

ATİPİK YAKINMALARLA SEYREDEN BİR TÜBERKÜLÜM SELLA MENİNGİOMU (Olgu Raporu)

Dr. M. Nusret DEMİRCAN*

Dr. Osman N. AKIN**

Dr. Korkut ALKAN***

Dr. Yusuf ÖZERTÜRK****

ÖZET

İlişkisiz yakınmalarla başvuruda gözden kaçabilecek bir tüberküloom sella menengiomu saptanıp cerrahi tedavisi yapılmıştır. Cerrahi sırasında karşılaşılan görüntü ile hastanın klinik muayene bulguları arasındaki uyumsuzluk dikkati çekmiştir ve literatür ışığında bu uyumsuzluk çözümlenmeye çalışılmıştır.

SUMMARY

AN ATYPICAL PROGRESSING TUBERCULUM SELLAE MENENGIOMA

A tuberculom sellae menengioma which may be overlooked on admission with trivial and unrelated complaints was diagnosed and, operated on in our clinic. The discordance between its exposure on operation and its clinical features has been tried to solve on the light of literature.

GİRİŞ

Suprasellar meningiomalar genellikle tüberküloom sella, planum sphenoidale bölgesinden doğarlar. Ancak diyafragma selladan da kaynaklandığı bilinmektedir. Ojemann'ın rapor ettiği 200 olguluk meningiom serisinde 18 olgu (6), 1914-1975 yılları arasında Mayo Klinikte görülen 2147 meningiomdan 197 olgu (12), Symon'ın 940 meningiom serisinde 101 olgu suprasellar meningiom olarak saptanmıştır (9).

En sık başlangıç belirtisi olarak, tek taraflı, asimetric görme kaybıdır. 101 olguluk seride 100 hastada bu semptom bulunmuştur (9). Aynı raporda baş ağrısı % 45, mental değişiklikler % 10 oranında, kokuda azalma, diplopi epilepsi, göz ağrısı ve endokrin disfonksiyon semptomları daha az oranda rastlanılmıştır.

* GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Nöroşirürji Kl. Yard. Doç. Tbp. Bnb.

** GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Nöroşirürji Kl. Yard. Doç. Tbp. Bnb.

*** GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Nöroşirürji Kl. Doç. Tbp. Alb.

**** GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Göz Kl. Yard. Doç. Tbp. Bnb.

Muayenede, hemen daima en azından bir gözde görme keskinliğinde azalma görme alanı defekti bulunmaktadır (1,2,7,9). Görme alanı defektinin asimetrisi yaygın bir bulgu olup optik atrofi sıkça görülür (2,3).

Tanı yöntemi olarak, direkt grafilerde; meningiomanın direkt belirtisi olan kalsiyum akümüasyonu, lokal reaktif değişiklikler görülebilir (10). Kesin tanı Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (BBT), sellanın üstünde öne ve laterale yayılan hiperdens, keskin sınırlı, kontrastı homojen tutan bir kitle görülmesiyle olur. Anjiografide; ön-arka projeksiyoda arteria cerebri anteriorun 1. segmentinde elevasyon, distal arteria carotis interna laterale doğru deplasmanı, yan projeksiyonda distal arteria carotis internanın arka ve alta deplasmanı görülür. Vasküler beslenme, duraya yapıştırdığı küçük damarlardan olur. Ancak bunlar anjiografilerde genellikle görülmezler (8).

Tedavi cerrahi ekstirpasyondur.

