

## OLGU SUNUMU

# Kauda Ekina Sinir Kılıfı Tümörlerinde Subaraknoid Ve Subdural Kanama

## Subarachnoidal and Subdural Hemorrhage in Nerve Sheath Tumors of Cauda Equina

KAYHAN KUZAYLI, FADIL AKTÜRK, ERAY SÖYLEV, AYDIN PEKİNCE

K.T.Ü. Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Trabzon

**Özet:** Bu makalede omurga kanalında subaraknoid ve subdural kanamaya yol açan kauda ekina yerleşimli iki nörolemmoma olgusu sunulmuştur. Nadir görülen bu özellikler, literatür taramasıyla gözden geçirilmiş ve konu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kauda ekina, nörolemmoma, subaraknoid kanama, subdural kanama

**Summary:** Two cases of the cauda equina neurilemmoma causing spinal subarachnoid and subdural haemorrhage are presented. These rare entities are discussed with a review of the literature.

**Key words:** Cauda equina, neurilemmoma, subarachnoid haemorrhage, subdural haemorrhage

### GİRİŞ

Kauda ekina bölgesindeki sinir kılıfından kaynaklanan tümörler birkaç farklı şekilde klinik bulgu verebilirler (9). Bunlar, radikülopati veya poliradikülopati (4,6,7), omurga kemik değişiklikleri (1), normal basınçlı hidrosefali (9), proktaljiya fugaks ve rektal nöraljidir (5). Bu tümörlerin omurga kanalında subaraknoid ve subdural kanamayla ortaya çıkması son derece nadirdir (2,3,5).

Paraparezi ve radikülopati bulgularıyla başvuran, radyolojik ve cerrahi bulgularla tümör içi kanama, omurga kanalında subaraknoid ve subdural kanama saptanan iki nörolemmoma olgusunun birinde radyolojik ve cerrahi anatomik seviyeler arasında literatürde de nadir görüldüğü bildirilen farklılık mevcuttu (2,4,7).

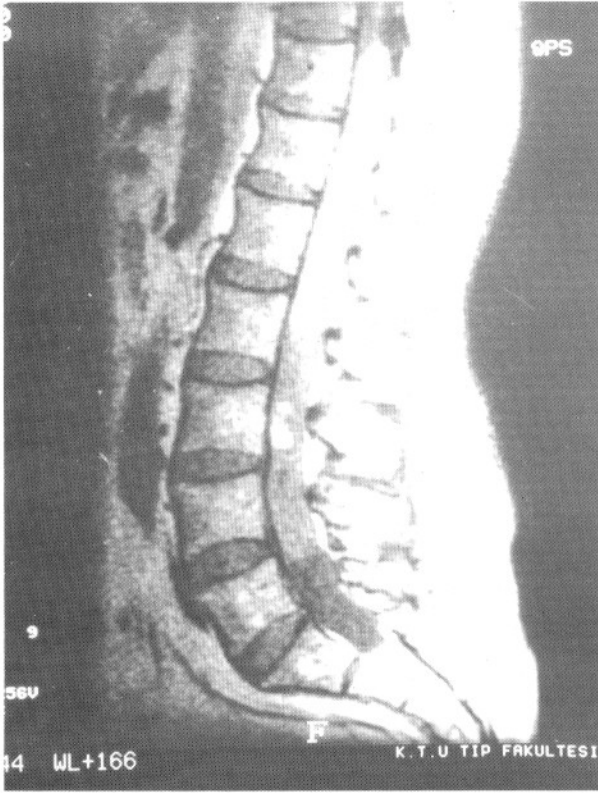
### OLGU SUNUMLARI

Olgu 1. 53 yaşında erkek hasta kliniğimize şiddetli bel ağrısı, sağ ayağında güçsüzlük ve idrar-

