

Case Report

HUGE INTRADIPLOIC EPIDERMOID TUMOR OF THE OCCIPITAL BONE: CASE REPORT

(Received, 15 May 1996)

**M. Z. Berkman, M.D.* / Ş. Uluer, M.D.* / G. Koç, M.D.*
T. Derinkök, M.D.* / D. Özcan, M.D.****

* *Specialist, Department of Neurosurgery, Social Security Okmeydanı Hospital, Istanbul, Turkey.*

** *Specialist, Department of Pathology, Social Security Okmeydanı Hospital, Istanbul, Turkey.*

ABSTRACT

Epidermoid tumors comprise 0.2-1.8% of all central nervous system tumors. They occasionally originate in the cranium, and may grow to an enormous size without any symptom. Huge intradiploic epidermoid tumors are not frequently encountered at the occipital location. We present a huge intradiploic epidermoid tumor localized in the occipital bone.

Key Words: Diploe, Epidermoid Tumor, Occipital Bone, Skull Tumor.

INTRODUCTION

Epidermoid tumors constitute 0.2-1.8% of all central nervous system (CNS) tumors (1-15). They are usually intracranial, but occasionally grow as a tumor of the skull (3, 8, 11-21).

Epidermoid tumors of the cranium are benign lesions usually growing very slowly without any symptom, with no significant compression to the underlying brain. Symptoms are seen in case of acute changes like chemical meningitis, osteomyelitis, pneumocephalus (8, 13). Rarely they may reach to a giant size (3-5, 7, 8, 14, 16, 18, 21-24)

In this report, we present a huge intradiploic epidermoid tumor of the occipital bone, because of its extreme rarity.

CASE REPORT

A 58-years- old female Caucasian complaining of headache and gait disturbance for twelve years, had a head injury ten days prior to admission. A tumor

was detected on her computerized tomography (CT) scan. Neurological examination revealed bilateral dysmetria prominent on her left side, dysdiadocokinesia, ataxia, gait disturbance, and a positive Romberg test.

Skull x-rays showed a lytic lesion involving almost the entire occipital bone, mostly on the left with marginal sclerosis (Fig.1). CT scan depicted an extradural mass lesion, mostly hypodense with areas of calcification, compressing the IVth ventricle, eroding and causing protrusion of the left half of the occipital bone (Fig. 2 A). Magnetic resonance imaging (MRI) demonstrated an extra-axial occipito-cerebellar mass, hypointense on T1, hyperintense on T2 weighted images, 12 cm. long extending rostro-caudally, and compressing the IVth ventricle (Fig. 3 A).

The patient underwent an operation in the sitting position, under general anesthesia. A midline incision was made from lambda to the spinous process of C3.

Occipital bone was partly very thin. The tumor was 12 cm in diameter, had a cheesy appearance, and was located between two tables, eroding the internal table on the left side and compressing the dura (Fig.4). The dura was intact, and the tumor was totally removed with an extensive craniectomy.

Histopathological examination displayed stratified squamous epithelium with a homogenous eosinophilic keratinous material without any dermal structure (Fig.5)

The patient was followed up for four years without any complaint. Control CT (Fig. 2 B) and MRI (Fig. 3 B) scans displayed non-significant post-operative changes with no residual disease.



CARDURA® Pfizer

(doksosozin)



BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ TEDAVİSİNDE ETKİLİ SEÇİMİNİZ: CARDURA®

CARDURA® ile maksimum akış hızında sadece 2 hafta içinde anlamlı artış sağlanır.⁴

CARDURA® ile 48 aya varan sürelerde başlangıca göre etki azalmadan tedaviye devam edilebilir.¹

CARDURA® ile obstrüktif ve iritatif semptomlarda etkili düzelmeye görülür.³

CARDURA® normotansif hastalarda güvenle kullanılır.¹

CARDURA® ile plasebodan sadece % 6 daha fazla yan etki görülmüştür.⁵

CARDURA®'nın cinsel fonksiyonlar üzerinde kanıtlanmış olumlu etkisi vardır.²

CARDURA®'nın PSA seviyesi üzerine etkisi yoktur.⁶

CARDURA® günde tek dozluk sabah ya da akşam uygulanabilen kolay pozolojisi ile hasta uyumunu artırır.⁴

CARDURA® tedavisine 1mg ile başlanır ve 1 hafta sonra 2mg'a çıkarılır.

Tedaviye verilen yanıtta göre doz 4 mg'a veya 8 mg'a yükseltilir.⁷

EN SIK KULLANILAN DOZ 4mg'dır.⁶

Referanslar:

1. H. Lepor, S. Kaplan, I. Klimberg D. Mobley, A. Fawzy M. Gaffney, K. Lee, and N. Dias for the multicenter study group. Doksosozin for BPH: Long term efficacy and safety in hypertensive and normotensive patients. *The Journal of Urology*, vol 157, 525-530, February 1997. 2. Grimm R.; Grandits G.; Svandann N. *Journal of Urology*; 1996; 155: 469A. 3. Chiggale C., Carter T.J., et al. A three month double blind study of doksosozin as treatment for benign prostatic bladder outflow obstruction. *Br. J. Urol* 1994; 74:50-54. 4. Fawzy A., Braun K., Lewis G. P.S. *Gaffney M.; Lee K.; Dias N. Journal of Urology*; 1995 154:103-109. 5. Claus G., Roehrborn and Richard L. Siegel. Safety and Efficacy of Doksosozin in BPH: A pooled analysis of three double-blind, placebo controlled studies. *Urology* 48 (3), 1996; 406-415. 6. Data on file Pfizer Inc. 7. Cardura® ürün prospektüsü. Ayrıntılı bilgi için prospektüsü inceleyiniz.

CARDURA® Prospektüsü Özeti:

