



Asemptomatik Dev Posterior Fossa Araknoid Kisti: Bir Olgu Sunumu

Asymptomatic Giant Arachnoid Cyst of the Posterior Fossa: A Case Report

Mete KARATAY, Haydar ÇELİK, Yavuz ERDEM, Mehmet Akif BAYAR

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi: Haydar ÇELİK / E-posta: dr_haydarcelik@hotmail.com

ÖZ

Posterior fossa araknoid kistleri nadir lezyonlardır ve genel olarak konjenital kökenli oldukları düşünülür. En sık görüldükleri konum orta kranial fossadır ve takiben posterior fossa gelir. Pediyatrik serilerde intrakranial araknoid kistlerin %20-30'unu oluştururlar. Supratentorial araknoid kistler genelde asemptomatiktir ve bazen otopside tesadüfi olarak bulunurlar. Ancak daha nadir görülen infratentorial araknoid kistler genellikle belirtilere yol açar. Araknoid kistler genellikle erken yaşta belirti verirler ve belirti ortaya çıkma olasılığı yaş arttıkça azalır. Semptomatik posterior fossa araknoid kistleri başağrısı, tinnitus, baş dönmesi, progresif sensorinöral işitme kaybı, benign tremor, fasiyal sinir palsisi ve izole 12. kranial sinir paralizine yol açabilir. Burada, tesadüfi olarak bulunan asemptomatik bir dev posterior fossa araknoid kisti olgusu sunuyoruz.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Posterior fossa, Araknoid kist, Serebellopontin açığı

ABSTRACT

Arachnoid cysts of the posterior fossa are rare lesions that are thought to be mostly congenital in origin. The most common location is the middle cranial fossa, followed by the posterior fossa. They make up 20-30% of intracranial arachnoid cysts in pediatric series. Supratentorial arachnoid cysts are often asymptomatic and sometimes found incidentally at autopsy. However, the more rare infratentorial arachnoid cysts usually produce symptoms. Arachnoid cysts usually exhibit their symptoms at an early age with the possibility of symptoms decreasing with increasing age. Symptomatic posterior fossa arachnoid cysts may lead to headache, tinnitus, dizziness, progressive sensorineural hearing loss, benign tremor, facial nerve palsy and isolated 12th cranial nerve paralysis. We present a case with an asymptomatic giant posterior fossa arachnoid cyst that was detected incidentally.

KEYWORDS: Posterior fossa, Arachnoid cyst, Cerebellopontine angle

GİRİŞ

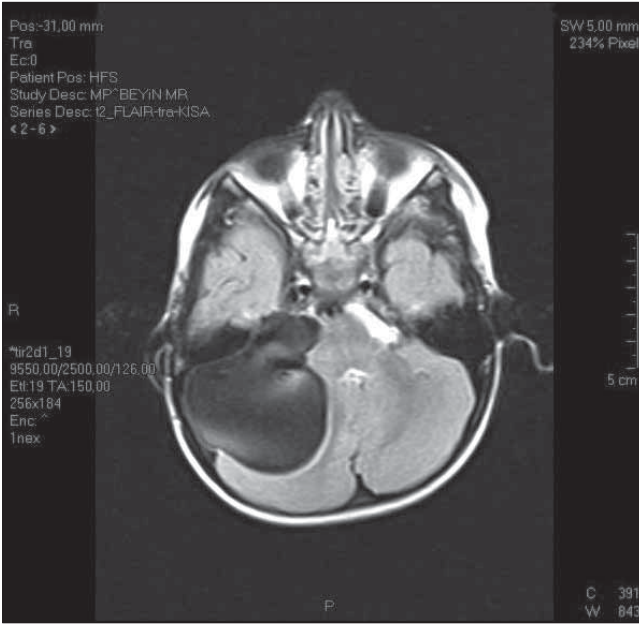
Intrakranial araknoid kistler, beyin omurilik sıvısının (BOS) pulsasyonu ile araknoid membranda yırtık neticesi oluşturduğu düşünülen konjenital malformasyonlardır (3). Bu kistler en sık olarak orta fossada bulunur ve tüm intrakranial lezyonların sadece %1'ini oluştururlar (5). Posterior fossa ve özellikle serebellopontin açığı bu kistler için ikinci en sık görülen konumdur ve tüm olguların %10-11'ini oluştururlar (11). Kökenlerinin konjenital veya travmatik olduğu düşünülmektedir ama doğal seyri hakkında pek bir şey bilinmemektedir (9). Araknoid kistler genellikle erken yaşta belirti verirler ve belirti ortaya çıkma olasılığı yaş arttıkça azalır. Bazı dev araknoid kistler tamamen asemptomatiktir ve ancak otopside tesadüfi olarak bulunabilir (8). Posterior fossadaki araknoid kistler asemptomatik olabilir veya dördüncü ventrikül basısıyla hidrosefali ile çevre serebellar dokulara basıyla ataksi, baş ağrısı, baş dönmesi, tinnitus ve işitme kaybı gibi birçok belirtiyi neden olabilirler (6). Cerrahi tedavi seçenekleri arasında stereotaktik, endoskopik veya açık yöntemlerle kist fenestrasyonu, kist eksizyonu ve kistoperitoneal şant uygulaması sayılabilir. Bu yazımızda, pediatrik yaş gurubunda genellikle semptomatik seyreden

