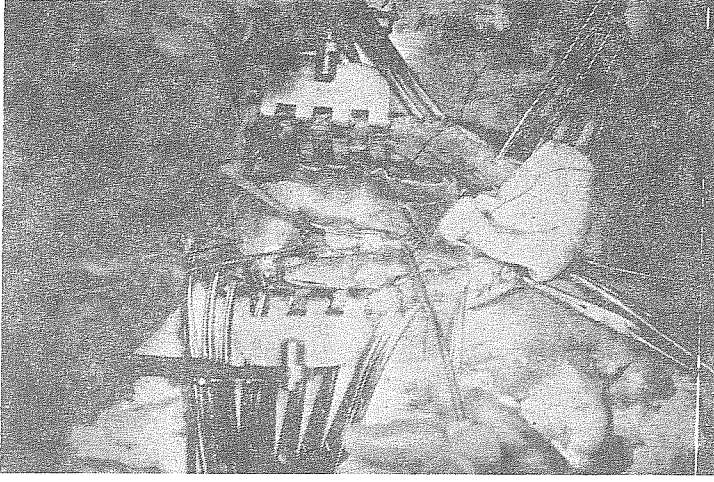
Nörolojik muayenesinde T₃ altında hipoestezi ve paraplejiye yakın paraparezi saptandı. Solda patella refleksi alınmadı, aşil refleksi bilateral hipoaktifti, patolojik refleks yoktu. Anal sfinkter tonusu azalmış olarak bulundu. Diğer sistem muayeneleri ve kan biyokimyası bir özellik göstermiyordu. Yapılan myelografide T₃₋₄ seviyesinde posterior dural seviye ile uyumlu hiperdens ossifiye lezyon dikkati çekiyordu ve bu seviyede subaraknoid blok mevcuttu (Resim 1).



Resim 1. Myelografik blok ve hiperdens ossifiye lezyonun görünümü.

Bu bulgularla ameliyata alınan hastaya T₂₋₃₋₄ total laminektomi yapıldı. Duranın bu seviyelerde osteomatöz bir yapı kazandığı görüldü (Resim 2). Bu osteomatöz yapı yer yer 1 mm ile 1 cm arasında kalınlık gösteriyordu ve sağ lateral kısım en kalın olan taraftı. Bu osteomatöz değişiklik gösteren dura ve kemik total olarak çıkarıldı. Kemik yapının spinal korda bakan yüzünde kemik yapıya yapışık olan yaklaşık 2x0.5 cm boyutlarında yumuşak, kırmızımtırak bir doku mevcuttu. Dura açık bırakıldı. Post operatif devrede hastanın paraparezisi süratle düzelmeye başladı ve rehabilitasyon programı uygulanmak üzere taburcu edildi.

Patolojik İnceleme : Makroskopik olarak gönderilen materyal 5x2x0.1-1 cm boyutlarında, sedefi beyaz ile pembe kırmızı karışımından oluşan alacalı renkte, kemik kıvamında, sert alanlarla yumuşak alanları iç içe içeren yapıda tümoral kitle saptandı. Mikroskopik olarak materyalin değişik kısımlarından hazırlanan çok sayıda kesitlerde tümörün bir komponentinin kromatinden fakir, yuvarlak, oval

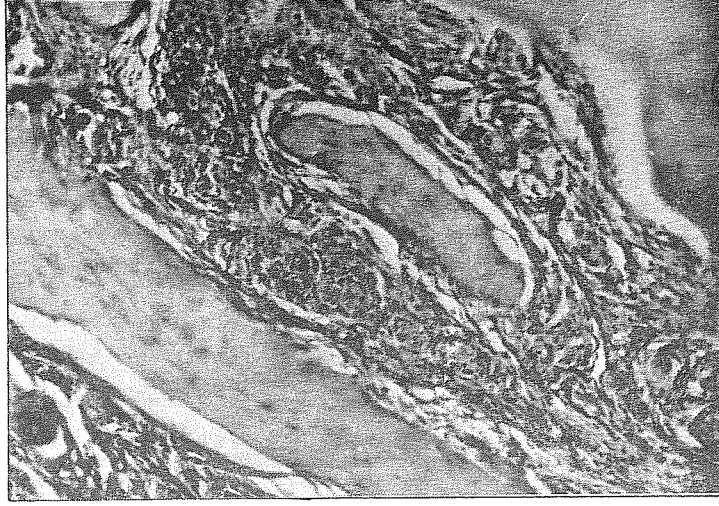


Resim 2. Ameliyatta osteomatöz kitlenin görünümü.

