

Presakral dev schwannom: Olgu sunumu ve literatür derlemesi

Presacral giant schwannoma: A case report and review of the literature

Hasan Erdem, Süleyman Çetinküner

ÖZET

Schwannoma, periferik sinir kılıfından kaynaklanan, oldukça yavaş büyüyen benign tümördür. Akut apandisit teşhisiyle servise yatırılan 34 yaşındaki erkek hastanın dijital rektal muayenesinde rektum posterior kısmında ekstraluminal kitle tespit edildi ilk operasyonda appendektomi ve kitleden biopsi yapıldı. 1 ay sonra tekrar laparotomi yapılarak kitle tamamen çıkarıldı. Presakral bölge tümörlerinde optimal tedavi cerrahi ekstirpasyon olmakla birlikte, yaklaşım ve operasyon şekli konusu tartışmalıdır.

Anahtar kelimeler: Presakral kitle, schwannoma, cerrahi ekstirpasyon

ABSTRACT

Schwannomas arising from the peripheral nerve sheath is very slow-growing benign tumor. A 34 -years-old male patient was hospitalized with a diagnosis of acute appendicitis, and the digital rectal examination revealed extraluminal mass of rectum. After diagnosis appendectomy and biopsy of the mass was performed. 1 month after, the mass was completely excised by laparotomy. Although extirpation is the optimal surgical treatment of tumors of the presacral region, the surgical approach and type of surgery is controversial.

Key word: Schwannoma, presacral mass, surgical extirpation

GİRİŞ

Schwannoma, periferik sinir kılıfında bulunan schwann hücrelerinden gelişen nörojenik tümördür. Sıklıkla baş boyun bölgesinde, ekstremitelerde ve posterior mediastende yerleşirler [1]. Genellikle benign olan bu tümörler erişkin yaş grubunda görülür ve cinsiyet ayrımı gözetmezler [2]. Schwannomalar, hemen daima soliter lezyonlar olarak görülürler. Yavaş büyüyen tümörler olmaları sebebiyle, ağrı ve nörolojik semptomlar tümör büyüdükten sonra ve geç dönemde ortaya çıkmaktadır [3]. Pelvik bölge yerleşimli schwannomalar oldukça nadirdir. Pelvik yerleşimli schwannoma vakalarının çoğunda kitleye bağlı üriner ve jinekolojik yapılara bası semptomları oluşuktan sonra tanı konulmuştur [4].

Bu yazıda akut apandisit teşhisiyle yatmakta olan hastada rektal muayenede kitle saptanması üzerine ileri tetkik ile tanı konulan presakral schwannoma olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Vaka Takdimi

34 yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil servise müracaat etti. Hikayesinde yaklaşık 2 yıldır dışkılamada güçlük çektiğini belirten hastanın yapılan muayenesinde batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu.

Dijital rektal muayenede diz dirsek pozisyonunda, anal girimden 4-5cm de, rektum posterolateralinde rektuma dıştan bası yapan, sert, immobil kitle tespit edildi.

Bilgisayarlı karın tomografisinde rektum sağ posterolateral komşuluğunda 8-10 cm çapında düzgün sınırlı, rektuma dıştan bası etkisi yapan hipoekoik kitle saptandı. Hasta akut apandisit teşhisiyle operasyona alındı, Batın eksplorasyonunda perfore apandisit teşhis edilen hastaya appendektomi yapıldı ve kitleden biopsi alındı. Patolojik incelemede stoplazmik sınırları net seçilemeyen genellikle oval nükleuslu, S-100 ile pozitif ekspresyon gösteren

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Hasan Erdem,

Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adana, Türkiye Email: drhasanerdem@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 31.11.2014, Kabul Tarihi / Accepted: 06.01.2015

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2015, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

spindle hücrelerden oluşan tümöral lezyon benign sinir kılıfı tümörü olarak tanımlandı.