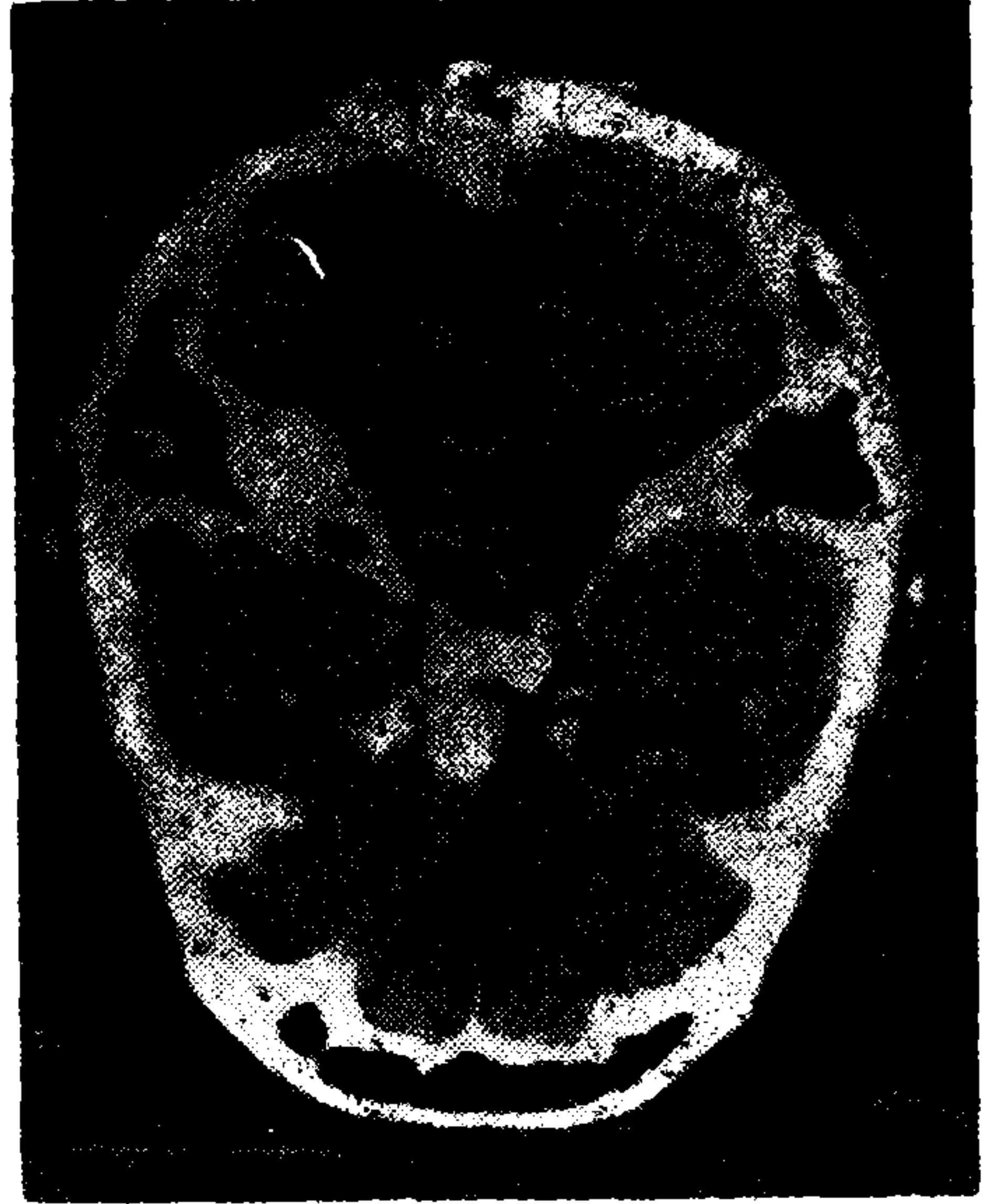
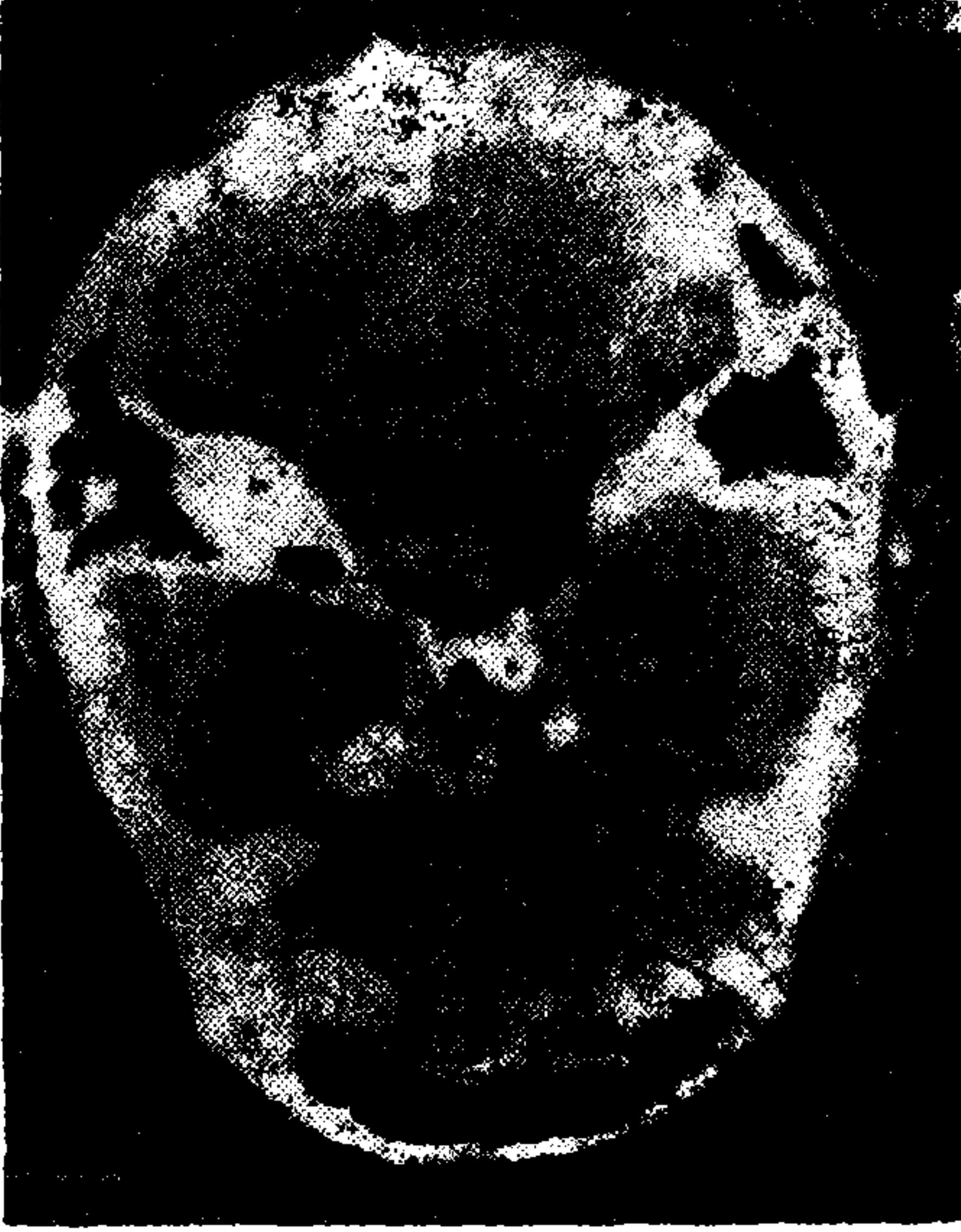
OLGU RAPORU