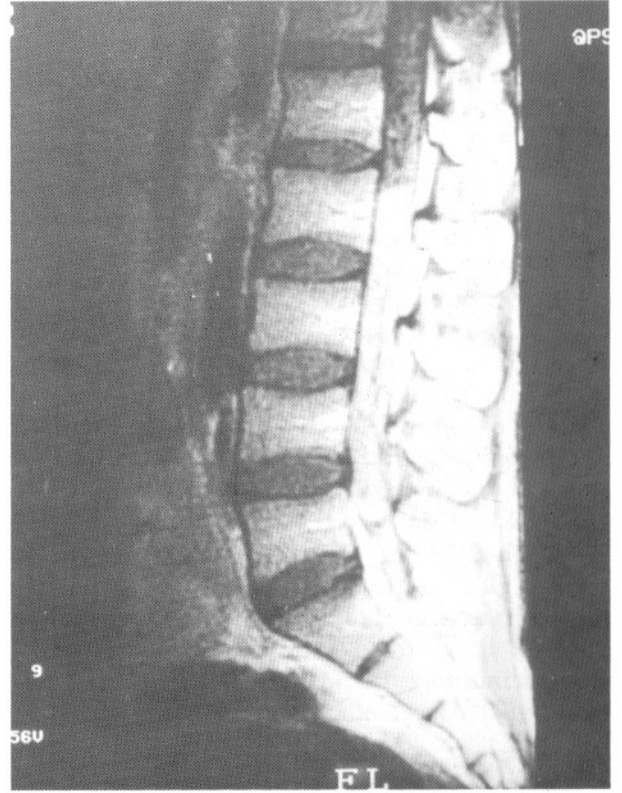
dışkı kaçırma nedeniyle müracaat etti. Hastanın sistemik muayenesi normaldi. Nörolojik muayenede sağ ayak dorsal fleksiyonda kuvvet kaybı (3/5), sağ lomber ve sakral dermatomlarda hipoestezi, sağ patella ve aşıl reflekslerinde kayıp, sfinkter tonusu azalması tespit edildi. Sağda belirgin olmak üzere her iki bacakta Lasegue testi 40 derecede müsbetti.

Torakolomber manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T12-L5 seviyeleri arasında subaraknoid, subdural ve tümör içi kanamaya ait yoğunluk farklılıkları izlendi (Şekil 1).

Hastaya L3-4 tam laminektomi yapıldı, dura açıldığında subdural mesafede yer yer küçük hematomlar izlendi, araknoid açıldığında açık kanlı ve basınçlı beyin omurilik sıvısı (BOS) boşaldı. Kauda ekina lifleri arasında 53x36x28 mm boyutlarında yer yer koyu kirli-kırmızı tümör dokusu ile karşılaşıldı. Kapsüllü tümör sağ tarafta "redundant" sinir köküyle ilişkiliydi. Tümörün histopatolojik tanısı nörolemmoma olarak geldi.



Şekil 1: Sagittal MRG' de alt torakal bölgede posterior yerleşimde subdural hematoma, L2-4 kanama ile uyumlu yoğunluk artışı ve L3 omurga seviyesinde muhtemelen tümör içi kanama alanı izlenmektedir.



Şekil 2: Sagittal MRG' de ikinci lomber omurga seviyesinde yerleşen kanama ile uyumlu hiperintens lezyon, ayrıca kanalın içini dolduran subaraknoid ve özellikle L5 omurga seviyesinden itibaren subdural hematoma'ya ait yoğunluk artışı izlenmektedir.

Olgu 2. 21 yaşında erkek hasta bacaklarında güçsüzlük, idrar yapmada zorluk ve bacak kaslarının zayıflaması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Muayenesinde distalde hakim paraparezi (3/5), L2-S3 dermatomlarında hipoestezi, her iki patella, aşıl ve kremaster refleksinin kaybı ile anal sfinkter tonusunda azalma tespit edildi.

Torakal, lomber ve sakral kemik grafileri normaldi. MRG' de L5-S1 seviyesinde subdural kanama, L1-2 seviyesinin altında subaraknoid kanamaya bağlı dansite değişikliği görüldü (Şekil 2).