CARDURA® 2 mg ve 4 mg mesilat tuzu şeklinde aktif madde olan doksosozinin 2 mg ve 4 mg'a eşdeğer miktarlarını ihtiva eden beyaz tabletler halinde. **Farmakolojik Özellikleri:** Doksosozin vazodilatör etkisini, alfa-1 adrenoseptörlerin postsinaptik bölgede kompetitif ve selektif blokajı yoluyla gösterir. Terapötik dozların oral uygulanmasından sonra doksosozin iyi absorbe edilir ve doruk kan seviyeleri yaklaşık 2 saatte tekkül eder. Plazma eliminasyonu bifaziktir ve terminal plazma eliminasyonu yarı ömrü 22 saattir ki bu, günde bir kez uygulanmasının temelini oluşturur. Doksosozin yoğun bir biçimde metabolize olur ancak %5'inden azı değişmemiş ilaç halinde idrar edilir. Yaşlılarda ve böbrek yetmezliği olan hastalarda yapılan farmakokinetik çalışmalar, normal böbrek fonksiyonu olan hastalara kıyasla anlamlı değişiklikler göstermemiştir. **Endikasyonları:** Hipertansiyon ve Benign Prostat Hiperplazisi. **Kullanım Şekli ve Dozu:** (Hipertansiyon) Doksosozinin mutlak günlük doz sınırları günde 1-16 mg'dır. Tedavinin bir veya iki hafta süreyle günde bir defa verilen 1 mg ile başlatılması önerilmektedir. Daha sonraki bir veya iki haftada doz günde 1 defa verilen 2 mg'a çıkarılabilir. Eğer gerekirse, kan basıncında istenen azalmayı gerçekleştirmek için hastanın kişisel cevabına bağlı olarak dozaj benzer sürelerde tedricen artırılarak günde 4 mg, 8 mg ve 16 mg'a çıkarılabilir. Olağan dozaj günde tek doz olarak 2-4 mg'dır. (BPH) Doksosozinin başlangıç dozu günde bir defa 1 mg'dır. Hastanın ferdi ürodinamiklerine ve BPH semptomatolojisine bağlı olarak doz 2 mg'a, 4 mg'a ve önerilen en yüksek doz olan 8 mg'a kadar çıkarılabilir. Önerilen titrasyon aralığı 1-2 haftadır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda doksosozin farmakokinetiği değişmediği için ve doksosozinin mevcut böbrek disfonksiyonunu kötüleştirmediğine ilişkin hiçbir kanıt bulunmadığından bu hastalarda mutlak doz kullanılabilir. **Kontrendikasyonları:** CARDURA®, kinazolinlere aşırı hassasiyeti olduğu bilinen hastalarda kontrendikedir. **Uyarılar/Önemli:** Her ne kadar hayvan deneylerinde teratojenik etkiler görülmemişse de çok yüksek dozlarda, hayvanlarda fetal hayatta kalmanın azaldığı görülmüştür. Bu dozlar insanlar için önerilen maksimum dozun yaklaşık 300 katı idi. Hamile ve emziren kadınlarda yeterli ve iyi kontrollü çalışmalar bulunmadığı için, hamilelik veya emzirme döneminde CARDURA® kullanımının emniyeti henüz tespit edilmemiştir. CARDURA®'nin çocuklarda kullanımı hakkında herhangi bir deneyim mevcut değildir. **Araba/Makine Kullanımı:** Özellikle tedavinin başlangıcında makine kullanma veya motorlu araç kullanma aktivitelerinde bazalma görülebilir. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** (Hipertansiyon) Hipertansiyonlu hastalarla yapılan kontrollü klinik araştırmalarda CARDURA® tedavisine ilişkin en sık rastlanan yan etkiler pastürel tipte (nadiren serkop ile birlikte görülen) veya non-spesifik reaksiyonlar olup bunlar arasında baş dönmesi, baş ağrısı, yorgunluk/halsizlik, postürel göz karaması, vertigo, ödem, asteni, uyku basması, bulantı ve rinin mevcuttur. (BPH) BPH'de yapılan kontrollü klinik çalışmalar, hipertansiyondakine benzer yan etki profili gösterir. **İlaç Etkileşimleri:** Plazmadaki CARDURA®'nin büyük bir kısmı (%98) proteine bağlıdır. İnsan plazmasındaki in-vitro veriler CARDURA®'nin, digoksin, fenitoin, varfarin veya indometazin'in proteine bağlanışı üzerinde bir etkisi olmadığını göstermiştir. CARDURA® klinik deneyimde, advers ilaç etkileşimi olmadan, tiazid diüretikler, furosemid, beta bloker ilaçlar, non-steroid antiinflamatuar ilaçlar, antibiyotikler, oral hipoglisemik ilaçlar, ürikosürik ajanlar veya antikoagülanlarla beraber kullanılmıştır. **Doz Aşımı:** Aşırı doz hipotansiyona neden olmuşsa, hasta, başı aşağıya döğür, sırtüstü yatar bir vaziyete getirilmelidir. Kişisel olarak hastanın durumuna göre uygun olacak düşünülenden diğer destekleyici önlemler alınmalıdır. CARDURA® yüksek dercede proteine bağlı olduğu için diyaliz endike değildir. **Takdim Şekli:** Beheri 2mg doksosozine eşdeğer 20 tabletlik blister ambalajlarda. Beheri 4 mg doksosozine eşdeğer 20 tabletlik blister ambalajlarda. **Satış Fiyatı:** CARDURA® (doksosozin) her biri 2 mg'a eşdeğer 20 tablet 1.490.000 TL; her biri 4mg'a eşdeğer 20 tablet 2.765.000 TL. (Temmuz 1997 tarihindeki perakende satış fiyatları esas alınmıştır) Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. **Yasal Kategori:** Reçete ile satılır. **Ruhsat No:** 166/91 **Ruhsat Tarihi:** 25.11.1993 **Ruhsat Sahibi:** PFIZER İLAÇLARI A.Ş. tarafından PFIZER INC. şirketinin mücaadesiyle Ortaköy / İSTANBUL'da imal edilmiştir. TEL: (0212) 260 22 10/8 Hat - 258 30 10 (İPD: 26.10.1992) / (SB: 06.04.1995)

O'NUN DOĞRU TEDAVİYE İHTİYACI VAR,
ÇÜNKÜ O ÇOK HASSAS...



- ÜÇ YAŞIN ÜSTÜNDEKİ ÇOCUKLARDA
- BARSAK MOTİLİTESİNİ DÜZENLEYEN
- BARSAK SPAZMLARINI ÖNLEYEN
- ANTİKOLİNERJİK YAN ETKİLERİ VE HERHANGİ BİR KONTRENDİKASYONU OLMAYAN

GÜVENLİ ve ETKİN TEDAVİ !

FORMÜLÜ: Her mL'de 10 mg mebeverin HCl'e eşdeğer miktarda mebeverin pamoat **ENDİKASYONLARI:** Sindirim yollarının fonksiyonel bozukluğu (örneğin iritabl kolon sendromu) nedeniyle ortaya çıkan barsak ağrısı, spazmı ve şişkinlik gibi belirtilerin giderilmesinde kullanılır. **KONTRENDİKASYONLARI:** Yaktır. **UYARILAR/ÖNLEMLER:** Gebelik sırasında kullanımı konusunda her ilaç için olduğu gibi dikkatli davranılmalıdır. **YAN ETKİLER:** Tedavi dozlarında kullanıldığında Duspatalin'e bağlı hiç bir yan etki bildirilmemiştir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** 3 Yaş/günde 3 kez 2.5 ml, 4-8 yaş/ günde 3 kez 5 ml, 9-10 yaş/ günde 3 kez 10 ml, 10 yaş üstü ve erişkinlerde günde 3 kez 15 ml. **TİCARİ ŞEKLİ:** 250 mL'lik şişelerde. Reçete ile satılır. ©Tescil edilmiş marka.

duspatalin[®]
mebeverin

Solvay Duphar B.V., Weesp-Hollanda
lisansı ile Ruhsat sahibi ve üretim yeri
Eczacıbaşı İlaç

Daha fazla bilgi için kuruluşumuza başvurunuz.
Eczacıbaşı İlaç Pazarlama
Büyükdere Cad. 185 80710 Levent, İstanbul

|||Eczacıbaşı

Estrofem®

17β - östradiol

Menopoza

zamansız yakalanan hastanız için



Cerrahi menopozda doğal insan östrojeni

Estrofem® film tablet

Oral östrojen preparatı

Bileşimi: Aktif madde Östradiol (Hemihidrat) 2.0 mg **Endikasyonları:** Estrofem film tablet, östrojen eksikliği sendromunun tedavisinde kullanılır. Uterusu intact (sağlam) olan kadınlarda koruma yapılarak tedavi uygulanmalıdır. **Kontraindikasyonları:** İçerdiği maddelere karşı bilinen aşırı duyarlılık • Bilinen, şüphelenilen meme kanseri ya da geçmişinde meme kanseri öyküsü olması • Bilinen ya da şüphelenilen; östrojene bağımlı neoplazi (örneğin endometrium kanseri) • Akut ve kronik karaciğer hastalıkları, derin ven trombozu, tromboembolik serebral ve periferik hastalıklar, etyolojisi açık olmayan genital kanamalar, gebelik, hemoglobinopatiler, porfiriya, hipertansiyon, miyoma uteri, Dubin Johnson sendromu, hemolitik anemi, otoskleroz. **Uyarılar/Önemler:** Koruyucu olarak progestogen kullanılmaksızın yapılan östrojen tedavisinin endometrial hiperplazi ve kanser riskini artırdığı gösterilmiştir. Atipik veya adenomatöz endometrial hiperplazi sıklıkla kanserin öncülüdür ve korumasız östrojen tedavisi endometrial