GATA HAYDARPAŞA Eğt. Hast. NÖROŞİRÜRJİ Kİ. 3443-152 / 1988) S.K. Erkek hasta, 62 yaşında, Baş dönmesi, sağ kulakta çınlama ve işitme azalması yakınmaları olan hasta hastanemiz KBB polikliniğine başvurmuştur. Yakınmaları başvurudan yaklaşık 6-8 ay önce başlamış ve gittikçe artmış olduğu anlaşılmıştır. Yapılan muayene ve odimetrik tetkikleri sonucu sağda sensori-nöral işitme kaybı saptanıp çekilen bilateral Stenvers ve trans-orbital petroz kemik grafisinde; sağ meatus akustikus internus da düzensizlik ve sola göre genişleme belirlenmiştir. Sağ ponto-serebellar köşe tümörü ön tanısıyla BBT tetkiki yapılan hastada; sella tucica da anterior clinoidler arasında iki santimetre çapında, yer yer kalsifikasyon tanecikleri içeren, hiperdens sınırları belirgin, nispeten sola deviyen kitle görülmüştür ve kontrast maddeyi homojen olarak tutmuştur. Ponto-serebellar köşe intakt görülmüştür (Şekil 1 a-b).

Suprasellar kitle nedeniyle kliniğimize sevk edilip yatırılan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde; yakınmalarının aynı olduğu ve sensori-nöral işitme azlığı dışında nörolojik muayene normal bulunmuştur. Göz kliniği ile yapılan konsültasyonda, her iki gözde santral görme tam ve periferik görme alanında bir defekt saptanmamıştır. Yapılan rutin kan ve idrar tetkiklerine ek olarak hormon tetkikleride normal sınırlarda bulunmuştur.

Yapılan sol karotis anjiografide; AP-arteriel evrede sol A. Cerebri anteriorun 1. segmentinin normal olduğu, distal A. carotis interna da la-

teral deplasman olmadığı, lateral arteriel ve pre-kapiller evrede, belirgin vasküler yapıda artma ve patolojik görünüm olmadığı saptanmıştır (Şekil 2 a-b-c).

