

RETROPERİTONEAL YAYILIM GÖSTEREN LOMBER SPİNAL SCHWANNOMA OLGU SUNUMU

Ali YILMAZ¹, Bayram ÇIRAK¹, Filiz ALTUĞ², Seyide SOYSAL³, Mehmet Emin SOYSAL³

ÖZET

Schwannom periferik sinir kılıfının schwann hücrelerinden köken alan nadir bir tümördür. Genellikle baş, boyun ve üst extremiteelerde yerleşirler. Nadiren de posterior mediasten ve retroperitonda yerleşebilirler. 47 yaşında bayan bir hasta rektal dolgunluk hissi ve bel ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Yapılan radyolojik incelemeler sonucu pelvik retroperitoneal yerleşimli solid bir kitle tanısı ile yatırıldı. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Nöroşirürji Kliniğinin birlikte yaptığı cerrahi uygulama ile total olarak çıkartılan kitlenin histopatolojik incelemesi Schwannom olarak rapor edildi. Kısmi çıkartılan destrükte olmuş L5 korpusu nedeniyle lumbosakral bölge enstrümante edilip stabillendi ve kemik greft ile füzyon yapıldı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta takip edilmek üzere taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Pelvik kitle, retroperitoneal, schwannoma

Lumbar Spinal Schwannoma with Retroperitoneal Invasion: A Case Report

SUMMARY

Schwannomas or neurilemmomas are encapsulated tumours arising from the neural sheath of peripheral nerves. They are usually located in the head and neck or in the upper extremities, but may appear in the posterior mediastinum and more rarely in the retroperitoneum. A 47 year-old-female complaining of pelvic and lumbar pain has been admitted with the diagnosis of retroperitoneal pelvic solitary mass after radiologic evaluation. The mass has been resected totally through an anterior abdominopelvic incision and histopathology evaluation reported to be the schwannoma. Lumbosacral instrumentation and fusion with bone graft have been performed following the resection of the mass and destructed L5 vertebrae corpus. Postoperative period went uneventful.

Key words: Pelvic mass, retroperitoneal, schwannoma

Genel olarak, tüm spinal tümörlerin %40'ını intradural ekstrapedüller %5'ini intradural intramedüller, %55'ini ekstradural yerleşimli tümörler oluşturmaktadır¹⁻³. Sakral ve presakral tümörler nadirdir (1/40000 hastane yatışı). Schwannoma bu bölgede görülen tümörlerden birisidir. Yavaş büyürler ve nonspesifik semptomlar nedeniyle genellikle tesadüfen yakalanırlar^{2,3,5,6,8}. Schwannomaların çoğu benign dirler malignensi oldukça nadirdir. Pelvik ve retroperitoneal schwannomalar genellikle dev boyutlara ulaşırlar. Etraf komşulukları, boyutu ve yoğun vasküler bölge olması nedeniyle cerrahileride zordur^{2,3,6-8}. Günümüze kadar anatomik bulgulara dayanılarak 3 çeşit dev schwannom tanımlanmıştır: Retroperitoneal schwannomlar, intrasakral (Osseöz) schwannomlar, ve spinal schwannomlar (dumbbell=kum saati) Her üç tip farklı klinik davranışlar gösterirler. Retroperitoneal schwannomlar genellikle yavaş büyür ve özellikli belirti ve bulguları yoktur. Bu nedenle de tanı ve tedavileri dev boyuta varana kadar mümkün olmayabilir. İntrasakral veya osseöz schwannoma kemik içinde olması nedeniyle lokal ağrı ile belirti verir, nörolojik kayıp daha nadir görülür. Spinal schwannomlar ise spinal sinir kökünden köken alan kum saati görünümü tümörlerdir ve buldukları seviyeye göre duyuusal veya motor belirti verebilirler.

Sakral dumbbell veya kum saati schwannomlar tüm kum saati tümörlerin %4 kadarını oluştururlar¹¹.

