

Temporalis Kası Hemanjiyomu: Kısa Olgu Sunumu

Hemangioma of the Temporalis Muscle: A Short Case Report

ÖZ

Vasküler kaynaklı selim tümörlerden olan hemanjiyomların yaklaşık %1'den azı kas içinde görülür ve temporalis kasına lokalize intramüsküler hemanjiyomlar oldukça nadirdir. Bu yazıda baş ağrısı şikayeti nedeniyle farklı hekimler tarafından uzun süre tıbbi tedavi verilen ve yapılan ileri tetkiklerinde temporalis kasına lokalize hemanjiyom saptanan 21 yaşında bir bayan olgunun teşhis ve tedavi süreci sunulmaktadır. Temporalis kasına lokalize hemanjiyomlar çok nadir de olsa kronik baş ağrısı etiolojisinde rol oynayabilirler. Hikaye ve muayenede baş boyun bölgesinde lokal şişliğin tespiti durumunda ileri tetkiklerin yapılması, teşhis ve tedavinin gecikmesini önleyebilir. Cerrahi tedavi kesin tanının konulması ve semptomların giderilmesi açılarından öncelikli olarak değerlendirilmesi gereken tedavi yöntemidir. Özellikle kapillokavernöz tip hemanjiyomlar artmış lokal nüks riski açısından postoperatif dönemde yakın takip edilmelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Cerrahi tedavi, Hemanjiyom, Manyetik rezonans görüntüleme, Temporalis kası, İntramüsküler hemanjiyomlar

ABSTRACT

Less than 1% of hemangiomas, the benign tumors of vascular origin, occur within the skeletal muscles and intramuscular haemangiomas localized to temporalis muscle are exclusively rare. In this manuscript the diagnosis and treatment process of a 21 years old female patient who were previously given long term medical treatment for headache and later diagnosed as temporalis muscle hemangioma is presented. Although rarely encountered, hemangiomas localized to the temporalis muscle may play roles in the etiology of chronic headache. The application of advanced diagnostic methods after the detection of local swelling in the head and neck region in the history and physical examination can prevent the possible delays in the diagnosis and treatment process. For definite diagnosis and complete resolution of symptoms, surgery is the primary method of treatment that should be considered. Due to increased risk of local recurrence capillo cavernous type hemangiomas should be closely followed up in the postoperative period.

KEY WORDS: Hemangioma, Magnetic resonance imaging, Surgical treatment, Temporalis muscle, Intramuscular hemangiomas

Osman Arıkan NACAR¹

Mustafa Onur ULU²

Hilmi Önder OKAY³

Aydın SAV⁴

Aslan GÜZEL⁵

^{1,3} Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Nöroşirürji Kliniği, Ankara, Türkiye

² Sakarya ToyotaSA Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Sakarya, Türkiye

⁴ Acıbadem Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵ Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Adana, Türkiye

Geliş Tarihi : 21.02.2010

Kabul Tarihi : 09.03.2010

Yazışma adresi:

Mustafa Onur ULU

Merkezefendi Mahallesi, Tercüman Sitesi
A9 Blok Daire: 5 Zeytinburnu, İstanbul

Telefon : +90 212 414 30 00

+90 505 767 76 25

E-posta: dronurulu@gmail.com

GİRİŞ

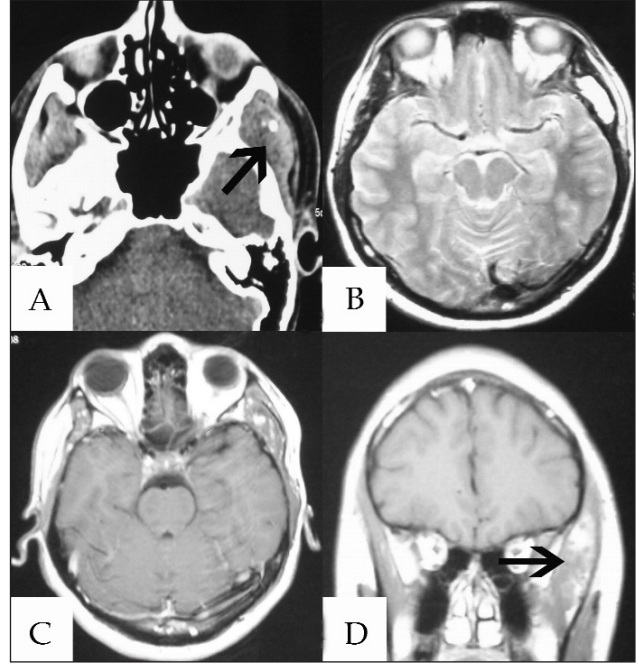
Vasküler kaynaklı selim tümörlerden olan hemanjiyomların yaklaşık %1'den azı çizgili kas içinde görülür (2). Bunların büyük kısmı, sıklıkla geniş yüzey alanı olan gövde ve uyluğun büyük kaslarına lokalizedir (2,9). İntramüsküler hemanjiyomların baş ve boyun kaslarında görülmesi nadirdir ve masseter kası en sık saptandıkları kastır (7,8). Temporalis kası hemanjiyomları ise oldukça nadirdir ve literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir (3,4,6,8). Bu yazıda başağrısı şikayeti nedeniyle farklı hekimler tarafından uzun süre medikal tedavi verilen ve yapılan ileri tetkiklerinde temporalis kasına lokalize hemanjiyom saptanan bir olgunun teşhis ve tedavi süreci sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