İlk operasyondan 1 ay sonra median laparotomi uygulandı. Explorasyonda presakral alanı dolduran, peritoneal refleksiyonun hemen altında, rektumu anterior kısma iten, sert kitle palpe edildi. Peritoneal refleksiyondan girilerek kitleye ulaşıldı. Sağ üreter ve rektum disseke edilerek kitle anterior ve lateral kısımlarından serbestleştirildi ve posterior kısmında venöz pleksuslar korunarak total çıkarıldı. Hemostaz sağlandıktan sonra loja kontrol amaçlı dren kondu ve operasyon sonlandırıldı. Postoperatif erken dönem komplikasyon görülmeyen hasta 4. gün taburcu edildi.

Kitlenin histopatolojik incelemesinde 10x7x4 cm boyutlarında cerrahi sınırları negatif, schwannoma olduğu tespit edildi. Altı ay kontrolünde zor dışkılama şikayetlerinin gerilediğini tarif eden hastanın muayenesi normaldi.

TARTIŞMA

Presakral (veya retrorektal) alandaki tümörler nadiren görülür ve nonspesifik semptomlarla karakterize olduğundan tanı geç konur [5]. Tümör boyutu genellikle 5-6 cm'dir. %0,3-5 oranında daha büyükleri görülebilir ve sıklıkla retroperitoneal alanda yerleşir [6].

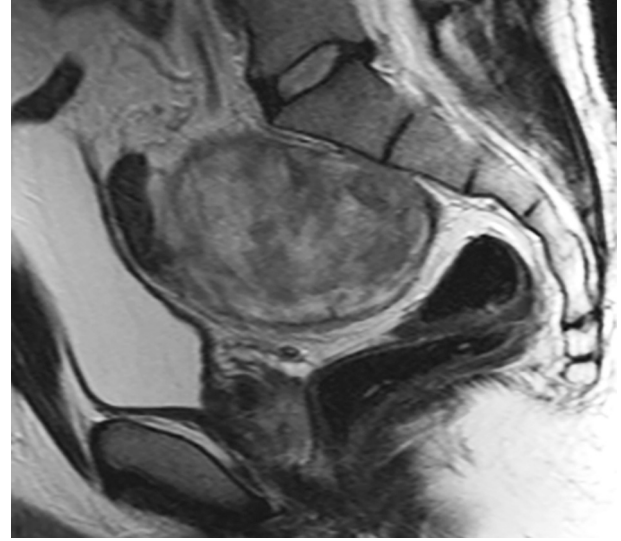
Semptomlar sıklıkla lumbosakral bölgede ağrı, alt ekstremitelerde radiküler ağrı, konstipasyon ve idrar retansiyonu olarak karşımıza çıkmaktadır [3]. Presakral tümörler asemptomatik dönemde rutin rektal muayene sırasında da saptanabilir [7,8].

Bizim vakamızda, digital rektal muayene sırasında rektum posterolateralinde, rektuma dıştan bası oluşturan sert, immobil kitle palpe edildi.

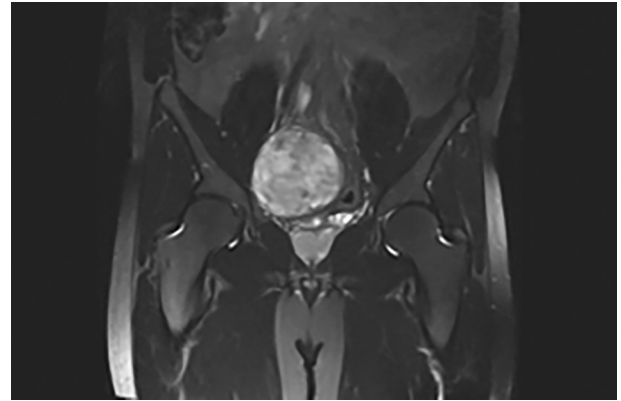
Presakral bölge kitlelerinin tanısında direkt grafi, Endorektal ultrasonografi, myelografi, Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yaygın olarak kullanılmaktadır [9,10]. Direkt grafide sakrumda osseöz genişleme, kemik destrüksiyonu, ve/veya kalsifikasyon görülebilir [3]. Bilgisayarlı tomografi ve MRI; kitlenin tam lokalizasyonu hakkında ayrıntılı bilgi sağlar. Fakat MR görüntülemelerinde kitlenin tam boyutu, natürü, kapsüllü olup olmadığı, kemik yapı ve diğer yumuşak dokularla olan ilişkisi daha net değerlendirilir.