OLGU SUNUMU

Kırkyedi yaşında bayan hasta üniversitemiz kadın hastalıkları kliniğine pelvik ağrı ve şiddetli bel ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Radyolojik incelemeleri sırasında lomber magnetik rezonans görüntülemesi yapılmış ve retroperitoneal yayılım gösteren lomber 5 vertebra korpusunun yarısını destrükte eden 50x100 mm' lik (Resim 1 ve 2) kitle lezyonu saptanması üzerine tarafımıza konsülte edilmiştir. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde motor ve duyu defisit saptanmadı. Hastanın laboratuvar kan incelemeleri normal bulundu. Hastaya kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı ile beraber ortak operasyon planlandı. Hastanın kendisine olabilecek komplikasyonlar anlatıldı, tümörün çıktığı yerin sinir kökü olduğu ameliyat sonrası gelişebilecek motor defisitler konusunda bilgi verildi.

Hasta gerekli cerrahi hazırlıklar ve batın temizliği yapıldıktan sonra kadın hastalıkları cerrahi ekibiyle beraber operasyona girilerek anterior transabdominal girişimle total kitle ekizyonu ve lomber 5 kısmi korpektomi yapıldı. Kitlenin L5 kökünden çıktığı yer bulunarak kesilip çıkartıldı.

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD, DENİZLİ, TÜRKİYE

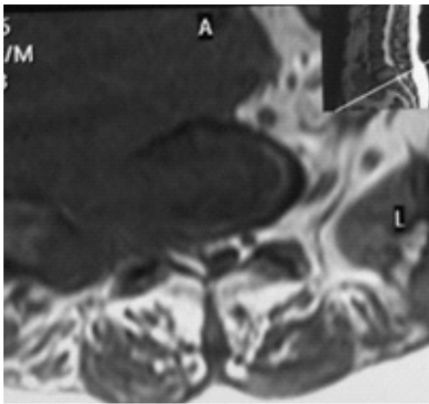
²Pamukkale Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu, DENİZLİ, TÜRKİYE

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, DENİZLİ, TÜRKİYE

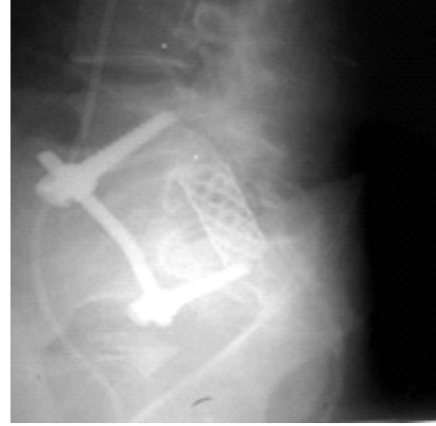
Daha sonra mesafeye bir adet içi kemik greft dolu mesh (kafes) koyularak L4-S1 korpuslarına vida rod sistemi ile stabilizasyon yapıldı (Resim 3). Kadın hastalıkları ekibince aynı seansta oferektomi yapılan hastanın eksize edilen doku spesmenleri patolojik inceleme için patoloji bölümüne gönderildi ve selüler schwannom olarak raporlandı. Postoperatif L5 sinir kökü kesisine bağlı düşük ayak olan hastaya fizik tedavi başlandı, ek bir sorunu olmayan hasta lumbosakral korse ile yürüme yardımcısı kullanarak mobilize edildi. Bir hafta boyunca yatarak rehabilitasyon programı uygulanan hastaya ev egzersiz programı öğretilerek taburcu edildi. Cerrahiden 1 yıl sonra kontrole çağrılan hastada sağ taraf alt ekstremitede 4/5 oranında kuvvet kaybı devam ederken, herhangi bir yardımcı kullanmadan mobil olduğu görülmüştür.



Resim 1. T2 ağırlıklı sagittal kesit lomber MRG görüntülenmesinde L5 korpusunu destrükte eden retroperitoneal yayılım gösteren kitle lezyonu.



Resim 2. T2 ağırlıklı axial lomber MRG görüntülenmesinde L5 korpusu destrükte eden sağ nöral forameni kapatan retroperitoneal yayılımı olan kitle lezyonu.



Resim 3. post op çekilen direkt grafide L5 korpektemi sonrası mesafeye konulan kafes izlenmektedir.