hiperplazi prevalansını artırır. Endometriumdaki fazladan hiperplazi gelişmesi riski, her sıklıta en az 10 gün süreyle yeterli dozda progestogen kullanılması sayesinde önlenir. Östrojen ile tedavi görmüş kadınlarda meme kanseri riski olasılığına yönelik görüşler mevcuttur. Ancak yapılan çalışmaların çoğunda artmış bir meme kanseri insidansı gösterilememiştir. Bazı çalışmalarda ise 10 yıl ve daha uzun süreli kullanımda meme kanseri riskinde hafif bir artışa dikkat çekilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda östrojen tedavisi görmüş kadınlarda meme kanseri mortalitesinde hiç bir artış görülmemiştir. **Önemler:** Tedaviye başlamadan önce: Herhangi bir östrojen tedavisine başlamadan önce hastanın fizik muayenesinin yanı sıra medikal ve ailesel öyküsünün detaylı biçimde alınması gerekir. Özellikle kan basıncı ölçülmeli, meme, karın ve jinekolojik muayene ayrıntıyla yapılmalıdır. Sağlam bir uterusu olan ancak nedeni belli olmayan genital kanamadan şikayet eden kadınlarda ve yine sağlam bir uterusu olan ve daha önce korumasız olarak östrojen tedavi görmüş kadınlarda; endometriumdaki olaşırı hiperplastikasyon ve maligniteye karşı Estrofem Tablet tedavisine başlamadan önce özel dikkat gösterilmelidir. Akut veya kronik bir karaciğer hastalığı geçirmekte olan ya da daha önce bu tip bir hastalık geçirmiş olan kadınlarda karaciğer fonksiyon testleri normale dönmeye kadar, Estrofem Tablet ile vazomotor düzenli olarak karaciğer fonksiyon testleri takip edilmelidir. Venöz trombolik bozukluğu olan veya geçirmiş östrojenlere bağlı olarak buna benzer bir bozukluk geçirmiş olan kadınlarda tedavi sırasında düzenli olarak plazma pıhtılaşma testleri yapılmalıdır. Antihipertansif tedavi gören, epilepsi, migren, diyabet, astma ve kalp yemzelliği gibi hastalıkları olan kadınlar sıkı kontrol altında tedavi edilmelidir. Östrojen tedavisi sırasında daha önceden var olan uterus miyomlarının boyutları artabilir, endometriosis varsa; semptomları alevlenebilir. Tedavi Sırasında: Tedavi sırasında veya tedaviden hemen sonra anormal ve düzeniz kanamalar gelişire; olaşırı bir uterus malignitesini ekrarte etmek için diyagnostik aspirasyon biyopsisi veya küretaj yapılmalıdır. Genel kural olarak yapılan jinekolojik muayenenin dışında herhangi bir fiziksel muayene yapılmadan östrojenlerin kullanımı bir yıldan daha uzun süreli olmamalıdır. Kemik mineral içeriğindeki kayıpları önlemek için uzun vadeli koruma, kırık oluşma riski olan kadınlarla sınırlanmalıdır. Tedavinin Hemen Sonlandırılması Gerektiren Durumlar: Venöz tromboembolik bozukluklar • Sarılık başlaması • Migren tipi baş ağrıların başlaması • Ani görme bozuklukları • Kan basıncında bariz artış, **Gebelik ve Laktasyon sırasında Önemler:** Estrofem film tablet'in gebeliği önleyici etkisi yoktur. Bilinen veya şüphelenilen gebelik durumunda Estrofem Tablet kullanımı kontrendikedir. Bu tedaviyi görece kadınlarda laktasyon olaşırı değildir; östrojenler emziren kadınlarda süte geçmektedir. **Yan Etkiler/Advers Etkiler:** Tedavinin ilk birkaç ayında doza bağımlı olarak yaklaşık %10 oranında memelerde hassasiyet, bulantı ve ödem görülmektedir. Bu gibi belirtiler normal olarak geçicidir. Bildirilen meme kanseri vakaları da vardır. **İlaç Etkileşimleri:** Karaciğer enzimlerini uyaran ilaçlar östrojenlerin metabolizmasını artırır. Bu östrojenin etkisinin azalmasına yol açabilir. Barbitüratlar, fenitoin, rifampisin ve karbamazepin gibi karaciğer enzimlerini uyaran ilaçlarla etkileşimi gösterilmiştir. **Kullanım Şekli ve Dozu:** Estrofem Film Tablet oral yolla, hergün 1 tablet alınacak şekilde 5. gün başlanır. 1-2 mg. 17β-östradiol, östrojen yetmezliğinin semptomlarını gidermek için yeterlidir. Bu doz kemikten mineral kaybının engellenmesi için de yeterlidir. Günde 1-2 mg. östrojen ile vazomotor semptomları giderilemeyen kadınlarda daha yüksek doz önerilebilir. **Ticari Takdim Şekli ve Ambalaj Muhtevası:** Estrofem Film Tablet takvimi ve çevrimsel plastik kutusu içinde, mavi renkte 28 tablet içerir. **Ruhsat Sahibi:** Novo Nordisk Sağlık Ürünleri Tic. Ltd. Şti. Nispetiye Cad. Akmerkez E3 blok Kat:7 80600 Etler - İstanbul Ruhsat tarihi ve No'u: 19.08.1997 102/46 Üretim yeri, isim ve adresi: Novo Nordisk A/S DK-2880 Bagsvaerd, Danimarka. Reçete ile satılır. KDV dahil P.S.F. 1.133.300 TL. (Temmuz 1997) Daha geniş bilgi için firmamızla başvurunuz.

Ülser Tedavisinde



Aprazol

Lansoprazol

pH'de
Hp'de "tam kontrol"

FORMÜLÜ: Her kapsülde mide asidine dayanıklı enterik kaplı mikropelletler halinde;

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ: Lansoprazol, gastrik asit sekresyonunu spesifik olarak inhibe eden antiülser bir ilaçtır. Lansoprazol, parietal hücrelerde, proton pompası görevi gören H⁺/K⁺ ATP azı inhibe ederek gastrik asit oluşumunu son aşamasında engeller. Lansoprazol, hem bazal hem de stimüle edilmiş asit sekresyonunu inhibe eder.

ENDİKASYONLARI: 1. Duodenal Ülser 2. Gastrik Ülser 3. Reflü özofajit'in kısa süreli tedavisinde 4. Zollinger Ellison Sendromu dahil patolojik hipersekresyonun uzun süreli tedavisinde endikedir.

KONTRENDİKASYONLARI: Aprazol'un bileşiminde bulunan maddelerden birine aşırı duyarlılığı olan hastalarda kullanılmamalıdır.

UYARILAR/ÖNLEMLER: Lansoprazole'nün gebelikte, laktasyonda ve 18 yaşın altında kullanımı ile ilgili yeterli bilgi henüz yoktur. Bu nedenle kesin gerekmedikçe kullanılmamalıdır.

YAN ETKİLER/ADVERB ETKİLER: Aprazol iyi tolere edilir. Seyrek olarak görülen bulantı, diyare, konstipasyon, gaz, kaygı, deri döküntüleri ve baş ağrısı gibi yan etkiler hafif ve geçicidir. Bu semptomların ilaç ile bağlantısı tespit edilememiştir.

İLAÇ ETKİLEŞMELERİ: Teofilin klirensinde minor bir artışa neden olabilir. Sukralfat, lansoprazol emilimi ve biyoyararlanımını %30 azaltabilir. Emilimi pH'ya bağımlı ketokonazol, ampisilin esterleri, demir tuzları, digoksin gibi ilaçların emilimi etkilenebilir.

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU: 1. Duodenum ülseri tedavisinde günlük tek doz 30 mg (1 kapsül) yemeklerden önce uygulanmalıdır. Tedavi süresi 4 haftadır. 2. Gastrik Ülser tedavisinde günde bir defa 30 mg dozunda kullanılır. Tedavi süresi 4 haftadır. 3. Reflü ise tedaviye 2-4 hafta daha devam edilir. 3. Reflü özofajit tedavisinde günde 1 defa 30 mg dozunda kullanılır. Tedavi süresi 4-8 haftadır. 4. Zollinger Ellison Sendromu gibi hipersekresyon durumlarında; başlangıç dozu tek seferde 60 mg'dır. Gerekliğinde günlük doz 120-180 mg a artırılabilir. 90 mg'ın üzeri günlük dozlar ikiye bölünerek uygulanmalıdır. Yaşlılarda doz ayarlanmasına gerek yoktur.

SAKLAMA KOŞULLARI: 30°C'nin altında, oda sıcaklığında, kuru yerde ve ışıktan koruyarak saklayınız.

TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTELİFİ: 14 kapsüllük şişede.

FİYATI: Aralık 1997 itibariyle KDV dahil P.S.F. 2.760.000.- TL.