asemptomatik ve tesadüfen saptanan bir dev posterior fossa araknoid kisti olgusu sunuyoruz.

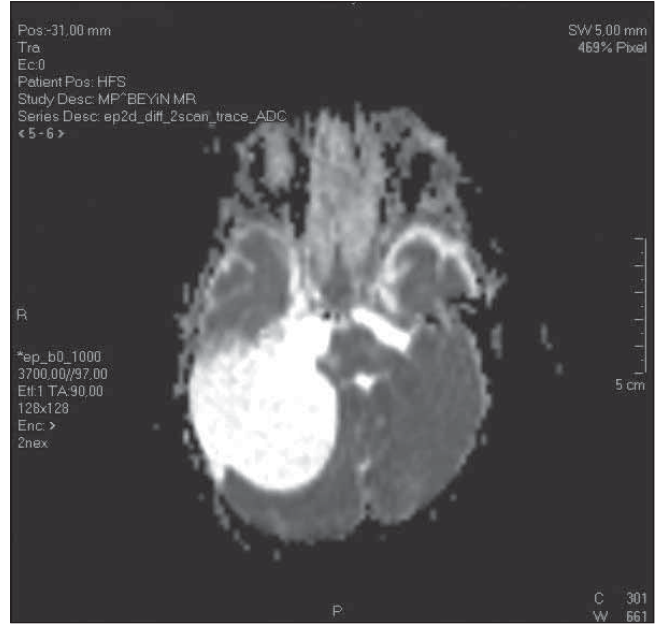
OLGU SUNUMU

3 yaşında bir erkek çocuk oynarken düşme nedeniyle acil servise ailesi tarafından getirildi. Hastanın fizik muayenesinde sol frontal bölgede bir sefal hematoma mevcuttu ama kraniyomegali saptanmadı ve nörolojik muayenesi normal sınırlar içerisinde idi. Bilgisayarlı tomografi (BT)'de sağ serebellopontin köşesinde dev bir kistik lezyon saptanırken hasta ileri tetkikle ayırıcı tanı yapmak ve gözlem maksatlı hastaneye yatırıldı.

