

OLGU SUNUMU

Collet-Sicard sendromu ile gelen glomus jugulare olgusu

İlgın Eylül ZENGİN¹ , Mahmut Serdar SOFU² , Serhat TONÇ³ ,
Özge ÇAĞLAR ÇİL³ , Oğuz GÜÇLÜ³ 

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Tıp Fakültesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

ÖZET

Collet-Sicard sendromu (CSS), jugular foramen ve hipoglossal kanal bölgesini etkileyen kafa tabanı lezyonlarında görülen tek taraflı IX,X,XI ve XII. kranial sinirlerin paralizisidir. Amacımız kliniğimizde tanı alan CSS vakasını literatür bilgileri eşliğinde sunmaktır. 68 yaş kadın hasta polikliniğe 2 senedir devam eden sağ kulakta çınlama şikayetiyle başvurdu. Sağ timpanik membranda kırmızı-mor renkli refle görüldü. Dil sağ yarısında atrofi görüldü, video laringoskopide sağ vokal kord parolitik izlendi. Sağ omuz ve trapezius kası sola göre deprese görünümdeydi. Hastaya Gamma Knife radyocerrahi tedavisi planlandı. 1. yıl kontrol görüntülemesinde tümör progresyonu saptanmadı. Hastanın klinik bulgularında belirgin iyileşme gözlenmedi. Collet-Sicard sendromuyla gelen glomus tümörleri nadirdir. Nadir görülmesi sebebi ile etkin bir tedavi kılavuzu bulunmamaktadır. Prognoz hakkında bilgiler yetersizdir. Daha kapsamlı vaka serilerinin olduğu randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Collet-Sicard Sendromu, Glomus Jugulare Tümörü, Kranial Sinir Paralizisi, Kafa Tabanı Lezyonları

ABSTRACT

A case of glomus jugulare presenting with Collet-Sicard syndrome

Collet-Sicard Syndrome (CSS) is a unilateral paralysis of the IX,X,XI ve XII cranial nerves, seen in skull base lesions affecting the jugular foramen and hypoglossal canal regions. Our aim is to present a case of CSS diagnosed in our clinic, accompanied by relevant literature.

A 68-year-old female patient presented to the outpatient clinic with complaints of tinnitus in the right ear, ongoing for two years. Otoscopic examination revealed a reddish-purple reflex on the right tympanic membrane. Atrophy was observed on the right side of the tongue, and videolaryngoscopy showed right vocal cord paralysis. The right shoulder and trapezius muscle appeared depressed compared to the left. Gamma Knife radiosurgery was planned for the patient. At the 1-year follow-up imaging, no tumor progression was detected. However, no significant clinical improvement was observed.

Glomus tumors presenting with Collet-Sicard syndrome are rare. Due to its rarity, there is no established treatment guideline. Information regarding prognosis is limited. There is a need for randomized controlled studies with more comprehensive case series.

Keywords: Collet-Sicard Syndrome, Glomus Jugulare Tumor, Cranial Nerve Palsy, Skull Base Lesions

GİRİŞ

Collet-Sicard sendromu (CSS), jugular foramen ve hipoglossal kanal bölgesini etkileyen kafa tabanı lezyonlarında görülen tek taraflı IX,X,XI ve XII. kranial sinirlerin paralizisidir (Şekil 1). Oldukça nadir görülen CSS, ilk kez 1915 yılında Collet tarafından tanımlanmış, 1917'de Sicard tarafından benzer olgularla desteklenmiştir [1,2]. Kafa tabanı fraktürleri ve karotis arter diseksiyonu başta olmak üzere Eagle sendromu, maligniteler, enfeksiyöz patolojiler ve iyatrojenik faktörler gibi pek çok farklı etiyojisi olabilir [3]. Amacımız kliniğimizde tanı alan CSS vakasını literatür bilgileri eşliğinde sunmaktır.

