

Submandibular Bölgenin Nervus Hipoglossus Nörinoması; Olgu Sunumu

İbrahim ALADAĞ^{a1}, Fatih TURAN¹, Ahmet EYİBİLEN¹, Doğan KÖSEOĞLU², Ülkü BEKAR³

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, TOKAT, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, TOKAT, Türkiye

³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, TOKAT, Türkiye

ÖZET

Hipoglossal sinirin periferik segmentinden kaynaklanan nörinomalar oldukça nadir görülmektedir. Bu yazıda submandibuler bölge yerleşimli hipoglossal nörinomalı, 67 yaşındaki bayan olguyu sunduk. Tümör sol submandibuler bölgede yavaş büyüyen ağrısız bir kitle olarak ortaya çıkmıştı. Kitle transservikal yaklaşımla cerrahi olarak çıkarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir problem yaşanmadı.

Anahtar Sözcükler: Nörinoma, hipoglossal sinir, submandibular bölge

ABSTRACT

Neurinoma of the Hypoglossal Nerve in the Submandibular Region: A Case Report

Neurinomas of the peripheral segment of the hypoglossal nerve are very rare. In the present article, we reported a neurinoma, localized in the submandibular region, in a 67-year-old woman. The tumor presented as a slow-growing, painless mass in the right submandibular space. A surgical approach with transcervical exploration was performed. The post-operative course was uneventful.

Key words: Neurinoma, hypoglossal nerve, submandibular region

Nörinomalar (schwannoma, nöroma, nörolemmoma), nöronal kılıftan gelişen, benign karakterde ve yavaş büyüyen, kapsüllü, soliter yapıda neoplazımlardır. Nörinomalar, periferik sinirleri saran Schwann hücrelerinden kaynaklanmaktadır. Olfaktor ve optik sinir haricinde tüm periferik sinir nörinomaları literatürde bildirilmiştir (1). Tüm nörinomaların %30'u baş boyun bölgesinde görülmekle birlikte, nörinomalar baş boyun tümörlerinin ancak %1'den az bir bölümünü oluşturmaktadır (2).

Tüm baş boyun nörinomaları içinde nervus hipoglossusun periferik kısmından kaynaklanan nörinomalar oldukça nadirdir (3,4,5,6,7,8,9). Bu yazıda, tanı ve tedavisini yaptığımız submandibuler bölge yerleşimli nervus hipoglossus nörinomalı, 67 yaşındaki bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

Sol çene altında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvuran, 67 yaşında bayan hastanın alınan hikayesinde, 2 yıl önce fark ettiği kitlenin bir miktar büyüdüğü, beraberinde başka bir şikayetinin olmadığı öğrenilmiştir.

Bimanuel palpasyonla, sol submandibuler bölgede yaklaşık 3x2 cm.lik, sert, mobil, sınırları belirgin, düzgün yüzeyli

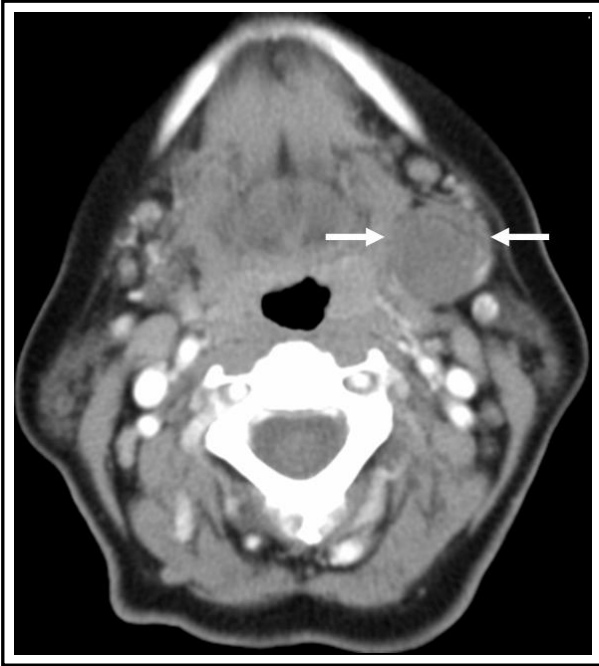
kitle tespit edildi. Dil hareketleri ve yapısı normal sınırlarda değerlendirildi. Endoskopik nazal, nasofarengeal ve larengeal incelemeleri içeren Kulak Burun Boğaz muayenesinde eşlik eden patolojik bir durum gözlenmedi.

Boyun ultrasonografik incelemesinde, kitlenin, 31x21mm boyutlarında, sol submandibuler bez inferioru yerleşimli ve kistik dejener alanlar içerdiği görüldü. Kontrastlı boyun CT incelemesinde, sol submandibuler bezin inferior komşuluğunda, 2.5 cm çapa ulaşan, düzgün kontürlü ve çevre dokularla sınırlı net olarak ayrılan kitle olarak değerlendirildi (Resim 1). İki kez tekrarlanan, kitlenin ince iğne aspirasyon biyopsilerinin histopatolojik incelemelerinden tanısal sonuçlar elde edilemedi.