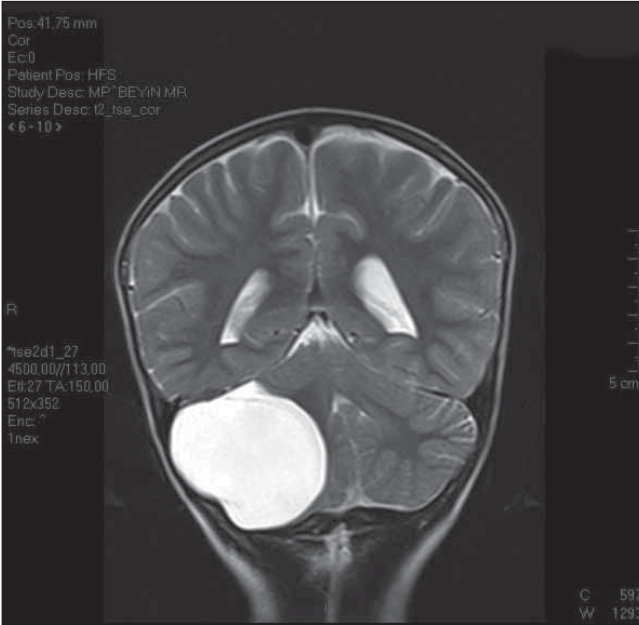
Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve difüzyon MRG'de 53x51x50 mm boyutlarında araknoid kist ile uyumlu lezyon görüldü (Şekil 1-3). Hastada bir şikayet olmasa da lezyonun anatomik yerleşmesi nedeniyle olası bir sensorinöral işitme kaybını ekarte etmek için odiyometri yapıldı ve işitme kaybı saptanmadı. Herhangi bir belirti olmadığından hasta taburcu edildi ve 3 aylık takipler önerildi. Takiplerde hasta bir kez tarafımızca görüldü ve şikayeti olmayan, nörolojik muayenesi normal olan hasta tekrar takibe alındı.



Şekil 1: T2 FLAIR aksiyal kranial manyetik rezonans görüntüleme; sağ serebellopontin sistemi tamamen dolduran, serebellar hemisfere ve 4. ventriküle bası yapan, orta hat yapılarında itilmeye sebep olmuş BOS ile izointens dev araknoid kist görülmektedir.



Şekil 3: Difüzyon ağırlıklı kranial manyetik rezonans görüntüleme; sağ serebellopontin açıda difüzyon sınırlaması göstermeyen bir dev araknoid kist görülmektedir.



Şekil 2: T2 ağırlıklı koronal kranial manyetik rezonans görüntüleme; sağ serebellopontin köşede serebellar hemisfere ve 4. ventriküle bası yapan, orta hat yapılarında itilmeye sebep olmuş BOS ile izointens dev araknoid kist görülmektedir.

TARTIŞMA

Posterior fossa araknoid kistleri ilk kez 1889 yılında Maunsell tarafından bildirilmiştir (7). Etiyolojisiyle ilgili hipotezler arasında konjenital malformasyonlar, travma, enfeksiyon, intra-

ventriküler basınç artışı ve bir embriyonel kalıntı olabileceği düşünceleri vardır fakat tam mekanizma açık değildir (9). Ayrıcı tanı içinde Dandy-Walker malformasyonu, mega cisterna magna, pilositik astrositom, hemanjiyoblastom, dermoid ve epidermoid kistler bulunur (2).

BT ve MRG ile kolayca tanı konabilir. Araknoid kistler kesin sınırlara sahip ve BOS ile aynı sinyal ve dansite özellikleri gösteren benign lezyonlardır. Kalsifikasyon içermezler ve BT ve MRG'de kontrast tutmazlar.

Araknoid kistlerin difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme hipointens bir sinyali vardır (1). En sık olarak epidermoid kistlerle karıştırılırlar. Flair dizisinin araknoid kistleri epidermoid kistlerden ayırmakta diğer dizilere üstün olduğu gösterilmiştir (4).

BT'nin yaygın olarak kullanımıyla asemptomatik kistlerin varlığı dikkat çekmeye başlamıştır. Bu asemptomatik kistlerin çoğu yetişkinlerde görülmüştür ama pediyatrik yaş grubundaki kistlerin yaklaşık %75'i semptomatiktir (12). Literatürün tersine olgumuz pediyatrik yaş grubundaydı ama dev posterior fossa araknoid kisti herhangi bir belirtiye neden olmuyordu. Posterior fossa araknoid kistleri 4.ventrikül basısı ile hidrocefali ve çevredeki dokulara bası nedeniyle ataksi, baş ağrısı, baş dönmesi, tinnitus ve işitme kaybı gibi klinik belirtilere yol açabilir (2).