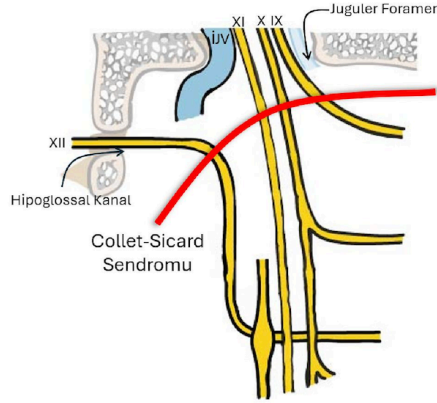
Atıf için: Zengin İE, Sofu MS, Tonç S, Çağlar Çil Ö, Güçlü O. Collet-sicard sendromu ile gelen glomus jugulare olgusu. Troia Med J 2025;6(3):100-103. DOI: 10.55665/troiamedj.1714331

Sorumlu yazar: İlgin Eylül ZENGİN

Adres: Barbaros Mahallesi, Sevim Buluç Sokak, Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Merkez/ Çanakkale/ Türkiye, E-posta: kbbeylul@gmail.com
Geliş tarihi: 04.06.2025, **Kabul tarihi:** 27.09.2025



Bu eser Creative Commons Atıf-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.
© Author(s)-available online at der-gipark.org.tr/en/pub/troiamedj/writing-rules

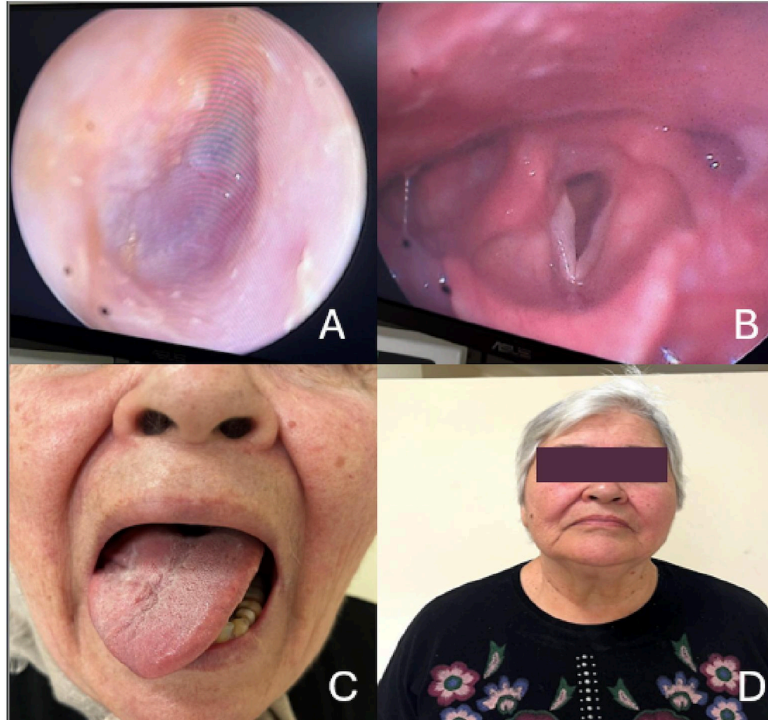


Şekil 1. Collet-Sicard sendromunda etkilenen kraniyal sinirler (IJV: İnternal juguler ven)

OLGU SUNUMU

68 yaş kadın hasta polikliniğe 2 senedir devam eden sağ kulakta çınlama şikayetiyle başvurdu. Hipertansiyon dışında hastalığı ve travma öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sağ timpanik membranda kırmızı-mor renkli refle görüldü. Dil sağ yarı

atrofikti ve dil sağa deviyeydi. Palatal asimetrisi mevcuttu. Video laringoskopide sağ vokal kord paralitik görüldü. Sağ omuz ve trapezius kası sola göre deprese görünümdeydi (Şekil 2 A-D). Hastanın odyometrisinde sağ kulakta hafif derecede sensörinöral tipte işitme kaybı mevcuttu.



