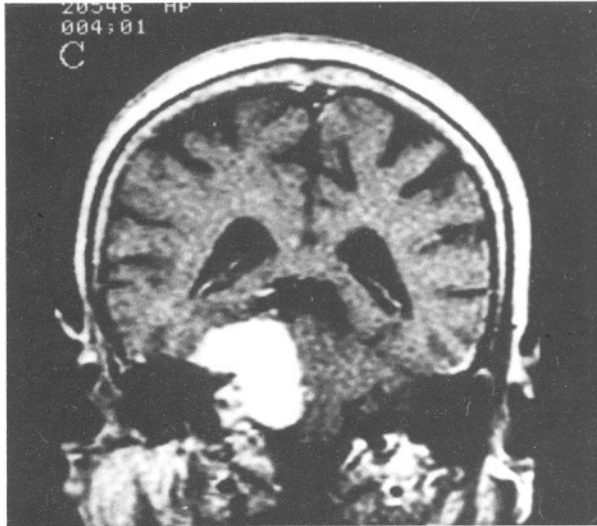
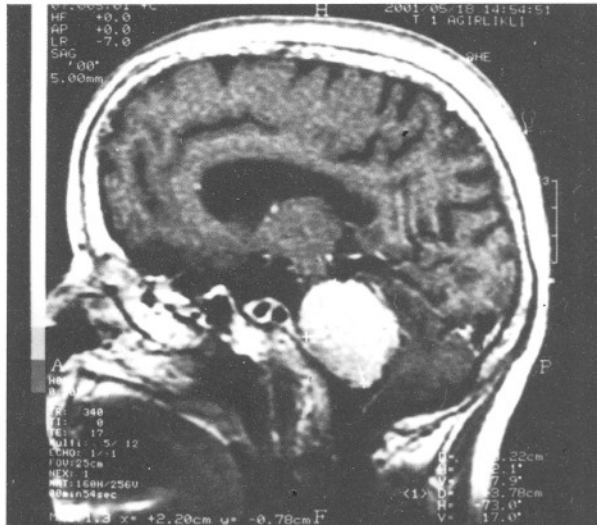


Nöroşirürjide Konsültasyonlar

79 yaşında kadın hasta yüzün sol tarafında 2 yıldır süren ve giderek şiddetini arttıran ağrı nedeniyle başvurdu. Bu nedenle aralıklarla bütün dişlerini çektirmesine rağmen özellikle son 1 aydır yemek yiyemediği genel bir halsizlik olduğu öğrenildi. Ağrı karakterinin keskin, şimşek çakar tarzda, ağız kenarından başlayıp sol şakak ve göz



a)



b)

kenarına doğru yayıldığı, birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar farklı sürelerde devam edebildiği ve bu nedenle spesifik bir ilaç kullanmadığı öğrenildi.

Hastanın özgeçmişinde 10 yıl önce sağ tarafında ani yüz felci olduğu, gözün açık kaldığı ve o zamandan itibaren 2 yıllık bir süreç içinde sağ kulağının hiç işitmez olduğu kaydedildi. Bütün bunlara rağmen herhangi bir tetkik yapılmadan sadece göz damlası ve basit ağrı kesiciler verilen hastanın;

Fizik muayenesinde sağ yüz kaslarında ciddi atrofi ve genel düşkünlük dışında özellik bulunamadı. Nörolojik muayenesinde; sağ periferik fasial paralizi, sağ trigeminal sinir 1. ve 2. dalın dağılım alanında hipoestezi, sol trigeminal sinir 1. ve 2. dalın dağılım alanında da hiperestezi saptandı. Başka bir nörolojik bulgu saptanmadı. Hastaya yapılan odigramda sağ sensorinöral tam işitme kaybı saptandı. Tomografi ve MR tetkikleri ekte sunulmuştur. Tedaviye yönelik önerileriniz nelerdir?

Etem Beşkonaklı, Yamaç Taşkın

Numune Hastanesi 1. Nöroşirürji kliniği, Ankara



c)



d)

Doç.Dr. Uğur TüreMarmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji
Anabilim Dalı