Üretim Tarihi ve No: 13.06.1997 - 182/80 **Ruhsat Sahibi:** HÜSNÜ ARSAN İLAÇLARI A.Ş. 80670 Maslak-İSTANBUL

İmal Yeri: BİLİM İLAÇ SAN. VE TİC. A.Ş. 80670 Maslak-İSTANBUL. Ayrıntılı bilgi için **Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. 80670 Maslak-İstanbul** adresine müracaat ediniz.



Hüsnü Arsan İlaçları A.Ş.

BETANORM®

Gliclazide 80 mg

20-60-100 Tablet



İdeal Oral Antidiabetik

- ▶ Pankreastaki **Beta** hücrelerinin glukozu cevabını **normale** dönüştürür.¹
- ▶ Hipoglisemi riski düşüktür.²
- ▶ Diabetin vasküler komplikasyonlarını geciktirir.³
- ▶ **Ekonomik 100 tablet ambalajlı ilk gliclazide preparatı.**



ÜRÜN BİLGİSİ

Formülü: Her tablet 80 mg gliclazide içerir. **Endikasyonları:**

Beslenme eksikliği olmayan tüm diabet şekilleri.

Kontraindikasyonları: Sulfonilüra bileşiklerine aşırı duyarlılık, ciddi

enfeksiyon, **Bremi**, ciddi karaciğer, böbrek, tiroid ve endokrin

hastalıklarında kontrendikedir. **Uyarılar/Önemli:** Betanorm insülin

kullanıcı ve antikoagülan tedavi görenlerde tıbbi gözlem ve biyolojik

kontrol altında kullanılmalıdır. **Yan etkiler:** İlaça bağlı olarak cilt

reaksiyonları, baş ağrısı ve mide barsak şikayetleri gibi yan etkilerin

görülme sıklığı bildirilmemiştir. **İlaç etkileşimleri:** Sulfonamidler,

fenilbutazon, salisilatlar, probenidil, dikumarol, MAO inhibitörleri ve

propranolol gibi kardiyoselektif olmayan betablockerlerle birlikte

kullanıldığında hipoglisemik etki artacağından doz ayarlaması

yapılmalıdır. **Kullanım şekli ve dozu:** Glisemi normal düzeye gelene

kadar doktor tarafından ayarlanmalıdır. Günlük doz 1-4 tablet arasında

olabilir. **Takdim şekli:** Her biri 80 mg gliclazide içeren çentikli 20,

60, 100 tabletlük blister ambalajlarda. **Fiyatı:** Eylül 1996, PSF + KDV,

20 tablet: 346.500 TL, 60 tablet: 863.500 TL, 100 tablet: 1.016.000

TL. Ruhsat tarihi ve no: 21. 8. 1992 - 161/57 Reçete ile satılır. Daha

geniş bilgi için firmamızı arayınız.

Referanslar: 1. Diabetes Care, Vol. 15 No: 6, 1992 737-754 2. Curr. Med. Res. Vol. 9
No: 1 1984 56-63 3. The American Journal of Medicine June 24, 1993 Vol: 90 (Suppl. 6 A)
Yasuo Akanuma et. al. 4. Curr. Med. Res. Opin Vol. 10 No: 5 1986 351 - 358

ALİ RAİF İLAÇ SANAYİ A.Ş.

CANDEREL®

aspartam 18 mg

- Diabet ve zayıflama diyetinde, orijinal tatlandırıcı aspartam.
- Sakarin ve siklamat içermez.
- Ağızda metalik acı tat bırakmaz.

Doğal şeker tadında



NutraSweet SEARLE' ün kalite belgesidir.

Canderele aspartamı keşfeden SEARLE' ün ürünüdür.

ÜRÜN BİLGİSİ

Formülü: Her tablet 18 mg aspartam içerir.

Endikasyonları: Tüm içeceklerde tatlandırıcı

olarak kullanılır. **Kontraindikasyonları:**

Fenilketonüride kullanılmamalıdır.

Uyarılar/Önemli: Fırında pişen gıdalarda

tatlandırma kapasitesi düşebilir. 1 yaşın altındaki

ve diyetle sodyum glutamat alan çocuklarda

kullanılmamalıdır. Süt veren ve hamile

kadınlarda doktor tavsiyesi ile kullanılabilir.

Kullanım şekli ve dozu: Tatlandırıcı olarak

içeceklerle ilave edilir. Günlük dozu 40 mg/kg

dir. **Takdim şekli:** 100 ve 300 tabletlük tetikli

ambalajlarda. **Fiyatı:** Eylül 1996 PSF+KDV, 100

tablet: 152.000 TL, 300 tablet: 303.500 TL.

Ruhsat tarihi ve no: 30. 9. 1992-162/1 Reçete

ile satılır.

Daha geniş bilgi için firmamızı arayınız.

SEARLE Elmadağı Caddesi No: 61 Şişli 80230 İstanbul Tel: 0. 212. 225 83 69

ALİ RAİF İLAÇ SANAYİ A.Ş.



parenteral tedaviden...

oral tedaviye...



nevofam

nevofam-L

FORMÜLÜ: Her liyofilize ampul 20 mg famotidin, 8 mg aspartik asit, 40 mg mannitol içerir. Her çözücü ampul 5 ml enjeksiyonluk distile su içerir. **ÖZELLİKLERİ:** Histamin H₂-reseptör antagonistedir. Primer etkisi gastrik asit oluşumunun inhibisyonu üzerinedir. **ENDİKASYONLARI:** NEVOFAM-L liyofilize enjektabl ampul Zollinger-Ellison sendromu, sistemik mastositozis ve multipl endokrin adenomalar gibi patolojik hipersekreter durumlar ile inatçı peptik ülser. H₂-reseptör antagonistleri ile oral tedavi uygulanamayan hastaların tedavisinde ve aspirasyon pnömonisinin (asit aspirasyonu pnömonisinin) profilaksisinde endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Famotidin ve diğer H₂-reseptör antagonistleri ilaçlara karşı aşırı duyarlılığı olanlarda kontrendikedir. **YAN ETKİLERİ:** Baş ağrısı, baş dönmesi, kabızlık, diyare en sık görülen yan etkilerdir. Nadir olarak bradikardi, taşikardi, bronkospazm, ateş, agranülositoz, nötropeni, trombositopeni, deri ve ağız kuruluğu, iştah kaybı, kulak çınlaması görülebilir. **UYARI VE ÖNLEMLER:** Hamilelikte, emzirme sürelerinde ve çocuklarda kullanım emniyeti kanıtlanmamıştır. Ciddi böbrek yetmezliği olan bireylerde doz ayarlaması yapılmalıdır. **İLAC ETKİLEŞMELERİ:** p450 enzim sistemi ile metabolize olan ilaçlarla önemli derecede etkileşim göstermez. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Duodenum ülseri ve patolojik gastrik hipersekreter durumlarda: NEVOFAM-L 20 mg liyofilize enjektabl ampul çözücüsü içerisinde eritildikten sonra intravenöz yoldan direkt olarak uygulanabilir. İ.V.Bölüş: 20 mg aktif madde içeren NEVOFAM-L çözümü her 12 saatte bir en az 2 dakikalık bir süre içerisinde damara enjekte edilir. Aralıklı Entüzyon: 20 mg aktif madde içeren NEVOFAM-L çözümü % 0.9 sodyum klorür, % 5/10 dekstroz, laktaklı ringer, % 5 sodyum bikarbonat gibi uygun İ.V. solüsyonlar ile 100 ml ye seyreltilerek her 12 saatte bir 15-20 dakikalık bir süre içerisinde verilir. Aspirasyon pnömonisinin (asit aspirasyonu pnömonisinin) profilaksisinde: Operasyon öncesi gece ve operasyon sabahı olmak üzere 20 mg intramüsküler olarak uygulanır. Yaşlı hastalarda doz eşik ve adölesanlardaki gibidir. **TİCARİ ŞEKLİ:** NEVOFAM-L 20 mg liyofilize enjektabl, 2 liyofilize ampul, 2 eritici ampul prospektüsü ile birlikte. Reçete ile satılır.