Bu yüzden schwannoma tanısında MR görüntüleme sık kullanılır. Popuri ve ark. 4 vakalık schwannoma serisinde MR bulguları değerlendirilmiş ve kitlenin natürü ve komşu dokularla ilişkisinin değerlendirilmesinde MR bulgularının klinik yaklaşıma en iyi katkı sağlayan yöntem olduğu bildirilmiştir [11].

Bizim vakamızda MR da T1 ve T2 ağırlıklı incelemede presakral mesafede yerleşimli, mesane posterior kısmında 10x8x7 cm boyutunda heterojen sinyal intensitesinde, dominant olarak hiperintens, düzgün konturlu kitlesel lezyon izlendi (Resim 1-2).



Resim 1. MR, T2 ağırlıklı sagittal kesit



Resim 2. MR, T1 Ağırlıklı koronal kesit

Literatürde, preoperative biopsinin gerekliliği vurgulanmıştır. Açık biopsi yapılabileceği gibi BT eşliğinde iğne biopsisi de yapılabilir. Ogoşe ve ark. 30 vakalık periferik sinir kılıfı tümörü çalışmasında vakaların tümüne ameliyat öncesinde BT eşliğinde

veya ameliyat sırasında frozen ile histopatolojik inceleme yapılmıştır [12].

Biopsi sonucu benign veya malign olabilir. Malign lezyonlarda kitlenin primer mi, metastatik mi olduğuna bakılmalıdır. Primer malign lezyonlarda tedavi enblok onkolojik rezeksiyondur. Biopsi ile benign olduğu saptanan presakral tümörlerde tedavi yine cerrahidir [8].

Benign presakral tümörlerde tedavi laparoskopî, laparotomi veya posterior yaklaşımla tümörün total çıkarılmasıdır. Bununla birlikte anterior orta hat abdominal ve posterior retrorektal transsakral yaklaşımlar da bu bölge tümörleri için önerilmektedir [13].

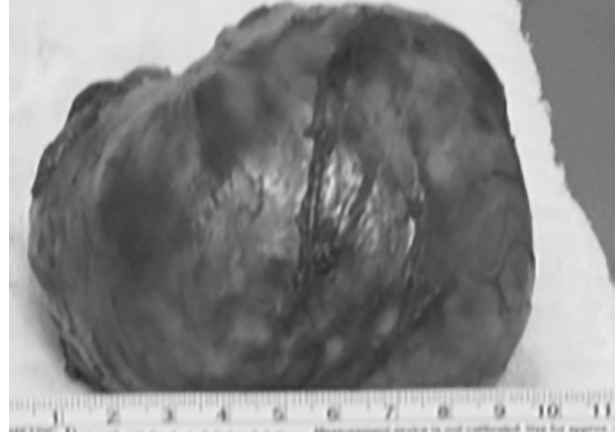
Localio ve arkadaşları [3], sağ lateral pozisyonda abdominosakral yaklaşımla maksimum fleksibilite ve geniş rezeksiyon imkanı sağlanabileceği ve böylece komplet rezeksiyon şansının artacağını belirtmişlerdir. Ayrıca bu yaklaşım ile kanama kontrolünün daha kolay sağlanabileceği belirtilmektedir. Buchs ve arkadaşlarının yaptığı 16 vakalık çalışmada tüm operasyonlar posterior yaklaşımla tamamlanmış ve operative komplikasyon görülmemiştir [14].

Presakral tümörlerin cerrahisinde bir diğer yöntem de laparoskopik eksizyondur. Konstantinidis ve ark. 2 vakalık çalışmada laparoskopik kitle eksizyonu yapmış ve operatif komplikasyon görülmemiştir. Presakral bölgenin benign tümörlerinde laparoskopik yaklaşımın pelvik visualizasyon ve diseksiyon için uygun bir yöntem olduğunu vurgulamışlardır [15]. Sakral 3. vertebra hizasında ve altında yerleşmiş tümörlerin cerrahisi posterior transsakral yöntemle yapılabilirken, S3 vertebra üst kısmında yerleşen tümörler için abdominal yaklaşım tercih edilmelidir [3,9,14]. Bu vakada önceki operasyonda orta hat abdominal insizyon kullanıldığından ikinci operasyonda da abdominal yaklaşım tercih edilmiştir. Tümör retrorektal (Presakral) yerleşimli, 8-10 cm çapında, sert, immobil ve psödokapsülle çevriliydi. Kitle total olarak eksize edildi (Resim 3-4).