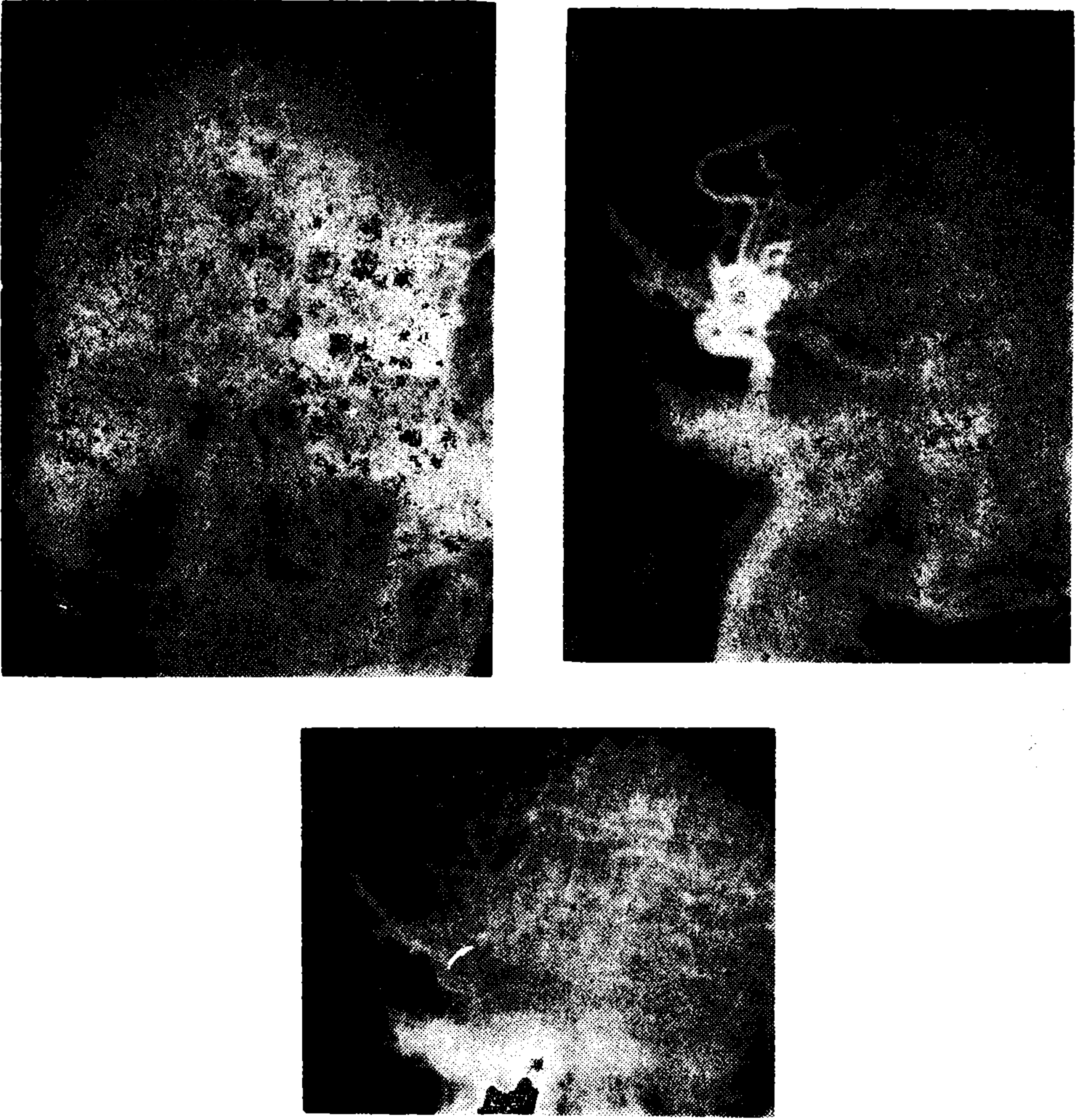


Şekil 1. a-b: Pre-operatif kontrastsız ve kontrastlı BBT.

Hastaya sol fronto-temporo-sfenoidal yaklaşımla suprasellar bölgeye ulaşılmıştır. Tüberkülem selladan kaynaklanmış, yaklaşık 2.5x2x1 cm boyutlarında tümör görülmüştür. Tümörün 1 / 3 sol bölümünün sol optik siniri alttan yukarı doğru itip, chiasma-optik foramen arası normal trajesine göre 2-3 mm lik optik sinirin elevasyonu ve bu bölümde sinirin yassılaştığı görüldü. (Şekil 3). Mikroskop yardımı ile tümör önce intrakapsüler, daha sonra kapsülü ile total çıkartılmıştır. Alınan materyalin histopatolojik incelenmesi sonucu "transizyonel menenjiom" olarak belirlenmiştir. (Pat.Rp. No: 1862 / 88).

Post-operatif devresi sorunsuz seyreden hastanın pre-operatif yakınmalarında düzelme olmamıştır.

