

Olgu Sunumu

Kemik İçi Büyüyen Dev Sakral Schwannoma: Olgu Sunumu

Intraosseous Giant Sacral Schwannoma: Case Report

Ozan GANIÜSMEN¹, Serdar COŞKUN², Ali SAMANCIOĞLU³, Aysun KAR⁴

¹Şifa Üniversitesi, Nöroşirüri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Isparta Devlet Hastanesi, Nöroşirüri Kliniği, Isparta, Türkiye

³Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Nöroşirüri Kliniği, İzmir, Türkiye

⁴Şifa Üniversitesi, Anestezi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

İntraosseöz sakral schwannoma olguları nadir olup, bölgenin sık görülen diğer lezyonları ile karışabilirler. Bu tür tümörler yavaş büyümeleri nedeni ile geç bulgu vermektedir. Üç aydır bel ağrısına maruz kalan bir hastanın lumbosakral manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) 4x3 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Kitle sakrum içinde olup schwannoma özellikli idi. Paraspinal yayılımı ve nöral geniş invazyonu olmayan kitle posterior cerrahi girişimle total olarak çıkarıldı ve patolojisi schwannoma olarak geldi. Hasta problemsiz ve nörolojik defisitsiz taburcu edildi. Bu tür olgularda MRG erken tanı aracı olup total çıkarım ve minimal hasar öncelikli amaçtır. Tümör ne kadar erken tespit edilirse sonuç o kadar iyi olur.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Dev spinal schwannoma, Kemik içi schwannoma, Sakral schwannoma, Vertebra

ABSTRACT

Rare giant sacral schwannomas may be confused with other region tumors. Our case contains significant similarities with intraosseous sacral schwannoma as a rare tumor itself. These kinds of tumors give late symptoms because of their slow growth. A patient who had been suffering from low back pain for the last three months was found to have a 4x3 cm mass with lumbosacral magnetic resonance imaging (MRI). The mass in the sacrum was a schwannoma. This mass did not show paraspinal extension or wide neural invasion, and was removed totally with the posterior surgical approach and the pathology diagnosis was schwannoma. This patient was discharged without any problems or neurological deficits. In such cases, MRI is an early diagnostic test and total removal and minimal harm are the primary aims. If the tumor is detected sooner, better results can be obtained.

KEYWORDS: Giant spinal schwannoma, Intraosseous schwannoma, Sacral schwannoma, Vertebra

■ GİRİŞ

Sıklıkla genç ve orta yaş grubunda görülen schwannoma genelde uzuvlarda ve üst toraksta duyuşal sinir köklerinde ki "Schwan" hücrelerinden kaynaklanan iyi huylu tümördür. Omurga ekseninde yerleşen intraspinal schwannomaların % 1-5'i sakrumda bulunur (2). Dev spinal schwannomaların ise büyük çoğunluğu köklerin hareket kolaylığı ve geniş intradural boşluk nedeni ile lomber ve sakral bölgededir (5). Yavaş büyüyen tümörler olmaları nedeni ile ağrı ve nörolojik bulgular geç ortaya çıkar. Malign değişiklikleri nadir olup Von Recklinghausen hastalığı varlığında olabilir (4). İntraosseöz (kemik içi) schwannoma ise nadir benign neoplazi olup esas olarak kemikte periosttaki sinir dallarından veya besleyici damarlardan köken alır (10). Kemik içi schwannomalar kemik içinde ortaya çıkıp bu şekliyle en sık mandibula ve sakrumda görülen nadir tümörlerdir (10). Her iki tümörde de cerrahi yaklaşımın seçi-

yüyen tümörler olmaları nedeni ile ağrı ve nörolojik bulgular geç ortaya çıkar. Malign değişiklikleri nadir olup Von Recklinghausen hastalığı varlığında olabilir (4). İntraosseöz (kemik içi) schwannoma ise nadir benign neoplazi olup esas olarak kemikte periosttaki sinir dallarından veya besleyici damarlardan köken alır (10). Kemik içi schwannomalar kemik içinde ortaya çıkıp bu şekliyle en sık mandibula ve sakrumda görülen nadir tümörlerdir (10). Her iki tümörde de cerrahi yaklaşımın seçi-



Yazışma adresi: Ozan GANIÜSMEN

E-posta: ganiusmen@hotmail.com

mi sakral yıkımın miktarına, pelvis içi genişlemeye, sakroiliak eklem tutuluşuna göre değişebilmektedir (4). Literatürde nadir görülen dev sakral schwannoma olgumuzda kendisi gibi az görülen kemik içi schwannomayı taklid eder şekilde saptanmış ve bu nadir özellikleri nedeni ile paylaşılmıştır.