Retrorektal tümörlerin cerrahisi sırasında fazla miktarda kan kaybı olabilmemesinin nedeni tümörün yerleşim yeri olarak sakral plexus ve iliak venlere yakın olmasıdır [13]. Bu tümörlerin cerrahisinde ayrıca komşu organ yaralanmaları, nörojen mesane gelişmesi sonucu idrar retansiyonu, anal inkonti-

nans ve motor kayıplar gelişebilir. Hastamızda operasyon boyunca yaklaşık 200 cc hemoraji görüldü. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, nadir görülen presakral bölge tümörlerinde cerrahi tedavi ilk seçenek olarak uygulanmaktadır. Farklı cerrahi tekniklerle tedavi mümkündür. Operasyon şeklinin cerrahin tecrübesine göre seçilmesi gerektiği kanaatindeyiz.



Resim 3. 10x8x7 cm boyutlarında dış yüzü düzgün kapsülle çevrili solid lezyon



Resim 4. Kitle açıldığında pür solid, sarı-turuncu renkli yapı görülmekte

KAYNAKLAR

1. Patocskaı EJ, Tabatabaian M, Thomas MJ. Cellular schwannoma: a rare presacral tumour. *Can J Surg* 2002;45:141-144.
2. Daneshmand S, Youssefzadeh D, Chamie K, et al. Benign retroperitoneal schwannoma: a case series and review of the literature. *Urology* 2003;62:993-997.

3. Localio SA, Eng K, Ranson JH. Abdominosacral approach for retrorectal tumors. *Ann Surg* 1980;191:555-560.
4. Tong RS, Collier N, Kaye AH. Chronic sciatica secondary to retroperitoneal pelvic schwannoma. *J Clin Neurosci* 2003;10:108-111.
5. Shoher A, Arbab F, Lucci A, Jr. Giant pelvic schwannoma with ancient change. *J Am Coll Surg* 2003;197:163-169.
6. Maneschg C, Rogatsch H, Bartsch G, et al. Treatment of giant ancient pelvic schwannoma. *Techniq Urol* 2001;7:296-298.
7. Oshima Y, Miyoshi K, Mikami Y, et al. Pelvic ring reconstruction with a vascularized pedicle iliac bone graft for a large sacral schwannoma. *J Spinal Dis Techniq* 2005;18:200-202.
8. Otsuji E, Hagiwara A, Toma A, et al. Resection of a pelvic schwannoma with partial removal of the sacral nerve root. *Hepato-gastroenterology* 2003;50:99-101.
9. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, et al. Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1581-1587.
10. Hughes MJ, Thomas JM, Fisher C, et al. Imaging features of retroperitoneal and pelvic schwannomas. *Clin Radiol* 2005;60:886-893.
11. Popuri R, Davies AM. MR imaging features of giant presacral schwannomas: a report of four cases. *Eur Radiol* 2002;12:2365-2369.
12. Ogose A, Hotta T, Morita T, et al. Diagnosis of peripheral nerve sheath tumors around the pelvis. *Japan J Clin Oncol* 2004;34:405-413.
13. Labeledz W, Kubaszewski L, Adamek J. Operative treatment of Schwannoma, the primary sacral tumor--case presentation. *Polish Othop Traumatol* 2012;77:10-16.
14. Buchs N, Taylor S, Roche B. The posterior approach for low retrorectal tumors in adults. *International journal of colorectal disease* 2007;22:381-385.
15. Konstantinidis K, Theodoropoulos GE, Sambalis G, et al. Laparoscopic resection of presacral schwannomas. *Surg Laparoscopy Endoscopy Percutan Techniq* 2005;15:302-304.