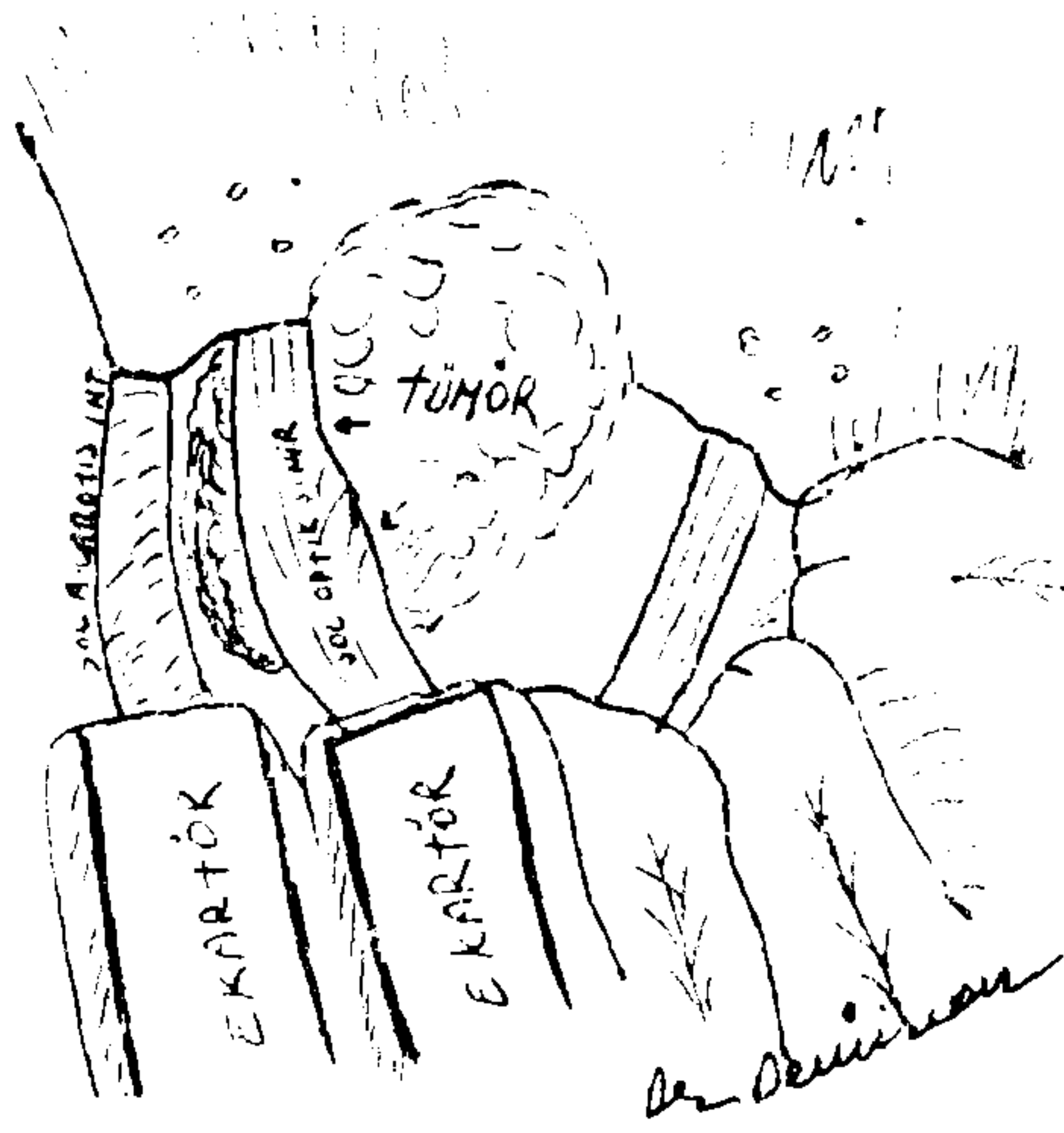
Yapılan kontrol BBT tetkikinde rezidiv lezyon görülmemiştir (Şekil 4a-b).