Araknoid kistler herhangi bir belirtiye veya ventrikülomegaliye neden oluyorsa ve progresif büyüme göstermiyorsa klinik ve radyolojik olarak izlenebilir. Spontan gerileme çok nadiren bildirilmiştir (13). Semptomatik araknoid kistler için

ideal tedavi cerrahidir. Tercih edilen teknikler arasında açık cerrahi, stereotaktik veya endoskopik kist fenestrasyonu, kistin tamamen çıkarılması ve kistoperitoneal şant işlemi bulunur. Ancak kistlerin beyin kökü ve kraniyal sinire yakınlığı, kist duvarlarının bu yapılara tutunması ve kistin aniden boşaltılmasının neden olacağı beyin kökü yer değiştirmesi özellikle serebellopontin köşedeki dev araknoid kistlerin cerrahisinde yüksek mortalite ve morbidite oranlarına neden olabilir (10). Little ve ark. posterior fossa kisti için ameliyat edilen 20 hastada %20 mortalite oranı bildirmiştir (5).

SONUÇ

Asemptomatik büyük posterior fossa araknoid kistleri olan hastalar düzenli klinik ve radyolojik kontrol altında tutulmalıdır. Kistler giderek büyüyüp nörolojik bozukluklara yol açmadıkça cerrahiden kaçınılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Alkilic-Genauzeau I, Boukobza M, Lot G, George B, Merland JJ: CT and MRI features of arachnoid cyst of the petrous apex: Report of 3 cases. *J Radiol* 88: 1179-1183, 2007
2. Erdinçler P, Kaynar MY, Bozkus H, Ciplak N: Posterior fossa arachnoid cysts. *British Journal of Neurosurgery* 13(1):10-17, 1999
3. Haberkamp TJ, Monsell EM, House WF, Levine SC, Piazza L: Diagnosis and treatment of arachnoid cysts of the posterior fossa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 103(4):610-614, 1990
4. Hakyemez B, Yıldız H, Ergin N, Uysal S, Parlak M: Epidermoid kistlerin araknoid kistlerden ayrımında FLAIR ve difüzyon ağırlıklı MRG bulguları. *Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Derneği* 9:418- 426, 2003
5. Little JR, Gomez MR, MacCarty CS: Infratentorial arachnoid cysts. *J Neurosurg* 39(3):380-386, 1973
6. Lu KC, Chao CC, Wang TL, Chong CF, Chen CC: A differential diagnosis in postural headache: Herniation of a giant posterior fossa arachnoid cyst. *Am J Emerg Med* 26(2):247.e1-3, 2008
7. Maunsell HW: Subtentorial hydatid tumour removed by trephining; recovery. *NZ Med J* 2: 151-156, 1889
8. Pradilla G, Jallo G: Arachnoid cysts: Case series and review of the literature. *Neurosurg Focus* 22(2):E7, 2007
9. Rengachary SS, Watanabe I, Brackett CE: Pathogenesis of intracranial arachnoid cysts. *Surg Neural* 9(2):139-144, 1978
10. Samii M, Carvalho GA, Schuhmann MU, Matthies C: Arachnoid cysts of the posterior fossa. *Surg Neurol* 51: 376-382, 1999
11. Schuknecht HF, Gao YZ: Arachnoid cyst in the internal auditory canal. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 92(6):535-541, 1983
12. Spansdahl T, Solheim O: Quality of life in adult patients with primary intracranial arachnoid cysts. *Acta Neurochir (Wien)* 149(10):1025-1032, 2007
13. Weber R, Voit T, Lumenta C, Lenard HG: Spontaneous regression of a temporal arachnoid cyst. *Child's Nerv Syst* 7(7):414-415, 1991