■ OLGU SUNUMU

Otuz beş yaşında erkek hasta sadece 3 aylık bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Nörolojik ve fizik incelemede başka bulgu saptanmadı. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikinde T1 ağırlıklı serilerde hipointens, T2 ağırlıklı serilerde hiperintens sakral kitle tespit edildi (Şekil 1A,B). Tümör sakrum içine büyümekte olup yaklaşık 4x3 cm boyutlarında idi (Şekil 2). Presakral bölgeye taşma yoktu. Tümör lomber ve sakral laminektomi ile S1 forameni geniş dekompresyonu sonrası

etraf kemik dokudan kolayca sıyrılarak ve S1 kökü tümörün her iki ucu bulunup bağlandıktan sonra kesilerek tümüyle çıkarıldı (Şekil 3). Operasyon sonrası sol ayak başparmağında tabana yayılan hipoestezi dışında başka bir kayıp olmadı. Tümörün histopatolojik tanısı schwannoma olarak geldi (Şekil 6). Hasta hiçbir nörolojik kaybı olmadan taburcu edildi. Operasyon sonrası birinci ayda kontrol MRG tetkiki yapılan hastada kalıntı tümör görüntüsü saptanmadı (Şekil 4, 5).

■ TARTIŞMA

Sakrumdan kaynaklanan kötü huylu tümörlerden kordoma, kondrosarkom, metastatik lezyonlar, iyi huylu lezyonlardan anevrizmal kemik kisti, osteoblastom, dev hücreli tümör sıklıkla görülebilirken (2,13) kemik içi schwannoma ise oldukça nadirdir (9). Dev spinal schwannomalarda lumbosakral bel



Şekil 1: Olgunun preoperatif manyetik rezonans görüntüleri **A)** T2 ağırlıklı sagittal, **B)** T1 ağırlıklı kontrastlı aksiyel kesitler.



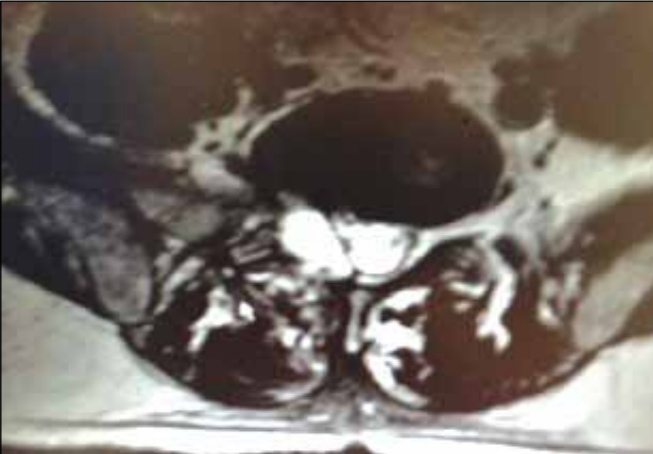
Şekil 2: Tümörün çıkarıldıktan sonraki görüntüsü.



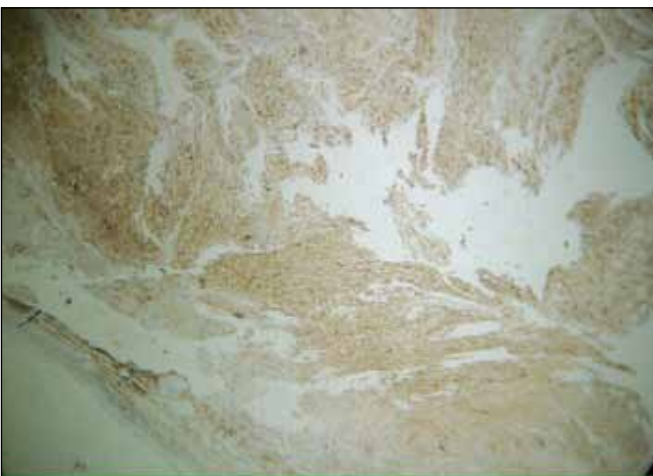
Şekil 3: Cerrahi yaklaşımın çizimi.



Şekil 4: Olgunun postoperatif sagittal MR görüntüsü.



Şekil 5: Olgunun postoperatif aksiyel MR görüntüsü.



Şekil 6: Olgunun histopatolojik görüntüsü (boyama yöntemi S100, mikroskopik magnifikasyon x100).