Bu olguda hastanın tedavisini planlarken en önemli etkenin hastanın yaşı ve genel durumu olduğunu düşünmekteyim. Nöroradyolojik tetkiklerle saptanan sağ petroz menenjiomun, sağ periferik fasial paralizisi ve isitme kaybına neden olduğu böyle bir olguda hastanın yaşı ve genel durumu uygun olduğunda radikal cerrahi ile tumorun çıkarılmasını önerebiliriz. Petroz menenjiomlar; petroklival menenjiomların aksine göreceli olarak daha rahat çıkarılabilen, düşük morbidite ve mortaliteye neden olan ve fasial sinirin genellikle korunabildiği tumorlardır. Bu olguda ise, hastanın yaşının çok ileri olması ve genel durumunun iyi olmaması bizi konservatif davranmaya yönlendirmektedir. On yıllık sağ fasial paralizisi hikayesi ve yüz kaslarının ileri derecede atrofik olması, fasial sinire yönelik girişim yapmamızı engellemektedir. Fakat hastanın göz kapagini kapatabilmesi için basit bir teknik olan göz kapagina altın plaka konulması mümkündür. Yaşı ve genel durumu uygun olan hastalarda daha ayrıntılı bir cerrahi girişim için Plastik Cerrahi konsültasyonu istenebilir.

Hastanın doktora başvurmasına neden olan sol trigeminal nevralji şikayeti için ise öncelikle medikal tedavi ve gerekirse perkutanöz girişimle RF termokoagülasyon tekniği uygulanabilir.

Sunulan olguda, öntanı olarak pontoserebellar köşe çıkışlı bir menenjiom veya akustik nörinom

düşünülebilir. Sunulan MRI ve CT kesitlerinde, internal akustik kanalın durumu, jugular bulbus, tümörün klivusla ilişkisi, temporal fossaya ekspansiyonu ve kavernoöz sinüs infiltrasyonu tam olarak görülememektedir. Bu nitelikler özellikle cerrahi rezeksiyonun planlanması açısından değer taşıyabilir.

Doç. Dr. Ali SavaşAnkara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı

Bu hasta, yaşının ileri olması, nörolojik defisit olarak sadece V. ve VII. Kranial sinirlerde disfonksiyon olması ve kontralateral yüz yarısında trigeminal nevraljisinin bulunması gibi nitelikleriyle, bir pontoserebellar köşe tümörü olgusu olarak özellik arz etmektedir. Ayrıca, sunumda tam olarak belirtilmemiş olmasına karşın hastanın genel dahili tablosunun ne olduğu ve genel anestezi alıp alamayacağı tedavisinin planlanmasında önem taşımaktadır.

Kanımca, eğer hastanın genel dahili tablosu genel anestezi alamayacak derecede bozuk ise, hastaya carbamazepine başlanabilir. Nevraljik ağrısı medikal tedaviye yanıt vermiyorsa, trigeminal ganglion radyofrekans rizotomisi hastaya ağrı açısından bir yarar sağlayabilir. Yine de, hastanın sağında fasial parezi ve kornea refleksi bozukluğu olduğu, sola yapılacak bir rizotominin bilateral kornea refleksi kaybına ve keratite yol açabileceği akılda tutulmalı; bu girişim bu özellik düşünülerek uygulanmalıdır.

Hasta eğer genel anestezi alabilecek durumdaysa, hasta ve yakınlarına riskler açıkça belirtildikten sonra, tümörün rezeksiyonu ve dekompresyonun önerilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Seçilecek yaklaşım bence bu hasta için paramedian suboksipital retrosigmoidal yaklaşımdır. Daha önce de belirttiğim gibi, cerrahi planlama temporal fossa ekspansiyonunun açıkça görütülenmesinde yarar vardır. Bununla birlikte, posterior petrozektomi ve kombine transtentorial yaklaşım daha geniş bir tümör ekspozisyonu sağlasa da, bu hasta için bu tip bir yaklaşımın daha riskli olacağını düşünüyorum. Tümör rezeksiyonunda ise, tümörün yavaş gelişim özelliğinin ve hastanın yaşının göz önünde bulundurulması, temel olarak dekompresyonun amaçlanması, özellikle tümörün beyin sapı ve vasküler yapılardan diseksiyonunun güç olduğu bölgelerde radikal eksizyona gidilmemesi, daha ileri morbiditeden kaçınılması gerekmektedir.

Yrd Doç Dr Selçuk Peker

Marmara Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü

Hastanın hikayesinden yüzde ağrı şikayetinin sol tarafta olduğu, tetkik amacı ile çekilen CT ve MR'da ise sağ petroklival yerleşimli bir ekstraaksiyel kitle bulunduğu görülmektedir. Yani hastanın yüz ağrısının nedeni bu kitle değildir.

Bu nedenle tedavide neler yapılabileceğini iki kısımda incelemek uygun olur.