Genel anestezi altında kitleye, mandibula sol-alt kenarına paralel horizontal insizyon kullanılarak transservikal yolla ulaşıldı. Sol submandibuler bez ile birlikte kitle derin yapılardan kolaylıkla ayrıldı. Hipoglossal sinir seviyesinde, kitlenin sinirden köken aldığı düşünürece şekilde kitle sinire yapıştı (Resim 2,3). Sinir bütünlüğü korunarak kitle sinirden dissekte edildi ve gland ile birlikte enblok olarak çıkarıldı. Kitlenin histolojik incelemesiyle schwannoma tanısı doğrulandı (Resim 4). Postoperatif erken dönemde ortaya çıkan hipoglossal hemiparezi 1. haftada tamamen düzeldi.

^a Yazışma Adresi: Dr. İbrahim ALADAĞ, Gaziosmanpaşa Üni. Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi ABD, TOKAT, Türkiye
Tel: +90 356 2129500

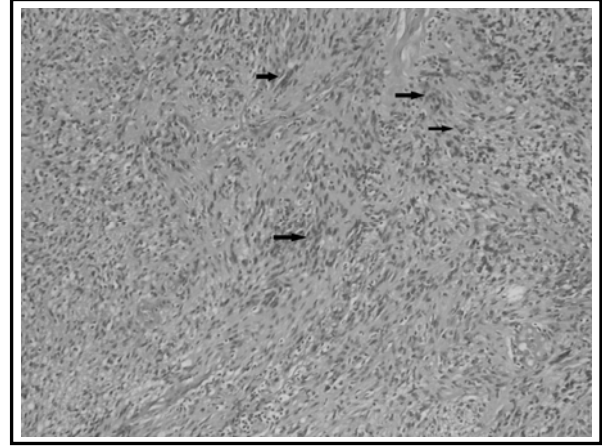
e-mail: ibrahimal@hotmail.com



Resim 1. Olgunun kontrastlı BT görüntüsü. Sol submandibuler bezin posterior-inferior komşuluğunda lokalize, düzgün kontürlü ve çevre dokularla sınırı net olarak ayrılan kitle görülmektedir.



Resim 2, 3. Sinirden disseke edilmeden önceki kitlenin gland ile birlikte en-blok görüntüleri.



Resim 4. İğsi biçimli hücrelerin oluşturduğu mezenşimal tümörde, Schwannoma için karakteristik olan Verocay cisimlerini andıran nükleer palizatlanma bulgusu (oklar) izleniyor (HE, x30).

TARTIŞMA

Hipoglossal sinirin periferik segmentinden köken alan nörinomalar oldukça nadir görülmektedir. Kaye ve ark. (10), nörinomaları juguler foremene göre 3 tipe sınıflandırmıştır. Tip A sadece kafa içi yerleşimli, Tip B kum saati şeklinde kafa içi yerleşimli ve kafa dışına uzanan nörinomalar, Tip C sadece kafa dışı yerleşimli olanlar. 2007 yılında Piccirilli ve ark.(3), literatürde bildirilen 105 hipoglossal nörinomalı olguyu, %31,5 Tip A, %50 Tip B ve %18,5 Tip C olarak sınıflandırmışlardır. Ancak, bu yazıda belirtilen olguları da kapsayan literatür taramamamızda, yayınlanmış olguların sadece 7'sinin saf kafa dışı yerleşimli olduğunu tespit ettik.

Hipoglossal sinir nörinomaları, sıklıkla kadınlarda ve hayatın 3. ve 4. on yıllık periyotlarında ortaya çıkar (4). Olgumuzda olduğu gibi, kafa dışı yerleşimli nörinomalarda yavaş büyüme süreci nedeniyle boyunda ortaya çıkan, ağrısız kitle genellikle hekime ilk başvuru şikayeti olmaktadır. Kitlenin komşu anatomik yapılara ve sinirin kendisine basısı sonucu ortaya çıkan semptomlar genellikle kafa içi yerleşimli tümörlerle birlikte. En sık gözlenen bulgu ve semptomlar, dilin ipsilateral hemiatrofisi, deviasyon ve fasikülasyonlarıyla seyreden hipoglossal paralizisi, meningeal irritasyona bağlı baş ağrıları ve serebellar basıya ait bulgulardır. Kafa dışı yerleşimli tümörlerde hipoglossal paralizisi görülmesi malign dejenerasyon veya inflamasyonu akla getirmelidir. Bununla birlikte, submandibuler bölgede sınırlı bir olguda ipsilateral hipoglossal sinir parazisi bildirilmiştir (5).

