

Sakral Schwannoma: Olgu Sunumu

Sacral Schwannoma: Case Report

ZÜLFİKAR KARABULUT, HASAN BESİM, E.OKAN HAMAMCI,
SETTAR BOSTANOĞLU, NİLÜFER ERVERDİ, ATILA KORKMAZ

6. Cerrahi Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Geliş Tarihi: 4.10.2001 ⇔ Kabul Tarihi: 31.10.2001

Özet: Bu makalede pelvik tümörler içerisinde nadir olarak görülen bir sakral schwannoma olgusu sunulmuştur. Sağ alt kadrın ve suprapubik bölgede ağrı nedeniyle başvuran 36 yaşındaki bayan hastada presakral bölgede lokalize 38 mm çapında tümör saptandı. Tümör rektal muayenede palpe edilebiliyordu. Kitle ayrıca pelvik ultrasonografi, pelvik tomografi ve magnetik rezonans ile de görüntülendi. Tümör orta hat alt abdominal insizyonla eksize edildi. Peroperatif olarak presakral pleksustan yaklaşık 2500 cc kan kaybı oldu. Postoperatif takipleri normal seyreden hasta 7. Günde taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirme preoperatif tanı ile uyumluydu. Presakral schwannoma nadir görülen bir tümördür. Özellikle büyük presakral tümörlerde transabdominal yaklaşım tercih edilen bir yöntemdir. Total eksizyon yapıldığında prognoz mükemmeldir. Total eksizyon yapılamadığında debulking de yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi eksizyon, pelvik tümör, sakral schwannoma,

Abstract: In this report a case with sacral schwannoma was presented. The patient was a 36-year-old female with suprapubic and right lower abdominal pain. A tumor of 38 mm diameter was localized at the presacral area. The tumor was palpable at the digital rectal examination. It was also visualized by pelvic ultrasonography, computerized tomography and magnetic resonance imaging. The tumor was excised through a median lower abdominal incision. Estimated blood loss was 2500 ml especially from the presacral plexus. Postoperative course was uneventful and the patient was discharged on the postoperative day 7. Histopathological evaluation confirmed the preoperative diagnosis. Presacral schwannoma is an extremely rare tumor. Transabdominal excision is a procedure that can be performed especially in large presacral tumor. Operative blood loss can be profuse due to presacral venous plexus. Total excision is the treatment with excellent prognosis. Debulking can be done if total excision is not accomplished.

Key Words: Pelvic tumour, sacral schwannoma, surgical excision

GİRİŞ

Schwannoma (nörolemmoma), sinir kılıfının schwann hücrelerinden gelişen, kapsüllü ve benign bir tümördür. Tüm yaş gruplarında rastlanmasına rağmen sıklıkla genç ve orta yaş grubunda görülür. Genellikle baş, boyun, mediasten, retroperitoneal

bölge ve ekstremitelerin fleksör yüzlerinde yerleşir. Ancak spinal köklerde, vagus, peroneal ve ulnar sinirlerde de görülebilir (5).

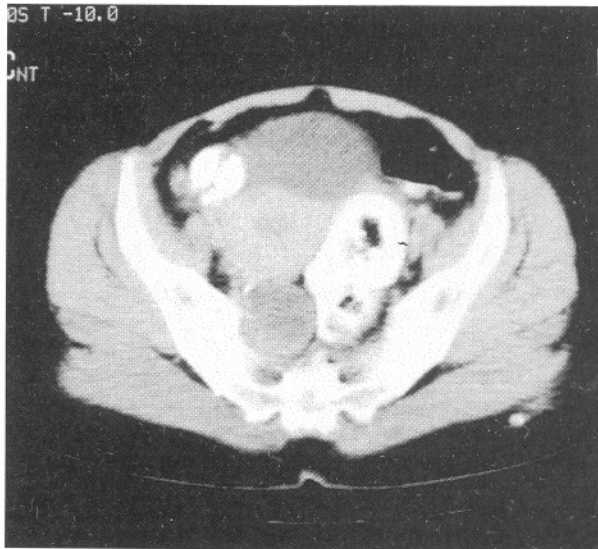
Schwannomalar, hemen daima soliter lezyonlar olarak görülürler. Nadiren Von Recklinghausen hastalığında multipl olarak görülebilirler (3). Yavaş

büyüyen tümörler olmaları sebebiyle, ağrı ve nörolojik semptomlar tümör büyüdüktan sonra ve geç olarak ortaya çıkmaktadır. Genellikle çapları 5 cm'in altındadır fakat mediasten ve retroperitonda yerleşenler daha büyük olabilirler (5).

OLGU SUNUMU

Otuzaltı yaşında bayan hasta, pelvik inflamatuvar hastalık ön tanısıyla bir jinekoloji polikliniğinde inceleme yapılırken pelvik ultrasonografide uterus serviksi arkasında uterus ile ilişkisiz 38 mm çapında iyi sınırlı, anekoik bir kitle saptanmış ve tedavi amacıyla Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6.Cerrahi Kliniği'ne yatırılmıştır. Hastanın öyküsünde 3-4 aydır ara sıra gelen karın ağrıları, ağırlı defekasyon ve konstipasyon şikayetleri vardı.

