

Parasternal Yerleşimli Bir Şivannom Olgusu

A Schwannoma Case Which Took Place in Parasternal Region

Ekber Şahin, Melih Kaptanoğlu, Özgür Katrancıoğlu, Şahende Elagöz*
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi, Patoloji Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Özet

Kliniğimize göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran 44 yaşında bir erkek hastaya, parasternal kitle nedeniyle eksploratris torakotomi uygulandı. Kitle total olarak eksize edildi. Patolojik inceleme şivannom olarak raporlandı. Nadir görülen bu tümörün özellikleri, yerleşim yeri ve sıklığı literatür eşliğinde tartışıldı. (*Akciğer Arşivi 2007; 8: 92-4*)

Anahtar Kelimeler: İnterkostal sinirler, mediastinal kitleler, nörojenik tümörler, şivannom

Summary

A fortyfour-years-old male patient, who admitted because of chest pain, had undergone to an exploratory thoracotomy for a parasternal mass. The total mass had been excised. Pathologic examination revealed as schwannoma. Characteristics, localization and incidence of this rare tumor is discussed with the help of literature. (*Archives of Lung 2007; 8: 92-4*)

Key words: Intercostal nerves, mediastinal mass, neurogenic tumors, schwannoma

Giriş

Nörojenik tümörler, çocukluk çağında ve nörojenik yapıların nispeten daha fazla bulunduğu "paravertebral sulkus" ta diğer tümörlere göre daha sık görülürler. Genellikle asemptomatik olup akciğer grafisinde soliter kitle lezyonu şeklinde izlenirler (1-3). Bu bölgede bildirilen yalın ve birleşik hücre tipi göz önüne alındığında 13 adet tümöre rastlanmaktadır. Bu tümörler arasında şivannom ilk sıradadır ve periferik sinir kılıfı tümörlerinin %75'ini oluşturmaktadır (4). Bu makalede tümörün yerleşim yeri ve özellikleri, olgumuz da göz önüne alınarak tartışılacaktır.

Olgu

Kırk dört yaşındaki erkek hastanın, altı aydır devam eden öksürük ve göğüs ağrısı şikayetleri vardı. Özgeçmişinde 3 aydır diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) hastalığı mevcuttu ve 25 yıl günde 20 adet sigara içicisi idi. Fizik

muayenesi normal olan hastanın laboratuvar tetkikleri de (tam kan, biyokimya ve düz grafi) normaldi. Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde (BT) sağda anterior mediastende, sternum kenarında, dördüncü interkostal aralıkta 2x3 cm çapında yumuşak doku dansitesinde lezyon tespit edildi (Resim 1). Anterior mediastinal kitle ön tanısı ile hastaya eksploratris torakotomi yapılmasına karar verildi. Sağ posterolateral torakotomi ile 4. interkostal aralıkta, sternuma komşu, lobüle, düzgün sınırlı, orta sertlikte kitle görüldü. Frozen gönderildi ve sonuç benign olarak bildirildi. Bunun üzerine kitlenin tamamı çıkarıldı (Resim 2). Operasyon sırasında ve sonrasında sorun gelişmeyen hasta yatışının 11. günü taburcu edildi. Histopatolojik tanı benign "şivannom" olarak raporlandı.

Parçanın makroskopik incelemesinde; iyi sınırlı, dış yüzeyi lobüle görünümlü, yer yer ince fibröz bir kapsül ile çevrili, gri-sarı renkli ve elastik kıvamlı olduğu görüldü (Resim 2). Mikroskopik incelemede ise; geniş alanlarda hiyalinizasyon gösteren iğsi şekilli hücrelerin oluşturduğu benign

mezankimal tümör tespit edildi. Tümör geniş alanlarda gevşek ödemli yer yer miksoid dejenerasyon alanları (Antoni A) yanı sıra, iğsi şekilli hücrelerin oluşturduğu fasiküller ve girdap yapılarından oluşmaktaydı (Resim 3). Bazı alanlarda ise iğsi hücre nükleuslarının yan yana gelerek palizatik dizilim oluşturduğu "Verocay body" alanlarının varlığı dikkati çekti. Mitoz, nekroz, damar invazyonu ve sitolojik atipiye rastlanmadı.

Tartışma

Nörojenik tümörler; genellikle intratorasik ekstrapulmoner yerleşimli ve interkostal sinirler ile ilişkilidir. Mediastinal kitlelerin yetişkinlerde %21'ini, çocuklarda %35'ini nörojenik tümörler oluşturur (5,6). Genellikle arka mediasten lokalizasyonunda bulunurlar. Bunlar orijinlerine göre: a) Sinir kılıfından köken alan; şivannom, nörofibrom, melanotik şivannom, granüler hücreli tümör ve malign şivannom. b) Sempatik gangliondan kaynaklanan; gangliom, ganglionö-