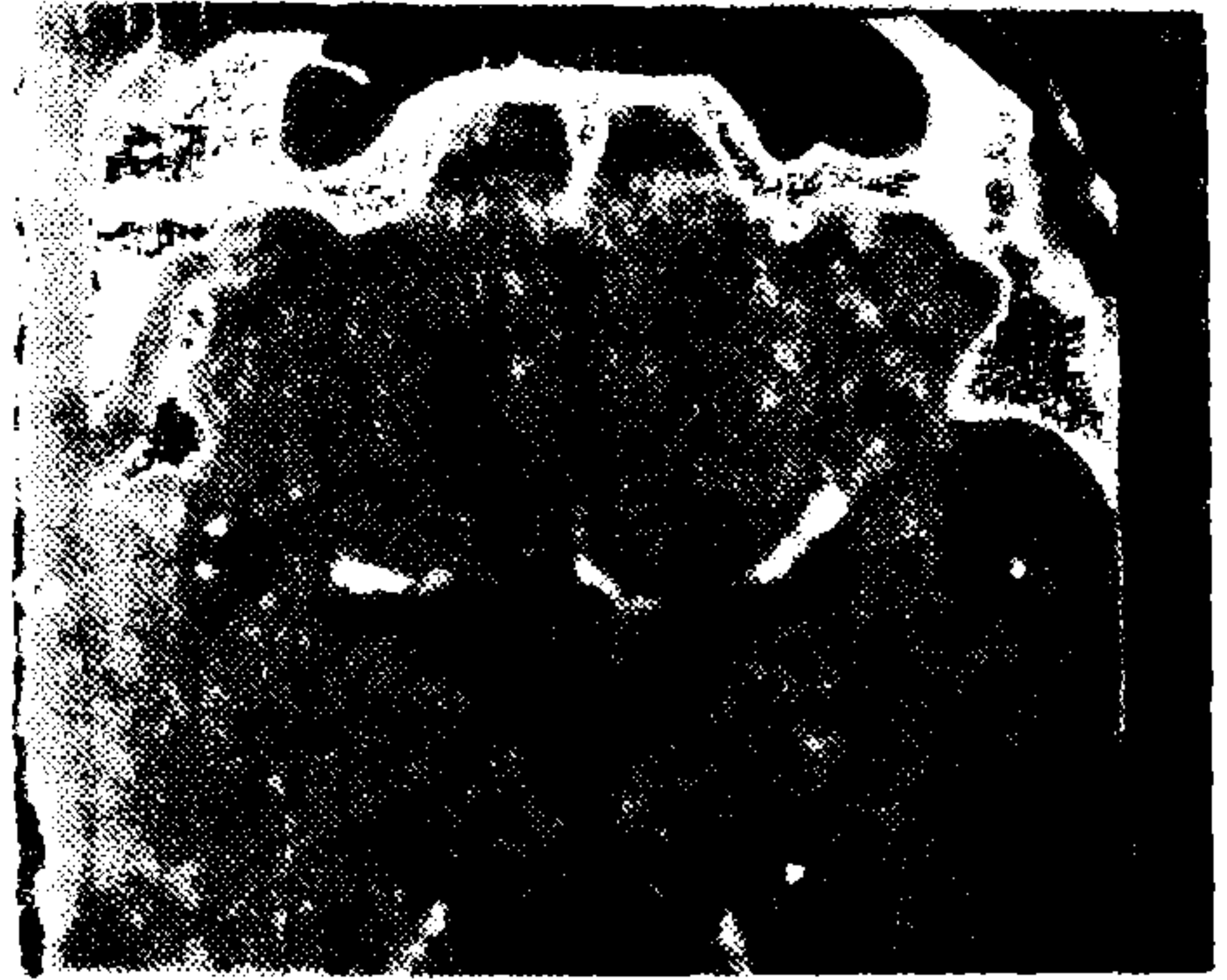
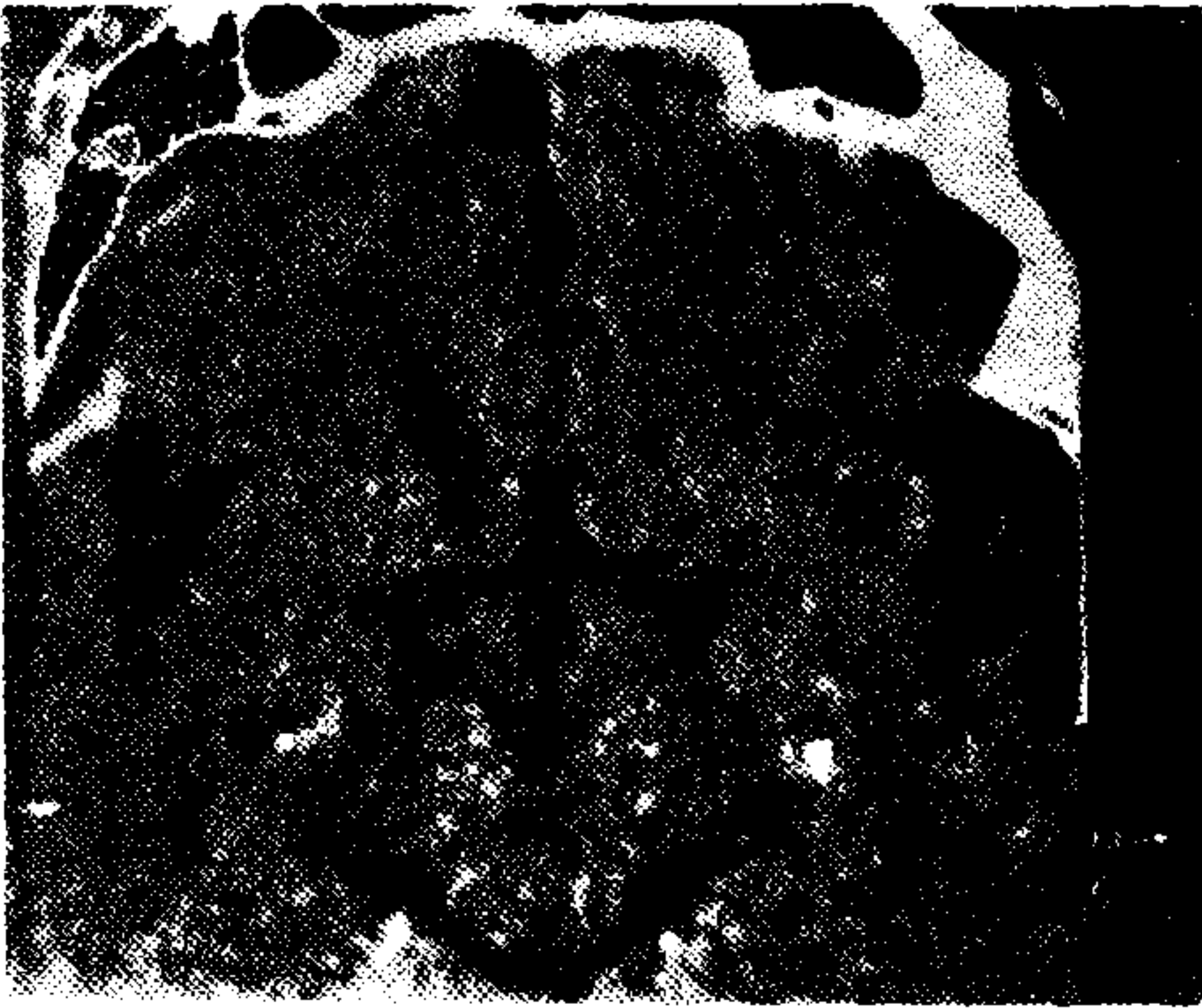
Şekil 2. a: A-P arteriel evre b: Lateral arterial evre c: Lateral pre-kapiller evre.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Suprasellar meningiomların erken tanı ve tedavisi oftalmolojist ve nöroşirürjiyenlere bağlı kalmaktadır. Erken dönemlerde doğru teşhis son derece güçtür. Vizüel bozukluğun başlangıcı o kadar güç farkedilir ve ilerleyişi o kadar sinsicedir ki, hasta çok ileri derecede görme bozukluğu oluncaya kadar vizüel defisitlerden habersizdir. Hatta bu tip olgularda ani görme kayıpları “retrobulber nöritis” tanısı koydurup kısmen steroide yanıt