• Trigeminal Nevralji tedavisi

Hastanın hikayesi tipik trigeminal nevralljiyi tarif etmektedir. Tipik trigeminal nevrallji tedavisinde ilk seçenek medikal tedavi olmalıdır. Karbamazepin, difenilhidantoin, baklofen ve son zamanlarda kullanıma giren gabapentin bu amaçla kullanılabilir. Medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda ise mikrovasküler dekompresyon ve perkütan yöntemlerle hastaya yardımcı olunabilir. Bu hastanın son 1 aydır yemek yiyemeyecek düzeyde ağrısının olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle de halsizlik ve genel düşüklük olduğu göz önüne alınacak olursa, ağrıların çok şiddetli ve sık aralıklı olarak geldiği ortaya çıkmaktadır. Bu kadar şiddetli rahatsızlık verecek TGN'de ve 79 yaşında bir hastada medikal tedaviye başlayıp ilaç doz ayarlamaları ile zaman kaybetmek çok uygun görülmemektedir. Hastanın biran önce ağrısının geçirilip normal beslenebilir hale gelmesi gerekir. Mikrovasküler dekompresyon başarı oranı çok yüksek bir tedavi yöntemidir (1). Ama ileri yaştaki ve genel düşüklüğü olan bir hastada morbidite ve mortaliteye neden olabileceği için uygun olmadığını düşünüyorum. Gamma Knife radyocerrahisi son yıllarda giderek artan sayıda TGN'li hastada kullanılmaktadır (2). Ancak etkisini ortalama 2-3 ayda göstereceği için bu olguda iyi bir seçim olmadığını düşünüyorum. Benim önerim RF trigeminal rizotomi veya Gliserol rizolizis ile ağrının biran önce geçirilmesidir. Her iki teknik de akut ağrı giderilmesinde çok etkindir (3,4). Her ikisinin avantaj ve dezavantajları hastaya anlatılarak hangisinin yapılacağına karar verilmelidir.

• Tümör tedavisi

Hastanın CT ve MR tetkikleri incelendiğinde sağ petroklival ekstraaksiyel bir tümör olduğu görülmektedir. Muhtemelen bu bir meningiomdur. Meningiomların temel tedavisi cerrahidir. Amaç total eksizyon olmalıdır. Hastanın hikayesinden, bu tümöre bağlı olduğunu düşündüğüm şikayet ve bulguların çok uzun süredir mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Yani

tümörün büyüme hızı düşüktür. Bu yaş grubunda ve düşükün bir hastada tümör eksizyonunun mortalite ve morbiditesi de normalden yüksek olacaktır. Bu nedenle cerrahiden uzaklaşıyorum.

Radyocerrahi meningiomlarda yaklaşık %90-95 civarında bir tümör büyüme kontrolü sağlamaktadır (5). Ancak radyocerrahi (Gamma Knife veya LINAC) için tümör boyutlarının büyük olduğu görülmektedir (Tahmini boyutları:).

Benim önerim şu anda herhangi bir girişimde bulunmamak ve 6 ayda bir CT veya MR ile takip etmek olacaktır.

Kaynaklar:

1. Barker FG, Jannetta PJ, Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD: The long term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. N Engl J Med 334: 1077-1083, 1996
2. Hakanson S: Trigeminal neuralgia treated by the injection of glycerol into the trigeminal cistern. Neurosurgery 9: 638-646, 1981
3. Kanpolat Y, Savaş A, Bekar A, Berk Ç: Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: 25 year experience with 1600 patients. Neurosurgery 48: 524-534, 2001
4. Young RF, Jacques DB, Mark R, Copcutt B, Li F: Gamma Knife radiosurgery for treatment of trigeminal neuralgia: Long term results. 2001 AANS Annual Meeting, Toronto, Canada
5. Subach BR, Lunsford LD, Kondziolka D, Maitz AH, Flickinger JC: Management of petroclival meningiomas by stereotactic radiosurgery. Neurosurgery 42: 437-445, 1998

Uygulanan Tedavi: CT ve MR görüntüleri nedeniyle kitlenin petroklival menenjiom olduğu düşünülmüştür. Sol yüz yarısındaki ağrı içinse Trigeminal Nevralji tanısı konmuştur. Hastaya yatışından itibaren tetkikleri yapılırken bir taraftan da Karbamazepin (Tegretol, Novartis, İstanbul) 3x200 mg başlanmış ve birkaç gün içinde ağrının tamamen kaybolduğu gözlenmiştir. Hastanın yaşı nedeniyle kitle büyümesi için hormonal aktif dönemin hızlı seyretmediği, nörolojik muayenede serebellar veya beyin sapı bulgularının olmadığı, cerrahi riskin bu yaş için önemli bir kriter olduğu gözönüne alınarak hastaya sadece karbamazepin verilerek radyolojik ve klinik takibe alınmıştır. Takip süresince trigeminal nevrallji atağı veya nörolojik tabloda bir değişme olmamıştır.