nevofam

FORMÜLÜ: Her NEVOFAM tablet 20 / 40 mg famotidin içerir. **ÖZELLİKLERİ:** Histamin H₂-reseptör antagonistedir. Primer etkisi gastrik asit oluşumunun inhibisyonu üzerinedir. **ENDİKASYONLARI:** NEVOFAM tablet duodenum ülseri, selim mide ülseri, tekrarlayıcı ülserasyonlar, patolojik hipersekreter durumları, reflü özofajit ve gastrit tedavisinde kullanılır. **KONTRENDİKASYONLARI:** NEVOFAM tablet, famotidine karşı duyarlı bireylerde kullanılmamalıdır. **YAN ETKİLERİ:** Önemli bir yan etkisi yoktur, hastalar ilacı genelde iyi tolere ederler. Seyrek olarak baş ağrısı, baş dönmesi, deri döküntüleri, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, şişkinlik, iştahsızlık, diyare ve kabızlık görülebilir. **UYARI VE ÖNLEMLER:** Hamilelikte, emzirme sürelerinde ve çocuklarda kullanım emniyeti kanıtlanmamıştır. Ciddi böbrek yetmezliği olan bireylerde doz ayarlaması yapılmalıdır. **İLAC ETKİLEŞMELERİ:** Famotidin ilaçlar ile etkileşimi söz konusu değildir. Yapılan çalışmalarda varfarin, teofilin, fenitoin, diazepam, aminopirin ve antipirin ile bir etkileşim saptanmamıştır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Duodenum ülseri: Gece yatmadan önce tek doz 40 mg NEVOFAM tablet, 4-8 hafta selim mide ülseri: Gece yatmadan önce tek doz 40 mg NEVOFAM tablet, 6-8 hafta Ülser nüksleri profilaksisi: Gece yatmadan önce tek doz 20 mg NEVOFAM tablet. Patolojik hipersekreter durumları: 6 saat ara ile 20 mg NEVOFAM tablet. **TİCARİ ŞEKLİ:** NEVOFAM 20 mg tablet, 60 tabletlük blister ambalajda prospektüsü ile birlikte. NEVOFAM 40 mg tablet, 30 tabletlük blister ambalajda prospektüsü ile birlikte. Reçete ile satılır.



Mustafa Nevzat İlaç Sanayii A. Ş.

Ayrıntılı bilgi için: Mustafa Nevzat İlaç Sanayii A.Ş.
Pak İş Merkezi Prof. Dr. Bülent Tarcan Sok.
No: 5/1 80290 Gayrettepe / İSTANBUL
adresine başvurabilirsiniz.

MENOPOZ KADER DEĞİLDİR

LIVIAL®

tibolon 2.5 mg. tablet

Postmenopozal kadınlarda Günde 1 tablet ile



Vazomotor semptomları giderir



Libido ve ruhsal durumu düzeltir



Osteoporozu önler



Kanamasız tedavi sağlar

LIVIAL TABLET : 1 Tablet 2.5 mg. tibolon içerir.

Farmolojik Özellikler : Tibolon sentetik bir steroiddir. Tibolon klimakterik over fonksiyonlarının kaybolmasından sonra hipotalamik-hipofizer sistemi stabilize eder. Bu santral etki, tibolon'un hormonal özelliklerinin aşağıdaki etkilerle gösterilen, estrojenik, progestagenik ve zayıf androjenik etkilerinden kaynaklanmaktadır. Tibolon günde 2.5 mg. dozda postmenopozal kadınlarda gonadotropin düzeylerini baskılar ve fertil kadınlarda ovülasyonu inhibe eder. Yine aynı dozda, Tibolon postmenopozal kadınlarda endometriyumda uyarıya neden olmaz. Aynı zamanda vajinal mukozaya üzerinde uyarıcı etki de görülmüştür. Tibolon'un aynı dozda postmenopozal kemik kaybını inhibe ettiği; menopozal şikayetler, özellikle ateş basması ve terleme gibi vazomotor şikayetleri giderdiği, libido ve ruh halini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. **Endikasyonlar** : Doğal ve cerrahi menopoz sonrası oluşan şikayetler. **Kontraindikasyonları** : Gebelik ve laktasyon, hormonlara bağlı tümör varlığı veya şüphesi, kardiyovasküler veya serebrovasküler bozukluklar, veya özgeçmişte bunların tanımlanması, etiolojisi bilinmeyen vajinal kanama, ağır karaciğer bozuklukları. **Uyarılar/Önlemler** : Tibolon kontraseptif amaçla kullanılmaz, önerilenden yüksek dozlar vajinal kanamaya neden olabilir. Tibolon son adet kanamasının üzerinden bir yıl (12 ay) geçmeden alınmamalıdır. Bu süre geçmeden alınırsa düzensiz menstrüel kanama oluşabilir. HRT için başka bir preparattan Tibolon'a geçiliyorsa, endometriyum evvelce uyarılmış olabileceğinden, bir progestagen yardımıyla çekilme kanaması indüksiyonu önerilir. **Yan etkiler/Advers etkiler** : Tibolon'a tahammül iyidir ve tedavi esnasındaki yan etki insidansı düşüktür. Seyrek olarak şu yan etkiler gözlenmiştir: Vücut ağırlığında değişme, baş dönmesi seboreik dermatoz, vajinal kanama, baş ağrısı, gastrointestinal rahatsızlık, pretibial ödem. **İlaç etkileşimleri** : Fenitoin, karbamazepin ve rifampisin gibi enzim indüksiyonu yapan ilaçlar Tibolon metabolizmasını hızlandırabilir ve sonuçta aktivitesini düşürebilir. **Kullanım şekli ve dozu** : Tabletler tercihan günün aynı saatinde çiğnenmeden, bir miktar sıvı ile yutulmalıdır. Doz günde bir tablettir ve kesintisiz uzun süre kullanılabilir. Kullanım şekli: Bir kaç hafta içinde semptomlarda düzelmeye görülür, ama optimal sonuçlar tedaviye en az 3 ay devam edildikten sonra alınır.

Taktim şekli ve fiyatı : 28 tabletlilik strip içeren kutularda %15 KDV'li P.S.F. 2.344.000 TL. (Temmuz 1996) **Ruhsat ta. ve no:** 22/3/1994-168/41 (**Recete ile satılır.**)



Ayrıntılı bilgi için : **ORGANON İLAÇLARI A.Ş.** PK. 432, 34434 Sirkeci - İstanbul

GAMMA KNİFE

(Türkiye ve çevre ülkelerde ilk ve tek)
Beyin Patolojilerinde
cerrahi müdahaleye gerek kalmaksızın
tedavi olanağı

Radyasyon Onkolojisi

Saturn 42 Lineer Akseleratör
Target Doz Planlama Üniti
Nuclital Simulator

Nükleer Tıp

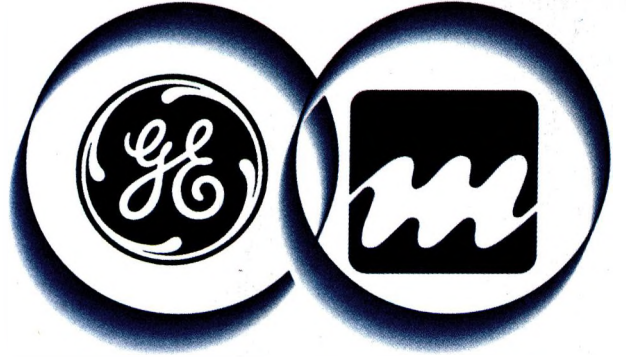
Camstar X-CT
Camstar X-RT
Optima
Genie Work Stations

Radyodiagnostik

Magnetic Rezonans
Helical Bilgisayarlı
Tomografi
DSA Angiography
Preferic Angiography
Mammografi
Floroscopy
Konvansiyonel X-Ray
Mobile X-Ray
Ultrasonografi
Doppler Ultrasonografi
Advantage Windows
(Görüntü Değerlendirme
Sistemleri)

