

İntrakranial Dev Meningiom: Bir Olgu Sunumu#

Memduh KERMAN*, Ahmet DAĞTEKİN**, Hacı KAYMAZ**, N. Nefi KARA**

* Yrd. Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, ISPARTA.

** Arş. Gör. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, ISPARTA.

Türk Nöroşirürji Derneği XII. Bilimsel Kongre'sinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Meningiomlar genellikle tüm intranial tümörlerin %14.3-19'unu oluşturur. Bazı olgularda ölüme kadar klinik bulgu vermeden, sinsi seyredebilir.

Olgumuz 62 yaşında, erkek. Bize gelmeden 2 gün önce benign prostat hipertrofisi tanısıyla üroloji kliniğinde opere edilmiştir. Postoperatif 2. gün şuurunda bozulma olan hastaya, derin koma halinin gelişmesi üzerine yapılan BBT'de, beynin sağ hemisferinde 9x8x5 cm boyutlarında ve yoğun kontrast tutan, çevresi ödemli dev meningiom olduğu görüldü.

Değişik nedenlerden dolayı genel anestezi alan bu tip hastalarda yeterli beyin oksijenlenmesinin sağlanamamasına bağlı olarak ya da aşırı sıvı yüklenmesi sonucu tümör çevresinde var olan ödemde artma olur. Bu da sonuç olarak herniasyona kadar giden serebral bulguları ortaya çıkarabilir.

Anahtar Kelimeler: Dev meningiom, komputeze tomografi, postoperatif.

ABSTRACT

INTRACRANIAL GIANT MENINGIOMA: A CASE REPORT

Meningiomas account for 14.3-19% of primary intracranial neoplasms. In some cases it may be asymptomatic until death. Our case is a 62 year old man. He was operated on for benign prostatic hypertrophy in urology department two days ago. On the postoperative second day his consciousness state deteriorated and deep coma status developed. Computed Tomography (CT) was performed and in CT a giant meningioma in the right hemisphere of the brain was seen and it was seen and it was 9x8x5 cm in dimension. There was dense retaining of contrast in the meningioma and edema around it. In patients who take general anesthesia for different reasons, there is increase in the edema around the tumor because of insufficient brain oxygenation or excessive fluid loading. Finally, it produces some cerebral signs which may result in herniation.

Key Words: Giant meningioma, computed tomography, postoperative.

GİRİŞ

Meningiomlar araknoid granülasyonlardaki kalıntı araknoidal villi hücrelerinden kaynaklanır (1,2). Genellikle tüm primer intrakranial tümörlerin %14.3-%19'unu oluşturur (3). Meningiomalara her yaşta rastlanabilirse de en sık hayatın 5. dekadında görülür ve hayatın ilk iki dekadındaki görülme insidansı oldukça düşüktür (4).

İntrakranial meningiomlar genellikle histopato-

lojik olarak benign seyirli ve oldukça yavaş büyüme gösteren kitlelerdir. Lokalizasyonu ve kitle büyüklüğü nedeniyle çevre nöral ve vasküler yapılar bası yaparak fokal nörolojik bulgular ve intrakranial basınç artımı sonucu görülen belirtilerle ortaya çıkar (5,6). Ancak meningiomların bir kısmı ölüme kadar hiçbir belirti vermeyebilir. Yapılan otopsi çalışmalarında %1.4 oranında asemptomatik intrakranial meningiom vakası olduğu bildirilmiştir (7).

Benign Prostat Hipertrofisi (BPH) tanısı ile opere edilmiş ve postoperatif 2. gün bilinç kapanması sonucu başka bir sağlık kurumundan hastanemize sevk edilen bir olguda yapılan tetkikler sonucu intrakranial dev bir meningioma olduğu tespit edildi. Oldukça nadir görülen bir durum olması nedeniyle olguyu literatür eşliğinde sunmak istedik.