21 yaşında bayan hasta yaklaşık 5 yıldır mevcut olan başağrısı ve sol şakağında şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde başağrısı nedeniyle mükerrer sefer tıbbi tedavi aldığı fakat şikayetlerinin tam olarak geçmediği öğrenildi. İlk kez iki yıl önce fark edilen sol şakağındaki şişliğin ara ara azaldığı fakat son 6 aydır giderek arttığını ifade eden hastanın fizik muayenesinde sol temporalis kasının altında palpasyonla ağrılı yaygın şişlik tespit edildi. Hastanın nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan kranial bilgisayarlı tomografi (BT) ve kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiklerinde sol temporal adele altında yaklaşık 3x2 cm ebadında içerisinde yer yer kalsifikasyon alanları içeren düzgün sınırlı kitle tespit edildi (Şekil 1A,B,C,D). Hasta operasyona alındı ve sol temporal adale içine lokalize kanamalı düzgün sınırlı kitle total çıkartıldı. Histopatolojik inceleme sonucu intramüsküler kapillokavernöz hemanjiyom ile uyumluydu (Şekil 2A,B,C). Hastanın servisteki izleminde sorunu olmadı ve postop 3. gün taburcu edildi. Hastanın postop 1. yıl kontrolünde semptom veya bulgusu saptanmadı.

TARTIŞMA

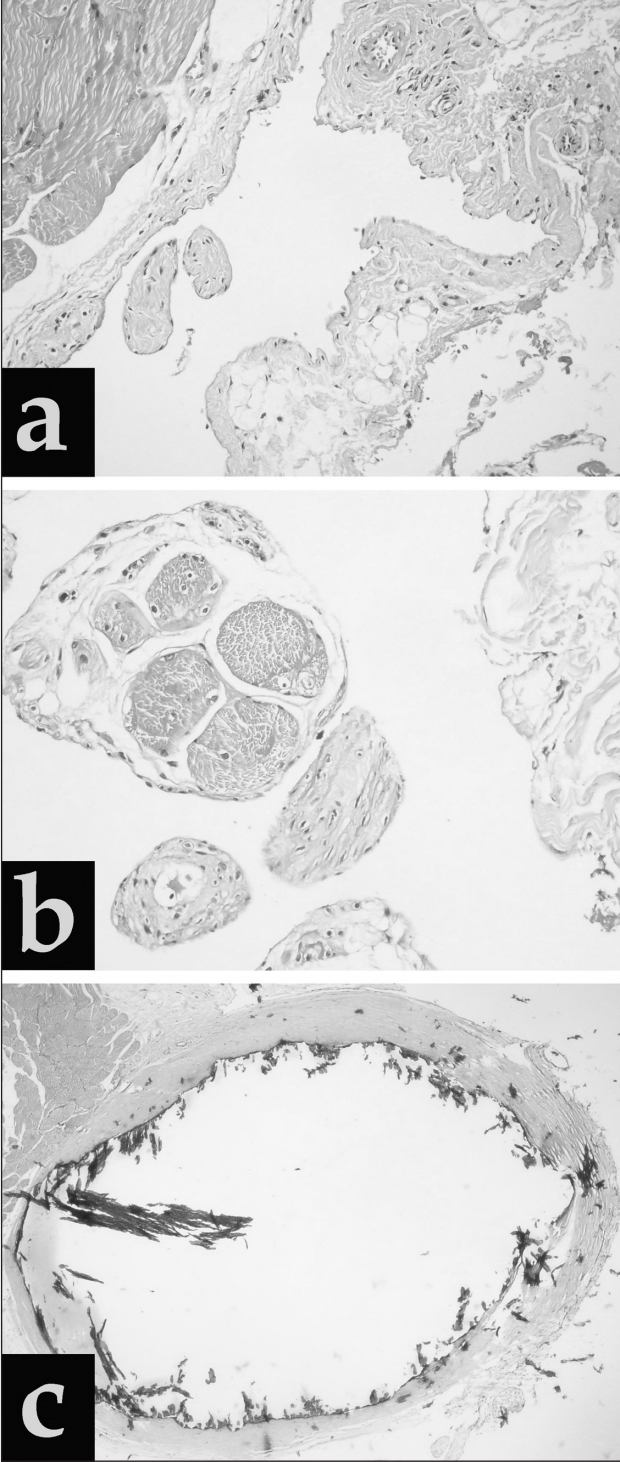
İntramüsküler hemanjiyomlar sıklıkla sınırları belli olan ve yavaş büyüyen ağırlı/ağırsız kitleler şeklinde belirti verirler. Nadir görülmeleri ve semptomatolojilerindeki çeşitlilik nedeniyle cerrahi tedaviye alınan olguların %90'dan fazlasının daha önce farklı tanılar aldığı bildirilmiştir (3,7). Baş ve boyun bölgesi intramüsküler hemanjiyomları tüm