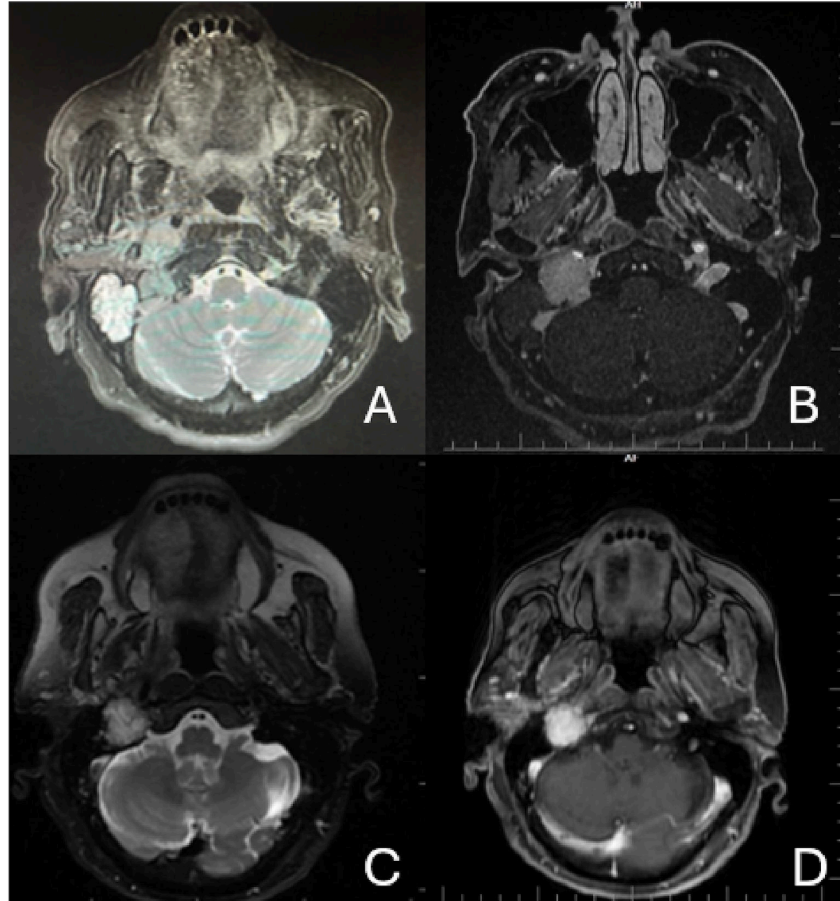
Şekil 2. A: Sağ timpanik membranda kırmızı-mor renkli refle, B: Video laringoskopide sağ vokal kord paralitik görünümde, C: Dil sağ yarisında atrofi ve sağa deviasyon, D: Sağ omuz ve trapez kası sola göre deprese görünümde

Yapılan tetkikler ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucunda, sağ juguler foramende T2 ağırlıklı

görüntülerde hiperintens ve homojen kontrast tutan bir lezyon tespit edildi. Lezyon, anteriorda sağ internal

karotis arterin distal servikal segmentini çevreleyerek hafif bası oluşturmuyordu ve medialde sağ hipoglossal kanal orifisi ile yakın komşuluk gösteriyordu. Sağ dil yarısında atrofik değişiklikler görüldü; koronal T2 görüntülerde diffüz sinyal artışı, koronal T1 FatSat görüntülerde ise diffüz sinyal kaybı izlendi ve bulgular denervasyon atrofisi lehine değerlendirildi. Ön tanı olarak glomus jugulare tümörü düşünüldü (Şekil 3 A, B). Klinik bulgular ve görüntüleme verileri

birlikte değerlendirildiğinde, hastaya nadir görülen bir juguler foramen sendromu olan ve ipsilateral IX,X, XI ve XII. kranial sinirlerde paralizisi ile seyreden Collet-Sicard sendromu tanısı kondu. Gamma Knife radyocerrahi tedavisi planlandı ve 15 Gy dozunda Gamma Knife uygulandı. Birinci yıl kontrol MR görüntülemesinde tümör progresyonu saptanmadı (Şekil 3 C, D) ancak hastanın şikayetinde ve klinik bulgularında belirin iyileşme gözlenmedi.