OLGU SUNUMU

Altmış iki yaşında erkek hasta, bize gelmeden iki gün önce bir başka sağlık merkezinin üroloji kliniğinde BPH tanısı ile opere edilmiş. Operasyondan sonra uykuya meyil ve şuur bulanıklığı olan hastanın, postoperatif 2. gün şuru tamamen kapanmış. Hastada derin koma halinin gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Hastanın nörolojik muayenesinde bilinç kapalı, kooperasyon-orientasyon yoktu. Ağrılı uyarana fleksiyon yanıtı veriyordu ve sol hemiparezisi vardı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT'de), beynin sağ hemisferinde şifte neden olan dev bir kitle izlendi, kitlenin sağ sfenoid kanattan temporo-parietal bölgeye uzanan 9x8x5 cm boyutlarında, orta hat yapılarını iten, yoğun kontrast tutan ve çevresi ileri derecede ödemli meningiom ile uyumlu olduğu görüldü (Resim 1, 2).

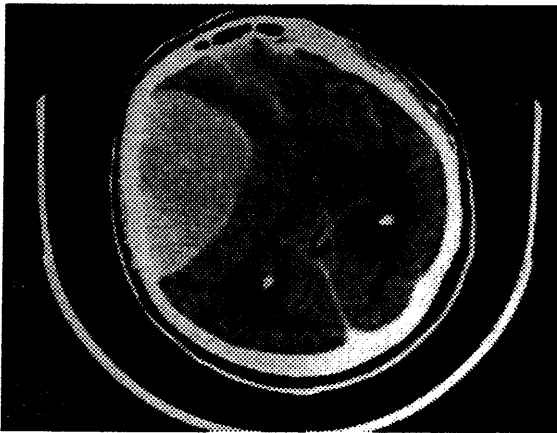
Herniasyon tablosunda olan hastaya anti-ödem tedavi başlandı ve acil olarak operasyona alındı. Sağ front-temporal kraniyotomi ile mikroskop altında total tümör eksizyonu yapıldı. Postoperatif erken dönemde hasta postoperatif 10. günde şifa ile eksterne edildi. Postoperatif 1. ayda yapılan BBT'sinde rezidüv tümöre rastlanmadı (Resim 3, 4).

Sonradan hastanın öyküsü derinleştirildiğinde ara sıra olan baş ağrıları dışında hiçbir yakınmasının olmadığı anlaşıldı. Hastanın postoperatif 1., 3. ve 6. aylarda yapılan kontrollerinde hiçbir yakınması yoktu ve nörolojik muayenesi intaktı.