Şekil 1: Hastanın radyolojik tetkiklerde sol temporalis kası içerisinde yaklaşık 3x2 cm ebadında, içerisinde yer yer kalsifikasyon alanları içeren düzgün sınırlı kitle tespit edildi (oklar). A. Kranial BT aksiyel kesiti, B. T2 ağırlıklı aksiyel MRG kesiti, C ve D. Sırasıyla kontrastlı aksiyel ve koronal MRG kesitleri.

intramüsküler hemanjiyomların yaklaşık %10 ila 15'ini oluşturmaktadır ve sıklıkla masseter, trapezius ve sternokleidomastoid kaslarına lokalizedirler (4,7,8). Temporalis kasında nadiren görülürler. Sunulan olguda hemanjiyomun nadir bir lokasyonda görülmesinin yanında bu patolojinin özellikle ciltaltında şişlik oluşma hikayesi olan hastalarda başağrısı semptomatolojisinin ayırıcı tanısında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamak açısından sunulmaya değer görülmüştür.

İntramüsküler hemanjiyomlar kapiller, kavernöz ve kapillo-kavernöz olmak üzere histopatolojik olarak üç tipe ayrılır (1, 4). Kapiller hemanjiyomlar sıklıkla gövde ve üst ekstremiteler kaslarına lokalize iken kavernöz hemanjiyomlar alt ekstremiteler kaslarında daha sıktır (1, 4). Sunulan olguda tespit edilen kapillokavernöz hemanjiyomlar ise diğer histolojik tiplere göre daha sık nüks etmeye meyillidir. Bu hamartom benzeri patolojik yapılar semptom vermeden uzun süre tespit edilmeden doku içerisinde durabilir. Hormonal değişiklikler ve travmanın bu vasküler malformasyonların



Şekil 2: (A) Miyofasiküller arasında tek katlı endotelle döşeli duvarında düz kas içermeyen hemanjiyom (Hematoksilen-eosin, x100). (B) İçinde yüzen izlenimi veren çevresi tek kat endotelle döşeli miyofasiküllerin bulunduğu intramüsküler hemanjiyom (Hematoksilen-eosin, x200). (C) İntramüsküler hemanjiyom içinde ortasında kalsifikasyon içeren flebolit (Hematoksilen-eosin, x200).

proliferasyonuna yol açtığı daha önce önerilmiş olsa da bu konuda yeterli veri bulunmamaktadır (8). Sunulan olguda travma dahil herhangi bir predispozan faktör tespit edilmemiştir. Ayırıcı tanıda bu bölgeye lokalize olabilen nörofibroma, lipom, dermoid kist, yumuşak doku sarkomu gibi selim ve habis kitleler ve temporal arterit bulunmaktadır (3).