ağrısı radikülopati ile birlikte veya radikülopati olmaksızın en sık rastlanan klinik bulgudur (3,11). Bu tümörlerde genişleme dambıl şekilli paravertebral büyüme veya vertebra gövdesine invazyonla büyüme şeklinde olup Sridhar ve ark. (12) bu tümörleri dambıl tümörler ve invaziv tümörler şeklinde sınıflamışlardır. Sakral kanal tutulumu spinal yapılarla ilişkili olduğu için ağrı oluşumu yüksektir. Hastalıkta cins farkı yoktur. Tümör erken tespit edilirse cerrahi çıkartım daha kolay olur. Bilgisayarlı tomografi kemik tutulumunu göstermekle birlikte MRG daha yararlı görülmektedir. MRG'deki periton arkası iyi sınırlı kılıflı kitle içindeki kistik nekrotik alanlar karakteristiktir. MRG'deki tümörün sakrum içi, pelvis içi, dura içi, dura dışı görünümü; komşu yapılarla ilişkileri ve dolaylı olarak sinir basısını gösterir (7,8). Birden fazla cerrahi girişim alternatifi mevcuttur (1). Posterior girişim veya kombine anterolateral-posterior girişim uygulanabilir. Kagaya ve ark. kauda ekuina tutulumu gösteren 35 dev schwannoma olgusu saptamış ve bunların cerrahilerinin yüksek yüzde ile ağır nörolojik defisitlerle sonuçlandığını bildirmişlerdir (6). Buna karşın Sridhar ve ark. (4,12) kendi olgularında tümör nöral yapı ilişkisine bağlı olarak radikal çıkartıma rağmen nörolojik kaybın olmayabileceğini, fonksiyonları korumanın mümkün olabileceğini saptamışlardır. Pelvis içi yayılım daha büyük cerrahi gereksinimi ve daha büyük komplikasyon tehlikesini oluşturur. Yalnız sakral amputasyon bile mesane ve bağırsak işlev bozukluğu, ileri kanama yapabilirken motor zayıflık da görülebilir. Bazı geniş rezeksiyonlarda instabiliteye bağlı olarak stabilizasyon gerekebilir. Kagaya ve ark. (6) 33 olgunun 11'inde stabilizasyon uygulamışlardır. Sakrumun kompleks yapısı cerrahide zorluklar oluşturabilir. Genel tecrübe sakral harabiyet, pelvis içi tutulum, sakroiliak eklem tutuluğu ve nöral yayılım cerrahi kararı etkiler şeklindedir (1). Tümör erken tespit edilirse cerrahi çıkartımı daha kolay olur. Hedef en az cerrahi girişimle tümüyle çıkartım ve en az hasardır.

■ SONUÇ

Dev sakral schwannomalar oldukça nadir tümörler olup bu bölge tümörleri ile karışabilir. Hatta bizim olgumuzda olduğu şekilde nadir görülen sakral kemik içi schwannoma ile de benzerlik gösterebilir. Bu olgularda ameliyat öncesi MRG oldukça fikir vericidir. Tümörün yayılım ve tespit zamanı prognoz ve cerrahi kararda etkilidir.

■ KAYNAKLAR

1. Abernathey CD, Onofrio BM, Scheithauer B, Pairolero PC, Shives TC: Surgical management of giant sacral schwannomas. J Neurosurg 65(3):286-295,1986
2. Chandhanayingyong C, Asavamongkolkul A, Lektrakul N, Muangsomboon S: The management of sacral schwannoma: Report of four cases and review of literature. Sarcoma 2008:845132, 2008
3. Dominguez RD, Lobato A, Ramos J, Rivas JP, Gómez A, Castro S: Giant intrasacral schwannomas: Report of six cases. Acta Neurochir 139(10): 954-960, 1997
4. Erica J, Patocskai, MD, Tabatabaian M, Meirion J, Thomas MS: Cellular schwannoma: A rare presacral tumour. Can J Surg 45(2): 141-144, 2002

5. Güzey KF, Baş S, Emel E, Nezir Ö, Güzey D, Sel B, Alataş İ: Planning of surgical management of giant spinal schwannomas. *Turk Neurosurg* 16(3):139-144, 2006
6. Kagaya H, Abe E, Sato K, Shimada Y, Kimura A: Giant cauda equina schwannoma. A case report. *Spine* 25: 268-272, 2000
7. Karabulut Z, Besim H, Hamamcı O, Bostanoğlu S, Erverdi N, Korkmaz A: Sakral schwannoma: Olgu sunumu. *Türk Nöroşir Derg* 12(3):247-250, 2002
8. Kono K, Inoue Y, Nakamura H, Shakudo M, Nakayama K: MR imaging of a case of a dumbbell spinal schwannoma with intramedullary and intradural-extramedullary components. *Neuroradiology* 43: 864-867, 2001
9. Lakshmi K, Santhanam R, Menezes GA: A rare case of intraosseous sacral schwannoma. *J Pharm Biomed Sci* 26(26): 311-314, 2013
10. Özkan İ, Tetik C, Ekşioğlu F, Sepici B: Kemikte schwannoma: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Acta Orthop Traumatol Turcica* 30(4):430-432, 1996
11. Piera JB, Durand J, Pannier S, Guiot G, Grossiord A: 10 cases of giant lumbosacral neurinoma. *Ann Med Intern* 126(5):316-330, 1975
12. Sridhar K, Ramamurthi R, Vasudevan MC, Ramamurthi B: Giant invasive spinal schwannomas: Definition and surgical management. *J Neurosurg Spine* 2:210-215, 2001
13. Turner ML, Mulhern CB, Dalinka MK: Lesions of the sacrum. Differential diagnosis and radiological evaluation. *J Am Med Assoc* 245(3):275-277, 1981