Şekil 3. Sol fronto-temporo-sfenoidal yaklaşımla tümör-optik sinir ilişkisinin ilustrasyonu.



Şekil 4. a-b: Post-operatif kontrastsız ve kontrastlı BBT.

vermesi –antiödem etkisiyle–, gerçek tanıyı maskeleydiği bildirilmiştir (59). 101 olguluk seride suprasellar meningiomlu olgulardan ancak bir olguda vizüel bozukluklara özgü yakınma olmadığı buna karşılık oftalmolojik muayenede görme keskinliğinde azalma ve görme alanı defekti olduğu bildirilmiştir (9). Yine aynı yayında vizüel semptomların süresi 2 ay, 30 yıl arasında değiştiği, eğer ilk semptom baş ağrısı olarak başlamışsa, vizüel semp-

tomların ortalama 6.3 yıl sonra ortaya çıktığı belirtilmiştir. Tümörün hacmi ve semptomların süresi ile vizüel bozukluğun derecesi ve post-operatif dönemde düzelişi arasında ilişki kuran çalışma yapılmıştır ve 3 cm den küçük çaplı tümörlerde, semptomların süresi 2 yıldan az olan olgularda vizüel bozukluğun derecesi daha hafif, post-operatif dönemde daha belirgin düzelme, hatta normale döndüğü rapor edilmiştir (2,7).