Şekil 3. Manyetik rezonans görüntülemesinde sağ juguler foramende T2 imajlarda hiperintens, homojen kontrast tutan lezyon görülmektedir. (A ve B: Tedavi öncesi MR görüntüleri; C ve D: Tedavi sonrası MR görüntüleri)

TARTIŞMA

Collet-Sicard Sendromuyla gelen glomus tümörleri nadirdir. Aguilere-Pena ve ark. 2023 yılında yaptığı kapsamlı derlemeye göre Collet-Sicard sendromunu ilk tanımlandığı 1915'ten 2023'e kadar 135 hastada bildirilmiştir ve bu hastaların 11'i (%8.5) glomus kaynaklıdır [3]. Beuclet'in 2024'te yayınladığı sistematik derlemede toplam 73 hasta değerlendirmeye alınmış ve bunların 7'sinin (%9.6) glomus kaynaklı olduğu görülmüştür [4]. Juguler paraganglioma hastalarında pulsatil tinnitus ve işitme azlığı en sık karşılaşılan semptomlardır. İşitme kaybı sıklıkla iletim tipi görülür ancak sensörinöral

veya mikst tip kayıpla da karşılaşılabılır [5]. Bu olguda hafif derecede ve tek taraflı sensörinöral tipte işitme kaybı mevcuttu.

Geniş lezyonlarda alt kranial sinir tutulumlarına bağlı; disfaji, omuz güçsüzlüğü, ses kısıklığı, dilde hemiparezi gibi semptomlar da görülebilir [6]. Bu olguda ise hastanın başvuruda tinnitus dışında şikayeti yoktu. Ancak yapılan bütüncül muayenede omuz güçsüzlüğü, vokal kord paralizisi ve dilde hemiparezi tespit edilmişti.

CSS olgularında kranial sinir defisitlerinin iyileşme oranları farklılık göstermektedir. IX.kranial sinir için %52.1; X. ve XII. kranial sinir için %46.6; XI.

kraniyal sinir için %39.7 total veya parsiyel iyileşme oranları bildirilmiştir. Literatürde kraniyal sinir iyileşmesinin etiyolojiden etkilendiği, özellikle enfeksiyöz ve vasküler nedenlerde kitle etkisine yol açan lezyonun tedaviyle gerilemesi sayesinde iyileşme oranlarının tümörlere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir [4]. Bu olguda kraniyal sinir defisitlerinde iyileşme olmaması kitle etkisinin ortadan kalkmamış olmasıyla açıklanabilir.

Glomus jugulare tümörlerinin tedavisi, belirgin hipervasküleriteleri ve kafa tabanındaki kritik yapılarla komşulukları nedeniyle güçlükler içermektedir. Geçmişte preoperatif embolizasyon ile birlikte cerrahi rezeksiyon sık tercih edilmiş olsa da, yüksek oranlarda beyin omurilik sıvısı fistülü (%3.7–17.6) ve alt kraniyal sinir defisitleri (%6.6–61) bildirilmiştir. Bunu takiben konvansiyonel radyoterapi yüksek tümör kontrol oranları ile öne çıkmış; ancak uzun dönem sekelleri, özellikle temporal kemik nekrozu ve radyasyon kaynaklı malignite riski, tartışmalı bir konu olmaya devam etmiştir. Stereotaktik radyocerrahi ise tümöre yüksek dozları çevre dokuları koruyarak uygulayabilmesi sayesinde daha güvenli bir profil sunmuş ve günümüzde primer tedavi seçeneklerinden biri haline gelmiştir [7].