TARTIŞMA

Sinir kılıfı tümörleri schwann hücrelerinden köken alır ve genel populasyondaki sıklığı, 0,3-0,5/100,000 şeklindedir. Spinal tümörlerin 1/3'ünü oluşturduğu belirtilmektedir. 3-5 dekatlarda sık olup; cinsiyet baskınlığı görülmemekle birlikte kadınlarda, erkeklerden biraz daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Genellikle arka köklerden geliştiği için, spinal kordun posterior ve posteriolateralinde yerleşir. Sırasıyla en çok torakal bölgede olmak üzere servikal ve lomber bölgede yerleşmektedir. %58'i intradural-ekstrameduler, %27'si ekstradural ve %15'i kum saati (dumbell-shaped) şeklinde intra/ekstradural yerleşim göstermektedir. Çok nadir olarak intramedüller yerleşim görülmüştür ve %90'dan fazlası benign karakterlidir^{3-5,7-9}. Yavaş büyüyen tümörlerdir. Tanı konması ile semptomların başlaması arasında iki-üç yıl vardır. Sıklıkla ilk ortaya çıkan belirti segmental ve radiküler ağrıdır⁷ ve geceleri yoğun olduğu söylenir, geç dönemde ise kord basısına ait bulgular ortaya çıkar. %80'inde radiküler ağrı, %10'unda ise motor güçsüzlük, sfinkter problemleri ve duyu bozuklukları vardır. Tedavide amaç tümörün tam olarak çıkartılmasıdır. Bu tümörler benign olmalarına karşın nadiren malign transformasyon gösterirler. Yavaş büyümeleri ve semptom vermeden genişleyebilecek alan bulabilmeleri nedeniyle ancak tesadüfi ya da ileri dönemde tanı konabilir. Bu nedenle tanı konduğunda oldukça büyük boyutlara ulaşmış olabilirler. Bu tümörlerin nörolojik semptom vermeleri genellikle ileri dönemlerde olmaktadır. Çoğunlukla belirtiler nonspesifiktir ve bu yüzden tanı konması gecikmektedir. Çoğu vakada başka nedenlerle yapılan radyolojik incelemelerde tesadüfen tanı konmaktadır. Bel ağrısı ya da pelvik dolgunluk hissi bizim olgumuzda olduğu gibi görülebilmektedir. Bu tümörler ulaştıkları dev boyutlar nedeniyle pelvik ağrı ve jinekolojik semptomlar nedeniyle kadın hastalıkları kliniklerine yine kolorektal bası, şiddetli