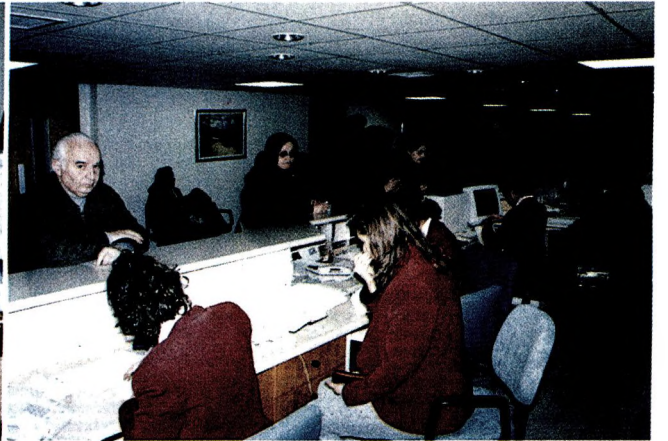
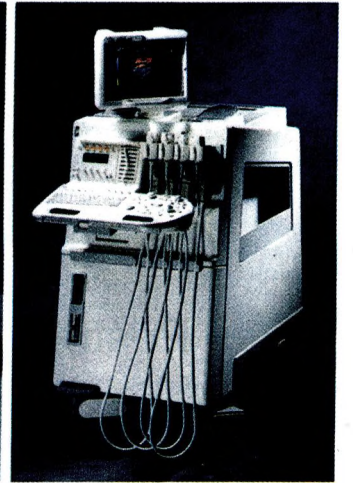
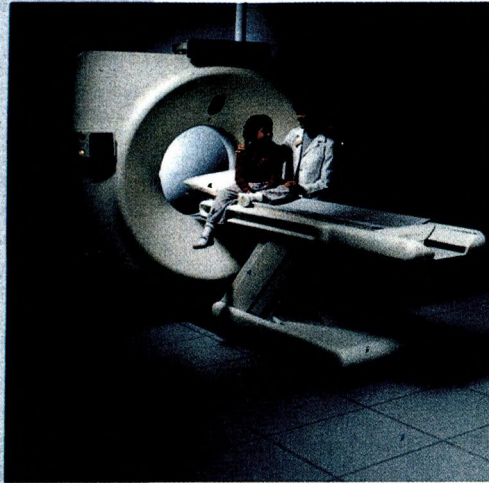
Networking System

Ülkemizin en kapsamlı ve modern Teşhis/Tedavi Merkezi



**GE Medical Systems
&
MARMARA
ÜNİVERSİTESİ**

İŞBİRLİĞİ



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1. ve 2. bodrum katlar
Telefon: (0216) 327 69 50 (4 Hat)

**Fig. 1:**

Skull x-ray showing a lytic lesion involving almost the entire occipital bone, mostly on the left part with marginal sclerosis.

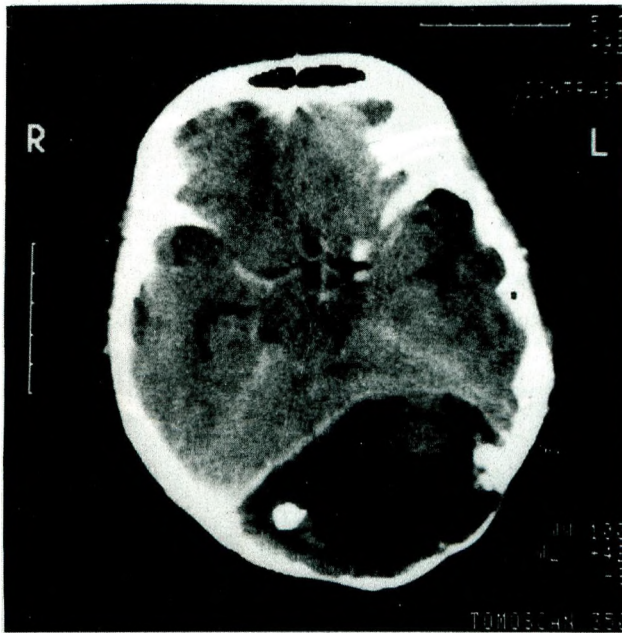
**Fig. 2 A****Fig. 2 B**

Fig. 2: A- Preoperative cranial CT scan demonstrating an extradural mass mostly hypodense with areas of calcification, compressing the IV th ventricle, eroding and causing protrusion of the left half of the occipital bone.
B- Postoperative cranial CT scan following tumor removal and IV th ventricular decompression.