çekirdekli, soluk stoplazmalı, füziform şekilli, meningotelyal hücrelerin oluşturduğu girdaplar içerisinde yerleşen psammom cisimciklerinden oluştuğu, ikinci komponentin ise bu yapı içerisinde düzensiz olarak dağılmış osteoblastik dönüşüm, osteoid doku formasyonu ve osteoblastlarla çevrili aktif kemik yapım alanlarından meydana geldiği görüldü. Kemik yapıları içerisinde ilik, yada yağ dokusuna rastlanılmadı (Resim 3, 4).



Resim 3. Bu kesitte aktif olarak oluşmakta olan kemik spikülleri arasındaki mesafeleri dolduran psammomatöz meningiom görülmektedir (H+E x100).



Resim 4. Tümörün iki komponentinin detaylı görünümü (H+E×400).

TARTIŞMA

Duraya yapışık nonneoplastik fibroosseöz lezyonlar nadir de olsa tanımlanmıştır³. Neoplastik lezyonlar ise düşünüldüğü kadar nadir değildir. 1982 yılına kadar yayınlanan osteomatöz meningiomlar tüm meningiomlar içerisinde % 1'in üstünde bir oran tutmaktadır⁴. Ancak bu oran muhtemelen çok daha yüksektir. Bilindiği gibi patoloji departmanlarında yumuşak ve sert kısımlardan oluşan dokulardan genellikle yumuşak kısımlar takibe alınarak tanıya gidilmekte ve böylece birçok osteomatöz meningiom sadece meningiom olarak rapor edilebilmektedir. İki komponentli olan osteomatöz meningiomların patogenezinde büyük bir ihtimalle multipotansiyel karakteri olan neural crest kökenli hücreler rol oynamaktadır. Weston'un⁵ çok iyi bir şekilde demonstre ettiği gibi bu hücreler bir yandan melanoforlara, schwann hücrelerine, otonom nöronlara ve leptomeningeal hücrelere kaynaklık ederken, diğer yandan da kafa kemiklerinin büyük bir kısmını oluşturmak üzere osteoblastlara kaynaklık etmektedir. Bizim olgumuzda da muhtemelen neural crest kökenli, bir yandan meningotelyal tümöral hücrelere, diğer yandan da tümöral karakterdeki osteoblastlara dönüşerek iki komponentli osteomatöz meningiomu meydana getirmiştir.

Histolojik incelemelerimizde tümörün kemik komponentinin sentral vasküler yapı, kemik trabekülaları arasında ilik dokusu ve yağ dokusu içermeyişi bu komponentin invaze olmuş kemik yapısı olmadığını ve tümöral karakterde yeni kemik gelişimi olduğunu göstermektedir. Ayrıca osteoblastik dönüşümün devam etmesi ve aktif osteoid doku yapımının mevcudiyeti de literatürle uyumlu olan bu görüşümüzü desteklemektedir^{4,5,6,7}. Yani olgumuz, kemiğe infiltre olmuş bir meningiom değil, osteomatöz bir meningiomdur. Sonuç olarak olgu-

muzda da görüldüğü gibi meningiomların patolojik incelenmeleri sürecinde dokunun tümüyle gözden geçirilmesinin tanıda daha isabetli sonuçların alınmasına yardımcı olacağını söylemek mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Feigin I. Mixed mesenchymal tumors: meningioma and nerve sheath tumor. *J Neuropath Exp Neurol* 37: 459-470, 1978.
2. R de Caro, R Giordano, A Parenti and M Zuccarello. Osteomatous Meningioma, Report of two cases. *Acta Neurochirurgica* 60:
3. Rhodes RH, Davis RI. an unusual fibro-osseous component in intracranial lesions. *Human Path* 9 : 309-319, 1978.
4. Cushing H, Eisenhardt L. Meningiomas. Their classification, regional behaviour, life history and surgical and results, pp. 19-55, New York: Hafner, 1962.
5. Weston JA. The migration and differentiation of neural crest cells. *Advances Morph* 8 : 41-114, 1970.
6. Brown MH. Intraspinal meningiomas. A clinical and pathological study. *Arch Neurol Psychiat* 47: 41-44, 1970.
7. Rubinstein LJ. Tumors of of the central nervous system, AFIP, Washington, 1970.