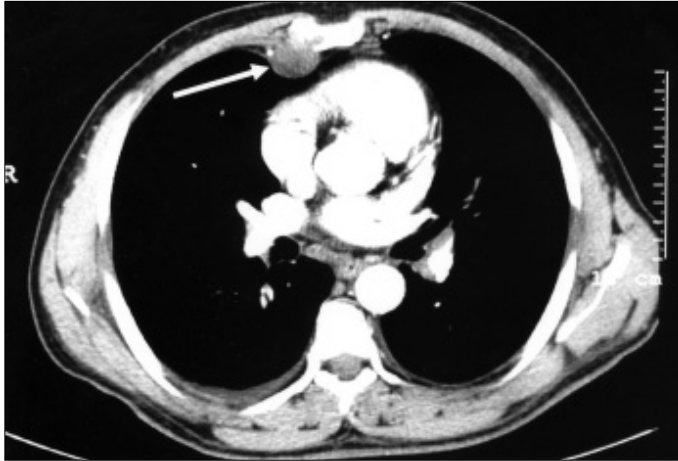
rom, nöroblastom ve ganglionoblastom. c) Paraganglion hücrelerden çıkan; kemodektoma, malign kemodektoma, feokromositom ve malign feokromositomdur.

Şivannom nörojenik tümörler içerisinde sinir kılıfından köken alan bir tümördür. Sıklıkla 3. ve 5. dekada görülür. Cinsiyet ayrımı yoktur. Yavaş büyüyen benign yapıdadır. Genellikle posterior mediasten yerleşimli olmakla birlikte, bizim olgumuzda ön mediastende yerleşmişti. Farklı yerleşim yeri olarak Morisaki ve arkadaşları sağda orta mediasten yerleşimli, frenik sinirden köken almış (7), Heras ve ark. ise intratorasik vagus sinirinden kaynaklanmış birer şivannom olgusu bildirmişlerdir (8). Yine Kaptanoğlu ve ark. ilginç klinik seyirli bir trakeal şivannom olgusu bildirmekte-dirler (9).

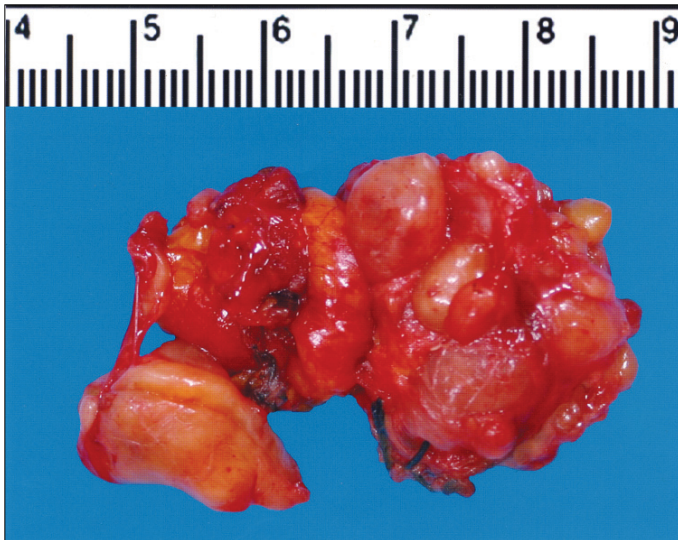
Şivannomlar benign ve çoğunlukla asemptomatik olmalarına rağmen sinir ve kemik erozyonuna bağlı göğüs ve sırt ağrısı, trakea ya da bronşlara bası nedeniyle nefes darlığı ve öksürük, brakial ve sempatik sinirlere bası ve invazyon nedeniyle Pancoast ve Horner sendromuna yol açabilir. Spinal kord kompresyonu ve buna sekonder nörojenik defisit görülebilir (1,3,6). Olgumuzda altı aydır devam eden göğüs ağrısı mevcuttu. Bunu interkostal sinir tutulumuna ve sternuma invazyon olmasa bile sıkı komşuluğuna bağlamaktayız. Hastanın ameliyattan sonra, torakotomi yeri ağrısı dışında eski şikayetleri kayboldu.

Bu tümörlerde malign dönüşüm oldukça nadirdir. Enzinger ve ark.nın 1988 yılında yaptıkları çalışmada erişkinlerde malign dönüşüm oranı %2 olarak bulunmuştur. Ancak bu dönüşüm çocuklarda 25 kat daha fazladır (6,10). Biz hastamızı malign dönüşüm riski açısından düzenli takip etmekteyiz. Ameliyat sonrası 4. ayında olan hastamıza birinci yılın sonunda kontrol Toraks BT çekmeyi planlamaktayız. Malignite dönüşüm insidansı göz önüne alındığında çocuklarda daha detaylı ve sıkı takip yapılmasını önermekteyiz.