İntramüsküler hemanjiyomların tanısında konvansiyonel röntgen grafilerinin yeri sınırlıdır. Komşu kemik dokusunda kortikal veya periosteal reaksiyon ve flebolite bağlı kalsifikasyonlar görülebildiği gibi tetkik tamamen normal de olabilir (6). BT, lezyonun boyutunun, komşu anatomik yapılarla olan ilişkilerinin ve intralezyonel kalsifikasyonların tespitinde faydalı olsa da MRG, yumuşak dokudaki patolojileri göstermedeki üstünlüğü ve lezyonun vasküler yapısının tespitinde tanıya yönelik uygulanacak diagnostik yöntemler arasında altın standart olarak kabul edilir. MRG'da T1 ağırlıklı kesitlerde lezyon tipik olarak komşu kas dokusuna göre hipointens, heterojen lobüle bir kitle şeklinde görülür (3, 8). T2 ağırlıklı kesitlerde ise lezyon ağırlıklı olarak hiperintensir ve düz kas, flebolit ve hemosiderin birikimleri hipointens olarak görülür (3, 8). Vasküler kanallardaki hızlı kan akımı anekoik olarak saptanırken kontrastlı incelemeler kanalların doğal yapısını daha da açığa çıkarabilir. Sunulan olguda BT ve MRG incelemeleri lezyonun karakteristik özelliklerinin tespiti cerrahi öncesi öntanının konmasında faydalı ve yeterli olmuştur.

Temporalis kası hemanjiyomlarında kesin tedavi kitlenin cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Yetersiz örnekleme veya kanama riski nedeniyle aspirasyon veya açık biyopsi yapılması önerilmemektedir. Cerrahi esnasında fasial sinirin temporal ve auriküler dallarına hasar vermemek için diseksiyonun özenli bir şekilde yapılması çok önemlidir (4). Boyutu çok büyük lezyonlarda cerrahi öncesi embolizasyon operasyonu esnasında hemostaz açısından faydalı olabilir. Morbidite ve deformitenin yüksek olacağı ön görüldüğü yerlere lokalize intramüsküler hemanjiyomlarda (dil gibi) embolizasyon veya radyoterapi ilk planda düşünülebilir (3,5). Lokal nüks görülmesi büyük oranda yetersiz cerrahi rezeksiyona bağlı olsa da nüks olan olguların çoğu kapiller-kavernöz tiptir (6). Nüksün erken saptanması açısından olguların cerrahi sonrası dönemde klinik ve radyolojik olarak yakın takibi önerilmektedir. Sunulan olguda cerrahi

rezeksiyon yeterli tedaviyi sağlamıştır ve hastanın 1.yıl kontrolünde semptom ve bulgusu yoktur.

Sonuç olarak temporalis kasına lokalize hemanjiyomlar çok nadir de olsa kronik baş ağrısı etiyojisinde rol oynayabilirler. Muayene ve hikayede baş boyun bölgesinde lokal şişliğin tespiti durumunda ileri tetkiklerin yapılması, teşhis ve tedavinin gecikmesini önleyebilir. Cerrahi tedavi kesin tanının konulması ve semptomların giderilmesi açısından öncelikli değerlendirilmesi gereken tedavi yöntemidir. Özellikle kapillokavernöz tip hemanjiyomalar nüks açısından postoperatif dönemde yakın takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Allen PW, Enzinger FM: Hemangioma of skeletal muscle. An analysis of 89 cases. *Cancer* 29: 8-22, 1972
2. Beecham JE, Behrens HW: Intramuscular hemangioma of the head and neck: Report of a case involving the prevertebral muscles. *Head Neck Surg* 10: 402-405, 1988
3. Bucci T, De Giulio F, Romano A, Insabato L, Califano L: Cavernous haemangioma of the temporalis muscle: Case report and review of the literature. *ACTA Otorhinolaryngologica Italica* 28: 83-86, 2008
4. Calisaneller T, Ozdemir O, Yildirim E, Kiyici H, Altinors N: Cavernous hemangioma of the temporalis muscle: case report and review of the literature. *Turk Neurosurg* 17: 33-36, 2007
5. Giudice M, Piazza C, Bolzoni A, Peretti G: Head and neck intramuscular haemangioma: Report of two cases with unusual localization. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 260: 498-501, 2003
6. Lopez-Cedrun JL, Urtasun Fernandez J, Melendez Baltanas J, Lopez Garcia JA: Hemangioma of the temporalis muscle: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 54: 1130-1132, 1996
7. Odabasi AO, Metin KK, Mutlu C, Basak S, Erpek G: Intramuscular hemangioma of the masseter muscle. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 256: 366-369, 1999
8. To EWH, Tsang WM, Pang PCW, Ahuja A: Cavernous hemangioma of the temporalis muscle. *J Oral Maxillofac Surg* 59: 1229-1232, 2001
9. Zamorani MP, Valle M. Muscle and tendon. In: Bianchi S, Martinoli C (eds). *Ultrasound of the Musculoskeletal System*. Berlin: Springer, 2007: 45-96