Hastaya L2-3 tam, L1-4 kısmi laminektomi yapıldı, epidural mesafede kanama yoktu, dura açıldığında subdural mesafede yerleşen hematoma'larla karşılaşıldı. Araknoid açıldığında basınçlı kanlı BOS boşaldı. L2-3 seviyesinde sinir kökleri arasında yerleşmiş koyu kahverenkli, ince kapsüllü, altında kanama alanlarının izlendiği tümör ultrasonik aspiratör yardımıyla tam olarak çıkartıldı. Histopatolojik tanı nörolemmoma olarak bildirildi.

## TARTIŞMA

Omurilik tümörlerine bağlı subaraknoid kanama ilk kez Andre-Thomas tarafından tanımlanmıştır (2). Tümör içi kanamalar epandimoma, nörolemmoma, daha az sıklıkla astrositoma, meningioma, meningeal sarkomada görülür (2). Omurga kanalında subaraknoid kanamanın (SAK) diğer nedenleri arasında en sık omurilik travması, damarsal malformasyonlar ile kan diskrazileri, sistemik lupus eritematozis, poliarteritis nodoza, lösemi, pseudoksantoma elastikum gelir (2,9).

Omurilik tümörlerindeki kanama tümörün kırılğan, aşırı damarlı stromasının hızlı büyümesi, kanlanmasındaki değişiklikler ve fiziki gerilmelerin yol açtığı basınç artışına bağlanmıştır (2). Klinik bulgular ilk kez Fischer tarafından tanımlanmış olup genel insidansı %0,5-1,5 arasındadır (2). Küçük kanamalar geçici hafif semptomlar oluştururken yoğun kanamalar klasik SAK kliniğine neden olurlar (9).

Olgularımızda tümör içi kanamaya bağlı gelişen SAK tanısı radyolojik olarak koyulmuş, laboratuvar ve cerrahi bulgularla da teyit edilmiştir. Buna karşılık her iki olguda SAK kliniğine ait şikayet ya da bulgu saptanamamıştır. Bu, tümörün kitle etkisinin yarattığı tam blok sonucu kanlı BOS' un üst seviyelere geçememesine bağlanmıştır.

Omurga kanalında subdural hematoma (SDH) ilk kez 1948 yılında Fischer tarafından tanımlanmıştır (2). Omurga kanalında SAK'a oranla daha nadirdir. Nedenleri arasında lomber ponksiyon (3,10), travma (1,13), antikoagülan tedavi (11), SAK'nın subdural mesafeye açılması (8,9,12) sayılabilir. Omurilik tümörü kaynaklı SDH son derece nadirdir, literatür taramasında 4 olgu bildirimine rastlanılmıştır (3,11). Genellikle küçük boyutlarda birkaç seviyede yerleşebilir. Bu yerleşimler tümöre yakın alanlarda olduğu gibi uzağında da görülebilir. Genellikle radyoloji ve cerrahide akut dönemde saptanmalarına karşılık literatürde kronik formda bir olgu bildirimine de rastlanmıştır (11). Olgularımızda görülen SDH' lar tümör içi kanama sonucu meydana gelmiştir.

Kanamaya özgü klinik bulgular, tümörün kitle etkisine bağlı nörolojik bulgulardan ayırt edilemeyebilir. Ayrıca tümör içi kanama sonucu tümör hacmindeki artışa bağlı yeni gelişen bulgulardan ayırt edilmeleri zor olabilir. Olgularımızda SAK ve SDH arasındaki ayırım ve tanı MRG ile yapılmıştır. SDH' lar mevcut klinik ya da ilave nörolojik bulgulardan dolayı genellikle akut dönemde saptanır (9,11).