Glomus jugulare tümörlerinde Gamma Knife radyocerrahisi, tümör progresyonunun kontrolünde yüksek başarı oranlarıyla bildirilse de radyolojik stabilitenin her zaman klinik iyileşmeyle paralel olmadığı belirtilmektedir[8,9,10]. Stereotaktik radyocerrahi yüksek tümör kontrolü sağlarken,

semptomatik iyileşme oranı görece daha sınırlı kalmaktadır(%47). Özellikle alt kraniyal sinir defisitlerinde iyileşme oranları daha da düşüktür (%22) [10]. Bu nedenle tedavi öncesinde mevcut kraniyal sinir kayıplarında tam düzelme olmaması beklenebilir. Radyocerrahinin başlıca katkısı mevcut fonksiyonun korunması ve yeni gelişebilecek nöropati riskinin düşük (%3) olmasıdır [9].

Tinnitus şikayeti ile gelen hastada ek şikayetler olmasa da detaylı baş boyun muayenesinin yapılması gerekmektedir. Glomus jugulare tümörü düşünülen hastada görüntülemeye önce detaylı muayenesinin yapılması, semptomlara yönelik tedavi planlanması, cerrahi-radyocerrahi tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi önerilir.

Bu vaka sunumuyla görüntülemeler öncesi ayrıntılı ve bütüncül muayenesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu olgu radyocerrahi sonrası tümör progresyonunun kontrolü ile kraniyal sinir fonksiyonları ve tinnitus gibi şikayetlerin iyileşmeyebileceğinin altını çizmektedir. Tedavi planlanmasında fonksiyonel beklentilerin gerçekçi bir şekilde hastayla paylaşılması gerektiğini hatırlatmaktadır. Collet-Sicard sendromunun ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği bu vaka sunumu ile bir kez daha vurgulanmaktadır.

Çıkar çatışması: Yok

Finansal destek: Yok

KAYNAKLAR

1. Collet FJ. Sur un nouveau syndrome paralytique pharyngo-larynge par blessure de guerre (hemiplegie glosso-laryngo-scapulopharyngee). Lyon Med. 1915;124:121-129.
2. Sicard JA. Syndrome du carrefour condylodechire posterieur (type pur de paralysie des quatre derniers nerfs craniens). Mars Med. 1917;53:385-397.
3. Aguilera-Pena MP, Castiblanco MA, Osejo-Arcos V, et al. Collet-Sicard syndrome: a scoping review. *Neurosurg Rev.* 2023;46(1):244. Published 2023 Sep 14. doi:10.1007/s10143-023-02145-74.
4. Beucler N. Combined Deficit of the Four Lower Cranial Nerves also Known as the Syndrome of Collet-Sicard: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian J Neurosurg.* 2024;19(2):112-125. Published 2024 May 13. doi:10.1055/s-0044-1787050
5. Woods C, Strasnick B, Jackson C. Surgery for glomus tumors: the otology group experience. *Laryngoscope.* 1993;103:65–72.
6. Jackson C. Diagnosis for treatment planning and treatment options. *Laryngoscope.* 1993;103:17–22.
7. Sharma M, Meola A, Bellamkonda S, et al. Long-Term Outcome Following Stereotactic Radiosurgery for Glomus Jugulare Tumors: A Single Institution Experience of 20 Years. *Neurosurgery.* 2018;83(5):1007-1014. doi:10.1093/neuros/nyx566
8. Ivan ME, Sughrue ME, Clark AJ, et al. A meta-analysis of tumor control rates and treatment-related morbidity for patients with glomus jugulare tumors. *J Neurosurg.* 2011;114(5):1299-305.
9. Patel NS, Carlson ML, Pollock BE, et al. Long-term tumor control following stereotactic radiosurgery for jugular paraganglioma using 3D volumetric segmentation. *J Neurosurg.* 2018;130(2):379-387.
10. Ong V, Bourcier AJ, Florence TJ, et al. Stereotactic Radiosurgery for Glomus Jugulare Tumors: Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg.* 2022;162:e49-e57.