karın ağrısı gibi semptomlarla cerrahi kliniklerine başvurmaktadırlar. Şikayetlerin nonspesifik olması nedeniyle tanı komada radyolojik incelemelerin önemi büyüktür. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tümörün karakterini anlamada yardımcıdır, tümörün büyüklüğü, tam yeri, çevre organlarla ilişkisi, invazyon yapısı yapılmadığı, vasküleritesi gibi konularda da bilgi verir. Tipik olarak schwannomlar düzgün sınırlı, kapsüllü ve küçük soliddirler. Büyüdükçe nekrotik değişimlere bağlı kistik görünüm alabilirler. Bunun sebebi; tümör büyüdükçe vasküleritesinin yetemediği şekilde açıklanmıştır¹². Cerrahi yaklaşım planlanırken tümörün intrasakral ve retroperiteneal yayılım durumu önemlidir. Posterior yaklaşım eğer tümör spinal kanala ve sakrumu doğru ise kullanılabilir. Presakral bir bileşeni olan tümörde posterior yaklaşım kullanılarak çıkarılabilir. Genel olarak presakral tümörlerde kullanılan anterior transabdominal veya retroperitoneal yaklaşım pelvik organları ve vasküler yapıları kuruyarak kar zarar ilişkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır¹⁴⁻¹⁶. Operasyon öncesi kemik yapısı ve össeöz dokuda oluşan harabiyetin Computed Tomografi (CT) ile belirlenmesi cerrahi yaklaşım kararında oldukça önemlidir. Lokal nüks ve malign transformasyon oldukça nadirdir¹. Dev bir sakral schwannoma olan bir hastada belirtilerin süresi oldukça uzun ve ağrı en önemli semptomdur². MRG ve CT bu tümörlerin hem tanısında hem de cerrahi girişim kararında kullanılmaktadır³. Gerek anterior olsun, gerek posterior olsun, gerekse kombine yaklaşımla olsun nörolojik defisitten kaçınmak için subtotal ekizyon yapılabilir. Cerrahi girişimler için ortak strateji geliştirilmesi çoğu vakada gerekmektedir. Bizim olgumuzda da kadın hastalıkları cerrahi ekibiyle ortak operasyon yapılarak cerrahinin süresi kısaltılmış ikinci bir operasyon ihtiyacı ortadan kaldırılmış, hastanın operasyonel risklerinde azalma sağlanmıştır. Bu nedenle retroperitoneal yayılım gösteren schwannoma olgularında multidisipliner yaklaşım vakaların tespiti ve tedavisinde çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Mc. Cormick PC, Stein BM. Spinal cord tumors in adults. In: Youmans J, editor. Neurosurgical surgery, CD ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997.
2. Stein BM, McCormick PC. Spinal intradural tumors. In: Wilkins RH, Rengachary SS, editors. Neurosurgery, Mc Graw-Hill Co, New York, 1996:1769-81.
3. Zeidman SM. Intradural intramedullary and extramedullary tumors. In: Vacaro AR, Betz RRB, Zeidman SM, editors. Principles and practice of spine surgery, St Louis, Mosby, 2003: 223-39.
4. Onofrio BM. Intradural extramedullary spinal cord tumors. Clin Neurosurg 1979;25:540-55.
5. Mc Cormick PC, Post KD, Stein BM. Intradural extramedullary tumors in adults. Neurosurg Clin North Am 1990;1:591-608.
6. Van Goethem JW, Van den Hauwe L, Özsarlak Ö, et al. Spinal tumors. Eur J Radiol 2004;50:159-76.
7. Hasegawa M, Fujisawa H, Hayashi Y, Tachibana O, et al. Surgical pathology of spinal schwannomas: a light and electron microscopic analysis of tumor capsules. Neurosurgery 2001;49(6):1388-92.
8. Conti P, Pansini G, Mouchaty H, et al. Spinal neuromas: Retrospective analysis and long-term outcome of 179 consecutively operated cases and review of the literature. Surg Neurol 2004;61:35-44.
9. Klekamp J, Sami M. Surgery of spinal nerve sheath tumors with special reference to neurofibromatosis, Neurosurgery 1998;42(2):279-89.
10. Gökalp HZ, Erongun U. Spinal kord tümörleri. Nöroşirürji Ders Kitabı, Mars Matbası, Ankara 1988:170-84.
11. Ozawa H, Kokubun S, Aizawa T, Hoshikawa T, Kawahara C. Spinal dumbbell tumors: an analysis of a series of 118 cases. J Neurosurg Spine 2007;7:587-93.
12. Li Q, Gao C, Juzi JT, Hao X. Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma. ANZ J Surg 2007;77:237-40.
13. Turkn PS, Peters N, Libbey WHJ. Diagnosis and management of giant intrasacral schwannoma. Cancer 1992;70:2650-7.
14. Hajjar MV, Smith DA, Schmicdek HH. Surgical management of tumors of the nerve sheath involving the spine. In: Schmicdek HH, Sweet WH, editors. Operative neurosurgical techniques, Fourth ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2000:1843-54.
15. De Verdellhan O, Haegelen C, Carsin-Nicol B, et al. MR imaging features of spinal schwannomas and meningiomas. J Neuroradiol 2005;32(1):42-9.
16. Seppala MT, Haltia MJ, Sankila RJ, et al. Longterm outcome after removal of spinal schwannoma: a clinicopathological study of 187 cases. J Neurosurg 1995;83(4):621.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doç. Dr. Filiz ALTUĞ
Pamukkale Üniversitesi, Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon YO, DENİZLİ, TÜRKİYE

E-Posta : fkural@pau.edu.tr

Geliş Tarihi :13.07.2010

Kabul Tarihi :08.03.2012