Fizik muayenede suprapubik ve sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Rektal muayenede rektuma dışarıdan bası yapan 4x4 cm boyutlarında, ağırlı kitle saptandı. Hastanın rutin kan tetkikleri ve serum tümör belirleyicileri normaldi. Rektosigmoidoskopide anal kanaldan 8. cm'de rektuma dıştan bası yapan kitle tespit edildi. Pelvik tomografide ise sakral kemik sağ ventral nöral foramen ileri derecede geniş olup, foramen içerisinden başlayarak uterus posterior kesimine kadar uzanan, yaklaşık 43x40 mm boyutlarında, düzgün konturlu, nonhomojen opaklaşan kitle lezyonu izlendi. Kitle nöral forameni genişletip, kemikte erozyona neden olmakta idi (Şekil 1). Bu



Şekil 1: Sakral schwannoma olgusunun preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

bulgular nörojenik bir kitle lezyonunu akla getirmekteydi. Lumbosakral spinal magnetik rezonans (MR) görüntülemesinde ise aynı kitle görüntülenmiş ve kitlenin schwannoma ile uyumlu olabileceği belirtilmiştir (Şekil 2), (Şekil 3). Myelografide ise bu kitlenin medulla spinalis ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Bu bulgularla hasta 18/11/1998'de operasyona alındı. Anterior orta hat abdominal yaklaşımla rektosigmoid kolon, künt ve keskin diseksiyonla mobilize edilerek rektum posteriorunda, sakrum boyunca uzanan ve sakruma fiksasyon gösteren, yaklaşık 4x4 cm boyutunda, kistik yapıda, düzgün sınırlı kitle saptandı. Kitle, total olarak eksize edildi. Peroperatif olarak eksizeyon sırasında, presakral pleksustan yaklaşık 2500 cc kanama oldu. Preoperatif olarak hemoglobin düzeyi 11.2 g/dl iken operasyonda hemoglobin düzeyi 5.8 g/dl'ye kadar düştü. Peroperatif ve post operatif kan transfüzyonları ile hemoglobin düzeyi 10.9 g/dl'ye kadar yükseltildi. Frozen ile patolojik incelenmesi yapılan kitlenin sonucu, benign sinir dokusu olarak değerlendirildi. Hastanın post operatif takipleri sorunsuz seyretti ve komplikasyon gözlenmedi. Histopatoloji sonucu schwannoma olarak gelen hasta operasyon sonrası 7. gün şifa ile taburcu edildi. Hasta halen postoperatif 32. ayında olup herhangi bir şikayeti yoktur. 01/06/1999'da çekilen lumbosakral spinal MR tetiki sonucunda herhangi bir nüks saptanmamıştır (Şekil 4).



Şekil 2: Sakral schwannoma olgusunun preoperatif magnetik rezonans görüntüsü transvers kesiti.



Şekil 3: Sakral schwannoma olgusunun preoperatif magnetik rezonans görüntüsü sagittal kesiti.



Şekil 4: Sakral schwannoma olgusunun postoperatif kontrol magnetik rezonans görüntüsü.

TARTIŞMA

Schwannomalar baş, boyun, ekstremiteler, mediasten ve retroperitoneal bölgede yerleşim gösterebilirler. Buldukları yere göre bazı semptomu verebilirler. Örneğin nazal kavitede yerleşenlerde dispne, sakral bölgede yerleşenlerde ise rektuma bası etkisiyle ağrılı defekasyon olabilir (3). Sakral bölge tümörleri, erişkinlerde oldukça nadir görülen tümörlerdir. Bir seride, 161 presakral tümör olgusundan sadece birinde schwannoma tespit edilmiştir (1). Spinal aksiste yerleşen intraspinal schwannomaların da % 1-5'i sakrumda lokalizedir (1). Bu bölgeden gelişen nörojenik kökenli tümörler genellikle yavaş büyürler ve semptomlar çevre dokulara bası ile ortaya çıkar (6). Semptomlar sıklıkla lumbosakral bölgede ağrı, alt ekstremitelerde radiküler ağrı, konstipasyon ve idrar retansiyonu olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Sakral bölgede yerleşen schwannomalar genellikle soliterdir. Kistik dejenerasyon ya da kalsifikasyon içerebilir ve kemikte dejenerasyon yapabilirler. Tanı için düz pelvis grafisi, rektosigmoidoskopi, myelografi, intravenöz pyelografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilmektedir (1). Düz pelvis grafisinde sakrumda erozyon, tümörün yumuşak doku dansitesinde görünümü tespit edilebilir. Myelografi ile intradural ve epidural yayılım saptanabilmekte, BT ve MRG ile tümörün yerleşimi ve intraspinal-intrapelvik yayılımı değerlendirilebilmektedir (1). Retrorektal tümörlerin preoperatif BT ve MRG ile görüntülenmesiyle sakral tutulum değerlendirilebilmekte ve uygulanacak cerrahi yöntem planlanabilmektedir. Her iki görüntüleme yöntemi de hastalığın tanısında ve takibinde oldukça yararlıdır. Ancak seçilecek görüntüleme yöntemi MRG olmalıdır. Çünkü