Bu bölgedeki tümörlerin radyolojik ve cerrahi anatomik seviyeleri arasında farklılık olduğu bilinmektedir (10). Bu, tümörün vücudun fleksiyonu ile hareketlenmesine bağlanmıştır; böylece bir veya iki omurga mesafesi kadar farklılık oluşabilir (2,10).

MRG her ne kadar lezyonu, kanamaları ve BOS yoğunluğu değişikliklerini gösterebilmekteyse de (3,9), tümör yerleşiminin ve türünün saptanmasında, özellikle SAK, SDH ve tümör içi kanama varlığında yetersiz kalabilir. Sagittal MRG kesitleri çeşitli kanamalar nedeniyle tümörün sahip olduğundan daha farklı boyutlarda görünmesine yol açmıştır.

Sonuç olarak kauda ekina ve konus medullaris yerleşimindeki sinir kılıfı kaynaklı tümörler tümör içi kanamaya bağlı SAK ve SDH' lara yol açabilir. SAK'nın gelişmesine karşılık BOS blok seviyesinin

üstüne ulaşamaz ise klasik SAK izlenmeyeceği, ayrıca SDH ve SAK'nın klinik bulgularda artışa yol açmasa da radyolojik yoğunluk farklılıkları oluşturarak tümörün tanısını ve seviye saptanmasını zorlaştıracağı kanısındayız. Bu tümörlerin cerrahi sırasında hastanın durumuyla hareketlenerek radyolojik ve cerrahi anatomik bulgular arasında farklılık oluşturabileceğinin unutulmaması gerektiği kanaatindeyiz.

**Yazışma adresi:** Kayhan Kuzeyli  
K.T.Ü. Tıp Fakültesi,  
Nöroşirürji Anabilim Dalı  
61080, Trabzon

### KAYNAKLAR

1. Bhaita S, Khosla A, Dhir R, Bhaita R, Banerji AKG: Lumbosacral nerve sheath tumors. Surg Neurol 37:118-122,1992
2. Bruni P, Esposito S, Oddi G, Hernandez R, Martinez F, Patricola A: Subarachnoid hemorrhage from multiple neurofibromas of the cauda equina. Neurosurgery 28:910-913,1991
3. Calhoun JM, Boop F: Spontaneous spinal subdural hematoma: Case report and review of the literature. Neurosurgery 29:133-134,1994
4. Cervoni L, Celli P, Scarpinati M, Cantore G: Neurinomas of the cauda equina clinical analysis of 40 surgical cases. Acta Neurochir (Wien) 127:190-202,1994
5. Kornel EE, Ulahakos D: Intraspinal schwannoma presenting solely with rectal pain. Neurosurgery 22:417-419,1988
6. Nayernouri T: Neurilemmomas of the cauda equina presenting as prolapsed lumbar intervertebral disks. Surg Neurol 23:187-188,1985
7. Shikata J, Yamamuro T, Lida H, Yasudo T, Shimizu K: Multiple neurilemmoma of the cauda equina. A case report. J Neurosurg Sci 35:173-175,1991
8. Smith RA: Spinal subdural hematoma, neurilemmoma and acute transvers myelopathy. Surg Neurol 23:367-370,1985
9. Swann KW, Ropper AH, New PFJ, Poletti CE: Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage and subdural hematoma. Report of two cases. J Neurosurg 61:975-980,1984
10. Tavy TLJ, Kuiters RRF, Koster PA, Hekster REM: Elusive tumor of the cauda equina J Neurosurg 66:131-133,1987
11. Toledo E, Shalit MN, Segal R: Spinal subdural hematoma associated with anticoagulant therapy in a patient with spinal meningioma. Neurosurgery 8:600-603,1981
12. Vazquez-Barquero A, Pascual J, Quintana F, Figols J, Izquierdo JM: Cervical schwannoma presenting as a spinal subdural hematoma. Br J Neurosurg 8:739-741,1994
13. Zilhka A, Nicoletti JM: Acute spinal subdural hematoma J Neurosurg 41:627-630,1974