Tüm bu görüşlerin ışığında olgumuzu irdelersek; yakınmaları arasında vizüel bozukluk yoktur. Suprasellar menenjiom düşündürecek diğer semptomlar da yoktur. Sağ ponto-serebellar köşe tümörü ön tanısıyla istenen BBT tetkikinde rastlantı eseri ortaya çıkmıştır. Artık bu tip tümörlerin tanısında eskisi kadar güçlük çekmeyeceğimiz BBT sayesinde kesindir.

Tümörün 3 cm çaptan küçük oluşu, ilişkisiz de olsa hastayı hekime müracaat ettiren ilk yakınmalarının 6-8 ay önce başlamış olması vizüel semptomların olmayabilirliği açıklanabilir (2,7). Ancak oftalmolojik muayenede defisit beklenir. Özellikle Şekil 3'te illüstrasyonu yapılan tümör-optik sinir ilişkisine rağmen muayene bulguları olarakta defisit bulunmayışının açıklanabilir yönü yoktur. Benzer olarak, Ünlü ve Ark.nın rapor ettiği spinal kord travması sonucu faktür-dislokasyonun ileri derecede olmasına rağmen nörolojik defisit görülmeşi (11), yine spinal korda olan tedrici artan ileri derecede kronik basının dökümente edilmesine rağmen nörolojik defisit saptanmayışı, spinal kordun adaptasyon niteliğine atfedilmiştir (4). Bu görüşten hareket ederek, olgumuzda da, optik sinirin tümörün basısına karşı adaptasyon gücünü gösterdiğini, ancak kısa bir süre sonra vizüel bozuklukların ortaya çıkacağı kesindir.

BBT tetkiki olmasa idi, kısa bir süre sonra ortaya çıkacak ileri derecedeki vizüel bozukluk nedeniyle bu hastaya serebral anjiyografi yapılacaktı. Yapılmış anjiyografiden farklı bir görünüm elde edilmemesi olası bu anjiyografi ile suprasellar veya parasellar kitle tanısı koymak son derece güçtür.

Sonuç olarak, önceleri erken teşhisi zor olan suprasellar menenjiomların BBT tetkiki sayesinde daha erken ve daha kolay tanısı yapılmaktadır. Optik sinirin -spinal kord gibi- basıya karşı belli bir dereceye kadar resistansı olup adaptasyon gücünün var olduğuna inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Al-Mefty, O., Holohi, A., Rifai, A., Fox, J.L.: *Microsurgery Removal of Supra sellar Menengiomas*. Neurosurgery 16:364-368, 1985.
2. Andrews, T.B., Wilson, C.H.: *Suprasellar Menengiomas: the Effect of Tumor Location on Postoperative Outcome*. J. Neurosurg 68: 523-528, 1988.

3. Gregorius, F.K., Hepler, R.S., Stern, W.E.: *Loss and Recovery of Vision with Suprasellar Meningiomas*. J. Neurosurg 42:67—74, 1975.
4. Harsh, G., Sypert, G., Weinstein, P., Ross, T., Wilson, C.: *Cervical Spine Stenosis Secondary to the Ossification of posterior Longitudinal Ligament*. J. Neurosurg 67:349—357, 1987.
5. Henderson, J.W.: *Problem Cases in Neuro-Ophthalmologic Diagnosis*. Am. J. Ophthalmol 50: 1087—1097, 1960.
6. Ojemann, R.G.: *Meningioma of the Basal Pituitary Region. Technical Considerations*. Clin Neurosurg 27:233—262, 1980.
7. Rosenstein, J., Symon, L.: *Surgical Management of Suprasellar Meningiomas. Part: 2: Prognosis for Visual Function Following Craniotomy*, J. Neurosurg 61:642—648, 1984.
8. Schimidek, H.H., Sweet, H.W.: *Operative Neurosurgical Techniques*. 2d ed. Grube and Stratton INC. Florida. 1988, Vol 1, Pp: 531.
9. Symon, L., Rosenstein, J.: *Surgical Management of Suprasellar Meningiomas. Part: 1 The Influence of Tumor Size, Duration of Symptoms and Micro surgery on Surgical Outcome in Consecutive Cases* J. Neurosurg 61: 633—641, 1984.
10. Taveras, J.M., Wood, E.H.: *Diagnostic Neuroradiology*. 2d ed. Baltimore. William and Wilkins Co. 1976, Pp: 159—189.
11. Ünlü, Ş. Timurkaynak, E., Selçuki, M., Sayit, L.: *Nörolojik Defisit Oluşturmuş Servikal Vertebraların İleri Derecede Fraktür-Dislokasyonları*. GATA Bülteni 27: 101—106, 1985.
12. Youmans, R.J.: *Neurological Surgery*. 2d ed. WB Saunders Co. Philadelphia. 1982, Vol 5, Pp: 2937.