retroperitoneal nörolemmoma kitlesi içerisindeki multipl, iyi sınırlı, kistik nekrotik alanlar karakteristiktir ve bu görünüm MRG'de schwannomayı düşündürmektedir. Ayrıca MRG yardımıyla nörolemmoma ve nörofibroma ayırımı yapılabilmektedir (2,4). Bizim olgumuzda da MRG ile bu kitlenin schwannoma ile uyumlu olabileceği tespit edilmiştir. Myelografide ise kitlenin medulla spinalis ile ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

Tümörün tedavisi komplet rezeksiyondur. Ancak yerleşim yeri nedeniyle total olarak tümörün çıkarılması zor olabilir ve komplet rezeksiyon kalıcı sinir hasarına yol açabilir.

Retrorektal tümörlerin cerrahisi sırasında kan kaybı fazla miktarda olabilmektedir. Bunun nedeni, tümörün yerleşim yerinin sakral pleksus ve iliak venlerle olan yakın ilişkisindedir. Bu yüzden Localio ve arkadaşları (6), sağ lateral pozisyonda abdominosakral yaklaşım ile maksimum fleksibilite ve geniş rezeksiyon imkanı sağlanabileceği ve böylece komplet rezeksiyon şansının artacağını belirtmişlerdir. Ayrıca bu yaklaşım ile kanama kontrolünün daha kolay sağlanabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte anterior orta hat abdominal ve posterior retrorektal transsakral yaklaşım da bu bölge tümörleri için önerilmektedir (1). Retrorektal tümörlerin cerrahisi sırasında ve sonrasında, kanama dışında komşu organların yaralanması, nörojenik mesane gelişmesi sonucu idrar retansiyonu, anal inkontinans ve motor kayıplar görülebilir (6). Bizim olgumuzda, bu komplikasyonlardan sadece peroperatif olarak sakral pleksustan yaklaşık olarak 2500 cc kanama olmuştur ve kontrol altına alınmıştır. Postoperatif olarak herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Tümörün tam olarak çıkarılmadığı durumlarda rekürrens olabilir. Özellikle kraniyal yerleşimli malign melanositik schwannomada inkomplet rezeksiyon, prognozun kötü olmasına neden olur. Schwannomada ise komplet rezeksiyondan sonra rekürrens ve malign dejenerasyon çok nadirdir (4,7). Bazı araştırmacılar schwannomanın tamamen benign olduğunu ve malign transformasyon göstermeyeceğine inanmaktadır (3). Bizim olgumuzda da operasyondan bu yana geçen 32 aylık süre içerisinde takiplerde herhangi bir nüks saptanmamıştır.

Yazışma Adresi: Dr. Zülfikar Karabulut
3 Ocak Mah. 5434 Sokak No:16
33050 MERSİN
Tel: 0532 504 48 23
E-posta: drkarabulut@ixir.com

KAYNAKLAR

1. Abernathy CD, Onofrio BM, Scheithauer B, Pairolero PC, Shives TC: Surgical management of giant sacral schwannomas. J Neurosurg 65: 286-295, 1986
2. Anson KM, Byrne PO, Robertson ID, Gullan RW, Montgomery AC. Radical excision of sacrococcygeal tumors. Br J Surg 81 (3): 460-461, 1994
3. Das Gupta TK, Brasfield RD, Strong EW. Benign solitary schwannomas (neurilemmomas). Cancer 24: 355-366, 1969
4. Killeen MR, Davy CL, Bauserman SC. Melanocytic schwannoma. Cancer 62 (1): 174-183, 1988
5. Kim SH, Choi BI, Han MC, Yong K. Retroperitoneal neurilemoma: CT and MR findings. Am J Roentgenol 159 (5):1023-1026, 1992
6. Localio SA, Eng K, Ranson HC. Abdominosacral approach for retrorectal tumors. Ann Surg 191 (5): 555-560, 1980
7. Lowman MR, Livolsi VA. Pigmented (melanotic) schwannomas of the spinal canal. Cancer 46: 391-397, 1980

J Neurosurg 2001 Jul;95(1 Suppl):25-32

Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature.

Voyadzis JM, Bhargava P, Henderson FC.

Özellikle sakral bölgede bulunan Tarlov kistleri > 1.5 cm ve radiküler semptomlar varsa cerrahi tedavi ile çok iyi sonuçlar alınmaktadır.