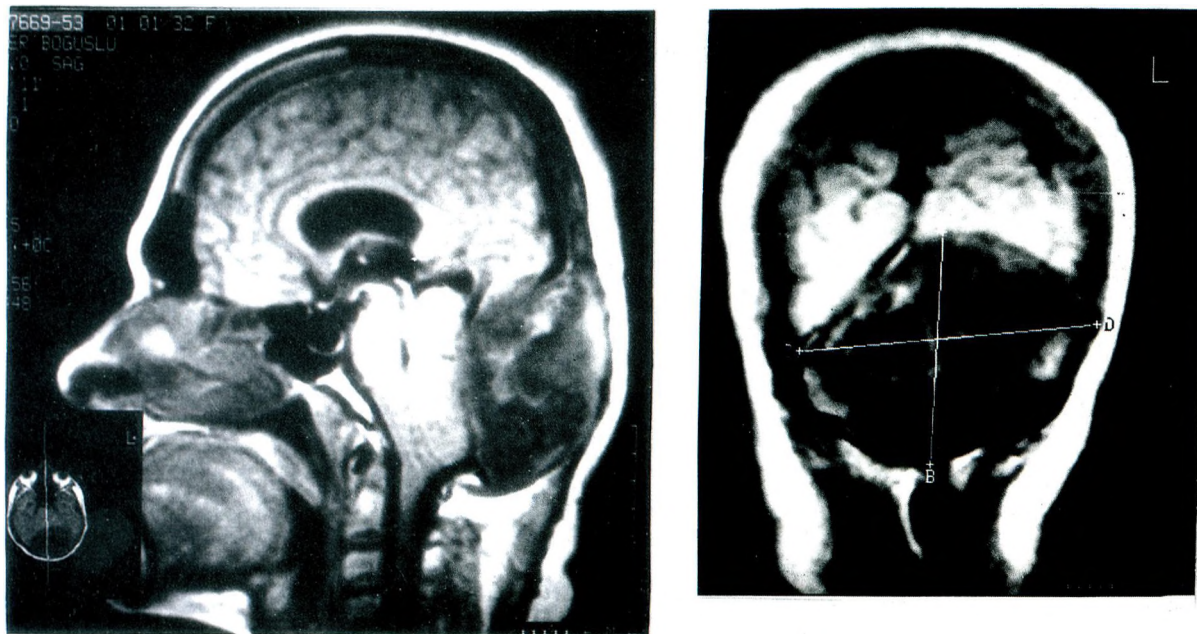


Fig. 3 A

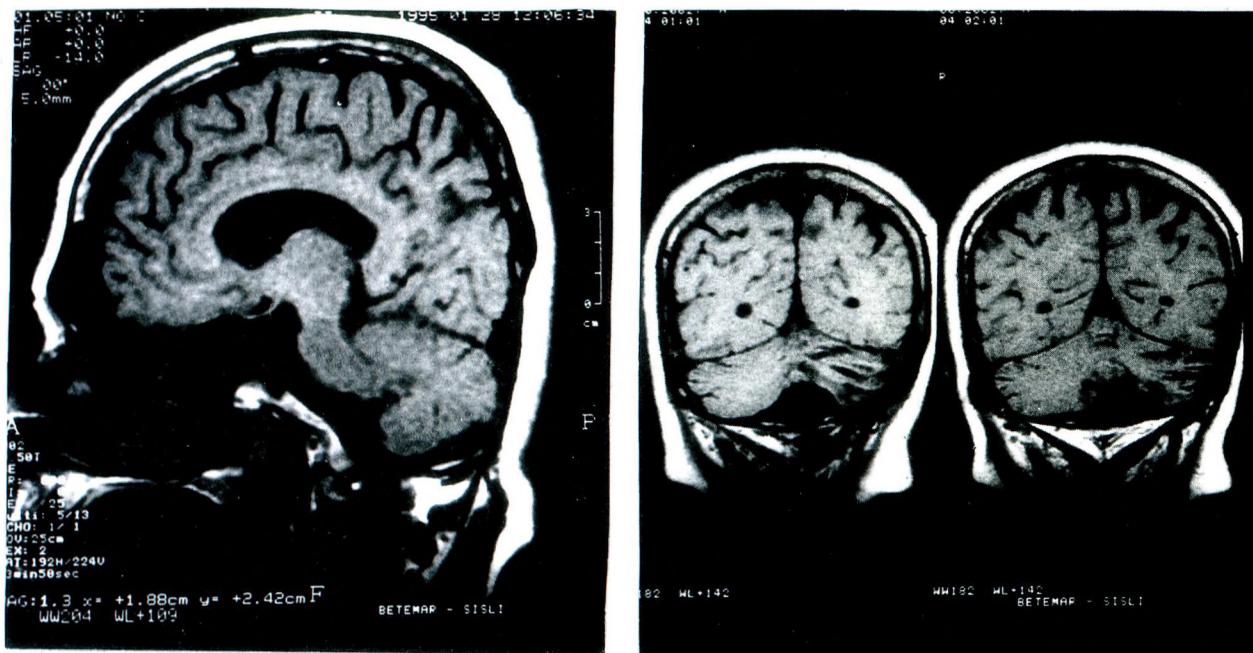
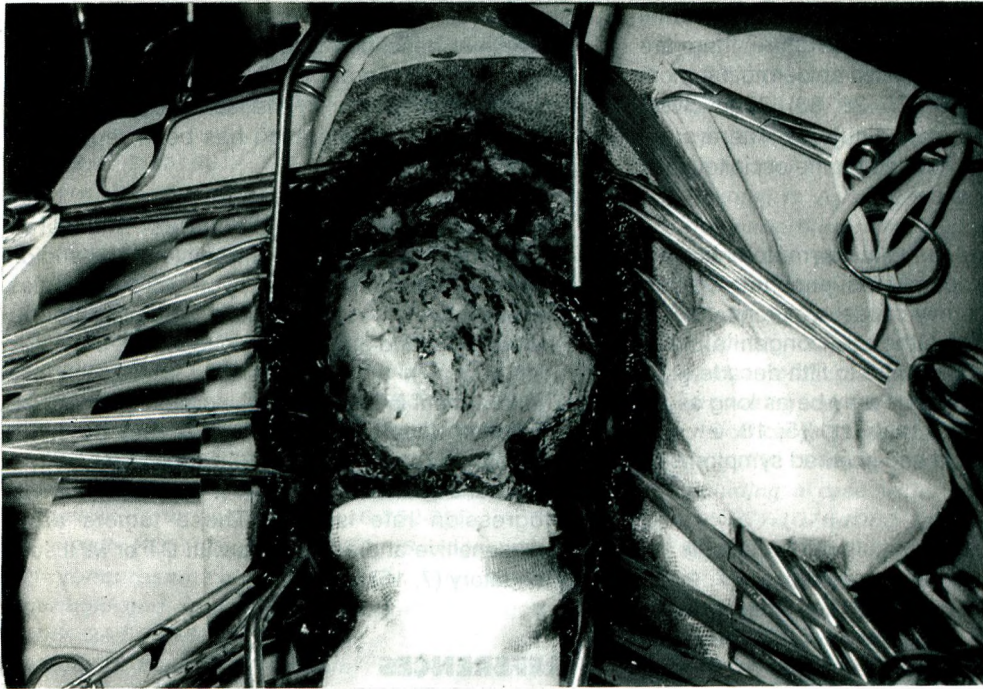


Fig. 3 B

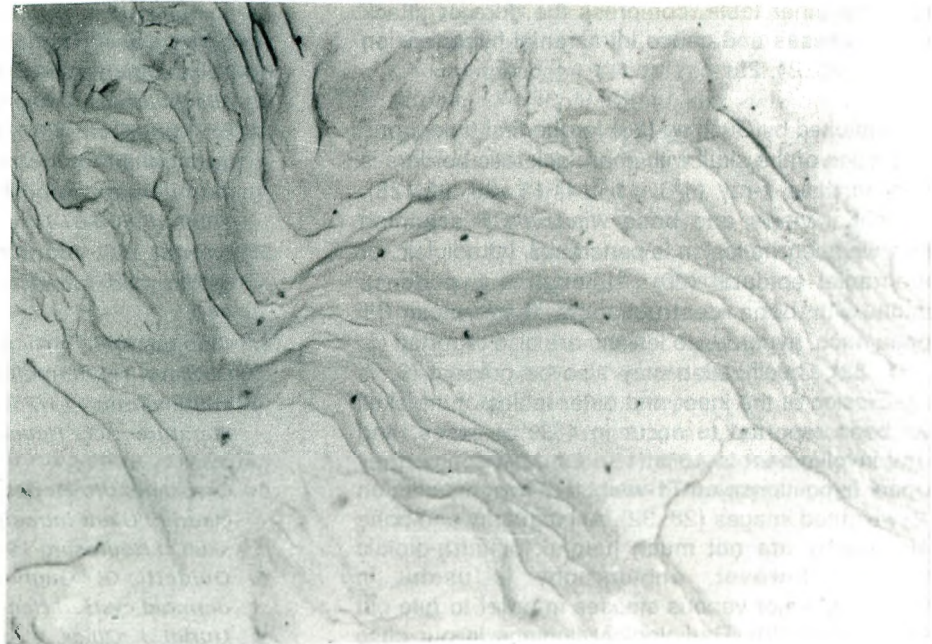
Fig. 3: A- Preoperative sagittal and coronal MRI images demonstrating a huge extra-axial hypointense (on T1) occipitocerebellar mass compressing IV th ventricle.
B- Same section obtained postoperatively demonstrating the IV th ventricular decompression and total tumor removal.

**Fig. 4:**

Intraoperative photograph demonstrating the extent of involvement of the occipital bone with the tumor.

Fig. 5:

Histopathological slice illustrating stratified squamous epithelium without any dermal structure (H&E x 100).



DISCUSSION

Epidermoid tumors constitute 0.2-1.8% of all CNS tumors, and are rare, benign, slow-growing lesions causing no symptoms until they reach to a critical size (1-4, 6, 8-10, 13-15).

Although usually located intracranially at the cerebellopontine angle and chiasmal region (7, 15) they are occasionally (25%) encountered

extradurally, in the scalp, calvarium and skull base (7, 14, 25). 6.5% of these extradural tumors are intradiploic (12).

The first epidermoid cyst of the skull was described by Müller in 1838(19) Later, Cushing reported a large epidermal cholesteatoma of the parietotemporal region in 1922(23). These tumors are usually seen in the diploeeae, paranasal sinuses, orbital and petrous bones. Intra-diploic locations are usually frontal,

parietal, occipital (3-8, 11-14, 16-24, 27-29). Frontal sinus is frequently involved. In the literature, there are 223 reported cases of intra-diploic epidermoid tumors (3-8, 11, 12, 14, 16-21, 23, 26, 28, 30), 27 involving the frontal bone and ethmoid sinus (3). There are 4 cases with a giant lesion located on the occipital bone (7-9, 16), and our case is the fifth.

Epidermoid tumors are usually asymptomatic, but chemical meningitis, osteomyelitis, pneumocephalus, infection or mass effect may cause symptoms (3-5, 7, 8, 14, 16, 18, 21-25). Although congenital, they become symptomatic in the third to fifth decade (4, 6, 17). The duration of symptoms may be as long as ten years and male to female ratio is 1 (5, 18, 21, 25). Our patient is 58 years old and she had symptoms for 12 years.