Kesin tanı, ancak cerrahi eksplorasyon ile yapılabilir. Ayrıca tanıda, parotis ve submandibuler bezin adenomları, bu bölgede abse formasyonu oluşturan enfeksiyöz hastalıklar, nodal metastazlar ve lenfoma düşünülmelidir (4). Tümörün kapsüllü olması, sinirden ve komşu yapılardan kolaylıkla disseke edilebilmesi nedeniyle tümörün total olarak çıkarılması tedavide altın standarttır (3).

Nörinomalar, genellikle tek, düzgün sınırlı, kapsüllü tümörler olup oval, yuvarlak veya iğ şeklinde olabilirler. Özellikle multiple olgularda olmak üzere nörinomalar Von Recklinghausen [Nörofibromatozis tip 1 (NF1)] hastalığının bir komponenti olarak ortaya çıkabilirler. Otake G (11) derlediği 35 olgunun 5'inde, NF1 birlikteliği bildirmiştir. Histolojik incelemelerde hyalinize damarlar, rezidüel periferik yer değiştirmiş sinir lifleri görülmektedir. Ancak, gerçek nöral element

olan akson mevcut değildir. Tipik schwannomda Antoni A ve Antoni B alanlarından oluşan bifazik patern mevcuttur. Aselüler santral bölge etrafında sıralanmış iğ şeklindeki hücrelerin oluşturduğu bölgeler Verocay cisimciği olarak bilinir. Antoni A alanları kısa bağlantılar veya karışık fasiküller içindeki yüksek derecede yoğunlaşmış sıralı hücrelerden oluşur. Antoni B alanları ise daha az hücre içerir, daha düzensiz ve gevşektir (12).

Nörinomalar, periferik sinirlerin genellikle duyu dal-larından kaynaklanan tümörlerdir. Saf motor liflere sahip olan hipoglossal sinirden köken alması oldukça nadirdir. Tüm

benign mezenşimal tümörlerde olduğu gibi nörinomalarda da, ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanısal değeri sınırlıdır. Kesin tanı cerrahi spesimenin histopatolojik incelemesiyle konulur. Bununla birlikte, tümörün yapısı ve sınırlarının uygun görüntüleme metotlarıyla cerrahi tedavi öncesinde değerlendirilmesi, cerrahi planlama ve istenmeyen sürprizlerle karşılaşmamak için önemlidir. Kafa içi uzanımı yapanlar dışında hipoglossal nörinomaların tam bir cerrahi rezeksiyonu genellikle mümkün olabilmektedir. Tümörün tamamen çıkarıldığı olgularda nüks oldukça nadir görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Malone JP, Lee WJ, Levin RJ. Clinical characteristics and treatment outcome for nonvestibular schwannomas of the head and neck. *Am J Otolaryngol* 2005; 26: 108-12.
2. Leonetti JP, Wachter B, Marzo SJ, Petruzzelli G. Extracranial lower cranial nerve sheath tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 125: 640-4.
3. Piccirilli M, Anichini G, Fabiani F, Rocchi G. Neurinoma of the hypoglossal nerve in the submandibular space: case report and review of the literature. *Acta Neurochir* 2007; 149: 949-52.
4. Chang KC, Leu YS. Hypoglossal schwannoma in the submandibular space. *J Laryngol Otol*. 2002; 116: 63-4.
5. Ogawa T, Kitagawa Y, Ogasawara T. A multifocal neurinoma of the hypoglossal nerve with motor paralysis confirmed by electromyography. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30: 176-8.
6. Sutay S, Tekinsoy B, Ceryan K, Aksu Y. Submaxillary hypoglossal neurilemmoma. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 953-4.
7. Attallah M, Maier H, Altmannsberger M. Peripheral neurinoma of the hypoglossal nevre. *HNO* 1988; 36:255-6.
8. Drevelengas A, Kalaitzoglou I, Lazaridis N. Sublingual hypoglossal neurilemmoma. Case report. *Aust Dent J* 1998; 43:311-4.
9. Fleury P, Laccourreye H, Basset JM, Sterkers O, Compère JF, Pansier P. An impressively large trilobulate neuroma of the XIIth cranial nerve (author's transl). *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1979; 96:781-8.
10. Kaye AH, Hahn JF, Kinney SE, Hardy RW Jr, Bay JW. Jugular foramen schwannomas. *J Neurosurg* 1984; 60:1045-53.
11. Odake G. Intracranial hypoglossal neurinoma with extracranial extension: review and case report. *Neurosurgery* 1989;24: 583-7.
12. Kriakos M. Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Considerations. In: Batsakis J (Editor). *Pathology of selected soft tissue tumors of the head and neck*. 2.Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, 1979; 1254-56.

Kabul Tarihi: 11.11.2008