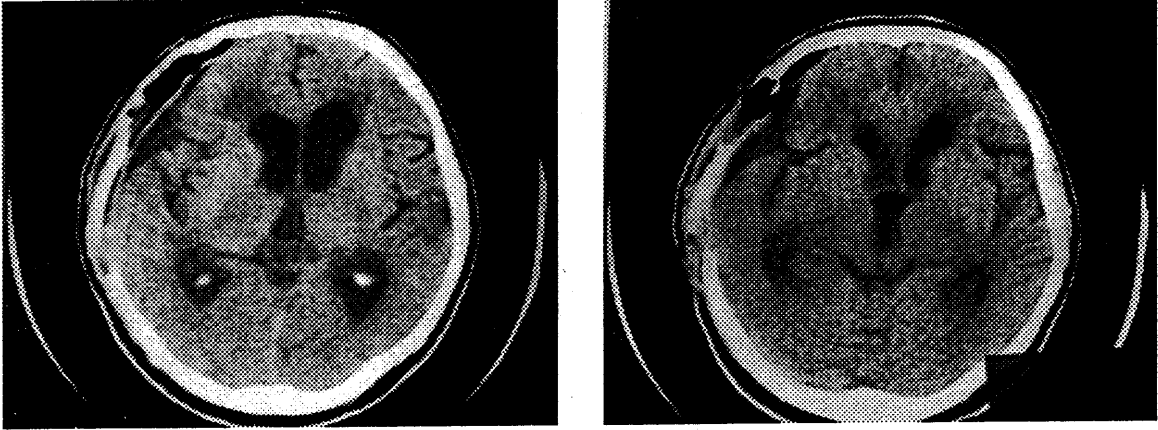
TARTIŞMA

Meningioma benign hücre yapısı ve klinik seyri olan, genellikle çok yavaş büyüyen kitlelerdir. Kafa içi basıncın artımına bağlı baş ağrısı, bulantı-kusma, staz papiller, şuur seviyesi bozuklukları ve epilepsi gibi genel semptom ve bulgular ile lokalizasyona bağlı olarak kranial sinir disfonksiyonları, kemikte hiperostoz, vizyon bozuklukları ve kaybı, duyu ve motor kayıplar, egzoftalmi ve pituitör bozukluklar gibi özel semptom ve bulgulara yol açabilirler (2). V. Valentino ve arkadaşlarının yapmış olduğu orta fossa yerleşimli 72 olgulu bir seride en sık görülen semptom 41 (%57) olguda kranial sinir disfonksiyonu, en az görülen 3 (%4) olguda mental durum değişikliklerdir, baş ağrısı ise 7 (%10) olguda görülmüştür (8). Ancak meningioma'nın önemli bir semptom ya da nörolojik bulgu vermeden dev boyutlara ulaşabilecekleri de rapor edilmiştir (5,6).

Büyük ve vaskülarizasyonu çok olan meningioma'larda preoperatif dönemde anjiyografi ve embolizasyon uygulanmaktadır. Endovasküler tekniklerdeki gelişmeler preoperatif embolizasyon uygulamasını son zamanlarda daha geçerli hale getirmiştir (9). Özellikle parasagittal ve falx meningioma'larında anjiyografi ile tümörün sagittal sinüs, kortikal venler ve anterior serebral arter ile olan bağlantıları belirlenmelidir (9). Biz de olgumuzda bu kadar yoğun kontrast tutan meningioma



Resim 1-2. Beynin sağ hemisferinde şifte neden olan, 9x8x5 cm boyutlarında yoğun kontrast tutan ve çevresi ileri derecede ödemli meningiom ile uyumlu kitle.



Resim 3-4. Postoperatif 1. ayda yapılan BBT'sinde rezidüv tümöre rastlanmadı.

olmasına rağmen elektif şartlar olmadığından ve hasta herniasyon tablosunda olduğundan dolayı acil şartlarda cerrahi uygulanmıştır.

Bizim olgumuzda anamnezden anlaşılacağı üzere Beningn prostat Hipertrofisi nedeni ile opere olmadan önceki dönemlerde ara sıra olan ve hastanın dikkate almadığı baş ağrısı dışında yakınması yoktu. Bizim hastamızda sessiz kalmış olan intrakranial kitle ilk bulgusunu, genel anestezi sonrasında uykuya meyil, bilinç bozukluğu ve koma şeklinde vermiştir.

Değişik nedenlere bağlı olarak genel anestezi alan hastalarda ventilasyonun uygun şekilde ve yeteri kadar yapılamaması ya da aşırı sıvı yüklenmesi sonucu tümör çevresinde ödem artışı olur, bu durumda o zamana kadar sessiz kalmış intrakranial bir kitlenin serebral bulgular vermesine neden olur (6,10). Ayrıca yine postoperatif dönemde görülebilecek akciğer infeksiyonu ve ağrı nedeniyle yüzeysel solunum oluşması ve bundan dolayı beyin oksijenlenmesinin olumsuz yönde etkilenmesi de bu bulguların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Bu bulgular basit bir baş ağrısından başlayıp, bizim olgumuzda olduğu gibi herniasyona kadar giden ciddiyyete olabilir.

Meningiomun total olarak eksize edildiği durumlarda rekürrens oranı daha düşüktür (11). Ancak rezeksiyonun inkomplet yapıldığı durumlarda rekürrens oranı %29'dur (12). Malign meningiomlarda ise rekürrens oranı daha da yüksektir, bunlarda parsiyel rezeksiyonlardan sonra 5 yıllık süre içinde rekürrens oranı %37-85 olarak bildirilmiştir (13,14). Parsiyel rezeksiyonlarda ilave radyoterapi ile rekürrens azaltılacağına dair görüşler vardır

(15). Ancak radyoterapinin bilinen yan etkileri yanı sıra meningiomların malign astrositomlara dönüşebileceği bildirilmiştir (16). Biz de hastayı acilen operasyona alarak sağ frontotemporal kraniyotomi ile mikroskop altında total tümör eksizyonu yaptık. Postoperatif erken dönemde bilinci açılan ve nörolojik tablosu tamamen düzelen hasta, hiçbir defisit kalmadan postoperatif 10. günde eksterne edildi ve postoperatif 1. ayda yapılan BBT'lerde rekürrense rastlanmadı (Resim 3, 4).