Epidermoid tumors of the skull originating in the diploae are painless expanding masses (7, 9, 23, 29). On the petrous bone they may cause progressive paresis of the facial nerve, in the orbital region they may result in proptosis and visual disturbances (29). Tumors originating from the diploae and reaching to an enormous size may erode the inner table, compress the dura or attack venous sinuses and cause intracranial hypertension (5, 9, 21, 23, 24, 29)

As mentioned by Cushing (23) for the first time, bone destruction of the skull with sharp sclerotic borders is seen on plain x-ray (4-6, 11, 14, 18, 20, 25, 28). Tangential views and bone window CT scanning show whether the lesion is pericranial, intradiploic, or intracranial epidural (20). Although a hypodense lesion with bone destruction is the typical CT appearance, hyperdense lesions are also reported (5, 7, 31, 32). Calcification may also be present (5, 7, 20). Erosion of the inner and outer tables of the skull has been reported to occur in 46% of cases, and dural involvement in 10% (18). On MRI scans, they appear hypointense on T1-weighted, hyperintense on T2-weighted images (28, 32). Angiography and bone scintigraphy are not much helpful for intra-diploic masses. However, angiography is useful in visualizing major venous sinuses in order to rule out occlusion (5, 20). Radiological findings in our case are typical for an intra-diploic epidermoid tumor.

There are three theories on the pathogenesis of the epidermoid cyst of the skull; congenital origin, metaplasia and trauma (12, 22).

Histologically, these lesions show an epithelial dermis with stratified squamous epithelium, acellular connective tissue, calcification and caseous material. Progressive desquamation of the capsular components into the cyst makes the tumor expand

slowly (3, 10, 26, 27). According to Barnett, Cruveilhier described it as "tumeur perlée", because of its pearly appearance (3). It is easily differentiated from a dermoid tumor by the lack of dermal elements (3). Malignant degeneration has been reported (11, 12, 14, 25).

Differential diagnosis includes metastasis, Pacchionian granulations, intradiploic hemangioma, mucocele, leptomeningeal cyst, fibrous dysplasia, hydatid cyst, osteomyelitis, encephalocoele, histiocytosis, and emissary vein (3, 5, 20, 30).

The treatment is total surgical excision (7, 11, 15, 25). In midline tumors, venous sinuses may be involved and require repair (18, 23, 29). Surgical mortality rate is low, and results are good (7). If not totally excised, progression rate is high. These tumors are not radiosensitive and a follow-up with CT or MRI scan is mandatory (7, 15).

REFERENCES

1. Abramson RC, Morawetz RB, Schlitt M. Multiple complications from an intracranial epidermoid cyst: Case report and literature review. *Neurosurgery* 1989;24:574-578.
2. Altschuler EM, Jungreis CA, Sekhar LN, Jannetta PJ, Sheptak PE. Operative treatment of intracranial epidermoid cyst and cholesterol granulomas: Report 21 cases. *Neurosurgery* 1990;26:606-614.
3. Barnett FC, Barnett JC. Massive bifrontal epidermoid tumor. *Surg Neurol* 1992;38:437-440.
4. Ciappetta P, Artico M, Salvati M, Raco A, Gagliardi FM. Intradiploic epidermoid cysts of the skull: Report 10 cases and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)* 1990;102:33-37.
5. Constants JP, Meder LF, Diviths ED, Donzelli R, Mauri F. Giant intradiploic epidermoid cyst of the skull. *J Neurosurg* 1985;62:445-448.
6. Guidetti G, Gagliardi FM. Epidermoid and dermoid cysts. *J Neurosurg* 1977;47:12-18.
7. Guridi J, Ollier J, Aguilera F. Giant intradiploic epidermoid tumor of the occipital bone: Case report. *Neurosurgery* 1990;27:978-981.
8. Rengachary S, Kishore PRS, Watanabe I. Intradiploic epidermoid cyst of the occipital bone with torcular obstruction. *J Neurosurg* 1978;48:475-478.
9. Rubin G, Scienza R, Pasqualin A, Rosta L, Pian RD. Craniocerebral epidermoids and dermoids. *Acta Neurochir (Wien)* 1989;97:1-16.
10. Sabin HI, Bordi LT, Symon L. Epidermoid cysts and cholesterol granulomas centered on the

- posterior fossa: Twenty years of diagnosis and management. *Neurosurgery* 1987;21:798-805.
11. Skandalakis JE, Godwin JT, Mabon RF. Epidermoid cyst of the skull: report of four cases and review of the literature. *Surgery* 1958;43:990-1001.
 12. Toglia JU, Netsky MG, Alexander E. Epithelial (Epidermoid) tumors of the cranium: Their common nature and pathogenesis. *J Neurosurg* 1965;23:384-393.
 13. Yamakawa K, Shitara N, Genka S, Manaka S, Takakura K. Clinical course and surgical prognosis of 33 cases of intracranial epidermoid tumors. *Neurosurgery* 1989;24:568-573.
 14. Yanai Y, Tsuji R, Ohmori SW, Taatra N, Kubota S, Nagashima C. Malignant change in an intradiploic epidermoid: report of a case and review of the literature. *Neurosurgery* 1985;16:252-256.
 15. Yaşargil MG, Abernathey CD, Sarıoğlu AÇ. Microneurosurgical treatment of intracranial dermoid and epidermoid tumors. *Neurosurgery* 1989;24:561-567.
 16. Atabay H, Bardakçı S, Erşahin Y, Bayol Ü. Giant primary intradiploic occipital bone epidermoid tumour: A case report: *Turkish Neurosurgery* 1994;4:165-168.
 17. İnci S, Akbay A, Bertan V. Intradiploic epidermoid cyst of the temporal bone. *Turkish Neurosurgery* 1992;2:155-157.
 18. Long DM, Kiffer SA, Chou SN. Tumors of the skull; In: Youmans JR, ed. *Neurological Surgery*, Vol 5. Philadelphia: WB Saunders Company, 1982: 3227-3268.
 19. Müller J. Über den feinem Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste. Berlin: G Reimer, 1838.
 20. Osborne DR. Epidermoid and dermoid tumors: Radiology; In: Wilkins RH, Rengachery SS, eds. *Neurosurgery*, Vol I. New York: McGraw-Hill, 1985:662-667.
 21. Roosen N, Sprick CU. Completely reversible, severe, acute neurological deterioration with an otherwise asymptomatic, huge intradiploic calvarial epidermal cyst. *Surg Neurol* 1986;25:169-172.
 22. Bejanaro PA, Broderick DF, Gado MH. Infected epidermoid cyst of the sphenoid bone. *AJNR* 1993;14:771-773.
 23. Cushing H. A large epidermal cholesteatoma of the parietotemporal region deforming the left hemisphere without cerebral symptoms. *Surg Gynecol Obstet* 1922;34:557-566.
 24. Djindjian M, Keravel Y, Lepresle E, Caron JP, Ruel M, Gaston A. Occipital interosseous epidermoid cyst producing a clinical picture simulating benign intracranial hypertension. A clinical case. *Neurochirurgie* 1987;33:395-398.
 25. Haig PV. Primary epidermoids of the skull, including a case with malignant change. *AJR* 1956;77:1076-1080.
 26. Russell DS, Rubenstein LJ. Pathology of tumors of the nervous system. 5 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989:693-694.
 27. Baxter JW, Netsky MG. Epidermoid and dermoid tumors: Pathology. In: Wilkins RH, Rengachery SS, eds. *Neurosurgery*, Vol I. New York: McGraw-Hill:1985:655-661.
 28. Boyko OB, Scott JA, Muller J. Intradiploic epidermoid cyst of the skull: case report. *Neuroradiology* 1994;36:226-227.
 29. Conley FK. Epidermoid and dermoid tumors. Clinical features and surgical management. In: Wilkins RH, Rengachery SS, eds. *Neurosurgery*, Vol I. New York: McGraw-Hill, 1985:668-673.
 30. Ruge JR, Tomita T, Naidich TP, Hahn YS, McLone DG. Scalp and calvarial masses of infants and children. *Neurosurgery* 1988;22:1037-1042.
 31. Hasegawa H, Bitoh S, Nakata M, Fujiwara M, Yasadu H. Intracranial epidermoid mimicking meningioma. *Surg Neurol* 1981;15:272-274.
 32. Olson JJ, Beck DW, Stephen CC, Menezes AH. Comparative evaluation of intracranial epidermoid tumors with computed tomography and magnetic resonance imaging. *Neurosurgery* 1987;21:357-360.