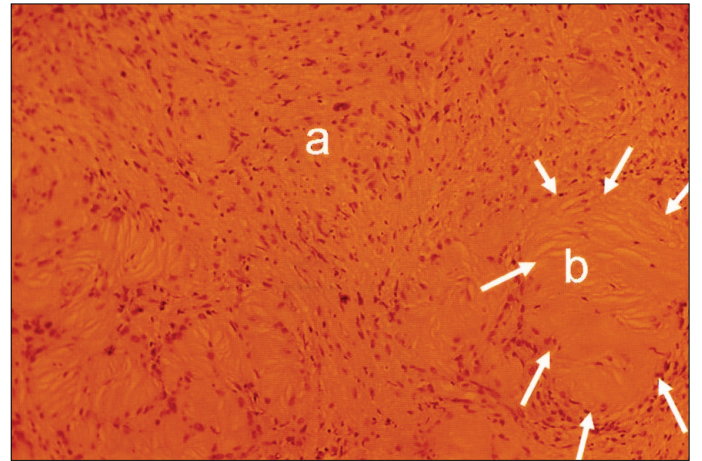
Bu tümörlerin tedavisi cerrahidir ve total eksizyon gereklidir. Cerrahi ile kür sağlanır. Tedavi sonrası nüks nadirdir. Histopatolojik tanıda malign dönüşümden bahsediliyor ise cerrahi rezeksiyona ek olarak radyoterapi de uygulamak gerekir (2). Buna rağmen bu hastalarda prognoz kötüdür.



Resim 1. Sternumun sağ arka yüzeyinde 4. interkostal aralıkta, içerisinde periferik kalsifikasyon içeren, sternumu bir miktar erozyona uğratmış gibi görünen, yer yer hipodens alanlar içeren (beyaz ok) yuvarlak ve düzgün sınırlı kitle izlenmektedir



Resim 2. 4.5 cm genişliğinde, en geniş yerinde 2.5 cm eninde lobülasyonlar gösteren heterojen yapıdaki kitle görülmektedir



Resim 3. "Verocay body" içeren nükleer palizad alanları ile karakterli Antoni A (a) ve hücresel olarak daha fakir olan Antoni B alanları (beyaz oklarla sınırlı b) (HE50)

Erken lokal nüks meydana gelmekte ve genellikle sağ kalım bir yıl ile sınırlı kalmaktadır. Olgumuza total eksizyon uygulanmış olup, patolojik tanıda malign dönüşüm bildirilmemiştir. Histopatolojik tanıda benign ve malign ayrımı kolay değildir. İgisi hücrelerin yoğun demetler yaptığı Antoni A ile hücresele olarak daha fakir alanlar ve miksoid bölgelerin karışımından oluşan Antoni B alanları görüldüğünde tanı genellikle benignidir. Malign şivannomda ise benign olana göre sellülarite daha fazladır, atipik mitoz ve nekroz alanları vardır (11,12).

Sonuç olarak mediastinal kitlelerin ayrıntılı tanısında yerleşim yerleri farklı da olsa nörojenik tümörler akla gelmelidir. Operasyon risklerine karşın azda olsa malign dönüşüm ihtimali olduğundan, cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Turhan K, Veral A, Çağırıcı U, Göksel T, ve ark. Arka Mediastende Yerleşmiş Bir Sellüler Schwannoma Olgusu. *Akciğer Arşivi* 2002;4:198-201.
2. Yanardağ H, Pamuk ÖN, Karter Y, Karayel T, ve ark. Posterior Mediastende Schwannoma. *Cerrahpaşa J Med* 2002;33:252-5.
3. Yamaguchi M, Yoshino I, Fukuyama S, Osoegawa A, et al. Surgical Treatment of Neurogenic Tumors of the Chest. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2004;10:148-51.
4. Kaynak K. Mediastenin primer tümörleri. Ed: Ökten I, Güngör A. *Göğüs Cerrahisi*. Ankara: Sim Matbaacılık, 2003:1173-82.
5. Elbeyli L, Tuncözügür B. Mediastinal kitleler. Ed: Yüksel M, Kalaycı NG. *Göğüs Cerrahisi*. İstanbul: Bilmedya Grup, 2001:617-31.
6. Reynolds M, Shields TW. Benign and Malignant Neurogenic Tumors of the Mediastinum in Children and in Adults. In: Shields TW, Locicero III J, Ponn BR, Rusch WV. *General Thoracic Surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:2729-56.
7. Morisaki Y, Sano S, Sakawaki T, et al. A case of schwannoma of intrathoracic right phrenic nerve. *Kyobu Geka* 1989;42:239-43.
8. Heras F, Ramos G, Castaneda M, et al. Schwannoma of the intrathoracic vagus nerve. *Arch Bronconeumol* 1997;33:360-2.
9. Kaptanoğlu M, Yıldız E, Seyfikli Z, ve ark. İlginç klinik seyirli bir trakeal Schwannoma olgusu. *Heybeliada Tıp Bülteni* 2001;43-5.
10. Kaiser RL, Singhal S. Mediastinal Masses. In: Kaiser R.L, Singhal S. *Essentials of Thoracic Surgery*. Philadelphia: Mosby, 2004:321-53.
11. Dennis KB, Çeviri Keleş M: Sinir Sistemi. Ed: Kumar V, Cotran SR, Robbins SL, Çeviri ed: Çevikbaş U. *Temel Patoloji*. İstanbul: Nobel Tıp, 2000:713-44.
12. Weiss SW, Goldblum JR. Malignant tumors of the periferal nerves. In: Weiss SW, Goldblum JR. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. Philadelphia: Mosby, 2001:1214.