Sonuç olarak preoperatif dönemde hasta değerlendirilirken, özellikle yaşlı hastalarda baş ağrısı bile olsa birtakım semptomların önemsenip gerekirse ileri radyolojik inceleme yapılmasını doğru buluyoruz.

KAYNAKLAR

1. Laraqe By Danielle, Barloww Barbara, Durkin Maureen, Hovell Joy, Clodis Franklyn, Friedman David, Di Scala Carla, Ivatury Rao, Stahl Wiliam. *Children Who Are Shot: A 30 Year Experience. Journal of Pediatric Surgery* 1995; 30 (7): 1072-6.
2. Sarnaik P. Ashok MD, Kopec John MD, Moylan Patricia Ph D., Alvarez Dora, MD, and Canady Alexa, MD *Role of Agressive Intracranial Pressure Control in Management of Pediatric Craniocerebral Gunshot Wounds With Unfavorable Features. The Journal of Trauma Vol 29, No.10 October 1989 pp 1434-1437.*
3. Bakay L. *Missile injuries of brain. N.Y. State J Med* 1982; 3: 313-9.
4. Crockard, H. A.: *Early intracranial pressure studies in gunshot wounds of the brain. J Trauma* 1975; 15: 339-47.
5. Crockard, H. A.: *Penetrating craniocerebral missile injuries. International Anaesthesiology Clinics* 1979; 17: 307-26.

6. Jennet, B., Bond, M.: Assessment of outcome after severe brain damage: A practical scale. *Lancet* 1985; 1: 480-4.
7. Lewy L. Michael M.D., Masri Lena S. M.S., Levy M. Karen, B.S., R.N., Johnson L. Forrest, M.D., Thomson- Martin Evangeline, M.B.A., C.N.R.N., Cauldwell T. William, M.D., Ph.D., Mc Comb Gordon J, M.D., Weiss H. Martin, M.D., Apuzzo L.J. Michael, M.D. Penetrating Craniocerebral Injury in Children and Adolescents. *Neurosurgery* 1993; 33 (6).
8. Jourdan C, Convert J, Rauselle C, Wasylkiewicz I, Mircewski V. Plaies cranio-cerebrales par balle pratique civile chez ı enfant *Chirurgie Pediatrie* 1993; 48: 389-96.
9. Coobs-Ewing Linda, Ph.D., Thompson M. Nora, Ph.D., Miner E-Michael M.D., Ph.D., Fletcher M. Jack, Ph.D. Gunshot Wounds to the Brain in Children and Adolescents: Age and Neurobehavioral Development. *Neurosurgery*, 1994; 35 (2).
10. Graham TW, Williams FC, Harrington T, Spetzler RF, Civillian gunshot wounds to the head: Aggressive study. *Neurosurgery* 1990; 27: 696-700.
11. Hernesniemi J., Penetrating Craniocerebral wounds in civilians. *Acta Neurochir (Wien)* 1979; 49: 205.
12. Rengachary S.Setti, Duke A.Derek, Gunshot Wounds of the head Chapter 17, 1993.
13. Miner E.Michael, M.D., Ph.D., Coobs-Ewing Linda, Ph.D., Kopaniky R.Dennis, M.D., Ph., Cabrera Juan, M.D., and Kauffmann, Ph.D. The Results of Treatment of Gunshot Wounds to the Brain in Children. *Experimental and Clinical Studies. Neurosurgery* 1990; 26 (1).

Yazışma Adresi:

Dr. Memduh KERMAN

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöroşirürji Anabilim Dalı

ISPARTA